

Samspil mellem sygdomsbegreber og organisering af sundhedsvæsenet

Dorte Effersøe Gannik & Ann Dorrit Guassora

RESUME

Almen praksis-sektoren og sygehussektoren stilles over for hinanden, og træk af organisationsprincipper og sygdomsopfattelser i de to sektorer gennemgås. Det vises, at almen praksis-sektorens organisation med små praksis, lokal forankring, listesystem, frit lægevalg og generalistorientering gør det lettere at anlægge et bio-psyko-socialt perspektiv. Den biomedicinske sygdomsmodel, der er karakteriseret ved fokus på biologisk information, krop-sind-dualisme, reduktionisme og essentialisme, er tilsvarende forankret i og tilpasset sygehusvæsenets træk af centralisering, specialisering og standardisering.

I denne artikel undersøger vi, om der kan beskrives en sammenhæng mellem på den ene side den måde, sundhedsvæsenet organiseres på, og på den anden side de sygdomsforståelser, som råder i væsenets forskellige dele. Til dette formål sammenlignes forholdene i almen praksis med forholdene i sygehusvæsenet, idet træk af den helt forskellige organisation i de to sektorer fremhæves. Spørgsmålet er, om og hvorfor sygdom tænkes på forskellige måder i forskellige dele af sundhedsvæsenet, og endvidere hvilke konflikter, misforståelser og andre utilsigtede konsekvenser sådanne forskelle i sygdomsbegreber kan medføre.

Aspekter af sammenhængen mellem sygdomsbegreb og organisation er blevet belyst af tidligere forfattere, især hvad angår sygehusvæsenet [1-4]. Sammenhængen fremstilles i almindelighed som en gensidigt forstærkende proces, således at forstå at den biomedicinske sygdomsopfattelse fremmer en organisatorisk udvikling, som på sin side virker tilbage og bekræfter sygdomsopfattelsen.

SYGEHUSSEKTOREN – SAMMENHÆNGEN MELLEM SYGDOMSBEGREB OG ORGANISATION

Det biomedicinske sygdomsbegreb

Det biomedicinske sygdomsbegreb kan kort karakteriseres ved trækkene krop-sjæl-dualisme, reduktionisme og en dominerende vægt på biologisk information i diagnoseprocessen [5]. Sygdom opfattes som en entitet, der beskrives ved en diagnose med et navn og en beskrivelse af patologi, ætiologi, prognose mv. (det såkaldt essentialistiske princip). Sygdomsklassifikationen er en blanding af anatomisk, fysiologisk og

mikrobiologisk definerede sygdomsenheder – samt i nyere tid – immunologisk og genetisk definerede enheder [6].

Der er naturligvis variationer inden for det biomedicinske sygdomsbegreb. Sygdomsbegrebets egenart er dog ikke særlig diskuteret inden for sundhedsvæsenet, og det opfattes som selvfølgelig i store dele af samfundet, som »normalvidenskab« [7, 8].

Hvis man anlægger et videnssociologisk perspektiv, kan det biomedicinske sygdomsbegreb opfattes som en *model*. En model forstået på den måde, at der er tale om, at man ekstraherer nogle kendetegn eller træk fra den fysiske »virkelighed«, som vi antager eksisterer i kroppen. Spørgsmålet er, hvordan og ved hjælp af hvilke erkendelsesmæssige og tekniske metoder man udvælger disse træk og derved konstruerer modellen.

Svaret må søges i den lange historiske udvikling og forfining af klinisk diagnostik og behandling. Den tilgængelige faglige ekspertise, der i nyere tider er differentieret i en faglig arbejdsdeling mellem en række medicinske og paramedicinske specialer, har samvirket med den teknologiske udvikling, nyt apparatur og undersøgelsesmetodik [9, 10]. Nogle træk af denne proces er:

- *Der er sket en udvælgelse af patientmateriale.* Ikke alle patienter med de relevante symptomer har været med i det oprindelige grundlag for klinisk observation. Blandt andet har sygdommens alvorgrad og adgangen til sygehusbehandling virket selekterende på observationsgrundlaget.
- *Udvikling af modellen og grundlaget for den er langt overvejende foregået i sygehussammenhæng.* Det betyder:
 - a. med den i sygehuset givne type af ekspertise
 - b. med den i sygehuset givne type af apparatur og fysisk/teknisk miljø
 - c. med udelukkelse af patientens hverdagsliv og sociale sammenhæng uden for sygehuset.

