

# Hvem er vi?

- 13 patientforeninger
- 18.000 patienter
- Vi repræsenterer en række fysiske lidelser
- Vi tilbydes i dag psykiatriske forløb, som primær behandling der ikke hjælper.
- TERM-modellen giver den praktiserende læge grønt lys til at henvise komplekse fysiske tilstande til psykiatrien og stoppe videre udredning.
- I patientforeningerne ser vi ingen effekt i form af f.eks. tilbagevenden til arbejdet efter terapi og lykkepiller.

## **DSAMs vejledning til praktiserende læger s.23:**

“I almen praksis anbefales modeller inspireret af kognitiv terapi, men tilpasset primærsektoren, fx den danske TERM-model (The Extended Reattribution and Management model).

Disse modeller forbedrer patienttilfredsheden og mindsker forbruget af sundhedsydelser, mens en forbedring af patienternes helbred ikke er dokumenteret.”

Per Fink / Marianne Rosendal

# Indvendinger mod begreberne FL/ BDS

- Uklare diagnosekriterier for FL/BDS
- Modstridende oplysninger om antal patienter med FL/BDS i Danmark.
- Modstridende oplysninger om hvilke diagnoser FL/BDS omfatter i Danmark.
- FL/BDS er ikke godkendt i WHO's eller andre diagnosesystemer som Danmark følger
- Forskningsdiagnose bliver til fejldiagnose
- Fejldiagnoser koster samfundet og patienten dyrt

# DSAM Vejledningen

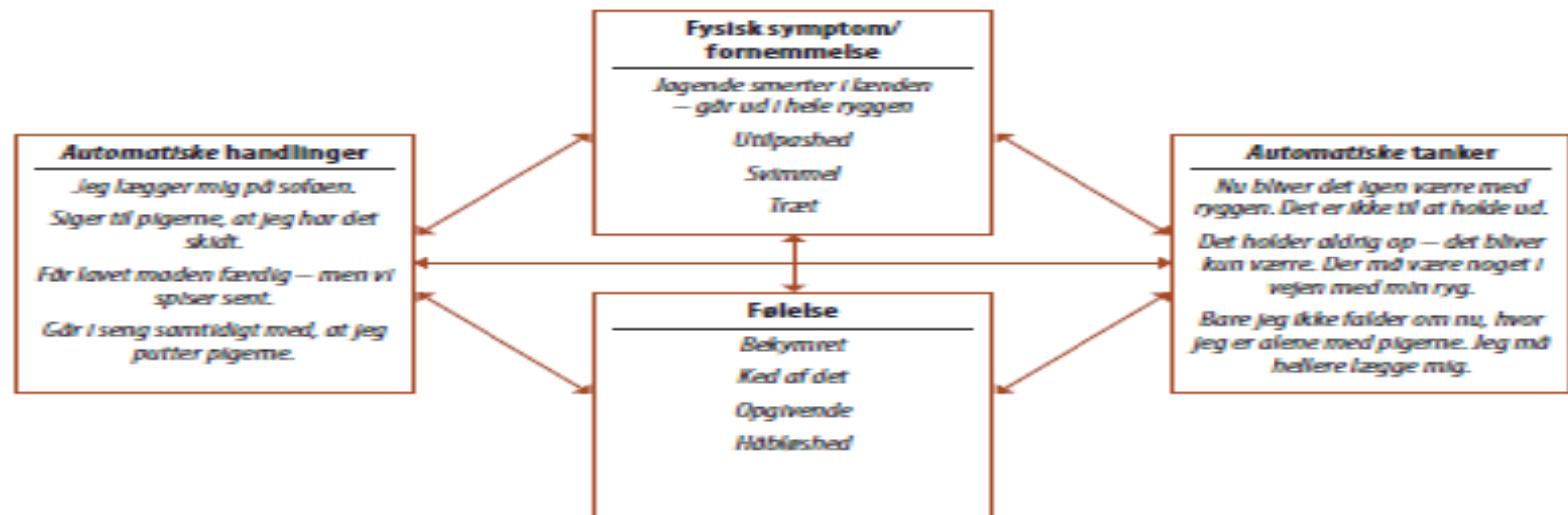
Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)2013  
Klinisk vejledning for almen praksis.

