



Landsforeningen Voksenmobning Nej Tak! betegner TERM-modellen som SYSTEMMOBNING, som man kan læse mere om på vores hjemmeside under "Download" på: [www.voksenmobningnejtak.dk](http://www.voksenmobningnejtak.dk)

Migræneforbundet har venligst givet os lov til at videreformidle deres information om TERM-modellen på vores busarrangementer rundt til danske byer. TERM-modellen kan også ses på Migræneforbundets hjemmeside: <http://www.migraeniker.dk/da/term-modellen> ... her gengivet derfra:

## TERM-modellen

1

**TERM-modellen** har en lang række anbefalinger til læger som behandler patienter med sygdomme, som er svære at behandle. Når lægen f.eks. må opgive at finde en medicin, som kan dæmpe eller reducere antallet af migrænedage, er TERM-modellen måske vejen frem, lærer lægen.

Vi har klippet **TERM-modellens** korte råd til lægerne ind nedenfor, og indsat Migræneforbundets kommentarer (til højre, i de grå felter).

De korte råd til lægerne er hentet fra det undervisningsmateriale, som er udgivet af **Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Psykosomatik og Laisopsykiatri, Århus Universitetshospital Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitet**, til uddannelse af ikke-psykiatriske læger.

**Din læge kan have været på kursus i dette! Læs teksten inden du accepterer at du har en funktionel lidelse.**

**Migræne er en anerkendt diagnose:** Migræneforbundet er glad for at migræne har en internationalt anerkendt diagnose. Især de danske læger har gjort et flot arbejde for at få migræne anerkendt internationalt som en fysiologisk sygdom.

Vi frygter dog, at der kan være migrænikere med kronisk migræne, som er vanskelig at behandle, som vil blive tilbudt TERM-modellens behandling. Som kort sagt går ud på at overbevise migrænikeren om at migrænen er en psykisk sygdom.

**Funktionelle lidelser er ikke en anerkendt diagnose:** Funktionelle lidelser eller BDS (Bodily Distress Syndrome) er **ikke en anerkendt sygdom** – dvs. lægerne må ikke stille diagnosen. Ikke desto mindre udsættes rigtig mange borgere i det sociale system for behandlingen mod funktionelle lidelser i form af TERM-modellen (dvs. en behandlingsmodel som stadig er på forskningsstadiet). Tanken er, at sygdommen som f.eks. fibromyalgi, irriteret tyktarm, kronisk træthedssyndrom og mange andre, kun er noget vi forestiller os.

**Læger, som behandler Funktionelle lidelser, behandler derfor en sygdom som ikke er generelt accepteret. De fortæller ikke patienterne om de er med i et forsøg på at vise at behandlingen virker. Den behandling, der tilbydes, vidner ikke om at forsøget gennemføres med kontrolpersoner og blindet, så lægen ikke ved om han uddeler snydemedicin eller virksom medicin, som er standarden for kliniske forsøg. Behandlingen er der for alene emperisk – dvs. bygger på enkeltpersoners erfaring.**