Man kan sige, at sygdommen forstået som model udvikler sig i takt med udviklingen i den forskningsmæssige og kliniske praksis gennem anvendelsen af bestemte rutinemæssige procedurer, implementeret

OVERSIGTSARTIKEL

Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet



Arbejdende kirurg.

apparaturl etc. [11, 12]. Dette samspil er et forskningsområde, der er i hurtig udvikling [13, 14].

Standardiserings- og objektiviseringsprincipper er karakteristiske for den biomedicinske sygdomsmodel [15, 16]. Standardiseringsprincippet indebærer, at sygdom kan beskrives, defineres og behandles på samme måde uafhængigt af den person, der er syg. Efter dette princip er viden om sygdom global viden – dvs. viden, der er gyldig overalt og til enhver tid. Standardiseringsprincippet får stadig øget betydning i diagnostik og behandling i lægevidenskaben [6], og det udmøntes i dag f.eks. i form af »kræftpakker«.

Objektiviseringsprincippet indebærer, at den menneskelige krop betragtes og analyseres som en genstand, og at tekniske, mekaniske eller kemiske indgreb opfattes som de mest effektive. Heri ligger, at man – i princippet – omgår mennesket som subjekt, dets vilje, følelser, hensigter, intentionalitet og handlinger.

Organisation i sygehuset

Organisationsbeskrivelser af sygehuset er almindelige, men det berøres sjældent, hvilken rolle den biomedicinske sygdomsmodel spiller i organisationen. På et overordnet plan kan man nævne en række organisatoriske principper, der kendetegner sygehuset:

Arbejdsdeling/specialisering

Specialiseringen hænger sammen med, at sygdomsbegrebet er reduktionistisk. Dvs. at sygdom forstås som noget, man kan blive klogere på ved at studere det i mindste enkelthed. Jo mindre fagområde, jo klogere kan man blive på det. Antallet af lægelige specialer er derfor vokset kraftigt i sidste århundrede, specielt efter 1950 [17].

På det seneste ses også et antal knopskydninger som hovedpineklinikker, angstklinikker og lignende institutionaliseringer med udgangspunkt i enkelt-diagnoser eller -syndromer.

Centralisering

Også mellem sygehusene sker en specialisering, således at der er flere og mere centraliserede »niveauer« af sygehuse: hovedfunktioner, regionsfunktioner, specialfunktioner, akutfunktioner, efterbehandling og rehabilitering mv. Centraliseringskravet følger af specialiseringen. Jo sjældnere sygdomme, og jo mere specialiseret fagområde, jo større koncentration af ekspertise og apparatur er nødvendig. Der sker stadig en centralisering af sygehusfunktioner i sygehusfællesskaber og en koncentration af behandlingen gennem nedlæggelse af lokalsygehuse.

Rutinisering/standardisering

Ved rutinisering forstås vi den proces, hvorved handlinger og procedurer lægges i faste rammer, således at man ikke i hvert enkelt tilfælde skal fastlægge proceduren på ny [18]. Rutineringen er en anden side af arbejdsdeling og specialisering og berører både læger, sygeplejersker og en række paramedicinske faggrupper, lægesekretærer, social- og sundhedsassistenter, laboranter, radiografer mv. En del af arbejdsopgaverne er stærkt automatiserede, herunder røntgenoptagelser, blodprøvetagning etc.

Disse tre organisatoriske principper, specialisering, centralisering og rutinisering, har en sammenhæng med sygdomsmodellens stigende udmøntning i diagnoser. Det sker via en stadig cirkelbevægelse mellem sygdom, diagnostiske procedurer og behandlingsteknologier, som understøtter og understøttes af organisation og fysiske rammer [19-21].

ALMEN PRAKSIS – SAMMENHÆNGEN MELLEM SYGDOMSBEGREB OG ORGANISATION

Almen praksis' organisation

Almen praksis er grundlæggende et liberalt erhverv, hvor hver enkelt læge ejer sin egen klinik. Samtidig er erhvervet semioffentligt ved en meget kompleks organisationsform, som er knyttet til overenskomsten med sygesikringen, der indebærer stramme regler for uddannelse, etablering, honorering, patienttilknytning, henvisninger mv.

