

TALEPAPIR

Det talte ord gælder

Tilhørerkreds:	Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg
Anledning:	Tale vedr. samrådsspørgsmål AG
Taletid:	(cirka 20 min., herefter spm.)
Tid og sted:	Tirsdag den 22. april 2014 kl. 17-18.30, lok 1-133

[Samrådsspørgsmål AG: " Vil ministeren redegøre for erfaringerne med diagnosen funktionelle lidelser, og de overvejelser erfaringerne giver ministeren anledning til?"]

---oOo---

[Indledning]

Dagens samråd handler om funktionelle lidelser, hvilke erfaringer der er på området, og hvilke overvejelser jeg som minister har i forhold til området.

Jeg ved, at forebyggelses- og sundhedsudvalget er meget optaget af området og blandt andet har afholdt en høring om funktionelle lidelser her på Christiansborg i marts måned for at få belyst området.

Jeg tror, at også denne høring viste, at området vedrørende funktionelle lidelser er meget komplekst. Vi taler om mennesker, der er syge med fysiske gener, men hvor en fysisk årsag er svær og ofte helt umulig at konstatere.

Vi ved også, at mange patienter oplever meget lange udrednings- og behandlingsforløb som i sig selv kan være sygdomsgørende og have betydelige konsekvenser for den enkelte i forhold

til for eksempel at fastholde et arbejde og opretholde et forsørgelsesgrundlag. Og ofte er der tale om lange forløb, hvor der ikke sker forbedringer eller helbredelse i forhold til symptomerne.

Men vi ved samtidig, at mange patienters symptomer er blevet afhjulpnet ved brug af individuelt tilpasset fysisk træning, patientuddannelse og kognitiv terapi.

Og endelig ved vi, at der fra nogle sider er kritik af, at de lidelser - som hører ind under gruppen af funktionelle lidelser - i WHO's sygdomsklassifikationssystem kodes ind som psykiske lidelser.

Det er det, vi ved. Altså de erfaringer der er gjort, for så vidt angår udfordringer og muligheder, når det gælder funktionelle lidelser. Med dette samråd vil vi gøre forsøget med at kaste yderligere lys på dette vigtige område.

---oOo---

[Viden om funktionelle lidelser - sygdommen]

Og hvad ved vi så – fagligt set – om funktionelle lidelser, Hvad er det? For at kunne svare på dette har jeg fået faglig assistance fra Sundhedsstyrelsen.

Funktionelle lidelser kendetegnes ved vedholdende, fysiske symptomer, der påvirker den daglige funktionsevne og livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en veldefineret somatisk eller psykisk sygdom. Der findes således ikke en oplagt forklaring på symptomerne.

Årsagen til funktionelle lidelser er ikke kendt, men skyldes med stor sandsynlighed mange forskellige faktorer. Forståelsen af de

funktionelle lidelser udfordrer vores klassiske tænkning om, at sygdomme enten er rent fysiske eller udelukkende psykiske.

Når det handler om, hvorfor nogle mennesker lider af funktionelle lidelser, er det veldokumenteret, at psykologiske faktorer hos patienten som traumatiske livsbegivenheder, sygdomsforståelse og en øget oplevelse af fysisk og psykisk ubehag, har betydning for udvikling af disse lidelser.

Samtidig er der ifølge Sundhedsstyrelsen videnskabelige undersøgelser, der tyder på, at der hos nogle mennesker med funktionelle lidelser ses strukturelle forandringer i centralnervesystemet.

Funktionelle lidelser er en samle-betegnelse for flere tilstande. Der foregår forskning indenfor området, hvor der afprøves forskellige hypoteser, fx hypotese om, at infektioner eller ubalancer i immunsystemet kan være med til at forklare disse lidelser.

Det er væsentligt at anerkende, at der fortsat er meget, vi ikke ved om årsager til de funktionelle lidelser og tilstande. Det er derfor vigtigt, at der løbende udvikles ny viden, så indsatsen for mennesker med funktionelle lidelser bliver god og gavnlig.

---oOo---

[Diagnoseproblematikken]

En medvirkende årsag til, at funktionelle lidelser fremstår som et komplekst område er spørgsmålet om diagnoser, og hvorfor patienter med funktionelle lidelser får en psykiatrisk diagnosekode. Det, ved jeg, også har optaget udvalget og flere borgere.

Ifølge Sundhedsstyrelsen bruges diagnoser til at beskrive en patients sygdomsbillede og til at afgrænse sygdomme i forhold til

hinanden. En diagnose er således en beskrivelse og ikke en forklaring. Diagnosen er primært et redskab til lægefaglig kommunikation og dokumentation.