TERM-modellens tekst, fra undervisningsmateriale til læger	Migræneforbundets fortolkning og kommentarer
<p><b>1. Foretag en somatisk undersøgelse med fokus på det organsystem, hvorfra patienten har klager.</b></p> <p>Dette er medvirkende til, at patienten føler sig taget alvorligt og ikke føler sig overfladisk behandlet. I undersøgelsen og i hele vurderingen af patienten er det vigtigt, at man lægger vægt på objektive fund i stedet for subjektive klager. Tænk på de subjektive klager primært som emotionel kommunikation frem for som tegn på somatisk lidelse. Undgå udredning og undersøgelser, hvis de ikke er indiceret på grundlag af objektive fund eller et veldefineret (nyt) klinisk sygdomsbillede. Hvis patienten er kronisk <b>somatiserende</b>, er der en meget lille (&lt;1-2%) sandsynlighed for, at man senere vil finde en lidelse, som kan forklare sygdommen. På den anden side har somatiserende patienter lige så stor risiko som andre mennesker for at få en (uafhængig) genuin somatisk lidelse.</p>	<p>Snak patienten efter munden, og lad som om du tager hans symptomer alvorligt. Du vil ikke finde noget.</p> <p>Fortæl patienten, at det ikke er det, han siger der er vigtigt, men det du finder, som er afgørende for behandlingen. Du er jo eksperten.</p> <p><b>Somatiserende</b> (fra <a href="http://Sundhed.dk">Sundhed.dk</a>) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Betegner kropslige symptomer, hvor somatiske forklaringer ikke kan påvises eller ikke står i forhold til de oplevede gener</li><li>• Somatisering er nært knyttet til hypokondri, hvor patienten opfatter minimale gener som tegn på alvorlig somatisk sygdom</li></ul>
<p><b>2. Saner medicinen.</b></p> <p>Undgå vanedannende medicin. Den typiske kronisk somatiserende patient får flere forskellige typer medicin. Overvej, om medicinen ikke gør mere skade end gavn, både de psykoaktive og andre typer. Mange somatiserende patienter har et betydeligt misbrugspotentiale. Medicinen kan bevirke fysiske skader, er dyr for patienten, og de vil ofte komme i et psykologisk afhængighedsforhold og fx bruge det som bevis for deres sygdom over for omgivelserne og over for dem selv. Patienterne vil ofte have modstand mod en medicinsanering. Det er vigtigt, at man forklarer patienten årsagen til ændringer. "Du har fået denne medicin længe nu, og jeg kan se, at det ikke rigtigt har hjulpet dig, idet du bliver ved med at klage over... Jeg synes derfor, vi skal prøve at trappe ud af det". Advar patienten om, at der måske i en overgangsperiode kan komme gener. Ved psykoaktive og smertestillende præparater kan det kan være vanskeligere at få patienten ud af medicinen. Man kan forsøge at</p>	<p>Fortæl patienten, at der er mange bivirkninger ved medicin, og at han tager alt for meget for sin migræne, eller hvad han nu tror han har.</p> <p>Hvis patienten er utilfreds med at skulle stoppe med den smertestillende medicin, kan du forklare at patienten er blevet afhængig af medicinen og derfor skal ud af den for at få det bedre.</p> <p>Tal til patienten som om han er et vrangvilligt barn.</p>



<p>forklare: "Jeg kan høre, at du er bange for at slippe medicinen, og at du føler, den hjælper dig lidt. Jeg er sikker på, at når du har vænnet dig til ikke at få medicinen, vil du få det bedre, idet den også sløver dig, og du kan blive afhængig af den, således at du får flere problemer, end du allerede har. (Medicinen hjælper kun på kort sigt)". Vær fast men ikke hård hændet eller straffende i saneringen af medicinen. Forebyggelse er bedre end behandling, hvorfor det er bedre at undgå potentielt vanedannende medicintyper.</p>	
<p><b>3. Stil diagnosen og fortæl patienten, at lidelsen er kendt og har et navn.</b></p> <p>At diagnosen stilles, er vigtigt af hensyn til, at man selv holder sig den in mente, således at man tænker sig grundigt om, før nye somatiske udredninger eller behandlinger iværksættes (se under pkt. 1). Det gør det også lettere at holde stand mod det pres, som patienten til tider kan udsætte én for. Endvidere er noget ukendt ofte forbundet med angst og usikkerhed både for læger og patienter. Når "fjenden får et ansigt" og et navn, er det lettere for patienten at forholde sig til og kæmpe imod. Dermed mindskes angsten.</p>	<p>Fortæl patienten at han har en sygdom, som hedder '<b>Funktionel lidelse</b>' dvs. det man tidligere kaldte hypokondri. Alene det at hans sygdom får et nyt navn, vil gøre det lettere at behandle patienten senere.</p>
<p><b>4. Anerkend patientens symptomer som reelle.</b></p> <p>Betydningen heraf kan ikke understreges nok, idet dette vil være en forudsætning for at få patientens accept og samarbejde.</p>	<p>Snak igen efter munden. Symptomerne er reelle. Så er det lettere at samarbejde senere.</p>
<p><b>5. Vær direkte og ærlig over for patienten</b></p> <p>om de ting (områder), du er enig i, og dem du er uenig i, men undgå at få patienten til at føle sig dum, nedgjort eller ikke respekteret. "Jeg kan høre, at du har svært ved at tro på det, jeg siger".</p>	<p>Snak til patienten som om han er et trodsigt barn...</p>
<p><b>6. Vær stoisk, forvent ingen hurtige ændringer eller helbredelse.</b></p> <p>Afvent i en rum tid, før du vurderer om en behandling har hjulpet eller ej.</p>	<p>Lad endelig tiden gå. Patienten er nok på kontanthjælp, og skal helst fortsætte med det i lang tid - det mindsker modstanden mod behandling og er billigere for kommunen.</p>