Den organisatoriske formel for etablering af et fast patientgrundlag i almen praksis er *listesystemet*. Dvs. at patienterne tilknyttes enkelte læger inden for bestemte rumlige, tidsmæssige og antalsmæssige begrænsninger. Deri ligger mulighed for kontinuitet i form af en fast tilknytning i en vis minimumsperiode mellem læge og patient.

Hertil kommer så det *frie lægevalg* som en anden organisatorisk faktor, der muliggør et godt forhold mellem patient og læge, fordi patienten selv vælger lægen. Kombinationen af listesystemet og det frie lægevalg skaber forudsætningerne for udviklingen af

et personligt forhold og over tid gensidig tilpasning, tillid og fortrolighed [22].

Dette er vigtige betingelser for, at lægen kan udfylde sine funktioner som *gatekeeper*, tovholder og støtteperson.

I modsætning til, hvad der gælder i sygehusvæsenet, har de praktiserende læger et uselekteret patientgrundlag, og det betyder, at lægerne er generalister og altså ikke subspecialiserede. Et andet vigtigt forhold er, at almen praksis er organiseret som solo- eller tomandspraksis, hvilket stadig gælder 80% af praksis [23]. Lægens praksis er således decentral og placeret tæt på patientens hverdagsliv og på lokal-samfundet.

Almen praksis har på denne baggrund i tidens løb udviklet en række basale principper for arbejdet:

- Primær tilgængelighed for befolkningen.
- Et fast, kontinuert og personligt læge-patient-forhold.
- Helhedsprincip (person- og kontekstorientering).
- Familielægeprincip.
- En central nøglefunktion som *gatekeeper*, tovholder og støtteperson.

Disse principper er historisk så fast indarbejdede i almenmedicinerens univers, at man kan sige, at de har karakter af værdier, som er blevet en del af den praktiserende læges faglige selvforståelse [24, 25].

Det interessante i denne sammenhæng er, at værdierne er organisatorisk forankret [26]. Tilsammen gør de organisatoriske og værdimæssige forudsætninger det muligt for lægen at arbejde patientcentreret, dvs. at anlægge et personligt og individualiseret perspektiv på det hele menneske og på den sammenhæng dette menneske lever i [27].

Det sociologiske sygdomsbegreb

Det patientcentrerede perspektiv, som inddrages i almenmedicinen, er beslægtet med det medicinsk-sociologiske *illness*-begreb og trækker på dette ligesom på en række andre humanistiske traditioner. I angelsaksisk medicin-sociologisk litteratur har man siden ca. 1960 opereret med en sondring mellem begreberne *disease* og *illness* [28]. I denne sondring forstås *disease* som sygdom i biomedicinsk forstand, mens *illness* er den syges egen eller pårørendes oplevelse eller erfaring med sygdommen (altså en folkelig opfattelse).

Illness-begrebet ligger den subjektive eller personlige dimension af sygdommen. Dvs. her finder vi, hvordan sygdommen opleves, hvilke symptomer der fornemmes, hvilken betydning de tillægges, hvilke årsager og hvilket fremtidigt forløb patienten forestiller

sig. Betydningen af *illness*-begrebet ligger bl.a. i, at disse subjektive opfattelser er baggrund for eller giver anledning til sygdomsadfærd, herunder adfærd som behandleren ikke forstår eller billiger.

Det situationelle sygdomsbegreb bygger på ideen om den personlige sygdomsdimension (*illness*), men går et skridt videre [29]. Centralt i teorien står den iagttagelse, at sygdomssymptomer ikke bringes under lægelig vurdering, hvis de – af den syge – kan rummes/indeholdes inden for de fleste væsentlige daglige livssituationer, altså at disse situationer kan opretholdes eller gennemføres uanset symptomerne. Empiriske undersøgelser finder tilsvarende, at kun en meget lille del af de symptomer, folk oplever i det daglige, fører til henvendelse til sundhedsvæsenet (toppen af »isbjerg«).

En stor del varetages af folk selv gennem daglig (egen)omsorg og regulering af symptomfremkaldende forhold [30, 31].

Det særlige ved det situationelle sygdomsbegreb er, at sygdom ikke defineres som en tilstand knyttet til personen alene, men som et *resultat af forholdet person-situation*, hvor situation er bredt forstået. Lidt firkantet kan man sige, at med det situationelle sygdomsbegreb flyttes sygdommen ud som det udtryk, den får i forholdet mellem person (med symptom) og situation.

Det ligger ikke i modellen, at sygdommen er opfundet eller konstrueret mentalt og dermed egentlig ikke eksisterer fysisk set. Sygdom forstås nok i modellen at have form af fysiske processer eller forløb i kroppen.

