

Aarhus den 11/7 2023

Forslag til Sundhedsstrukturkommissionen

Forslag om diagnostiske centre til symptomudredning

Indstiller: Marianne Rosendal, forperson for det lægevidenskabelige selskab "Dansk Selskab for Funktionelle Lidelser" (www.dasefu.dk)

At mærke symptomer fra kroppen er et naturligt fænomen og noget, vi alle oplever. Når symptomer står på igennem længere tid, kan det imidlertid være tegn på behandlingskrævende sygdom. Her er indgangen til sundhedsvæsenet almen praksis, og den praktiserende læge er specialist i at vurdere symptomer i den tidlige fase, dvs. inden man har kunnet stille en diagnose. For at kunne stille en diagnose vil den praktiserende læge ofte have behov for at sende patienten til undersøgelser, der involverer det specialiserede sundhedsvæsen. Således viser en dansk opgørelse fra 2010, at selv om almen praksis håndterer 90 % af alle henvendelser i løbet af en dag uden at inddrage det øvrige sundhedsvæsen, så vil 40-50 % af patienter i almen praksis blive henvist videre til sygehus eller praktiserende speciallæge i løbet af et år. Mange patienter er derfor afhængige af, at samspillet imellem almen praksis og det sekundære sundhedsvæsen fungerer, når årsager til symptomer skal findes, før behandling kan iværksættes.

Når det gælder længerevarende og diffuse symptomer er samarbejdet mellem den primære og sekundære sektor udfordret (se patienteksempel i bilag 1). Hvis de forskellige symptomer skal afklares enkeltvis, hvilket ofte er tilgangen med den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, så vil patienten skulle omkring en række forskellige speciallæger, sygehusafdelinger osv. Generelt bliver udredningsforløbene u hensigtsmæssigt lange og ukoordinerede. Det skyldes bl.a. den høje grad af specialisering i det sekundære sundhedsvæsen og ventetider inden for mange specialer. Når det gælder patienter med funktionel lidelse (beskrevet kort i bilag 2), ser vi derfor årelange udredningsforløb før diagnosen stilles. Konsekvenserne af denne tilgang er flere: 1) lange udredningsforløb passiviserer og bekymrer patienterne, og det bidrager til at fastholde eller forværre den funktionelle lidelse, 2) diagnostisk udredning indebærer risici, og vi ser, at patienter med funktionel lidelse påføres fysiske skader af udredning og/eller u hensigtsmæssige behandlingsforsøg, 3) målrettet behandling iværksættes med stor forsinkelse, og 4) pga. de lange sygdomsforløb er patienterne i høj risiko for at miste deres forsørgelsesgrundlag.

Der har i en årrække været fokus på hurtig udredning og dermed tidlig diagnostik af symptomer i relation til opsporing af kræftsygdom. Her er sundhedsvæsenet langt hen ad vejen lykkedes med at optimere udredningsforløb i et samarbejde mellem almen praksis og diagnostiske centre, så patienterne hurtigt kan få behandling. Tilsvarende har vi set, at enkelte af Covid-senfølgecentre er lykkedes med at lave koordineret udredning af henviste patienter for derefter at kunne sende dem tilbage til behandling i primærsektoren (almen praksis og kommunale tilbud). Kun de

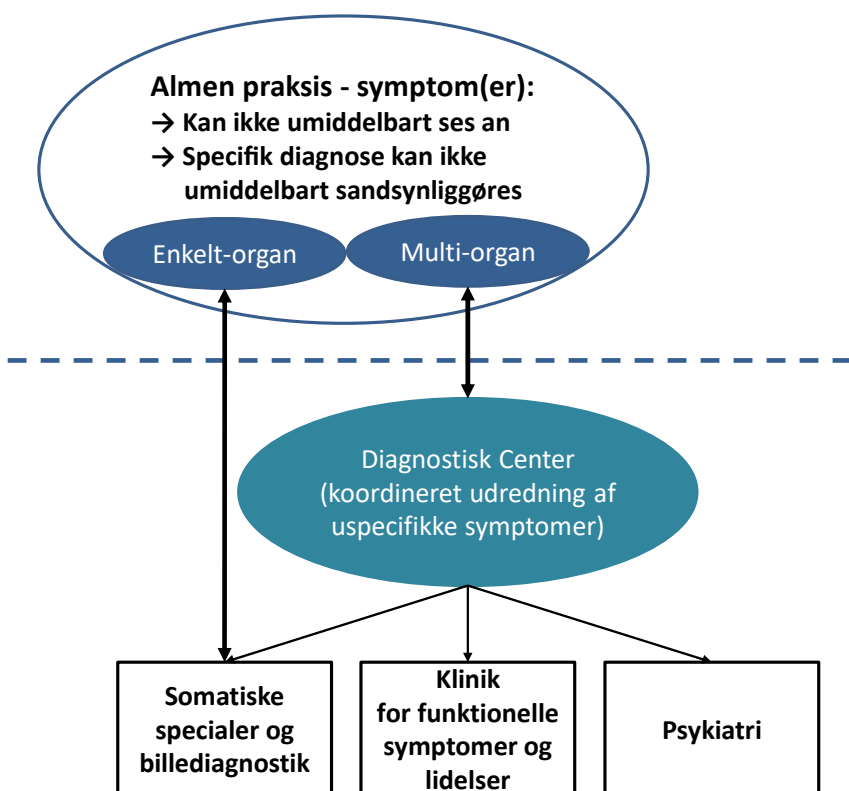
sværeste tilfælde har været nødvendige at viderehenvise til behandling på de regionale centre for funktionelle lidelser. Vi har således allerede erfaringer med, hvordan koordineret og dermed accelereret udredning kan gennemføres i sundhedsvæsenet.

Hvis en tilsvarende organisering kan gennemføres for længerevarende symptomer generelt (se figur) vil man potentielt kunne spare sundhedsvæsenet for et videnskabelig veldokumenteret og u hensigtsmæssigt højt forbrug af ydelser relateret til udredning af patienter med funktionel lidelse. Endnu vigtigere er det måske, at en forbedret indsats på området vil kunne bidrage til, at patienter med længerevarende symptomer eller funktionel lidelse vil kunne få målrettet behandling af deres symptomer/sygdom langt hurtigere, og dermed opnå bedre helbred og mindre risiko for at blive afhængig af overførselsindkomst.

Vi vil derfor opfordre kommissionen til at se på muligheden for at udvide diagnostiske centre til at omfatte symptomer mere generelt, når det gælder patienter med flere samtidige symptomer. En hurtig afklaring af symptombilledet både fysisk og psykiatrisk vil i de fleste tilfælde resultere i, at man kan sende patienten tilbage til egen læge, som nu enten selv eller i samarbejde med kommunen kan varetage det videre forløb.

Hvis det drejer sig om enkeltsymptomer eller symptomer fra et enkelt organområde, vil almen praksis kunne fortsætte den nuværende strategi med at visitere til det relevante speciale for afklaring.

Figur: Forslag til fremtidig organisering af udredning af symptomer



Bilag

Bilag 1: Eksempel på patient med længerevarende symptomer

En kvinde på 47 år henvender sig i praksis pga. træthed og smerter i ryggen. Hendes læge taler med hende, undersøger hende og tager en blodprøve. Det er alt sammen helt normalt. Kvinden kommer igen efter en måned. Hun er tiltagende træt og har sygemeldt sig fra sit arbejdes som pædagog. Hun sover dårligt, husker ikke så godt som hun plejer og er begyndt at få hovedpine. Det har hun ikke haft før. Det er også blevet værre med ryggen, og hun har ind imellem episoder med hjertebanken og åndenød. Måske har hun også tabt sig lidt.

Lægen vil typisk gøre sig en række overvejelser, som vil kræve yderligere afklaring: Er der mon fysisk sygdom i hjerte eller lunger? Hovedpinen er ny – er der mon noget galt med hjernen/nervesystemet? Skal patienten omkring en specialist i bevægeapparatet pga. forværring af rygsymptomerne? Handler det i stedet om forværring af overbelastning i hverdagen/stress-symptomer? Kan det være en angst eller depression, der er ved at udvikle sig? Er patienten ved at udvikle en funktionel lidelse? Er der et reelt vægttab, og kan det være tegn på anden alvorlig sygdom?

Bilag 2: Fakta om funktionel lidelse

Ordet funktionel betyder blot, at sygdommen er præget af ændret funktion i de organer eller fysiologiske systemer, der er involveret i patientens symptombillede. Det resulterer ofte i, at patienterne har mange og diffuse symptomer, fx træthed, smerter, føleforstyrrelser og uro i maven. Der vil dog ikke kunne påvises unormale forhold ved almindeligt kendte undersøgelsesmetoder. Det skal understreges, at symptomerne ved funktionel lidelse er lige så reelle som ved andre sygdomme. Patienter med funktionel lidelse har symptomer i en grad, der forhindrer normal funktion af kroppen.

Funktionel lidelse er en folkesygdom. Den rammer op imod 10 % af befolkningen og 2 % af den voksne danske befolkning har sygdommen i svær grad. Der er solid dokumentation for, at patienter med funktionel lidelse udsættes for uhensigtsmæssig behandling i form af medicin og kirurgiske indgreb. Patienter med svær funktionel lidelse har en 9 gange forøget risiko for at komme på overførselsindkomst i form af førtidspension i løbet af 10 år efter at diagnosen er stillet, hvis man sammenligner med patienter med fysisk sygdom. Ikke uventet ser man et øget forbrug af sundhedsvæsenets ydelser forbundet med sygdommen, og kun de færreste tilbydes den behandling, som i dag er videnskabeligt underbygget og anbefalet af Sundhedsstyrelsen.