<p><b>7. Reducer forventningerne om helbredelse og accepter patienten som kronisk syg.</b></p> <p>Målet er at kunne rumme patienten og dennes problemer (containment) samt at begrænse (iatrogene) skader. Det drejer sig således mere om management end om behandling, på samme måde som ved andre kroniske somatiske og psykiske lidelser.</p>	<p>Tiden hjælper dig til at patienten affinder sig med situationen, og accepterer, at han er hypokonder, og ikke har egentlige smerter.</p>
<p><b>8. Forstå nyttilkomne symptomer eller en forværring af de kendte, som en emotionel kommunikation i stedet for et tegn på en ny lidelse.</b></p> <p>Når man kender patienten, kan man fx sige "at der er ikke noget i det, du fortæller, der får mig til at tænke på, at du skulle have fået en ny sygdom ...", "Vi har jo tidligere talt om, at du er meget kropsligt reagerende, og jeg tænkte på, om der er sket noget for nyligt, eller om der er noget specielt, der bekymrer dig nu?".</p>	<p>Hvis patienten ikke synes det hjælper, forklarer du, at det er forkert at fokusere på at det gør ondt (eller at trætheden er overvældende, eller hvad det nu er, som generer patienten).</p> <p><b>Emotionel kommunikation:</b> følelsesmæssigt udbrud.</p>
<p><b>9. Forsøg evt. med specifik terapi</b></p> <p>(se TERM-modellens trin 1-3 og opfølgende samtaler) og overvej en henvisning til specialiseret behandling, hvis en sådan er tilgængelig.</p>	<p>Stil en diagnose på depression eller angst, hvis det er nødvendigt. Begge diagnoser indeholder masser af symptomer, som også findes i de sygdomme, som samles under 'funktionelle lidelser'. Det er f.eks. smerter, træthed, hjertebanken og hovedpine.</p>
<p><b>10 –13. Psykofarmakologisk behandling.</b></p> <p>Der findes ingen kontrollerede forsøg over virkningen af diverse psykoaktive stoffer ved somatiserende tilstande. Det er et klinisk indtryk, at mange somatiserende patienter har udbytte af antidepressiva og Buspar, og dette bør overvejes, også selv om patienten ikke har depressive eller angstsymptomer. Man bør dog være opmærksom på at seponere medicinen igen ved manglende virkning, når den har været anvendt i sufficient dosis og tid.</p>	<p>Giv nu patienten antidepressiv medicin eller angstdæmpende medicin.</p> <p>Der er godt nok ingen kliniske forsøg, som har vist at de har en virkning på migræne, hovedpine, træthed eller alle de andre symptomer, patienterne kommer med. Men de får patienten til at blive træt, så han ikke orker at</p>



	<p>klage så meget.</p> <p><b>Seponere:</b> ophøre med at give medicinen.</p>
<p><b>14. Behandl en evt. samtidig anden psykisk lidelse efter sædvanlige retningslinier.</b></p> <p>I de kroniske tilfælde har mere end 50% af de somatiserende patienter også en anden psykisk lidelse. Start i mindre doser end sædvanligt og øg langsomt, idet den somatiserende patient ofte har både en lav tærskel og lav tolerance for bivirkninger. Vær stoisk og forsøg at holde fast i en påbegyndt behandling, indtil patienten har gennemført et sufficent behandlingstiltag. Vælg gerne medikamenter, der <b>kanserummoniteres</b> af hensyn til, at disse patienter kan være meget ustabile i deres medicinvaner og i deres <b>compliance</b>, og fordi man så ikke udelukkende er afhængig af patientens subjektive oplysninger om bivirkninger.</p>	<p>Giv gerne flere forskellige typer medicin, samtidig, mod psykiske lidelser.</p> <p>Husk at bruge medicin af typer, som kan måles i blodet, for patienterne har tendens til at droppe medicinen. Du skal have beviser på om de følger din behandling.</p> <p><b>Serummoniteres:</b> måles i blodet.</p> <p><b>Compliance:</b> retter sig i lægens anvisninger</p>
<p><b>15. Vær proaktiv i stedet for reaktiv.</b></p> <p>Aftal et forløb med faste tider med 2-6 ugers interval og undgå konsultation efter patientens krav (evt. 1 p.n. tlf. aftale pr. uge). Dette er en absolut forudsætning for enhver behandling eller management af patienter med funktionelle symptomer af en vis varighed og sværhedsgrad. Hvis man ikke kan gennemføre dette, kan man lige så godt opgive behandlingen!</p>	<p>Husk det er behandleren som styrer dette forløb! Lad ikke patienten tale med dig for ofte! Du risikerer at han vil ud af behandlingen, hvis i taler sammen for tit!</p>
<p><b>16. Hvis patienten er i beskæftigelse, så undlad sygemeldinger, hvis det overhovedet kan undgås.</b></p> <p>Somatiserende patienter vil ofte være tilbøjelige til at blive opslugt af sygerollen og komme ind i nogle selvforstærkende onde cirkler, hvor de bliver bekræftet i, hvor dårligt de har det, og hvor lidt de kan klare. Det er vigtigt at formulere årsagen til, at man ikke sygemelder patienten på en måde, så patienten ikke føler sig afvist eller ikke forstået. Formodentlig er der ikke risiko forbundet med en korttidssygemelding ved en veldefineret genuin somatisk lidelse som fx en fraktur hos en somatiserende patient. Dette kunne forklares ved den kliniske observation, at patienterne overraskende nok kan</p>	<p>Hvis din patient brækker en arm eller et ben, skal han selvfølgelig sygemeldes. Men lad dig ikke besnakke til en sygemelding, hvis der ikke er denne type fysiske årsager til den.</p>



skelne, selv om de ikke er sig denne skelnen bevidst.	
<p><b>17. Forsøg at blive patientens eneste læge og begræns så meget som muligt patientens kontakter til andre behandlere, vagtlæger og alternative terapeuter.</b></p> <p>Sundhedssystemet (og det grå marked mv.) har et betydeligt medansvar for, at somatiserende patienter bliver <b>kronificerede</b> og invaliderede, idet patienterne ofte behandles og udredes på samme måde som genuine somatisk syge. Mange undersøgelser og behandlinger kan være forbundet med en betydelig risiko for fysiske skader samt såvel menneskelige som økonomiske omkostninger for patienten.</p>	<p>Overtal patienten til at undlade kontakt til andre læger. Måske er de ikke enige med dig!</p> <p><b>Kronificerede:</b> tilstanden bliver kronisk.</p>
<p><b>18. Informer dine kolleger om din behandlingsplan og lav aftaler med kolleger, hvis du holder fri.</b></p> <p>Læger, der ikke kender patienten, vil ofte komme til kort over for svært somatiserende patienter, idet deres sygehistorie ofte er uoverskuelig, og patienten fremlægger sin egen forståelse af den. Det er derfor vigtigt, at kolleger har de fornødne oplysninger og helst instrukser for at kunne behandle patienten korrekt og for at kunne modstå det pres, som han eller hun kan føle sig udsat for.</p>	<p>Sørg for at have en ferieafløser, som fortsætter din behandling.</p> <p>Hvis en udenforstående læge får adgang til patienten, kan behandlingen blive ændret!</p>
<p><b>19. Forsøg at opbygge en terapeutisk alliance med patientens pårørende ved at informere dem om behandlingsplanen.</b></p> <p>Specielt ved kronisk somatiserende patienter er der ofte et meget tæt symbiotisk samspil i familien. I mange tilfælde drejer hele familiens liv sig om patienten og dennes sygdom, og ændringer kan direkte modarbejdes af familien pga. misforståelser eller pga. en skrøbelig magtbalance i familien. Ændringer vil således gribe dybt ind i hele familiens liv, og det kan være en meget kompliceret sag at ændre på sådanne mønstre. Det er nødvendigt, at familien er indforstået med eller – bedre endnu – vil støtte patienten i at gennemføre behandlingen og de nødvendige adfærdsændringer. Egentlig familierapi kræver en specialiseret viden, men det er altid muligt at tage en samtale med patient og familie. Man kan evt. overveje at benytte sig af hjemmestøtte eller lignende, herunder hjælp fra det distriktspsykiatriske team, hvis muligt.</p>	<p>Sørg for at patientens familie er enig med dig (lægen), og støtter dine forslag og konklusioner.</p>



<p><b>20. Arranger evt. støtte/supervision for dig selv.</b></p> <p>Kronisk somatiserende patienter kan være nogle af de vanskeligste og sværeste patienter at behandle og håndtere overhovedet. Lægen udsættes ofte for et næsten konstant pres for undersøgelser og somatiske behandlingstiltag. Da patienterne ofte er meget aktive i deres søgen efter behandling, kan mange andre behandlere forsøge at blande sig i behandlingen og foreslå uhensigtsmæssige behandlinger eller unødvendige udredninger pga. deres manglende kendskab til patienten. Det er derfor godt at have en kollega at kunne vende problemerne med.</p>	<p>Patienterne er så genstridige, at du nok som læge har brug for opbakning fra en kollega.</p> <p><b>Supervision:</b> støtte fra en kollega, helst en psykolog</p>
<p><b>21. Motiver patienten for psykiatrisk behandling, hvis dette er relevant.</b></p> <p>Det kan være et spørgsmål om udredning og udelukkelse af en anden <b>komorbid</b> psykisk lidelse, sanering af medicin, mobilisering og aktivering, adfærdsterapi og familieterapi mv. Dette kan ofte bedst gennemføres i et psykiatrisk behandlingsregi. Mange mener herudover, at en kontinuerlig ambulant psykiatrisk behandling er andre former for behandling overlegen, når det gælder de sværeste tilfælde. Desværre er mange psykiatere utilbøjelige til at tage disse patienter i behandling.</p>	<p>Hvis alt andet fejler kan du prøve psykiatrisk behandling. Men psykiaterne er ikke altid enige med vores behandling, så det er en usikker vej frem.</p> <p><b>Komorbid:</b> samtidig</p> <p><b>Psykolog:</b> har en uddannelse fra et universitet i psykologi. Er ikke læge, og kan ikke udskrive recepter.</p> <p><b>Psykiater:</b> en læge som har taget en overbygningsuddannelse i psykologi. Kan udskrive recepter på medicin.</p>