Men fokus flyttes fra den præcise natur af disse kropslige processer til spørgsmålet om, hvilke sociale og interaktive processer i situation og livssituation, der spiller ind på symptomernes udvikling, og hvordan den syge som aktør kan håndtere sine handlinger



FAKTABOKS

Sygdom tænkes på forskellige måder i forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Den biomedicinske sygdomsmodel er karakteriseret ved reduktionisme og ved biologisk information, og den udmøntes ved hjælp af standardiserings- og objektiviseringsprincipper. Den biomedicinske sygdomsmodel indebærer bl.a., at sygdom kan beskrives, defineres og behandles på samme måde, uafhængigt af den person, der er syg.

Organisatoriske principper, der kendetegner sygehuset, er arbejdsdeling/specialisering, centralisering, samt rutinisering/standardisering.

Praktiserende læger arbejder i praksis med et bredere sygdomsbegreb. De fleste almenmedicinere kombinerer et biomedicinsk arbejdsgrundlag med en primær tilgængelighed for befolkningen, et fast, kontinuert og personligt lægepatientforhold, helhedsprincip (person- og kontekstorientering) og familielægeorientering.

Organisatoriske principper, der kendetegner almen praksis, er listesystem, det frie lægevalg og små og decentrale praksis.

og situationer med det formål at påvirke sine symptomer.

Sygdomsbegrebet i almen praksis

Det biomedicinske sygdomsbegreb gælder også i almen praksis-sektoren. Imidlertid har de praktiserende læger netop i praksis en meget mangfoldig og i mange henseender også en bredere sygdomsforståelse. Den biomedicinske diagnose fastlægges i stadig højere grad ud fra objektive (patologiske) fund i takt med den ekspansive udvikling af diagnostisk teknologi. Der diagnosticeres mere og mere ud fra test og afvigende biologiske værdier. Men korrespondancen mellem afvigende biologiske værdier og forekomsten af subjektive symptomer er ofte ganske begrænset, som det f.eks. spejles i begrebet »medicinsk uforklarede symptomer« [32, 33].

Det er derfor forståeligt, at almenmedicineren har et ambivalent forhold til diagnoser [34, 35]. Mellem en tredjedel og to tredjedele af henvendelserne til almen praksis menes ikke at kunne gives en egentlig diagnose, og tilbøjeligheden til at diagnosticere varierer meget fra læge til læge. Nogle almenmedicinske teoretikere fraråder brugen af diagnoser eller konstaterer, at de oftest er nytteløse i den daglige behandling [27, 36]. På denne baggrund er der udviklet en sygdomsklassifikation (*International Classification of Primary Care*) til særlig brug i almen praksis, hvori symptomer spiller en betydelig rolle.

De praktiserende læger har behov for at supplere den biomedicinske sygdomsmodel med andre sygdomsforståelser. Mange læger arbejder eksplicit med en forståelse af patienten i dennes sociale og psykologiske sammenhæng.

Dette er blevet kaldt den »almenmedicinske sygdomsmodel« [37, 38]. Endvidere kan de ovenfor omtalte almen praksis-værdier forstås som en række supplerende principper for arbejdet, der ikke uden videre er forlignelige med det biomedicinske sygdomsbegreb. I konsultationen kan disse værdier udmøntes i anvendelsen af et »patientcentreret perspektiv«, i hvilket person- og kontekstorientering betragtes som centrale [27, 34, 39].

Empiriske undersøgelser tyder dog på, at praktiserende læger enkeltvis forholder sig meget forskelligt til sygdomsbegrebet. Det bio-psyko-sociale sygdomsbegreb er blevet beskrevet som et forbillede i almenmedicinen [25]. Men kun ca. halvdelen af lægerne støtter eksplicit et bio-psyko-socialt sygdomsbegreb [40].

De praktiserende læger har således endnu ikke for sig selv som gruppe tydeligt afklaret, hvilket sygdomsbegreb de arbejder i forhold til, eller hvordan de kan balancere mellem forskellige sygdomsopfattelser.

