



Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg

Dato: 3. februar 2015
Enhed: Primær Sundhed
Sagsbeh.: DEPSBRE
Sags nr.: 1407338
Dok nr.: 1634248

Folketingets Sundheds- og Forebyggelsesudvalg har den 15. december 2014 stillet følgende spørgsmål nr. 337 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra udvalget.

Spørgsmål nr. 337:

”Ministeren bedes kommentere henvendelsen af 11. december 2014 fra sammenslutningen af 13 patientforeninger vedr. funktionelle lidelser, jf. SUU alm. del - bilag 144.”

Svar:

Jeg har til besvarelsen af dette spørgsmål indhentet nedenstående bidrag fra Sundhedsstyrelsen, som jeg henholder mig til:

”Bilag 144 beskrives af afsenderen som et skrift, der er forfattet af 13 foreninger på foranledning af en regionsrådspolitiker fra Region Midtjylland. Formålet med skriftet anføres at være at belyse mangfoldigheden i de forskellige lidelser, som de enkelte foreninger repræsenterer, med henblik på at belyse, hvorfor disse lidelser ikke bør beskrives med en samlebetegnelse (gøres til én lidelse), samt at belyse at patienter med de givne lidelser kan blive raske, hvilket det anføres, at de ikke bliver gennem den psykiatisering, der angiveligt finder sted i Danmark.

Sundhedsstyrelsen antager i det følgende, at man med udtrykket ”gøre til én lidelse” refererer til samlebetegnelsen funktionel lidelse, hvorfor Sundhedsstyrelsens bidrag generelt forholder sig hertil.

Generelt om funktionelle lidelser og diagnoser

Funktionelle lidelser kendetegnes ved vedholdende fysiske symptomer, der påvirker funktionsevne og livskvalitet. Ved klinisk undersøgelse eller supplerende diagnostiske undersøgelser findes ikke en oplagt forklaring på symptomerne. Hvis fysiske eller kropslige fund er til stede, forklarer de ikke symptomerne art eller omfang på en tilfredsstillende måde.

Diagnoser er lægefaglige arbejdsredskaber, der bruges til beskrivelse af sygdomsbilleder og som afgrænser 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.

Funktionel lidelse er ikke en selvstændig diagnose. Funktionel lidelse kan fx klassificeres under de somatoforme tilstande, som findes i kapitlet om psyki-

ske lidelser i WHO's diagnose-klassifikationssystem ICD10. I somatikken, hvilket vil sige blandt de fysiske sygdomme, har de enkelte specialer diagnoser, såkaldte funktionelle syndromer, som er baseret på forekomst af symptomer og fravær af relevante kliniske (ved fysisk undersøgelse) eller parakliniske (fx biokemi, røntgen) fund, og som i praksis fungerer som eksklusionsdiagnoser. Der ses et over-lap mellem diagnostiske kriterier de enkelte diagnoser imellem, og der ses også en betydelig komorbiditet, således at de samme patienter kan opfylde kriterier for flere funktionelle syndromer samtidig.

Forskningsmæssigt afprøves forskellige hypoteser, fx om infektioner eller autoimmunitet som årsag til et eller flere af de funktionelle syndromer. Det er væsentligt at anerkende, at der fortsat er meget vi ikke ved om årsager til de funktionelle syndromer, og om der er relevante undergrupper indenfor det funktionelle spektrum, som fordrer forskellig håndtering. Udvikling af viden skal foregå med anerkendte videnskabelige metoder, og i videnskabelig dialog via publikationer i tidsskrifter med peer-review og videnskabelige drøftelser.

Udredning og behandling

Den diagnostiske proces kan være vanskelig. Det samlede kliniske billede afgør, hvordan en behandlende læge vurderer og klassificerer en given patients sygdom eller tilstand. Den enkelte læge må i relation til en patient tage stilling til hvilke symptomer mv. vedkommende patient frembyder og overveje hvilke/hvilken eventuel sygdomstilstand dette afspejler og dermed hvilken diagnose eller diagnoser lægen finder bedst beskriver patientens samlede sygdomsbillede. Denne vurdering udgør et øjebliksbillede, og symptomer, fund og vurdering kan godt være anderledes ved en senere undersøgelse ved den samme eller en anden læge.

Der vil altid være en risiko for at noget overses i denne proces, en risiko som lægen, ved udvisning af omhu og samvittighedsfuldhed skal søge at minimere. Det er herunder væsentligt at lægen informerer patienten om sine diagnostiske overvejelser, og at patienten informeres om symptomer og tegn som bør foranledige en genhenvendelse.

Alle patienter, inklusive patienter med et symptombillede, der peger på tilstedeværelse af en funktionel lidelse, bør tilbydes den udredning, der i den konkrete situation vurderes relevant i forhold til en afklaring af patientens helbredssituation, ligesom en ændring af patientens helbredssituation bør medføre en revurdering.

Samtidig fremhæves det som et problem i forhold til patienter med funktionelle lidelser, at de ofte gennemgår en meget ekstensiv og langvarig udredning, som genererer mange såkaldte negative fund. Det vil sige at det bekræftes, at der ikke ved undersøgelsen er tegn til at der er noget galt, og patienterne gives ikke en forklaring på deres symptomer og fastholdes i usikkerhed. Det fremhæves derfor som væsentligt at tilstedeværelsen af en funktionel lidelse erkendes, så relevant behandling kan iværksættes.

Det er et lægeligt skøn hvilken behandling, en patient har gavn af. Lægen skal drøfte valgmuligheder, samt fordele og ulemper ved behandlingen, med patienten. Lægen skal i den forbindelse udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Patienten har ret til at afvise den tilbudte behandling, idet det fremgår af sundhedsloven at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, og at patienten på ethvert tidspunkt kan tilbagekalde sit samtykke.

Med hensyn til forhold vedr. den sociale lovgivning og kommuners håndtering heraf kan Sundhedsstyrelsen henvise til Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold.

Initiativer på området

Sundhedsstyrelsen nedsatte i 2008 en arbejdsgruppe, som havde til formål at drøfte rammer for udredning og behandling af patienter med CFS/ME (kronisk træthedssyndrom/myalgisk encefalopati). 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 med struktur for patienter med CFS/ME. Der var i oplægget bl.a. enighed om at

- Der er overlap mellem patienter med CFS og andre uafklarede, komplekse eller vanskeligt afgrænsede tilfælde som fx fibromyalgi, piske-smæld og colon irritabile, idet patienternes klager hyppigt kan passe ind i flere mulige diagnoser samtidig
- Udredning og behandling af patienter med CFS 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, ligesom Sundhedsstyrelsen løbende har fulgt udviklingen på området. Behandling af patienter med CFS og andre komplekse uafklarede tilstande varetages på hovedfunktionsniveau og i almen praksis, og der er etableret videnscentre i henholdsvis Region Hovedstaden i regi af liasonpsykiatri, og i Region Midtjylland i somatisk regi med inddragelse af psykiatere i behandlingen”.

Med venlig hilsen