Lægen skal i forhold til hver enkelt patient tage stilling til, hvilke symptomer han eller hun har, og overveje, hvilken diagnose der så er relevant og om, der er flere diagnoser, der er relevante.

I nogle tilfælde stilles en diagnose som en såkaldt udelukkelsesdiagnose. Det vil sige, at andre sygdomme og diagnoser er blevet udelukket via forskellige undersøgelser. Den enkelte læge kan således godt finde, at de symptomer en patient frembyder, må karakteriseres med en anden diagnose eller med flere diagnoser, end en patient tidligere har fået. Formålet med en diagnose er blandt andet at belyse mulighederne for behandling.

Diagnoser registreres ifølge WHO's internationale sygdomsklassifikation. Denne klassifikation bruges i forbindelse med registrering af sundhedsfaglige ydelser i de patientadministrative systemer og i den efterfølgende indberetning til Landspatientregistret.

Alle kontakter i sundhedsvæsenet udløser en diagnosekode. En diagnosekode siger ikke nødvendigvis noget om årsagen til eller karakteren af en given sygdom. Langt fra alle tilstande er beskrevet i sygdomsklassifikationen. Den enkelte læge må således anvende de koder, der findes i systemet, selvom der ikke altid er et perfekt match.

Desværre ses ofte en opfattelse af, at kun tilstande eller diagnoser, der findes med en kode i sygdomsklassifikationen, er anerkendte.

Diagnosekoder skal i udgangspunktet, hverken ses som stigmatiserende eller anerkendende. Under alle omstændigheder løser vi ikke den samfundsmæssige stigmatisering af psykisk sygdom ved at undlade brug af diagnoser, når de er lægeligt velbegrundede. Det må vi løse på helt andre måder.

Pointen er, at man ikke kan klassificere og kode "funktionel lidelse", da det begreb ikke har sin egen kode, men er et slags "samlebegreb" for flere lidelser.

Da der ifølge Sundhedsstyrelsen ses et betydeligt sammenfald mellem de typer af behandling, der har vist sig effektive i forhold til de forskellige sygdomme og tilstande, vi betegner som funktionelle lidelser eksempelvis kronisk træthedssyndrom og fibromyalgi, er en ny "samlende" diagnose blevet foreslået nemlig Bodily Distress Syndrome eller på dansk: "kropslig stresstilstand". Denne diagnose anvendes som en forskningsdiagnose og optræder endnu ikke i WHO's sygdomsklassifikation, og kan derfor ikke bruges til registrering.

Det er normalt indenfor lægevidenskaben, at der løbende pågår en faglig og videnskabelig diskussion og udvikling af sygdomsforståelse, diagnosebegreber m.v.

[Hvilken behandling]

Vi ved, at mange patienter med funktionelle lidelser kan hjælpes med fysisk træning og kognitiv terapi. Desværre bliver mange fastholdt i langvarige, men ineffektive udrednings- og behandlingsforløb. Forløb som i sig selv kan gøre syg. Det skal vi undgå, da det her - som ved alle andre sygdomme - gælder, at jo senere man sætter ind, jo sværere er det også at behandle.

For patienter med funktionelle lidelser - som for alle andre patienter - er egen læge den primære behandler og indgangen til det øvrige sundhedsvæsen.

Det er altså typisk egen læge, der først møder patienten, hvor patienten ofte vil præsentere lægen for fysiske problemer. Og mange af disse patienter kan også hjælpes af egen læge. Også når lægen når frem til, at der kan være tale om en funktionel lidelse.

Og nu har de praktiserende lægers faglige selskab så også udarbejdet en klinisk vejledning om funktionelle symptomer og lidelser. Vejledningen samler den aktuelle viden og giver et overblik over området.

Vejledningen, som er ganske omfattende, skal øge de praktiserende lægers opmærksomhed på forekomsten af funktionelle symptomer, herunder have fokus på de symptomer, som bør medføre øget udredning. I vejledningen beskrives, hvornår der er behov for at gennemføre et undersøgelsesprogram, som sikrer, at andre tilstande, der kunne være relevante for at forklare patientens symptomer, vurderes og evt. udelukkes. Altså så den praktiserende læge ikke får fejldiagnostiseret en fysisk eller psykisk sygdom som en funktionel lidelse.

Patienterne i almen praksis behandles ud fra den såkaldte "Term-model". TERM-modellen er en behandlings- og samtalemodel, der primært er udviklet til at håndtere patienter, der er plaget af fysiske gener, og hos hvem der ikke kan påvises en klassisk defineret organisk sygdom.