DISKUSSION

Vi har skitseret en forskel på patientgrupper, opgaver og organisation mellem primær- og sekundærsektoren, som peger på og delvis forklarer forskelle i de anvendte sygdomsbegreber. Vi må konkludere, at organiseringen ikke kan skilles fra, hvordan man tænker om sygdom, og hvordan man tænker om patienter i organisationen. Der er en modsætning mellem sygehusvæsenets specialisering og de praktiserende lægers virke som generalister. Et af konfliktpunkterne er diagnoserne, fordi praktiserende læger i mange sammenhænge arbejder med symptomdiagnoser eller helt uden diagnoser. De praktiserende læger følger deres patienter uanset diagnoser, og de fokuserer på den enkelte patient i dennes hverdagsliv og lokalsamfund, hvor sygehuslægen på sin side objektiviserer og reducerer til et organ og/eller en patologisk sygdomsenhed. Forskellene kan give anledning til samarbejdsproblemer og konflikter mellem sektorerne. Et eksempel herpå er epikriserne. Praktiserende læger klager over, at det ikke er de rigtige ting, som står i epikriserne. Sygehusafdelingens objektivisering kommer til udtryk i et fokus i epikriserne, som ikke modsvarer det, som de praktiserende læger inddrager i deres arbejdsområde, herunder psykologiske og sociale aspekter af patientens sygdom.

Generelt er der således tale om en udfordring til ideen om sammenhængende patientforløb og koordination over sektorgrænser. I samarbejdet mellem sektorerne er det nødvendigt at tænke ikke alene de organisatoriske forskelle, men også forskellene i sygdomsbegreberne med i sammenhængen. Her kan opstå et problem, fordi de praktiserende lægers sygdomsbegreb ikke er ligeså afklaret og selvfølgeligt som det biomedicinske.

En anden følge af sammenhængen mellem organisation og sygdomsbegreb er de spørgsmål, som må rejses om almen praksis' fremtidige organisationsudvikling. I de senere år er der set en tydelig bevægelse hen i mod større praksis/lægehuse med flere ansatte, intern arbejdsdeling, en centralisering af praksis og en begyndende opløsning af det faste lægepatient-forhold. Efter det her beskrevne vil denne udvikling have konsekvenser i biomedicinsk retning for den måde praktiserende læger tænker på sygdom og patienter.

KORRESPONDANCE: Dorte Effersøe Gannik, Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Sundhed og Samfund, Øster Farimagsgade 5, 1014 København K. E-mail: doga@sund.ku.dk

ANTAGET: 21. juli 2010

FØRST PÅ NETTET: 4. oktober 2010

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

Artiklen er baseret på baggrundslitteratur, herunder klassikere, inden for en række forskellige fagdiscipliner, medicinsk videnskabsteori, medicinhistorie, medicinsk teknologihistorie, *science and technology*-studier, organisationsteori, almenmedicin, medicinsk sociologi og medicinsk antropologi.