Her finder vi på side 69:  
“Den kognitive grundmodel  
ved funktionelle lidelser”

# side 69 i DSAM Vejledningen:

## Den kognitive grundmodel ved funktionelle lidelser: automatiske tanker og handlinger – med eksempel

<b>Tidspunkt:</b>	<i>Fredag aften</i>
<b>Situation:</b>	<i>Alene hjemme med pigerne og skal lave aftensmad</i>



Note: I samtalen med patienten om alternative tanker og handlinger, kan man desuden spørge til, hvordan patienten forestiller sig, at disse vil indvirke på symptomer (mindre ondt i ryggen) og følelser (mindre bange og ked af det).

# Behandling der helbreder?

DSAM vejledningens eksempel på kognitiv terapi ved lændesmerter (som her angives som en funktionel lidelse):

- *Når jeg har hvilet lidt, kan jeg lave nogle få rygøvelser – så kan jeg bedre fortsætte mine aktiviteter.*
- *Jeg kan tage et varmt bad i stedet for at lægge mig.*
- *Jeg kan bestille pizza og hygge med pigerne, når min mand ikke er hjemme, i stedet for at stå alene med madlavningen*

# Evidens niveauer i DSAM vejledningen

<http://vejledninger.dsam.dk/media/files/10/funktionelle-lidelser.pdf> Side 16:

Anbefaling	Evidensniveau	Vidensområde: Behandling/forebyggelse
<b>A</b>	1a	Systematisk review eller metaanalyse af homogene randomiserede kontrollerede forsøg
	1b	Randomiserede kontrollerede forsøg
	1c	Absolut effekt (fx insulin til type 1-diabetespatienter)
<b>B</b>	2a	Systematisk review af homogene kohortestudier
	2b	Kohortestudie
	2c	Databasestudier
	3a	Systematisk review af case-kontrol-undersøgelser
	3b	Case-kontrol-undersøgelser
<b>C</b>	4	Opgørelser, kasuistikker
<b>D</b>	5	Ekspertmening uden eksplicit kritisk evaluering, eller baseret på patofysiologi, laboratorieforskning eller tommelfingerregel
<input checked="" type="checkbox"/>	5	Anbefalet af skrivegruppen som god klinisk praksis
<b>DS</b>	DS	Diagnostiske studier

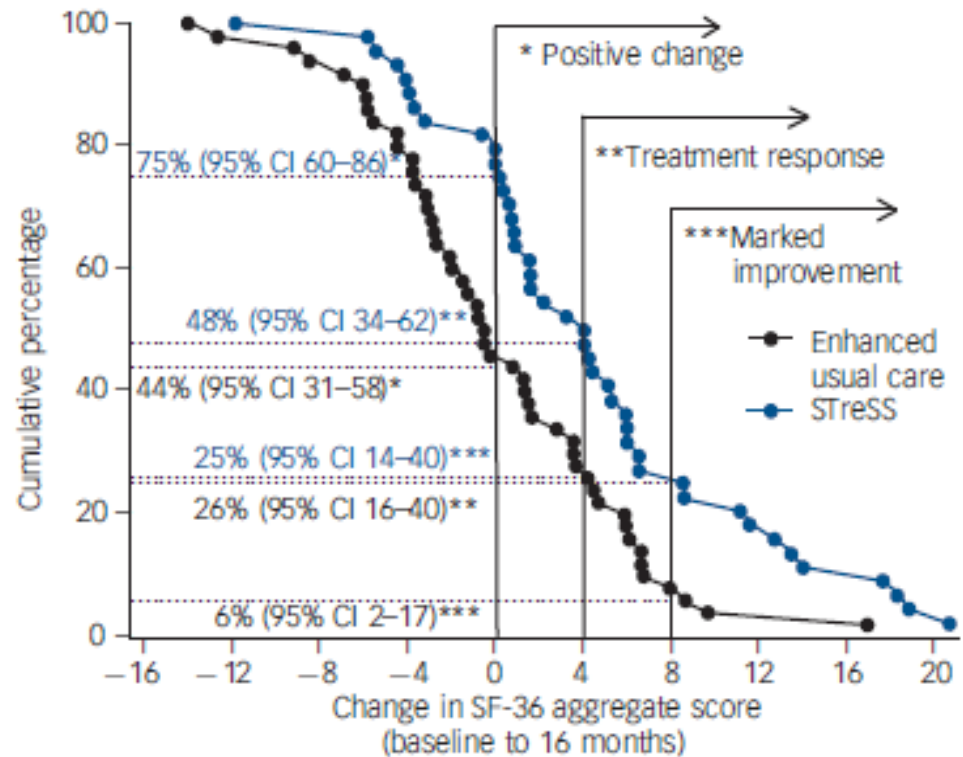
# Evidensniveau for diagnostikken i DSAM vejledningen side 69:

Anbefaling	
<input checked="" type="checkbox"/>	Overvej en funktionel lidelse, når patienten præsenterer ukarakteristiske legemlige symptomer, som ikke lader sig forklare med et kendt sygdomsmønster.
<input checked="" type="checkbox"/>	Følgende differentialdiagnoser bør overvejes: <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="434 782 1066 829">• Veldefineret somatisk sygdom</li><li data-bbox="434 848 1035 895">• Veldefineret psykisk sygdom<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="492 913 716 961">• Misbrug</li><li data-bbox="492 979 710 1026">• Psykose</li><li data-bbox="492 1045 900 1092">• Affektive tilstande</li><li data-bbox="492 1110 846 1158">• Angsttilstande.</li></ul></li></ul>



# Er det 44 patienter? SUU svar på spm 966.

” I det første studie blev psykologisk behandling (kognitiv adfærdsterapi i gruppe) sammenlignet med sædvanlig behandling ved egen læge eller henvisende læge. 3 ud af 4 patienter oplevede bedring. Hver anden patient profiterede tydeligt af behandlingen og hver fjerde patient blev så godt som helbredt.”



**Fig. 4** Improvement in physical health from baseline to 16 months in both groups.

Plots present the observed data, with each dot representing the observed change score for an individual patient who provided data at 16 months. Numbers indicate the percentage of patients (95% CI) in each group whose self-reported physical health had improved at a given level from baseline to 16 months. Vertical lines and asterisks indicate these levels of improvement: \*positive change, i.e. change scores  $\geq 0$  points; \*\*treatment response, i.e. change scores  $\geq 4$  points or 0.5 s.d. unit; \*\*\*marked improvement, i.e. change scores  $\geq 8$  points or 1.0 s.d. unit.

# Patienter bliver ikke raske

- Vores patienter bliver ikke raske og kommer tilbage i arbejde med mindfulness og terapi
- Psykiatrisk behandling over en kam virker ikke på så mange forskellige fysiske sygdomme.
- Patienter søger væk fra læger der giver FL/BDS
- Alvorligt syge bliver kroniske syge af at blive holdt hen med en behandling, der ikke virker.
- FL/BDS skaber utryghed og mistro hos patienterne når de spises af med terapi, som behandling for alvorlige fysiske lidelser.
- Forskning og inddragelse af somatisk viden fra udlandet er nødvendigt for at få patienterne hurtigere gennem behandlesystemet.

# FORSKNING

- Forskning i en lidelse bør kræve BÅDE en psykisk og fysisk kortlægning
- Forskning i komplekse fysiske lidelser går i stå, når de omplaceres i psykiatrien og Danmark sakker bagud i håndteringen af dem
- Forskning og inddragelse af somatisk viden fra udlandet er nødvendigt for at få patienterne hurtigere gennem behandlersystemet.
- Fejldiagnosticeringer med FL/BDS vil resultere i flere kronisk syge.

# Økonomi og FL/BDS

- Lange ventetider på behandling, der ikke virker kan medvirke til at syge bliver kronisk syge. Det belaster samfundsøkonomien.
- Psykatrisk behandling medfører øget forbrug af sundhedsydelse, flere sygdage og førtidspension.
- Fordobling af udbetalingskroner til erstatningssager de sidste 7 år p.g.a. fejlbehandlinger og fejldiagnoser i DK.
- FFL økonomisk afhængig af Trygfonden og Lundbeckfonden – Troværdighed ?

# Konklusion og Løsning

- DSAMs vejledning om FL/BDS trækkes tilbage og der føres skærpet opsyn med udbredelsen af TERM-modellen og andre vejledninger fra FFL
- Uvildig gennemgang af FFLs forskning og skærpet kontrol med brug af forskningsbegreberne FL/BDS
- FL/BDS må ikke underkende fysiske diagnoser.
- Nedsættelse af et –**TVÆRFAGLIGT** udvalg med bla. læger med viden om komplekse somatiske sygdomme. Udvalget sikrer korrekte kliniske retningslinier for vores sygdomme.
- Opret et Nationalt Center for komplekse fysiske sygdomme.
- **TAK FOR JERES TID og OPMÆRKSOMHED**