Formålet er at forbedre lægers evne til at identificere og kommunikere med patienter med funktionelle lidelser. Term-

modellen bygger på de teorier, der ligger bag kognitiv terapi – altså samtaler.

Der vil selvfølgelig være patienter, hvor den praktiserende læge ikke alene kan slå fast, om der er tale om en entydig fysisk diagnose eller en funktionel lidelse. Så henviser de til specialister på sygehusene – fx reumatologer eller ortopædkirurger.

Der findes dog også to videnscentre for funktionelle lidelser i sygehusvæsenet. Den ene er Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser på Århus Universitetshospital, og den anden er Liaisonpsykiatrisk Enhed, Psykiatrisk Center Bispebjerg.

Forskningsklinikken i Århus har siden 2005 udredt og behandlet ca. 250 patienter om året. Patienterne tilbydes forskellige behandlinger, primært gruppeterapi, medicinsk behandling, mindfulnessbaseret stressreduktion og rådgivende samtaler.

Klinikken har et tæt samarbejde med almen praksis og andre hospitalsafdelinger. I forhold til forskning, har afdelingen en lang række samarbejdspartnere, både inden for Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet samt forskningsinstitutioner i ind- og udland. Afdelingen har endvidere omfattende undervisningsaktiviteter for forskellige lægegrupper, andre fagprofessionelle samt socialektoren.

I Region Hovedstaden er der etableret et videnscenter for Funktionelle Lidelser, som primært har til opgave at bedrive forskning og udvikling. Klinikken har i 2013 haft 353 patienter, hvoraf ca. 90 har gennemført et egentligt behandlingsforløb. Klinikken tilbyder gruppebaseret kognitiv terapi og individuel terapi til patienter med kroniske smerter og patienter med sygdomsangst, samt mindfulness-grupper som supplement til de øvrige behandlinger.

Herudover vil jeg også nævne, at der i Region Sjælland er oprettet Klinik for Liaisonpsykiatri med tre afdelinger i henholdsvis Køge, Roskilde og Vordingborg. Alle tre steder udreder og behandler man funktionelle lidelser.

---oOo---

[Fagligt grundlag for oprettelse af de to videnscentre]

Jeg vil lige kort opridse baggrunden for videnscentrenes opståen.

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2008 en arbejdsgruppe, som havde til formål at drøfte rammer for udredning og behandling af patienter med kronisk træthedssyndrom.

Arbejdsgruppen var tværfagligt sammensat, med repræsentation fra Dansk Neurologisk Selskab, Dansk Selskab for Infektionsmedicin, Dansk Reumatologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Pædiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Folkesundhed og Dansk Selskab for Almen Medicin.

Arbejdet mandede ud i et oplæg til det videre arbejde, hvor der blandt andet var enighed om, at:

- Der er fællestræk mellem patienter med for eksempel kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, piskesmæld og irriterabel tyktarm,
- Udredning og behandling af patienter med kronisk træthedssyndrom og andre komplekse, uafklarede tilstande kan i udgangspunktet varetages i almen praksis eller på hovedfunktionsniveau indenfor relevante specialer
- Viden om patienter med komplekse uafklarede tilstande bør samles 1-2 steder i landet, således at alle behandlere

har mulighed for at få rådgivning fra en central, tværfaglig enhed.

Oplægget blev efterfølgende drøftet i Sundhedsstyrelsens Regionale Baggrundsgruppe for Specialeplanlægning. På den baggrund blev de to videnscentre etableret.

---oOo---

[Hvordan sikrer vi den rette behandling]

Danske regioner har i forbindelse med dette samråd oplyst over for mig, at det er forventningen, at funktionelle lidelser i de kommende år vil være et indsatsområde i Region Syddanmark i et tæt samarbejde mellem kommuner og almen praksis, og der foregår derfor for tiden et analysearbejde her.

I forbindelse med sundhedsaftalerne 2015-2018, som er under udarbejdelse, indgår problemstillingen i regionens bruttoliste over mulige indsatsområder. De kommuner, der hidtil har været drøftelser med, har vist stor interesse i en indsats på området.

I Region Syddanmark benytter man sig i vid udstrækning af regionens tre smerteklinikker for patienter med funktionelle lidelser, hvor de modtager behandling for kroniske smerter. Region Syddanmark har tre smerteklinikker med en samlet kapacitet på cirka 4.500 patienter årligt.

Jeg synes, det er glædeligt, at kommunerne i Region Syddanmark udviser interesse i området. Det er også mit indtryk, at det gælder for de fleste kommuner rundt om i landet.

