

Emne: Klinikken Livet og Sundhedslovens §79, stk. 2

Kære Sundhedsudvalg,

Der er nu kommet brev fra IM (IM svar spm 400 07-06-13.pdf) der opridser forløbet og konkluderer, at Klinikken Livet henvises til at indgå en ny aftale med Danske Regioner, og at IM "finder i øvrigt ikke grundlag for, som Klinikken Livet har foreslået, at Klinikken Livet kan få samme status, som fritvalgssygehusene i sundhedslovens §79, stk. 2, som praktiserende læger kan henvise til."

I brevet refereres til tekst fra Region Syddanmark omkring det faglige indhold i Klinikken Livets tilbud. Den melding fra Region Syddanmark er ikke i overensstemmelse med meldingen fra regionens lægefaglig visitator, der understrede på møde hos Odense Universitetshospital d. 12-03-07, at grunden til afvisningen af Klinikken Livets behandlingstilbud alene hang sammen med, at vi var 2 personer afsted til statusvurderingen og ikke 3, som der stod i den nu ophørte aftale. Denne problemstilling har været genstand for en større brev- og email veksling, og bør ikke give anledning til yderligere.

Jeg kan oplyse, at jeg har talt med Peder Ring hos Danske Regioner, og han har udtalt at Danske Regioner er villig til at vurdere et nyt udkast herfra. Som jeg tidligere har tilskrevet udvalget, har jeg imidlertid ikke tiltro til, at en ny aftale om at yde behandling efter reglerne om det udvidede frit sygehusvalg vil løse de mange problemer der er ridset op i udvalgets spørgsmål 400, og som IM dårligt har forholdt sig til.

Jeg vedhæfter en skrivelse (Klinikken Livet til RM.doc), som jeg har forberedt for Region Midtjylland efter konkret anmodning. Den opridser baggrunden for og indholdet i Klinikken Livets behandling.

Må jeg foreslå at udvalget indkalder Lars Løkke Rasmussen i samråd for at forklare, hvorfor man modsætter sig den såre logiske og for tusinder af nødstedte patienter nødvendige skridt at tilskrive Klinikken Livet i sundhedslovens §79, stk. 2? Jeg vil gerne bistå udvalget med den nødvendige faglige ekspertise.

Varmest,

\*\*\*\*\*

Email fra:

Cheflæge, direktør Rick Steele, samfundsmediciner MPH, PDC Klinikken LIVET Aps  
Adresse: Tyttebærvej 26, Sejs, 8600 Silkeborg  
Tlf: +45 7015 3020, FAX: +45 87 244026  
Email: steele@dadlnet.dk Web: [www.klinikken-livet.dk](http://www.klinikken-livet.dk)

Region Midtjylland  
Att: Lars Dahl Pedersen  
Skottenborg 26, Postboks 21  
8800 Viborg

Sejs d. 14-06-2007

I brev af 01-05-07 har Lars Dahl Pedersen udbedt sig materiale, som beskriver baggrunden for og begrunder indholdet i Klinikken Livet's behandlingsindsats, samt dokumentation af behandlingens effekt. Læs venligst nedenfor.

Klinikken Livet er skabt ud fra den mangeårige erfaring, som undertegnede cheflæge og direktør Rick Steele har gjort sig i forbindelse med undersøgelse og vurdering af den patientgruppe, som lider af moderat til svær uarbejdsdygtighed. Det meste af denne erfaring kommer fra 5 års fuldtids virke som lægekonsulent i 13 forskellige jyske kommuner. Resten kommer fra egen behandlingserfaring. Desuden har jeg søgt og læst den litteratur, der beskæftiger sig med området - dokumenterede behandlingsformer, der kan bruges til at behandle de mange tilfælde af medicinsk uforklarede symptomer (MUS), der plager flertallet af de mennesker, der er langtidsarbejdsløse, langtidssygemeldte og/eller kroniske modtagere af kontanthjælp. De fleste arbejder, der belyser denne gruppe, tenderer mod rubricering og standardisering, som man er vant til fra de fleste andre sygdomsgrupper, hvor denne tankegang er nyttig i forbindelse med testning af nye behandlingsformer og ikke mindst nye mediciner. Imidlertid er der i de bedste forskningskredse omkring den standardiserede, dobbelt blinde, randomiserede og kontrollerede studie en del bekymringer, hvoraf den kraftigste er, at den patient, som studiet beskæftiger sig med og beskriver, ikke findes. I de bedste studier er dette et mindre problem, for de parametre, der adskiller den idielle og den virkelige patient har minimal eller ingen betydning for det, der testes. I det lidt mindre ekspert betonede studie er problemerne store. Den typiske medicin testes over for et andet præparat. Den typiske patient der tager præparatet i den virkelige verden tager en række andre præparater og en ukendt virvar af naturmedicin og medicinsk virksomt kosttilskud, hvor det testede præparat sløres, potentières eller giver atypiske, uacceptable bivirkninger. Jeg skal ikke fortsætte i denne sammenhæng, men blot mane til, at man ikke falder i den grube at man kan belyse gruppen med MUS ud fra den rubricerende og standardiserende tankegang. Alle patienter med MUS har deres individuelle særpræg der er bag den forklaring, der oftest kan findes når man leder. Forklaringen

bidrager til den symptomologi, som vedkommende lider af. Den er ofte multifaktoriel med en serie af ubearbejdede livsanslag og/eller traumer, der ikke er blevet håndteret af den, der lider af MUS. Forsøg på rubricering og standardisering har kun tjent til at bringe disse mennesker i fare for at blive behandlet med irrelevante præparater med mere eller mindre udtalte bivirkninger<sup>1, 2, 3</sup>.

Litteraturen er næsten udelukkende beskrivende om denne gruppe, og der findes indtil nu kun få arbejder, der beskriver virksomme behandlingsformer for MUS patienter<sup>4, 5</sup> og ingen af disse er skandinaviske. Der findes derimod værker der beskriver bedring for patienter med mere afgrænsede symptomer, f.eks. migræne og andre afgrænsede hovedpinetyper<sup>6</sup>, klart afgrænselige somatiserings tilstande<sup>7</sup> samt neurogene smerter<sup>8, 9</sup>. Andre værker beskæftiger sig med at beskrive hvor mange af de patienter, der kommer til et givent behandlingstilbud, ikke fejler noget der gør det pågældende tilbud lægefagligt relevant, eksempelvis indenfor neurologien<sup>10</sup>. Ekstensiv søgning med hjælp fra universitetsbibliotekarer samt professorer med relevante specialer har ikke frembragt litteratur, der karakteriserer omfanget af patienter med MUS, og som ovenfor nævnt kun ganske få, der beskriver virksomme behandlingsmodeller.

Problemet med at kvantificere antallet af patienter med MUS er imidlertid mindre, idet der tydeligvis er tusindvis i Danmark. Der foregår ikke nogen registrering, der kan afgrænse området sufficient. Socialministeriet har meddelt d. 31-05-05 i en pressemeddelelse, at der på det tidspunkt var 157.000 mennesker i socialgruppe 4 og 5<sup>a</sup>. Fra den beskrevne erfaring som lægekonsulent er det min vurdering, at mindst halvdelen af denne gruppe har MUS. Spredt man halvdelen af de 157.000 over hele landet svarer det til ca. 1,5% af befolkningen, hvilket stemmer godt overens med de observationer forfatteren har gjort som lægekonsulent i 13 forskellige kommuner. Det er ret sikkert at skønne, at der findes mindst 50.000 mennesker med MUS i Danmark, og at kun ganske få af disse har mødt den behandling, der kan hjælpe dem.

Omkostningen ved at lade stå til på dette område er enorm<sup>11</sup>. Forudsætter man at de 157.000 er en konstant størrelse, og at den gennemsnitlige udbetaling per person inklusiv boligsikring, engangsydelser m.m. er kr. 10.000 per måned koster det samfundet ca. kr. 20 milliarder om året blot at forsørge denne gruppe. Dertil kommer de mange omkostninger til for tilstanden nytteløse tiltag herunder speciallægeerklæringer, arbejdsprøver, daghøjskoler med meget mere. Hvis man forudsætter at ingen af disse mennesker kommer ud at arbejde gennem deres liv og at gennemsnitsalderen er 40 år er den over arbejdsalderen diskonterede omkostning for samfundet ca. kr. 1,2 billion, eller knap et års bruttonationalprodukt for Danmark<sup>b</sup>.

At man ikke har haft virksomme behandlingsformer for denne gruppe er evident i den manglende litteratur på området og det faktum, at den typiske beskrivelse af patienten med MUS omfatter en lang række udtalelser fra forskellige specialister hvor hovedpointen er, at man ikke kan sige hvad det handler om eller har et behandlingstilbud. Patienten afsluttes.

---

<sup>a</sup> Der arbejdes p.t. med 5 socialgrupper hos kommunerne. Gruppe 1 fejler ikke noget udover ledighed. Gruppe 2 har lidt mere bagage, f.eks. et mindre alkoholproblem. Gruppe 3 har noget mere end det, f.eks. et moderat alkoholproblem og en skilsmisse samt manglende uddannelse og måske ordblindhed. Gruppe 4 har endnu mere, f.eks. som gruppe 3 men alene med 3 småbørn hvoraf det ene har en udtalt DAMP problematik. Gruppe 5 er svært belastede som f.eks. traumatiserede flygtninge, narkomaner, svære alkoholmisbrugere med mere.

<sup>b</sup> Forward value udregnet fra årsrente på 4%, 25 år x 12 måneder = 300 og månedlig ydelse på kr. 10,000 eller i Excel formelen =fv(0,003;300;10000). Dertil lægges ca. halvdelen i tabt skatteprovenu og ganges med 157,000.

Begrundelsen for Klinikken Livets indsats er således at der er tusindvis af patienter med MUS, der ikke møder et relevant tilbud i det offentlige system, og at det er oplagt at behandlingen skal forankres lokalt, hvis man skal forvente en acceptabel succesrate. Grundene hertil er:

- ved at komme i lokalmiljøet og især ved at komme i patientens hjem får den opmærksomme iagttager en lang række oplysninger omkring patienten "foræret", som man ikke kan få på nogen anden mulige måde (rydelighed, renhed, vedligeholdelsestilstand i lejlighed eller hus, og forhold til andre, der er tilstede under undersøgelse/behandling,
- den typiske MUS patient har et belastet og kompleks forhold til sin familie, og observation og karakterisering heraf giver rig mulighed for at påvirke dette i en for patienten gunstig retning, og sidst men ikke mindst,
- er den terapi, der drives, oftest meget indgribende i patientens psyke og/eller udfordrer patientens evne til at holde den fysiske belastning ud (massage/andre terapeutiske former). Det betyder, at patienten ofte er udmattet når terapien afslutter, og det er ekstremt nyttigt for værdien af terapien, at patienten kan læne sig tilbage og slappe af i stedet for at begive sig ud på en stressende hjemtur.

Første led i Klinikken Livets indsats er naturligvis henvisning. Erfaringen med det udvidede frit sygehusvalg fra aftalens begyndelse i juli 2006 til ultimo marts 2007 var, at dette gik meget trægt. Mod slutningen af aftaletiden kom der bedre gang i henvisningsmængden, og fornemmelsen var, at systemet var begyndt at vænne sig til forretningsgangen. Henvisningsmængden kom ikke oppe på et niveau, der afspejler det store antal patienter, der lider af MUS og som ikke møder relevante tilbud udover hvad Klinikken Livet kan præstere.

Næste led i indsatsen er visitationsundersøgelsen, eller status vurderingen som det hedder i Danske Regioners aftale. Patienten vurderes tværfagligt af Klinikken Livets stab. Ved undersøgelsen deltager normalt læge og psykolog. På den baggrund udfærdiges rapport, som angiver den mest hensigtsmæssige sammensætning af indsatsen overfor patienten. Statusvurderingen finder sted som regel på patientens bopæl. Rapporten indeholder oplysning om patientens opvækst og voksen tilværelse, uddannelsesforhold, erhvervsanamnese, sociale relationer og forhold herunder forsørgelse (herunder forhold til de sociale myndigheder), de psykiske forhold generelt og specielt i forhold til smerteoplevelsen og/eller øvrige debilliterende symptomer (f.eks. social fobi), sygehistorien, oplysning om allergi, medicin, tobaksforbrug m.m. samt beskrivelse af en objektiv undersøgelse, der danner indikation for den fysioterapeutiske og evt. medicinsk og/eller kirurgisk indsats eller indgreb.

Behandlingen i klinikken er individuelt tilrettelagt ud fra patientens symptomologi og problemstillinger, og hovedhjørnestenene i behandlingen handler om 5 forhold: 1. klinikken personale agerer lokalt hos patienten eller et sted i umiddelbar nærhed (jvnf. ovenfor), 2. klinikken personale sikrer, at pt. er indforstået med behandlingen og patienten derfor er optimalt motiveret for at deltage, 3. klinikken personale er uddannede i kulturspecifikke tiltag der dels tillader accept i alle slags hjem dels sikrer kommunikationens lødighed, 4. klinikken samler 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. Det giver behandleren usædvanligt positive forhold og 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, og 5.

samler klinikken indsatsen fra forskellige niveauer i systemet fra det statslige (rådgivning og hjælp omkring flygtningeforhold og familiesamføringsproblemer), regionale (behandling af alvorlige sygdomme samt revalidering), sygesikringen (lægeundersøgelser, samtalebehandling, fysioterapi) og det kommunale (genoptræning, afspændingsterapi, psykologhjælp, arbejdsfastholdelse, arbejdsformidling). Dette medfører, at den hidtidige ørkesløse opgave at få alle disse instanser til at samarbejde koordineret omkring et patient forløb bliver let og problemfrit. Tilsammen danner disse elementer en virksom behandling der fører over halvdelen af de ustødte tilbage til arbejdsmarkedet, vel at mærke med udgangspunkt i, at de alle er afsluttet fra og opgivet af de offentlige systemer, der ikke mener der er mere at gøre. Erfaringen med tværfaglige behandling leveret i lokalmiljøet har vist, at over 60% af denne gruppe kan bringes tilbage til arbejdsmarkedet<sup>12</sup>.

Summa summarum mangler der et relevant tilbud til patienter med MUS og til de fleste patienter med BS. Klinikken Livet har skræddersyet en behandlingsform, der er særdeles virksom overfor netop denne gruppe. Det hænger sammen med de elementer, der er beskrevet ovenfor.

Danske Regioner har valgt ikke at forlænge den aftale Klinikken Livet havde omkring en landsdækkende funktion. Baggrunden opfatter jeg som følge af uenighed mellem undertegnede og visse klinik ledere på tværfaglige klinker. Uenigheden drejede sig om henvisningsfrekvens og omkring hvordan denne patientgruppe optimalt beskrives samt hvordan behandlingen skal tiltrettelægges (og ikke mindst hvor den bør leveres). Ét sted kom der dog efterhånden et godt samarbejde oppe at stå, og det var Region Midtjylland med Vejle Sygehus Smerteklinik som lægefaglig evaluator. Det er dette samarbejde som Klinikken Livet stadig nyder godt af i form af de behandlinger, der var iværksat inden aftalen med Danske Regioner blev stoppet. Vi har en aftale med Danske Regioner om at fortsætte disse behandlinger indtil forløbene er fuldførte. Vi vil gerne etablere en særskilt aftale med Region Midtjylland, der tillader os at fortsætte den gode udvikling, som er etableret, men som indtil nu mangler et patient underlag, der kan understøtte den fortsatte udvikling og drift. Den tidligere fremsendte forslag (med få rettelser) til en aftale vedlægges.

Med venlig hilsen

Rick Steele  
Cheflæge, direktør

---

<sup>1</sup> Healy D., Alfred G. Antidepressant drug use & the risk of suicide. *Int Rev Psychiatry*. 2005 Jun;17(3):163-72

<sup>2</sup> Schneider JM. The overdiagnosis of depression: Recognizing grief and its transformative potential, Seasons Press, 2000, ISBN 0-9638984-6-9: 143pp

<sup>3</sup> Dorwick, C Beyond Depression: a new approach to understanding and management. Oxford Univeristy Press, 2004, ISBN 0 19 852632 6: 225pp

<sup>4</sup> Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, William Given C, Given B, Goddeeris J. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2006 Jul;21(7):671-7.

- 
- <sup>5</sup> Smith RC, Lein C, Collins C, Lyles JS, Given B, Dwamena FC, Coffey J, Hodges A, Gardiner JC, Goddeeris J, Given CW. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *J Gen Intern Med.* 2003 Jun;18(6):478-89. Review.
- <sup>6</sup> Tfelt-Hansen P, Welch MKA. General principles of pharmacological treatment of migraine. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch MKA (eds.) *The Headaches* 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000: 385-389
- <sup>7</sup> Fink P. Kronisk somatisering. Disputats, 1-137. 1997. Afdeling for Psykiatrisk Demografi, Psykiatrisk Universitetshospital i Århus, Universitetet.
- <sup>8</sup> Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet* 1999;353:1959-1964.
- <sup>9</sup> Sindrup SH, Jensen TS. Pharmacological treatment of pain in polyneuropathy. *Neurology* 2000;55:915-920.
- <sup>10</sup> Bintzer M. Motor Conversion Disorder: Clinical characteristics and outcome among patients with medically unexplained loss of motor function (disputats), eget forlag, Umeå 1998, ISBN 91-7191-518-4: 152pp. Disp.
- <sup>11</sup> Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification og somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand J Psych* 2005; 39, 6: 772-781.
- <sup>12</sup> Forfatterens egne observationer og erfaringer med egen klinik.

Klinikken Livet Aps  
v/Cheflæge, direktør Rick Steele  
Tyttebærvej 26. Sejs  
8600 Silkeborg

Dato: 13 JUNI 2007  
Kontor: Regional sundhed  
J.nr.: 2006-12102-289  
Sagsbeh.: lpj  
Fil-navn: Dokument 6

Klinikken Livet har fremsendt et antal e-mails og breve i denne sag herunder e-mails og breve af 12. januar 2007, 22. januar 2007, 18. februar 2007, 23. april 2007, 26. april 2007, 29. april 2007 samt brev af 17. marts 2007 til indenrigs- og sundhedsministeren.

Det fremgår heraf, at Klinikken Livet i 2006 indgik en aftale med Danske Regioner om behandling af kroniske smertepatienter efter den udvidede fritvalgsordning.

I brevene anføres blandt andet, at Klinikken Livet kun har modtaget få henvisninger, idet de offentlige klinikker bevidst har modarbejdet Klinikken Livet ved at misinformere patienterne, forhale henvisningerne, antyde at Klinikken Livet ikke har forstand på det, Klinikken Livet laver, og at Klinikken Livet misligholder aftalen med Danske Regioner.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har på baggrund af Klinikken Livets henvendelse af 29. januar 2007 til Folketingets Sundhedsudvalg indhentet udtalelser fra Region Midtjylland og Region Syddanmark. Regionerne er blevet bedt om at forholde sig til oplysningerne i brevene af 22. og 29. januar 2007, herunder, at Klinikken Livet kun har modtaget få henvisninger efter reglerne om det udvidede frie sygehusvalg.

Region Midtjylland har i den forbindelse ved brev af 9. marts 2007 oplyst, at patienter i regionen viderehenvises i overensstemmelse med reglerne om det udvidede frie sygehusvalg. Dette gælder også patienter, som er henvist til smertebehandling.

Region Syddanmark har oplyst: *"at de henvisende afdelinger ikke har fundet, at de statusvurderinger, som Klinikken Livet har udført, lever op til den tværfaglige statusvurdering, som er foreskrevet i aftalen med Danske Regioner. Derved er der ikke tilstrækkeligt grundlag for faglig vurdering af, hvilke moduler der yderligere skal iværksættes i forhold til patienterne. Denne vurdering skal efter aftalen foretages af den henvisende læge. Klinikken Livet har ikke villet uddybe de faglige vurderinger. Hermed er patientforløbene afbrudt. For Region Syddanmark er det et vigtigt princip, at der ved visitationen af patienterne så smidigt som muligt gives dem tilbud om den behandling, som de har behov for, enten ved det offentlige sygehusvæsen eller ved privatsygehuse med aftale med Danske Regioner. Samtidig er det vigtigt, at det sikres, at der gennemføres den relevante behandling. Således som smertebehandlingen er tilrettelagt i Danmark er statusvurderingen afgørende for den vurdering, der skal sikre patienten det rigtige*

*forløb. Af faglige grunde har Region Syddanmark ikke fundet det forsvarligt af hensyn til patienterne at gå på kompromis med dette princip i forhold til Klinikken Livet."*

Danske Regioner har ved mail af 14. og 19. marts 2007 til Indenrigs- og Sundhedsministeriet oplyst, at Klinikken Livet har misligholdt aftalen med Danske Regioner, idet Klinikken Livet ensidigt har besluttet at ændre grundlaget for statusvurderingen og alene ladet patienterne vurdere af en læge og en psykolog.

Af aftalen mellem Danske Regioner og Klinikken Livet fremgår det, at patienten skal vurderes tværfagligt af læge, psykolog, fysioterapeut og socialrådgiver, og at der på den baggrund udarbejdes en statusvurdering. Vurderingen af patienten skal finde sted på patientens bopæl, hvor tre behandlere besøger denne.

Danske Regioner har oplyst, at på grund af denne misligholdelse af aftalen, har man den 13. marts 2007 meddelt Klinikken Livet, at aftalen med Klinikken Livet ikke vil blive forlænget, og at aftalen således ophører den 31. marts 2007.

Hvis Klinikken Livet ønsker at indgå en ny aftale om behandling af kroniske smertepatienter efter den udvidede fritvalgsordning, skal klinikken kontakte Danske Regioner herom. Danske Regioner kan høre Sundhedsstyrelsen, før de fastsætter kravene i en ny aftale.

Det kan i øvrigt oplyses, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet har gennemført en undersøgelse af, om patienterne får den information, de skal have bl.a. om deres fritvalgsmuligheder. Undersøgelsens resultat er offentliggjort og kan læses på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet finder i øvrigt ikke grundlag for, som Klinikken Livet har foreslået, at Klinikken Livet kan få samme status, som fritvalgssygehusene i sundhedslovens § 79, stk. 2, som praktiserende læger kan henvise til.

Kopi af dette brev er d.d. sendt til Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen til orientering.

Med venlig hilsen



Vagn Nielsen