LITTERATUR

- Berliner H. Medical modes of production. I: Wright P, Treacher A (eds.). The problem of medical knowledge. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982;162-73.
- Berg O. Medisinens logikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
- Vallgård S. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag, 1992.
- Foucault M. Klinikens fødsel. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- Helman CG. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.
- Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Medicinsk filosofi. København: Munksgaard, 1997.
- Kuhn TS. Videnskabens revolutioner. København: Fremads Forlag, 1973.
- Wulff HR, Gøtzsche PC. Rational klinik - evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger. 4 ed. København: Munksgaard Danmark, 2006.
- Freidson E. Profession of medicine. USA: Dodd, Mead & Company, 1988.
- Strauss AL, Fagerhaugh S, Suczek B et al. Social organisation of medical work. New Jersey: Transaction Publishers, 1997.
- Wright P, Treacher A (eds.). The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1982.
- Latour B, Woolgar S. Laboratory life: The construction of scientific facts. New Jersey: Princeton University Press, 1986.
- Atkinson P. Discourse, descriptions and diagnoses: Reproducing normal medicine. I: Lock M, Gordon DR (eds.). Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988:179-204.
- Mol A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham and London: Duke University Press, 2002.
- Launsø L, Gannik DE. The need for revision of medical research designs. I: Gannik DE, Launsø L (eds.). Disease, knowledge, and society. Frederiksberg: Samfundslitteratur, 2000:243-62.
- Sismondo S. An introduction to science and technology studies. Oxford: Blackwell Publishing, 2004.
- Vallgård S. Vækst og specialisering i det danske sygehusvæsen. Samfundskøkonomien 1993;5:23-9.
- Koenig BA. The technological imperative in medical practice: The social creation of a "routine" treatment. I: Lock JD, Gordon DR (eds.). Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988:465-98.
- Lock M, Gordon DR. Biomedicine examined. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, 1988.
- Sundström Per. Icons of disease. A philosophical inquiry into the semantics, phenomenology and ontology of the clinical conceptions of disease. Linköping: Linköping University, 1987.
- Gannik DE. Virkelighed, teorier og metode i sygdomsforskningen. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund 2008;9:33-52.
- Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården. Et litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. Sverige: Socialstyrelsen, 1999.
- Lægepopulationen og lægepraksispopulationen 1977-2009. København: PLO, 2009.
- Boerma GW, Fleming DM. Framework for professional and administrative development of general practice/ family medicine in Europe. København: WHO Europe, 1998.
- Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European definition of general practice/ family medicine. Barcelona: Wonca Europe, 2002.
- Mabeck CE, Moltke A, Schulsinger C et al. Debatoplæg om kernefunktionen i almen praksis. København: PLO, DSAM, 2000.
- McWhinney IR. A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Mechanic D, Volkart EH. Illness behavior and medical diagnoses. J Health Hum Behav 1960;1:86-94.
- Gannik DE. Social sygdomsteori - et situationelt perspektiv. København: Forlaget Samfundslitteratur, 2005.
- Verbrugge LM, Ascione FJ. Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. Med Care 1987;25:539-69.
- Young JT. Illness behaviour: a selective review and synthesis. Sociology of Health & Illness 2004; 26:1-31.
- Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in Women. Fam Med 2000;32:603-11.
- Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. BMJ 2005;330:4-5.
- Mabeck CE. Lægen og patienten - patientcentreret medicin i teori og praksis. København: Munksgaard, 1994.
- Olesen F, Vedsted P. Family medicine should redefine its essential attributes. I: Buetow SA, Kenealy T (eds.). Ideological debates in family medicine. New York: Nova Biomedical Books, 2007:13-23.
- Malterud K. Allmenmedisinens mandat og kompetanse. Utposten 1992;21:309-11.
- Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H et al. Almen lægepraksis i Danmark. Om funktion, love, administration og udvikling. København: Månedsskrift Prakt Lægegerg; 2005.
- Svendsen I. Lægers og patienters sygdomsbegreber. I: Hollnagel H, Nørrelund N, Schroll H (eds.) Almene helbredsproblemer en lærebog i almen medicin. København: FADL, 1992.
- Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- Gannik D, Frimodt-Møller B, Heldrup J et al. Diagnostik og behandling i almen praksis. Praktiserende lægers holdninger I og II. Ugeskr Læger 1989;151:161-72.

Genoptræning efter brystkræftkirurgi

Lise Kronborg Poulsen¹, Nina Høgda¹, Lisbeth Villemoes Sørensen¹ & Henrik Kehlet²

De postoperative følger efter operation for og behandling af brystkræft, herunder smerter, lymfødeme, nedsat skulderbevægelighed og vævspåvirkning, er veldokumenterede [1] i lighed med den gavnlige effekt af fysioterapeutisk behandling [2, 3]. Resultater fra nyere studier viser tillige, at der ved tidlig genoptræningsindsats umiddelbart efter drænfjernelse er tendens til at opnå en forbedret skulderfunktion [4, 5]. Styrketræning har – stik mod tidligere anbefalinger – vist sig ikke at øge risikoen for lymfødeme, men har derimod en positiv effekt på selvrapporeret méngrad og muskelstyrke [6]. Endvidere er det påvist, at opstartstidspunktet er uden betydning for udvikling af lymfødeme, og at strålebehandling, der ikke

inkluderer armhulen, kun har begrænset betydning for påvirkning af skulderfunktionen [1, 4, 5]. I en undersøgelse fra 2005 ser holdtræning dog ud til at have en positiv effekt på forekomsten af nedsat skulderfunktion.

Denne effekt er mere udpræget blandt mastektomerede end blandt kvinder, der er opereret med brystbevarende teknik [7]. Imidlertid er der i dag stadig kun sparsom evidens for valg af den eksakte, optimale fysioterapeutiske behandling efter de forskellige operationer og behandlingstiltag [8, 9]. Således konkluderede man i en oversigt fra 2009, i hvilken man havde inddraget 5.219 studier med fokus på *return to work*, at de anvendte metoder ikke gav mulighed for

STATUSARTIKEL

- Klinik for Ergo- og Fysioterapi, Rigshospitalet, og
- Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet