

## **RCT-Mobil og Klinikken LIVet: To multi disciplinære klinikker for traumatiserede flygtninge og andre stærke stress relaterede syndromer – der virker!**

Forfatter:

Rick Steele, samfundsmediciner, MPH, PDC

Cheflæge, direktør

RCT-Mobil Aps og Klinikken LIVet Aps

Tyttebærvej 26, Sejs, 8600 Silkeborg

Tlf: 7012 8282, FAX: 8724 4026, Email: steele@rct-mobil.dk

### **OVERBLIK:**

Der er tusindvis af mennesker i det danske samfund, der er uarbejdsdygtige grundet problemer, der ikke er nærmere diagnosticerbare i sundhedssystemets regi og som det etablerede system ikke har kunnet stille noget op med. Der er mange forskellige indgangsvinkler til denne problemstilling, og en af de væsentligste er økonomien. Ifølge socialministeriet var der ved slutningen af maj 2005 157.000 mennesker i Danmark i socialgruppe 4 og 5, altså arbejdsledige der har alvorlige problemer ud over ledighed. Hvis man forudsætter en månedsforsørgelse per person på kr. 10.000 koster dette direkte knap kr. 19 milliard om året. Forudsætter man, at ingen af disse mennesker nogensinde kommer ud i fast arbejde og gennemsnitsalderen ved debuten er 30 år, koster offentlig forsørgelse for den enkelte indtil 65 år ca. kr. 9 millioner. Regner man med en tabt skatteindtægt svarende til det halve af det er vi oppe på 13,5 millioner. Ganger man dette tal med 157,000 giver det det svimlende beløb af kr. 2,2 trilliard, eller rundt regnet to gange Danmarks bruttonationalprodukt på et år.

Disse tal skal ses i relation til, om det er muligt at gøre noget for den enkelte arbejdsledige, som ændrer afgørende på vedkommendes evne til at arbejde. Det har vi bevist muligheden for. Forfatteren leder to private klinikker, der kombinerer diverse behandlingsmåder og diverse instansniveauer på en måde, der får over halvdelen af de socialt udsatte på sikker vej mod selvforsørgelse. Der bruges lægelige, psykologiske, fysioterapeutiske, afspændingsterapeutiske og erhvervspædagogiske behandlinger/undervisning. Der ydes regulær sygebehandling, socialrådgivning, og undervisning og der samarbejdes tæt med erhvervsfremmende foranstaltninger og arbejdspladser. Kort sagt anvender vi hele spektret af behandling/revalidering i et sammenhængende hele.

Prisen på behandlingen varierer meget, men ligger et sted mellem kr. 30,000 og 500,000 per person. Jeg vurderer at et rimelig gennemsnit vil ligge omkring kr. 200,000 per person inden vedkommende kan erklæres i arbejde og uden behov for yderligere behandling/træning eller klart udenfor behandlings rækkevidde, selv under disse former. Der vil være rimelig økonomi i denne behandling selv om man kun havde en succesrate på en ud af ca. 70 (kr. 13,5 million divideret med gennemsnitsprisen på kr. 200,000 per forløb). Vi har vist at over halvdelen af vores patienter kan komme i udstøttet arbejde efter behandlingen, og hvis det holder stik fremover vil det sige at en investering i vores behandling medfører et afkast på ca. 3300% over 35 år. Denne logik er der ingen som jeg har mødt, der mangler forståelse for.

Det er væsentligt at fastslå, at vores typiske patient er en som det etablerede system har defineret som værende udenfor terapeutisk rækkevidde. Det er typisk traumatiserede flygtninge, mennesker med uforklarlige smertesyndromer og mennesker der er ramt af svære stresstilstande. Der er tusindvis af mennesker i samfundet der har det virkelig skidt, og man har ingen behandlingstilbud til dem. Man tilkender dem gerne en førtidspension og regner tilsyneladende med, at dette løser noget, men det ændrer ikke hvordan disse mennesker har det. For enhver tilstand, der har en mulig behandling er dette ikke alene i strid med enhver fornuft, det er også umenneskelig. Dette er en anden vigtig indgangsvinkel til problemstillingen, der kræver opmærksomhed. Det vil føre for vidt at åbne denne diskussion her, men der er meget der tyder på, at store dele af vores psykiatriske og psykologisk indsats er spild af kræfter, og alternative metoder kan løse op for helbredelse af langt flere, end vi ser i dag. Kort og groft sagt smider vi piller efter psykiske tilstande og undlader at drive den terapi, der helbreder.

De omtalte klinikker adskiller sig fra de offentlige tilbud dels i de måder, vi arbejder på, og dels i det klare arbejdsmarkedssigte vi har fra A-Z. Vi arbejder lokalt, dvs. at vi som udgangspunkt tager til patienten og ikke omvendt. Udover den åbenlyse fordel at de hårdt ramte mennesker slipper for at bruge flere timer på at transportere sig frem og tilbage, medfører besøg i hjemmet et væld af oplysninger om patienten og dennes omgivelser som man ikke kan få på nogen anden måde.

Vi er særdeles fleksible, hvilket vil sige at vi kan applicere de rette behandlinger til den påkrævede tid. Dette sikrer optimering af behandlingsforløbet. Vi er stærkt kvalitetsbevidste og rummer et meget bred faglighed.

Hvad er så problemet?

Vi har hidtil været i stand til at få en række kommuner til at finansiere forløb hos os. Dette er til trods for, at kommunen skal betale hele udgiften, da man hos de pågældende kommuner har indset, at de andre tilgængelige behandlingstilbud ikke løser problemerne. Det er typisk, at kommunerne kvier sig ved den pris, der stilles i udsigt, og mener ikke, at det er deres opgave at løfte den byrde. Det kan også forekomme besynderligt, at man ikke kan finde en passende finansiering til denne form for behandling der afspejler den blanding af ydelser, vi leverer. De ydelser finansieres i andre sammenhænge af staten, amterne og i meget mindre omfang af kommunerne. Vi har tidligere rettet henvendelse til indenrigsministeriet mhp. at blive omfattet af frit sygehusvalgsreglerne, men har fået det svar, at den blanding af ydelser, vi leverer, forhindrer dette. Det forekommer, at man beslutter sig for ikke at finansiere det, der virker, alene fordi det ikke er omfattet af de regler man har.

En helt anden problemstilling er, at de metoder, vi anvender, let kan bruges med fordel på en række andre områder, der falder ind under de nye revalideringstanker der ligger implicit i strukturreformen. Det vil naturligvis ikke kunne lade sig gøre at skabe nye og virksomme behandlinger i sidste øjeblik inden 01-01-07 og vente, at komme i gang straks klokken bliver 8. Der er i høj grad behov for at skabe nye og virksomme terapiformer, der bedrer den rehabilitering og revalidering, der halter så slemt for tiden.

Vi foreslår en finansieringsmodel, der løser begge problemer på en gang. Man kunne etablere en statslig fond med f.eks. kr. 100 millioner per år. Indgangsvinklen til at få udbetaling fra fondet vil være en kontrakt mellem en klinik og en kommune om behandling/revalidering af en person, kommunen ikke mener kan komme i virksom behandling i det etablerede system. Kontrakten skal være accepteret af kommunen og klinikken. Fondet vil følgelig betale 75% af kontraktens pris, amtet (regionen) 15%, og kommunen 10%.

Det vil være oplagt at etablere et system der kan godkende nye klinikker som duelige arbejds partnere, men for etablerede klinikker med en dokumenteret og acceptabel succesrate vil man straks kunne gå i gang. Ved de sonderinger jeg har foretaget, vil det skabe et boom af aktivitet for virksom og tværfaglig behandling med store investeringsgevinster for samfundet i sigte. Jeg vil foreslå, at man bruger succeskriteriet "folk i arbejde" som hovedvariabel, og at fortsat finansiering vil være betinget af mindst én succes ud af de første fem forsøg. Der må dog tages højde for at de første 5 opgaver man stilles overfor kan være så tunge at et krav om én succes ud af de første 5 kan vise sig at være overoptimistisk. Dette må der være plads til at tage højde for i evalueringen, der foreslåes varetaget i kommunens regi, da det er kommunen der har arbejds markedsansvaret i forhold til disse sager.

Jeg vil anvende tiden under foretræde for udvalget d. 07-09-05 til nærmere at uddybe denne baggrund og disse tanker. Der følger en mere udførlig beskrivelse af RCT-Mobil. Klinikken LIVet er en opstart der indtil videre har fælles personale med RCT-Mobil. Det var nødvendigt at skelne mellem klinikkerne idet navnet RCT-Mobil gav markedsføringsproblemer i forbindelse med behandling af danske patienter.

### **MERE UDDYBBENDE OM RCT-Mobil:**

RCT-Mobil er en multi disciplinær, mobil klinik der behandler traumatiserede flygtninge og andre stærke stress relaterede syndromer. Under ledelse af samfundsmediciner Rick Steele, MPH, PDC har RCT-Mobil på halvandet års virke med 7 fuldførte forløb fået 2 patienter i ustøttet arbejde, 1 i fleksjob, 1 parat til at starte under fleksforhold (støttet arbejde) og 1 under uddannelse (revalidering). Dvs. at vores succesrate i forhold til målsætningen om at bringe patienten på sikker vej mod selvforsørgelse er 5/7. Når man som udgangspunkt har at gøre med patienter, som er opfattet af sundhedssystemet og det sociale system som værende udenfor terapeutisk rækkevidde og klar til at påbegynde en førtidspensionssag, er denne statistik enestående. Vi mener ikke det er mærkeligt eller uforventeligt. Vi mener endvidere at kunne holde denne statistik trods alle de fejlslagne tiltag indtil nu, fordi vi griber problemstillingen afgørende anderledes an.

Vi har udført visitationsundersøgelse hos 42 patienter. Af disse er der kommet 33 forløb i gang. 11 forløb er afbrudt af kommunen inden vi har konkluderet, at der ikke var mere at gøre. I alle tilfælde undtagen 3 har begrundelsen været, at kommunen har en opfattelse af, at behandlingen var for dyr i forhold til kommunens opfattelse af udsigten til succes. I to tilfælde har patienten sagt fra overfor videre behandling hos os, og i et andet tilfælde har vi opfattet patienten som farlig for sine omgivelser og derved ude af vores målgruppe. 2 patienter er flyttet fra Jylland, og 6 er afsluttet. Der er altså i skrivende stund 16 forløb i gang.

Udviklingen af klinikken har været vanskelig, idet såvel konceptet som leveringsmåden var ukendte størrelser inden vi kom i gang.

For det første agerer vi i patientens hjem eller i umiddelbar geografisk nærhed. Det er oplagt at agere således i de svære tilfælde, da lang tids transport for denne gruppe er svært traumatiserende. Den evt. gavnlige effekt af terapien modarbejdes af den pinefulde rejse. Besøg i hjemmet bibringer desuden sagen en lang række oplysninger om patientens sociale forhold og psykiske habitus som man ikke kan få på nogen anden måde.

For det andet sikrer vi at patienten forstår, at vi arbejder på deres betingelser og kun for at hjælpe dem. Dette gøres først og fremmest ved at forsikre dem, at de ikke behøver at fortælle os noget som de ikke ønsker at fortælle. Vi er stærke modstandere af det såkaldte "incident debriefing" som litteraturen finder gør mere skade end gavn i de fleste tilfælde. Vi behøver ingen oprensning af alle de horrible ting patienten har gennemgået for at kunne hjælpe dem.

For det tredje benytter vi kulturspecifikke tiltag, som f.eks. hilsemåder, traditioner omkring gæstebud, sko i huset og deslige.

For det fjerde samler vi diverse terapier under ét forløb hvor relevant speciallæge, psykolog, afspændingsterapeut, fysioterapeut og erhvervspædagog alle agerer i samråd og med kontinuerlig justering af indsatsen afstemt efter behov. Dette giver behandleren positive forhold som man kun kan drømme om i sygehusregi, da de forskellige behandlere hører forskellige systemer til, og det er notorisk svært at koordinere en indsats over flere instanser. Det giver stor medarbejder tilfredshed at kunne få adgang til specielle tjenester umiddelbart i stedet for at skulle henvise, afvente svar, afvente venteliste osv. Den store medarbejder tilfredshed medfører kampgejst og iver og det smitter af på patienterne.

For det femte samler vi indsatsen fra forskellige niveauer i systemet fra det statslige (rådgivning og hjælp omkring flygtningeforhold og familiesamføringsproblemer), amtslige (behandling af alvorlige sygdomme samt revalidering), sygesikringen (lægeundersøgelser, samtalebehandling, fysioterapi) og det kommunale (afspændingsterapi, psykologhjælp). Dette medfører, at den hidtidige ørkesløse opgave at få alle disse instanser til at samarbejde koordineret omkring et patient forløb bliver let og problemfrit.

For det sjette bruger vi habile tolke hvor det er påkrævet, og ikke kun hos lægen/psykologen men også i andre sammenhænge, f.eks. hos fysioterapeuten.

Det koster naturligvis, og hidtil har RCT-Mobil fået et sum penge at arbejde med fra kommunerne. Det kan nævnes, at den gennemsnitlige pris for at få en patient på sikker vej mod selvforsørgelse ser ud til at ligge omkring kr. 200.000. Dette skal ses i lyset af den diskonterede omkostning der er ved at have f.eks. en 30 årig mand på offentlig forsørgelse indtil pensionsalderen, altså ca. kr. 13,5 millioner, hvoraf ca. en tredjedel er tabte skatteindtægter. Imidlertid er det langt fra indlysende, hvem der skal betale for denne åbenlyse attraktive investering. Det forekommer næppe rimeligt at det skal være kommunerne, selv om de kan få en del af udgifterne refunderet fra

staten jvnf. flygtningelovens §36. På den anden side er det oplagt at kommunerne er pligtige til at betale for en virksom behandling hvis det offentlige system ikke tilbyder en sådan, og at et afslag på en sådan behandling kan gøres til genstand for en klagebehandling. Vi fornemmer et stort behov for at få ordnede økonomiske forhold omkring denne type behandling ikke blot for traumatiserede flygtninge, men også for andre stærke stress relaterede syndromer, som det offentlige system heller ikke har virksomme tilbud til.

Vores metoder er stærkt afhængig af den struktur vi har kreeret omkring det og handler først og fremmest om at etablere en god og gensidigt respekt mellem os og patienten. Dette sker ofte med en ægtefælles støtte (typisk en hustru der kan forklare noget manden ikke kan eller tør sige). Dernæst handler terapien kort sagt om at få patienten til at slappe af og bygge en tro op omkring, at han/hun selv kan slappe af (ikke kun i kraft af terapien). Dette opnås ved hjælp af kognitiv træning og reframing hvor patienten hjælpes til at opleve en tilstand fra før traumerne som støttes både med afspændingsterapi og fysioterapi. Afspændingsterapien skaber afspændingen og fysioterapien cementerer de gode bevægemønstre som afspændingen tillader. Man kan ikke sige at det er det ene eller det andet der virker, det er kombinationen. Dertil kommer den lægelige ledelse og kvalitetssikring der sikrer rettidig og relevant medicin sanering og/eller medicinering og supervision omkring forløbet.

Den her beskrevne behandling foregår typisk i det vi betegner primærfasen, under hvilket patienten har minimal kontakt med andre instanser, herunder kommunen. Beskyttelsen fra andre instanser fremmer udvikling af den proaktivitet som er det centrale mål med primærfasen, som typisk varer fra 2-5 måneder. Når patienten viser tydelige tegn til udvikling og bedring går vi i gang med erhvervsfremmende foranstaltninger i samarbejde med kommunen, typisk sprogundervisning i første omgang. Dette indleder den sekundære fase med stigende aktivering og/eller erhvervsfremmende foranstaltninger. Den sekundære fase glider umærkeligt over i den tertiære fase, hvor patienten får mindre og mindre terapi og tiltagende intensitet af erhvervsfremmende foranstaltninger. Ved afslutning af den tertiære fase er patienten klar til at starte på en arbejdsplads eller evt. en uddannelse. Det indleder den kvarternære fase, hvor vi yder enten en forud aftalt støtte/terapi eller yder støtte/terapi ad hoc. Dette forebygger at patienten falder fra arbejdet efter en ubehagelig oplevelse uden at der findes nogen der kan/vil samle op omkring det. Vi bringer patienten ud af det nye problem og tilbage til arbejdet. Et eksempel vil belyse dette. NN havde svære angstproblemer, kunne ikke sove, havde diverse konstante smerter og turde knap nok komme ud af huset. Han kom gennem primærfasen og var kun en måned inde i sekundærfase inden han blev klar til at gå i arbejde. Under arbejdet var der en hæftepistol der hang ned fra loftet som skulle bruges under en pakkerutine. Pistolen hang for højt for NN. Under sædvanlige forhold ville dette være fortsat indtil en sygemelding, da NN ikke turde sige noget og der er sjældent skabt en god kontakt til sikkerheds- og/eller tillidsrepræsentant i starten af et arbejdsforløb. Kommunen opdager ikke noget før den første opfølgning op til 8 uger efter og typisk ville hele forløbet være tabt på gulvet pga. en simpel ting. Vi monitorerer forløbet og samler sådan noget op, får det løst (det var som ventet ikke noget problem for fabrikken at rette problemet) og kommer videre.

Det kræver naturligvis årvågenhed og omhu, men dette er ikke noget problem for en motiveret stab. Rent udviklingsmæssigt har klinikken ingen ventetid og er hidtil

vokset med opgaverne. Det forventer vi fortsat at kunne honorere, idet alle de behandlere vi hidtil har henvendt os til har været meget begejstrede for arbejdsforholdene og især de mange muligheder som strukturen åbner for for at løse de svære problemer, patienterne slås med. Vores kontrakter bygger på gensidig gennemskuethed. Kontrakten beskriver hvad vi vil lave og hvorfor, hvor længe det varer, hvilke mål der søges opnået og hvad det koster. Det er et bærende princip som vi håber vil vende op og ned på den måde psykologi og psykiatri drives. Der er for tiden er overdreven tro på, at alle psykiske problemer kan løses med medicin. Der er i virkeligheden kun ganske få psykiske problemer, der løses ved medicin. De øvrige bliver blot bedøvet i en grad, der får det til at se ud som om medicinen hjælper. Medicinen fjerner ikke årsagen til problemerne, det kan typisk kun terapi gøre.

Det er mit håb at denne korte appetitvækker får læseren til gerne at ville høre mere, og jeg kommer gerne og fortæller om vores virke hos interesserede parter.