De fleste kommuner tilbyder forskellige patientuddannelser, som kan være meget relevante for mange patienter med funktionelle lidelser. Det drejer sig om kurserne:

- Lær at takle kronisk sygdom,

- Lær at takle kroniske smerter,
- Lær at takle angst og depression og
- Lær at takle job og sygdom.

Kurserne er initieret af Komiteen for Sundhedsoplysning og udviklet på Stanford Universitet. Kurserne har veldokumenterede effekter på borgernes helbred, sundhedsadfærd og egenomsorg.

---oOo---

[Andre tiltag på området]

Så der hvor man skal gøre en indsats for patienterne er der heldigvis også fokus herpå. Og fra centralt hold, kan der også peges på initiativer, der vil bidrage til indsatsen på området.

Sundhedsstyrelsen er netop nu i færd med at udarbejde en national klinisk retningslinje, som omhandler patienter med kroniske smerter i bevægeapparatet. Retningslinjen vil give anbefalinger til relevant og tilstrækkelig diagnostik, information af patienter og evidensbaseret behandling.

Herudover har regeringen bevilget penge til etablering og drift af SmerteLinjen, som er en telefonrådgivning for smertepatienter.

Det er Foreningen af kroniske Smertepatienter, der i samarbejde med interesseorganisationen SmerteDanmark står for driften af SmerteLinjen. SmerteLinjen gik i luften den 1. april i år, og jeg håber, at den kan blive et attraktivt tilbud til de smerteramte, der har brug for støtte og nogen at spørge til råds.

Vi har også i satspuljeaftalen for 2013-2016 styrket indsatsen for mennesker med langvarige og kroniske smerter.

Med aftalen blev der afsat 67 mio. kr. i perioden 2013-2016 og herefter 15 mio. kr. årligt til at øge kapaciteten for behandlingen af patienter med kroniske smerter. Smerteklinikkerne er ikke målrettet funktionelle lidelser, men har givetvis patienter, hvis smerter er diffuse og kan betegnes som funktionelle. Som jeg tidligere nævnte i min tale, så anvender Region Syddanmark smerteklinikkerne i behandlingen af patienter med funktionelle lidelser.

Og så har Trygfonden bevilget 10 mio. kr. til en stor undersøgelse, som skal kortlægge 10.000 danskeres funktionelle lidelser. Undersøgelsen menes at være den største af sin art inden for feltet.

Undersøgelsen gennemføres med Region Hovedstadens Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i spidsen og i samarbejde med kliniske centre og forskningsmiljøer ved Københavns og Aarhus universiteter.

Målet med undersøgelsen er at skaffe indgående kendskab til hyppigheden, sammenhængen mellem de sygdomme, der umiddelbart stritter i hver sin retning, risikofaktorer, og hvad de funktionelle lidelser betyder på sigt for den enkelte og for samfundet. De første resultater forventes tidligst om et år. Jeg ser frem til forskningsprojektets resultater med henblik på også at kunne styrke forebyggelsesdelen på dette område.

Der er således iværksat en række tiltag, som både styrker indsatsen i behandlingen, og som vil give os mere viden om funktionelle lidelser til gavn for patienterne.

---oOo---

[Sammenhængen til beskæftigelsesindsatsen og det kommunale område]

Som jeg har nævnt tidligere, er der desværre erfaring med, at lange udredningsforløb for patienter med funktionelle lidelser betyder, at de mister deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Så udover, at patienterne er bekymrede for deres sygdom, kan de også have bekymringer i forhold til arbejdsmarkedet og dermed deres forsørgelsesgrundlag. Den kommunale indsats på både sundheds- og beskæftigelsesområdet er derfor vigtigt for disse patienter.

Regeringen er meget optaget af, at alle skal have mulighed for at være en del af fællesskabet og for at forsørge sig selv og ens familie. Det gælder også borgere med funktionelle lidelser – uanset om de er sygemeldte eller har en varigt betydeligt nedsat arbejdsevne som følge af funktionelle lidelser.

Det er blandt andet derfor regeringen har iværksat en række reformer på beskæftigelsesområdet. Jeg har i den forbindelse indhentet bidrag fra min kollega, beskæftigelsesministeren, hvor disse reformer hører til, og jeg her blandt andet fremhæve, at fra den 1. januar 2013 er der i alle kommuner etableret rehabiliteringsteams med repræsentanter fra beskæftigelses-, sundheds-, social- og undervisningsområdet samt med en sundhedskordinator fra regionens kliniske funktion. Målgruppen for rehabiliteringsteams er borgere, der skal have et ressourceforløb, fleksjob eller førtidspension.

Formålet med rehabiliteringsteam er at sikre borgeren en tværfaglig, koordineret og helhedsorienteret indsats med fokus på

beskæftigelse og uddannelse, så borgerne får de bedste betingelser for at få fodfæste på arbejdsmarkedet.

Samtidig har kommunerne fået et nyt redskab i beskæftigelsesindsatsen i form af ressourceforløb. Ressourceforløb er målrettet mennesker med komplekse problemer ud over ledighed for eksempel funktionelle lidelser. I ressourceforløb kan borgere over en periode på 1 til 5 år få udviklet deres arbejdsevne. Indsatsen kan bestå af tilbud efter beskæftigelseslovgivningen samt indsats efter anden lovgivning, herunder social- eller sundhedslovgivningen.

Regeringen har den 18. december 2013 med udgangspunkt i regeringens udspil til en sygedagpengereform indgået "Aftale om en reform af sygedagpengesystemet – Økonomisk sikkerhed for sygemeldte samt en tidligere og bedre indsats".

Med aftalen sikres sygemeldte et forsørgelsesgrundlag under deres sygdomsforløb. Centralt for aftalen er også, at indsatsen forbedres, så sygemeldte får en tidlig målrettet indsats, og sygemeldte med komplekse problemer får en helhedsorienteret og tværfaglig indsats.

Endvidere indgår det bl.a. i aftalen, at den enkelte borger får ret til at få forelagt sin sag for en klinisk funktion i regionen i de tilfælde, hvor kommunen overvejer at stoppe sygedagpengene som følge af manglende deltagelse i behandling. Den enkelte sygemeldte får således ret til at sige fra overfor behandling uden at skulle frygte at miste sit forsørgelsesgrundlag.

Endelig vil jeg gerne understrege, som beskæftigelsesministeren har gjort i anden sammenhæng over for Folketinget, at der selvfølgelig tilkendes førtidspension til de mennesker, hvor der ikke er andre muligheder, fordi deres arbejdsevne permanent er me-

get begrænset, eller fordi de er så syge eller har så betydelige funktionsnedsættelser, at arbejdsevnen ikke vil kunne forbedres.

---oOo---

[Afrunding]

Erfaringerne viser, som jeg sagde indledningsvist, at funktionelle lidelser er et komplekst område, både når det gælder årsager og indsatser.

Men det er – som for alle sygdomme - et sundhedsfagligt spørgsmål, hvordan forskellige symptomer og tilstande skal undersøges, diagnosticeres og behandles. Hvis der er faglig tvivl og forskellige faglige opfattelser, må de søges afklaret gennem fortsat forskning og debat på fagligt, videnskabeligt grundlag. Det kan og skal ikke afgøres politisk.

Det er derfor vigtigt, at de lægelige miljøer holder sig opdateret med faglig viden og den rette behandling.

Jeg synes, der er sat meget i gang på området blandt andet med styrkelsen af indsatsen i almen praksis med vejledningen fra Dansk Selskab for Almen Medicin.

Oprettelsen af forskningsklinikker har betydet en væsentlig styrkelse af vores viden om behandlingen af de svære tilfælde af de funktionelle lidelser, samtidig med at efteruddannelse af lægerne og vejledningen til øvrige hospitalsafdelinger er blevet styrket.

Den kommende retningslinje fra Sundhedsstyrelsen om kroniske smerter i bevægeapparatet vil bidrage yderligere til en bedre indsats for målgruppen.

Jeg vil gerne understrege, at det er regionerne, der har ansvaret for, at der er relevante og sammenhængende behandlingstilbud til deres borgere og for at sikre den tilstrækkelige kapacitet.

Praksisplaner og sundhedsaftaler, som de nye regionsråd og kommunalbestyrelser netop nu har fokus på, skal være med til at understøtte dette, og det kan gøres på forskellig måde. Det viser eksemplet fra Region Syddanmark, hvor smerteklinikkerne anvendes som en del af behandlingstilbuddet.

For patienter med funktionelle lidelser, er den regionale og kommunale forpligtelse til at sikre og samarbejde om en effektiv og koordineret indsats for borgerne afgørende. Langvarige, ikke-effektive udredningsforløb, hvor patienterne også risikerer at miste deres arbejde og dermed forsørgelsesgrundlag, skal undgås.

Det skal bl.a. også de kommunale patientuddannelser og de nye initiativer i beskæftigelsesindsatsen, regeringen sammen med flere af Folketingets partier har iværksat, også bidrage til, at vi undgår.

Tak for ordet.