

Efter behagelig samtale med Preben Rudiengaard fremsendes følgende dokumenter med henblik på foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg.

Klinikken Livet har, trods Folketinget Sundhedsudvalgs klare meldinger til IM, stadig ikke en aftale med nogen offentlig betaler til at finansiere vores særdeles oplagte og succesrige behandlingsmodel Vi møder stadig den ene bureaukratiske hurdle efter det andet, og må snart dreje nøglen om og lukke klinikken med stor gæld til følge hvis ikke der kommer en løsning på vores finansieringsmodel snarest. Det er stadig horribelt for de mange patienter, der venter og venter på en virksom behandling, men som ikke får dette af grunde, man kun kan betegne som mod patienternes ve og vel, mod sund fornuft, mod klinisk faglighed og bureaukratisk i uhyggelig grad. Vedhæftet er den nyeste skrivelse om vores indsats (på engelsk), en aftale tekst der er klar til at sende afsted, overlæge Per Finks beskrivelse af vores forslag af juni, 2007 samt vores svar herpå. Vi kæmper en kamp for at hjælpe patienterne, som ingen hjælp får andre steder, og vi får utak og forhindringer som svar.

Det kan ikke nytte noget at denne tilstand består og slet ikke imod et enigt Folketings Sundhedsudvalg, der udbeder sig stillingtagen til en passende finansieringsmodel. Det haster, der er stadig ingen brugbare svar!

Varmest,

Email fra:

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

Udkast til aftale mellem Klinikken Livet og Region Midtjylland vedr. tværfaglig behandling af kroniske smertepatienter og patienter, der lider af medicinsk uforklarede symptomer, der ikke kan behandles ved de offentlige sygehuse inden for sundhedslovens bestemmelse om 1 måneds ventetidsgaranti.

Behandlinger som tilbydes hos Klinikken Livet i henhold til aftale af xx. xx.xx mellem Region Midtjylland og Klinikken Livet om behandling af patienter, som ikke har kunnet tilbydes behandling inden for 1 måned i det danske, offentlige sygehusvæsen

Region Midtjylland og Klinikken Livet, er enige om, at patienter, som er omfattet af bestemmelserne i §87 sundhedsloven (om ret til at vælge behandling på et privat dansk sygehus, klinik mv. eller udenlandsk sygehus, såfremt det danske, offentlige sygehusvæsen ikke har kunnet tilbyde behandling inden for 1 måned, kan blive behandlet hos Klinikken Livet i henhold til nærværende bilag.

1. Omfattende sygehuse

Følgende sygehuse/klinikker er omfattet af aftalen:

Klinikken Livet
Tyttebærvej 26, Sejs
8600 Silkeborg

2. Behandlinger

Følgende ydelser er omfattet af denne aftale:

Behandlingskode	Tekst	Pris (kr.)
XY03 ¹	Statusvurdering ved smertebehandling	9000
XY03a	Statusvurdering ved smertebehandling ved deltagelse af 3 behandlere	12000
XY04	Medicinsk modul ved smertebehandling	8.250
XY19 ¹⁾	Psykologisk modul ved smertebehandling* pr. konsultation Ved 24 konsultationer	1500 36.000
XY07 ¹⁾	Psykologisk udredning med tests ved smertebehandling*	8.600
XY20 ¹⁾	Terapeutisk afklaring/behandling* Pr. konsultation Ved 24 konsultationer	1200 28.800
XY12 ¹⁾	Smerteskole (prisen forudsætter 10 deltagere)	6.250

Priserne på de enkelte moduler omfatter alle undersøgelser, konsultationer, undervisning, telefonkonsultationer og udfærdigelse af rapporter til sygehuse og praktiserende læge m.v. Se Bilag 1 vedr. indberetning og registrering. Behandlinger markeret med stjerne (*) udføres i patientens eget hjem eller et sted i umiddelbart nærhed deraf. De overstående priser indeholder samtlige transportomkostninger i forbindelse med behandlingen af patienterne.

Behandlingen XY12 foregår på Klinikken Livet eller et andet sted efter aftale (se nedenfor) og er omfattet de almindeligt gældende regler for befordringsgodtgørelse.

¹ 1) Da der ikke findes en kode for tværfaglig smertebehandling i Sundhedsstyrelsens Klassifikations System (SKS) er den pågældende behandling i forbindelse med denne aftale blevet tildelt koden XYxx. Koderne stammer fra Danske Regioner.

Behandlinger der ikke fremgår ovenfor men som er relevant for patienten kan aftales ad hoc, eksempelvis diætist behandling. Sådanne behandlinger afregnes efter faktura med en administrationstillæg på kr. 200 per faktura.

Målgruppe

Den patient, som typisk henvises fra den praktiserende læge til en offentlig smerteklinik har været til undersøgelse hos ortopædkirurg, reumatolog, neurokirurg, psykiater og psykolog. Endvidere har vedkommende typisk været igennem diverse arbejdsøve forbedrende aktiviteter, som de oftest har fået det værre af. Ingen af disse parter har kunnet stille en klar diagnose eller tilbyde behandling. Patienten er typisk på langvarig sygedagpenge, kontanthjælp eller førtidspension. Patienten har en mere eller mindre udtalt smerteproblematik, søvnbesvær, belastede sociale forhold og lav selvværdsfølelse.

Modtagelse af henvisning

Klinikken kan modtage patienter med vedvarende medicinsk uforklarede symptomer (MUS) eller krokisk benigne smerter (KBS), som ikke har kunnet behandles tilfredsstillende ved de tilbud, som indtil nu er givet, og hvor en tværfaglig indsats vurderes at kunne hjælpe patienten. Patienter, som tidligere har været til undersøgelse eller behandling i en tværfagligt klinik modtages almindeligvis ikke.

Varigheden af MUS eller KBS for en patient skal være seks måneder før behandling iværksættes. Dette krav kan dog fraviges af henvisende læge i særlige tilfælde, for eksempel ved det oplagte for patientforløbet, at Klinikken Livet kan komme hos dem.

Lægelige og andre relevante akter fra verserende pensions- eller erstatningssager indgår i Klinikken Livets vurdering af behandlingstilbuddet. Klinikken Livet vil således kunne afslå at behandle en patient der har en arbejdsskadesag kørende med mindre vedkommende er særligt motiveret for behandlingen.

Klinikken Livet skal afvise patienter, der på grund af misbrug eller andre forhold af betydning for et samarbejde skønnes uegnede til behandlingstilbuddet. Patienter modtages ikke med henblik på afvænnning af medicinmisbrug med mindre der er tale om lægeordineret smertestillende medicin i forbindelse med smertebehandlingen.

Klinikken Livet kan efter statusvurderingen afbryde behandlingen, såfremt det vurderes, at patienten er uegnet til behandling. Hvis dette sker, skal henvisende sygehus og patienten skriftligt meddeles begrundelsen herfor.

Målsætning

Lindring af tilstanden ved anvendelse af medicin, afspændingsteknikker, fysisk træning, social indsats og psykologiske metoder. Der tilsigtes tilstrækkelig lindring til at patienten bringes i stand til at føre et mere eller mindre normalt liv, herunder arbejde evt. med skånehensyn.

Henvisning

Henvisning sker normalt til en statusvurdering. Herefter tager henvisende læge, på grundlag af den af Klinikken Livet udfærdigede rapport, stilling til om der skal henvises til yderligere behandling.

Hvis patienten under statusvurderingen ikke vurderes at tilhøre målgruppen, vil der ikke være behov for en fortsat tværfaglig vurdering. Dette vil fremgå af statusvurderingen.

Omfanget af behandlingen hos Klinikken Livet aftales altid på forhånd med den henvisende læge på basis af den vurdering klinikken foretager ved statusvurderingen.

Afslutning fra klinikken

Den beskrevne behandling omfatter den primære fase, der i nogle tilfælde er mere end nødvendig og andre tilfælde mindre. Behandlingen ophører, når målsætningen, som beskrevet ovenfor, er nået. I tilfælde hvor klinikkens generelle målsætning ikke nås, afsluttes behandlingen, når bedring i tilstanden ikke længere kan spores.

Afsluttes forløbet, inden patienten har gennemgået alle de ydelser der foreligger henvisning til, faktureres der kun for antal faktisk udførte konsultationer. Er forløbet i fortsat positiv udvikling ved afslutning af alle de ydelser, der foreligger henvisning til, meddeles dette i god tid til henviseren med en begrundet skitsering af, hvad der yderligere skal til for at opnå målsætningen. Henvisende læge tager på denne baggrund stilling til henvisning til det videre forløb.

Tværfaglige personale

Følgende faggrupper deltager i den tværfaglige smertebehandling:

- relevante speciallæger
- relevante psykologer
- fysioterapeut
- afspændingspædagog
- socialrådgiver
- erhvervspædagog

Speciallæge, direktør Rick Steele, er ansvarlig for det samlede forløb.

Behandlingstilbud

Statusvurderingen

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 debillerende 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. Statusvurderingen danner basis for de øvrige moduler.

Medicinsk modul

Til patienter hvor det medicinske element i smertebilledet er væsentligt. Opstart af medicinsk behandling, vurdering af effekt og bivirkninger. Samarbejde behandlingsteamet, koordination med egne læge, sygehuslæger, m.v. samt en afsluttende rapport om forløbet. Behandlingen foregår på Klinikken Livet eller hos patienten. Modul á seks konsultationer hos en af klinikkens læger.

Psykologisk modul

Til patienter der skønnes at kunne profitere af psykologiske redskaber til håndtering af smerter, og som ikke udviser sindsyge træk. I sidstnævnte tilfælde kan patienten afsluttes til et psykiatrisk tilbud.

Modulet vil ifølge sagens natur være variabel, idet patientgruppen er meget forskelligartet. Der skal fremsendes ny henvisning ved behov for yderligere konsultationer over de 24. Behandlingen indeholder undervisning i psykologiske redskaber til smertehåndtering og smertekontrol, herunder visualiseringsteknikker og strategier med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Herudover kan der

fokuseres på psykodynamiske aspekter af smerteproblematikken og på generelle psykiske og personlighedsmæssige forhold, der komplicere billedet. Behandlingen kan omfatte par- eller familierådgivning. Dette er indeholdt i den fastsatte pris. Andre fagpersoner som for eksempel afspændingspædagog kan inddrages efter behov. Behandlingen foregår på patientens bopæl eller i umiddelbar nærhed deraf, hvor behandleren besøger patienten.

Psykologisk undersøgelse

Til patienter, hvor kognitive elementer af personlighedsafvigelser i problemstillingen er uafklaret og/eller utilstrækkeligt belyst. Psykologiske såvel som neuropsykologiske eller traumapsykologiske tests kan indgå. Der udarbejdes en skriftlig rapport, som gennemgås med patienten. Undersøgelsen foretages som regel på patientens bopæl og udføres af neuropsykolog eller traumapsykolog.

Terapeutisk afklaring/behandling

Til patienter, som antages at have gavn af fysioterapi og/eller afspænding. Modulet består af et variabelt antal timers individuel rådgivning og behandling ved enten fysioterapeut og/eller afspændingspædagog og har til formål at undersøge om afspænding, bassinøvelser, fysiurgisk øvelsesprogram eller anden behandling har effekt på patienten. I varmtvandsbassin kan der være flere under behandling samtidig, men her indgår leje af varmtvandsbassin, som faktureres særskilt efter faktura med en administrationstillæg på kr. 200 per faktura. Antallet af konsultationer aftales på forhånd med det henvisende sygehus. Der skal fremsendes ny henvisning ved behov for yderligere konsultationer over de 24. Terapeutisk afklaring/behandling foregår som regel hos patienten eller i umiddelbar nærhed heraf. Behandlingen er som regel individuel, men der kan forekomme gruppesessioner og sessioner, hvor en supervisor er tilstede.

Smerteskole

Til patienter som er smerteramte, men hvor en intensiv tværfaglig behandling ikke er indiceret, kan tilbydes medicinsk og psykologisk smertehåndteringskursus. Undervisningen omfatter en bredere introduktion med undervisning af læge, psykolog, fysioterapeut og afspændingspædagog. Emnerne er: smerter som begreb, smertestillende medicin, psykologiske metoder i smertebehandling, anatomi og fysiologi, ergonomi og træningsprincipper, kontrol mekanismer og visualisering. Smerteskolen foregår til grupper på 10 til 15 (minimum 10) patienter evt. med pårørende ved nogle af emnerne. Den angivne pris omfatter 10 gange og varer 22 timer. Smerteskolens stedmæssige afvikling aftales med den gruppe, der drejer sig om, og der tilstræbes minimal transport for deltagerne.

3. Henvisnings- og kvalitetssikringskrav

Indikation for henvisningen fastlægges af det henvisende sygehus ved den henvisende læge. I tilfælde af, at Klinikken Livet efter status vurderingen har divergerende opfattelse af indikation, patientens helbredstilstand mv., må behandlingstiltag, som medfører meromkostninger kun iværksættes efter forudgående aftale med den henvisende læge. Såfremt der ikke kan opnås enighed med den henvisende læge om indikation, patientens tilstand mv., kan Klinikken Livet anmode om en *second opinion*, hvilket finansieres ved Region Midt.

4. Patientinformation mv.

På Klinikken Livets hjemmeside www.klinikken-livet.dk vil der være information omkring Klinikken Livets faciliteter, specialer, beliggenhed samt telefonnummer, EDI Lokationsnummer og e-mail.

5. Evaluering

Aftalen evalueres ved eventuel i november 2008, hvor Region Midtjylland og Klinikken Livet skal afholde et evalueringsmøde og gøre status over antal af patienter behandlet af Klinikken Livet og opnåede resultater under nærværende aftale og omkostningerne forbundet hermed.

Bilag 1

Som bekendt er alle private hospitalers drift indberetningspligtig til Landspatientregistret (LPK). Dette er afhængig af en opdateret og korrekt SKS kode sæt hos Sundhedsstyrelsen. Per 11-06-2007 er de her anvendte behandlingskoder, der har samme betegnelse som de koder, der var brugt i standard aftalen mellem Danske Regioner og Klinikken Livet, ikke registreret hos LPK. Den eneste behandlingskode i XY området der er relevant og findes i SKS systemet er XY04 som har tekst "smertebehandling ved samtale".

Klinikken Livet registrerer naturligvis behandlingen særskilt efter regning og afrapportering fra behandlerne. Denne registrering foregår i en spreadsheet for hver patient, der lagres i Klinikken Livets elektroniske journal (MyClinic). Disse filer udskrives og tilsendes regionens økonomikontor, så de er betaleren i hænde før betalingsdato for regning.

LPK har just lanceret en webbaseret indberetning af nye koder, og Klinikken Livet vil gerne bistå regionen med at bringe den side af sagen i orden.

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

Sejs d. 02-12-2007

Efter behagelig møde med Per Fink d. 26-11-07 fremsendes hermed revideret udgave af redegørelse for Klinikken Livets indsats samt fornyet forslag om aftale. Som det delvis fremgår af Per Finks svar på henvendelse fra Region Midt d. 10-08-2007 er Per Fink og jeg fuldstændigt enige om følgende:

1. Der er mange tusinder patienter i den generelle gruppe, der skiftevis omtales som somatiserende, hypokondere og simulanter foruden en lang række andre diagnoser såsom kronisk træthedssyndrom, postviral syndrom, fibromyalgi, whiplash syndrom med mange flere. Der findes, som jeg er velbekendt med, flere studier der forsøger at belyse antallet af disse patienter, men de fremkomne tal er behæftet med betydelig usikkerhed, hvilket Per Fink er med på og har beskrevet, og at der derfor ikke er en signifikant forskel på hans og mit udsagn om antallet,
2. de i Per Finks svar omtalte mangler i forhold til redegørelsen, navnlig en nærmere afgrænsning af målgruppen, personalets kvalifikationer, Klinikken Livets behandling og dokumentation for resultaterne er tilgængelig men ikke beskrevet i redegørelsen,
3. der mangler et relevant tilbud til hovedparten af disse patienter i Region Midt, og
4. der er ikke belæg for, at jeg mangler orientering om den relevante litteratur på området.

Derimod opnåede vi ikke enighed om, hvorvidt man med fornuft kan afvikle kontrollerede, randomiserede studier vedr. denne patientgruppe, hvilket tillige er et af Claus Vinther Niensens hovedpointer. Jeg er ikke alene om den holdning, at dette ikke holder for visse patientgrupper. F.eks. citeres prof. Jørgen Feldbæk Nielsen, Hammel Neurocenter, i Under Kitlen 4:2007 side 9, "Øvelsen med at lave randomiserede undersøgelser, hvor man har en kontrolgruppe, er jo svært at

lave i praksis her. Vi er nødt til at gå ind i specifikke dele af behandlingen og se på effekten. Samtidig kan vi ikke vide, om den effekt er noget der er uafhængig af indsatsen, for meget af det er "natur", som vi så understøtter. Derfor skal vi finde ud af, hvor vi skal understøtte, og hvilke elementer vi skal gøre mere af. Det er også en opgave at individualisere behandlingen, for det er i store træk den samme behandling vi giver, selvom grundene til skaden kan være meget forskellige." De svært hjerneskadede på Hammel Neurocenter er ikke helt sammenlignelige med patienter med MUS, men den store forskellighed af problemstillinger og konsekvensen heraf for diagnosen og tilrettelæggelsen af behandlingen er sammenlignelig mellem de to grupper. Det er langt vigtigere at konstatere hvad der virker for den enkelte patient end at finde generelle tiltag der gælder for gruppen. De generelle tiltag er klarlagt, som Per Fink påpeger, og som jeg er udmærket orienteret om.

Målgruppe:

Den patient, som typisk henvises fra den praktiserende læge til en smerteklinik har været til undersøgelse hos ortopædkirurg, reumatolog, neurokirurg, psykiater og psykolog. Endvidere har vedkommende typisk været igennem diverse arbejdsevne forbedrende aktiviteter, som de oftest har fået det værre af. Ingen af disse parter har kunnet stille en præcis diagnose eller tilbyde behandling. Patienten er typisk på langvarig sygedagpenge, kontanthjælp eller førtidspension. Patienten har en mere eller mindre udtalt smerteproblematik, søvnbesvær, belastede sociale forhold og lav selvværdsfølelse. Det er Klinikken Livets primære målgruppe.

Personale:

Samtlige personalers CV er vedlagt. Alle har mangeårig erfaring med svært belastede patientgrupper, og alle har oplevet hvordan den tværfaglige indsats både virker og er personligt og arbejdsmæssigt tilfredsstillende.

Klinikken Livets behandling:

Når vi modtager henvisning planlægger vi og udfører en visitationsundersøgelse. Indtil nu har kunnet overholde en tidsfrist på 2 uger fra modtagelse af henvisning til undersøgelse. Det er vores et af vores klare mål at fortsætte med denne omsætningstid. Undersøgelsen afvikles normalt hos patienten. Den udføres typisk af læge og psykolog der over en ca. to timers samtale og undersøgelse som afdækker samtlige facetter af pt.s problemstilling, så vidt muligt. Vi indleder med præsentation og dokumentation af kvalifikationer som læge og psykolog, evt. andre (kunne være fysioterapeut eller afspændingsterapeut). Vi tager udgangspunkt i patientens hovedklager, der oftest er smerterne, og får en grundig karakterisering heraf. Så afvikles en semistruktureret interview, der afdækker de sædvanlige lægefaglige spørgsmål (allergi, medicin, andre organproblemer, misbrug, tobak, alkohol etc.), de sociale forhold herunder barndom, ungdom, uddannelse, faglighed, arbejdsidentitet, forsørgelse hidtil og aktuelt, forhold til omgivelserne og øvrigheden, og de psykiske forhold (objektivt psykisk, forhold til støj, små og større forsamlinger, evt. regulær angst oplevelse og symptomerne derved, evt. opfattelse af sammenhæng mellem angstoplevelse og symptomerne i øvrigt), søvn mønster, udtrætbarhed, sex oplevelser, evt. coping strategier etc. Undersøgelsen afsluttes med en gennemgang af vores fund og den terapi, vi forudser som virksom for patienten.

Undersøgelse danner grundlag for vurdering af teamets læge med henblik på valg af terapeuter og indsatsområder primært. Det er almindeligt hos denne patientgruppe, at der kommer forhold frem

der ikke belyses under den primære undersøgelse men først kommer frem efterhånden, som patienten får et større tillid til teamet. Disse elementer indgår såvel i den løbende dokumentation som den behandlingsplan, som følges.

Når undersøgelsen er klart sendes den til den henvisende afdeling mhp. på godkendelse af behandlingsplanen. Når denne er godkendt, går vi straks i gang med behandlingen. Behandlingen foregår, som undersøgelsen, som hovedregel hos patienten. Der er 4 hovedgrunde hertil:

1. Patienten slipper for at rejse langt til den nærmeste klinik, hvilket for den typiske smertepatient er forbundet med store gener. Derudover kan patienten, når behandlingen er færdig, læne sig tilbage og slappe af i stedet for at begive sig ud på en stressende hjemtur,
2. man kan observere patienten i vante omgivelser, hvilket for den iagtsomme observatør giver oplysninger om en række forhold, man ikke kan få belyst på anden måde (herunder indtryk af stedet, omgang med andre, omgang med evt. dyr etc.)
3. patienten er på egne betingelser og ikke klinikens, hvilket medfører en øget åbning og familiaritet hos patienten hvilket igen medfører øget patient kooperation, og
4. man kan anvende disse fordele til at optimere tilrettelæggelsen og relevansen af behandlingstiltagene.

De forskellige personaler deltager på følgende måde:

Lægen foretager opkald og besøg hos patienten, checker og ændrer medicinen (oftest reducerer), kontakter egen læge og evt. sygehusafdelinger mhp. samarbejdet, sikrer tilgængelighed af personalet og at aftalerne er realistiske og overholdes. Modullet funderer ialt 6 timers indsats.

Psykologen opstarter samtale rækken. Typisk vil sessionerne optage 1½ til 2 timer, og det reducerer antallet af besøg. Der anvendes almindelig psykologisk samtale, kognitive træningssessioner, indstilling af mestringsstrategier og coping mekanismer, støtte til de forhold, pt. har svært ved (eksempelvis kontakt til socialforvaltning, forsikringsselskab, arbejdsgiver m.m.). Der arbejdes typisk med en samtale om ugen, sommetider mere, sommetider mindre. Modullet funderer 24 sessioner af 1 times varighed.

Afspændingsterapeuten giver forskellige former for massage og terapi. Alle terapeuter hos Klinikken Livet har psykoterapeutisk erfaring og erfaring med andre behandlingsformer, der varierer fra terapeut til terapeut. For eksempel kan en "somatic experiencing", psykoterapi og akupunktur, en anden kan kraniosakral- og tankefeltsterapi samt ernæringsterapi, en tredje kan kraniosakral- og psykoterapi. Terapeuterne skifter og/eller supplerer hinanden afhængig af behovet og effekterne af den enkeltes indsats. Fysioterapeuten foretager udspændinger og træner samt underviser i relevante træningsøvelser. Modullet der anvendes funderer 24 sessioner af 1 times varighed. Sessionerne har forskellig varighed, fra 20 minutter ved gruppetræning hos fysioterapeut til 2 timer hos afspændingsterapeut til kombineret psykoterapi og massage.

Alle behandlere har tæt kontakt og alle fører notat for hver behandling. Alle notater kontrolleres af teamets læge og føres i elektronisk journal (kliniksystem MyClinic). Afføder notatet spørgsmål emailes eller ringes der derom. Der er under alle forløb livlig kontakt mellem behandlerne og samarbejdet sikres yderligere ved månedlige staff meetings. I løbet af de første ugers behandling

dukker der som regel forhold op, der kræver justering i behandlingsstrategien, og samarbejdet sikrer, at justeringen foretages.

Den typiske patient har som ovenfor nævnt smerter som hovedproblem, og disse smerter er som regel tæt forbundet med og betinget af psykiske elementer, der er genstand for vores bearbejdelse. Som udgangspunkt har symptomerne stået på i mindst 6 måneder, men oftest er der tale om årelange problemstillinger. Patienten har desuden oftest en række dårlige vaner omkring håndtering af symptomerne. Patient gruppen er generelt særdeles nærtagende såvel psykisk som fysisk – sidstnævnte i form af, at de får ekstrem forværring af symptomerne af forhold, som andre vil slå hen – en simpel forkølelse for eksempel. Disse karakteristika er vanskeligt behandlbare, men ved en standhaftig og vedvarende behandling lykkes det for de fleste at komme videre. Dette medfører en varighed i behandlingen, som kan synes lang, men for disse patienter er det nødvendigt for at komme videre. Dette fremgår klart af den dokumentation der kommer frem efterhånden for patienten, hvor fremskridt i mestring og coping dokumenteres. Det betinger, at det typiske forløb i vores erfaring er fra 6 måneder til halvdelen et år med to til tre behandlingsperioder undervejs, givende en total behandlingspris på ca. kr. 160.000 til kr. 240.000, alt inklusiv. Endskønt disse beløb kan synes store, er de dels beskedne i forhold til hvad man godt kender inden for rehabilitering af svære tilstande eller psykiatriske forløb, og dels småpenge i forhold til hvad det koster samfundet ikke at gøre noget for denne gruppe, når den godt kan bringes videre. Diskonterer man indtjening og skat, der ikke betales for individet, der er uarbejdsdygtig som 35 årig og forudsætter man, at denne tilstand fører til en førtidspension, er tabet for samfundet ca. kr. 14 million per person (2007 kroner, rentesats 5%).

Dokumentation for resultater:

Aktuelt har vi afsluttet 18 patientforløb. Af disse er 10 i arbejde eller under uddannelse, der sikkert fører til et arbejde (revalidering). Alle var som udgangspunkt som beskrevet i korte træk under overskiften "Målgruppe" ovenfor. Klinikken Livet har naturligvis alle informationer omkring patienternes navne, cpr, bopæl og arbejdsplads eller uddannelsessted. Det er klart ikke muligt at oplyse herom til uvedkommende grundet patientsikkerhed og fortrolighed.

Tilbuddet:

Vi har en kapacitet, der er dårligt udnyttet, og kan tage fra for de afdelinger, der ikke er i stand til at honorere "ventetidsgarantien". Vi har kontakt med et større antal behandlere af høj kvalitet, der har udtrykt interesse i at samarbejde med os, men som afventer udvikling af flere opgaver.

Jeg står til rådighed hvis der i forvaltningens øjne mangler yderligere oplysninger om de omtalte punkter. Jeg vedhæfter artiklen "A novel and effective treatment modality for medically unexplained symptoms", som forklarer mere omkring tankegangen og de medtagne videnskabelige arbejder der begrundet dette tiltag. Endvidere er vedhæftet en revideret udkast til aftale.

Med venlig hilsen

Rick Steele
Cheflæge, direktør

Holger Schildt Knudsen
Sundhedsplanlægning
Region Midtjylland

Kommentarer vedrørende forslag om aftale mellem Klinikken Livet og Region Midtjylland

midt
regionmidtjylland

Definition af patientgrupper/sygdomsgrupper

I forhold til tidligere fremsendt er patientgruppen/sygdommene, som Rick Steele ønsker at behandle, defineret som patienter med MUS, dvs. medicinsk uforklarede symptomer. Dette kaldes også funktionelle fysiske symptomer. Patienter med funktionelle lidelser, er plaget af fysiske symptomer (funktionelle symptomer), som ikke kan forklares ud fra et kendt, veldefineret sygdomsbillede (dvs. MUS eller funktionelle symptomer) eller hvor det organiske grundlag er usikkert. Der anvendes mange forskellige betegnelser for denne patientgruppe, afhængig af hvilket medicinsk speciale det drejer sig om. I den officielle sygdomsklassifikation kaldes de "somatoforme lidelser", der omfatter undergrupperne: Somatiseringstilstand, hypokondertilstand (helbredsangst), somatoforme smertetilstande samt neurasteni, fatigious disorder, herunder Münchausens syndrom og dissociative tilstande med fysiske symptomer. Inden for de medicinske specialer anvendes en lang række syndrombetegnelser: Kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, overfølsomhedsreaktioner (el-overfølsomhed, multiple chemical sensitivity, sick building syndrome, infralydoverfølsomhed osv.), irriteret tyktarm (IBS), kronisk whiplash, kroniske ikke maligne rygsmerter. Endelig er der et stort overlap med betegnelser som udbrændthed og stress. Patienterne klager i vid omfang over de samme symptomer og gener, uanset hvilken af de nævnte diagnoser de er blevet påhæftet, og herudover har de det til fælles, at der ikke findes nogen klar organisk forklaring på generne.

Der er således en betydelig teoretisk og sproglig forvirring på området, men at Richard Steels udsagn om at patienter med MUS ikke kan passes ind i den traditionelle medicinske tankeverden, hvor man arbejder med diagnoser og klassifikation, må bero på manglende orientering i den relevante faglitteratur. På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser testes aktuelt en behandling i et randomiseret kontrolleret forsøg, og denne metode kan sagtens appliceres på patientgruppen.

Dato 22.11.2007
Ref. PF/tl
Direkte tel.4333
pfink@as.aaa.dk

Forekomst

Richard Steel anfører, at det ikke er lykket ham at frembringe litteratur, der karakteriserer omfanget af patienter med MUS. Det kan undre meget, idet der findes en omfattende dokumentation for problemets omfang. En betydelig del af den internationale dokumentation stammer endda fra den Østjyske Region.

Hyppigheden af somatoforme og relaterede lidelser
udvalgte diagnoser §

Diagnose	Almen praksis ¹⁾ %	Medicinsk afdeling ²⁾ %	Neurologisk afdeling ³⁾ %
Mindst et funktionelt fysisk symptom (MUS)	59-61	47	70
Somatoforme tilstande, i alt	22-36	18-20	34
Somatiseringstilstand	1-10	2-5	1-4
Somatoform smertetilstand	4-10	2	10-11
Kronisk træthed (Neurasteni)	4	6	2
Heldbredsangst (Hypokonder tilstand)	1-10	4-5	1-2
Dissociativ tilstand	0-4	2	2-3

¹⁾ Fink m.fl. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition, Psychosomatics 1999.

Fink P m.fl. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis, American Journal of Psychiatry 2004. Toft T m.fl. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. Psychol Med. 2005. Gureje m.fl. Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. American Journal of Psychiatry 1997. Kirmayer m.fl. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics J Nerv.Ment.Dis, 1991. Barsky m.fl. Transient hypochondriasis, Arch.Gen.Psychiatry, 1990

²⁾ Fink m.fl. The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. J Psychosom Res, 2004

³⁾ Fink m.fl. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurological department, Psychosomatics, 2005.

§ Tabel taget fra bogen "Klinisk psykiatri", som endnu ikke er udkommet.

Det er korrekt, når R. Steel beskriver, at patientgruppen er stærkt overrepræsenteret blandt langtidsarbejdsløse. Patienter med funktionelle lidelser har et stort forbrug af sundhedsydelser, både i den primære og den sekundære sundhedssektor {Hansen, Fink, et al. 2002 3446 /id} {2256}. I kroniske tilfælde kan patienter have gennemgået talrige indlæggelser, indgreb og uvirksomme behandlingsforsøg. Patientgruppen tegner sig for mindst 10-15% af pensionstilkendelserne. Pensionen opnås ofte i en relativ ung alder, og forud er der typisk et meget langt og kompliceret forløb i både sundhedsvæsenet og det sociale system. Funktionelle lidelser er således forbundet med store omkostninger og udgifter, ikke blot for den enkelte patient, i form af den lidelse de påføres, men også for samfundet generelt.

Behandlingsmuligheder

Der foreligger efterhånden en solid dokumentation for effekten af behandling af MUS/funktionelle lidelser/benigne smertetilstande.

Det er vist, at samtalebehandling (psykoterapi) under diverse former kan forbedre patienternes subjektive velbefindende og funktionsniveau samt reducere forbruget af sundhedsydelser (Kroenke et al., 2000; Barsky et al., 2004; Larisch et al., 2004; Allen et al., 2006; Jones et al., 2006; Henningsen et al., 2007). Endvidere er det vist, at medicinsk behandling (primært midler mod depression) er effektiv for nogle patienter (O'Malley et al., 1999).

Omkring smertetilstande er det (bl.a. i svenske undersøgelser) tillige vist, at en tværfaglig indsats kan bedre patientens tilstand og få flere tilbage til arbejde.

I Region Midt er det specialiserede behandlingstilbud i offentligt regi yderst sparsomt – næsten ikke eksisterende i Region Midt.

I dag findes der et mindre forskningsbaseret behandlingstilbud til patienter med svær funktionel lidelse (MUS) ved Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser ved Århus Sygehus (ca. 85 patienter pr år fra hele Jylland). Endvidere er der et mindre smertebehandlingstilbud ved Smerteklinikken ved Århus Sygehus, som dog kun tager sig af patienter med neurogene smerter, dvs. smerter som kan tilskrives skader eller forandringer i nervebanerne. Ved Rygcentret ved Århus Sygehus behandles også smertepatienter, hvoraf nogle falder ind under de funktionelle lidelser/MUS.

Skøn over behandlingsbehov for Region Midt

I en dansk undersøgelse blev alle patienter i alderen 18-65 år, der henvendte sig til deres læge med et nyt sundhedsproblem, undersøgt. Omkring 3.3% havde svær somatisering ("Bodily distress disorder"), som er den diagnose, som aktuelt behandles på Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser {Fink, Toft, et al. 2007 5013 /id}. Disse patienter klager over talrige symptomer fra mange organsy-

stemmer og indbefatter f.eks. patienter med fibromyalgi og kronisk træthed. I undersøgelsen havde 25% af patienterne en funktionel lidelse i moderat grad, dvs. færre symptomer. Det blev endvidere vist, at 8,5% af patienterne led af helbredsangst (hypokondertilstand) {Fink, Ørnbøl, et al. 2004 4056 /id}. En del af de sidstnævnte grupper ville også kunne have udbyttet af en specialiseret behandling.

I den omtalte undersøgelse blev de praktiserende læger endvidere spurgt, om de ville henvise patienten til specialiseret behandling, hvis de havde haft denne mulighed. Hos ca. 20% af patienterne med funktionelle tilstande ønskede lægen at henvise, hvis han eller hun havde haft muligheden. For de 38 læger der indgik i undersøgelsen drejede det sig om ca. 50 patienter over en 3 ugers periode, dvs. ca. 21 patienter pr. år pr. læge. Hvis det antages, at der er 800 læger i Region Midt, vil det svare til 16.800 patienter pr. år med funktionel lidelse, hvor lægen angav et henvisningsbehov. Selvom tallene er behæftet med en betydelig usikkerhed, og en betydelig del af disse patienter formodentligt ikke ønsker behandling eller ikke kan behandles, synes behovet for behandling meget stort.

Ved helbredsangst viste undersøgelsen, at patienterne i gennemsnit forbrugte 11.700 kr. pr. år af sundhedsydelse. Hvis man regner med, at behandlingen vil kunne bringe deres forbrug ned på det samme niveau, som patienter der søger læge pga. en somatisk sygdom, vil det medføre en besparelse på i gennemsnit ca. 3.400 kr. pr. år pr. patient. Vi har endnu ikke foretaget tilsvarende beregninger for de øvrige diagnosegrupper.

Det kan således konkluderes, at der i dag ikke er noget egentligt behandlingstilbud (ud over i forskningssammenhæng) til patienter med MUS, ud over den behandling som egen læge kan tilbyde. Der har igennem de senere år været en intensiv uddannelsesaktivitet for at lære de praktiserende læger at behandle patientgruppen, i en erkendelse af, at det er urealistisk og uhensigtsmæssigt at behandle en så stor patientgruppe i et mere specialiseret regi. Erfaringer fra denne aktivitet viser dog også, at der er en gruppe patienter, der er for vanskelige til at egen læge kan håndtere dem, og der er således behov for en henvisnings- og supervisionsmulighed. Denne eksisterer som nævnt ikke i praksis i dag, på trods af det store behov.

Behandlingstilbudet beskrevet ved Klinikken Livet

I det medsendte er behandlingstilbudet beskrevet i brede og generelle vendinger, og det er på ingen måde muligt at vurdere indholdet eller kvaliteten af tilbudet.

Tværfaglig behandling er ikke entydigt defineret behandling, men beskriver kun, at der indgår flere faggrupper i behandlingen. En grundig

dokumentation af behandlernes uddannelse, og at de besidder en relevant og tilstrækkelig viden og erfaring til at løfte opgaven, ville være ønskværdigt for bedømmelsen.

Det anføres i papiret, at 60% af de behandlede patienter kommer tilbage i arbejde. Tallet er udokumenteret. Om 60% er et højt eller lavt tal er usikkert, idet det også ville være afhængigt af, hvilken patienter der behandles (svært syge vs lettere syge?), og det er nødvendigt at vide, hvor stor en procentdel der ville komme i arbejde også uden behandling.

Omkring økonomi er det vanskeligt at bedømme rimeligheden. På Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser behandler vi den mest kroniske gruppe med sygdomsvarighed over 2 år og mange symptomer.

Jeg vedlægger i medfølgende regneark taksterne for denne behandling på Forskningsklinikken (se også Århus Sygehus' prisliste) og beregningsgrundlaget for disse. Det bemærkes, at timesatserne er høje i forhold til normale timesatser. Det skyldes, at overhead til ferie, sygdom og "ikke prissatte ydelser" er indregnet i timeprisen. Forklaring på timepriserne er angivet under beregningerne.

Beregningen er for 2007, og priserne for gruppeterapi er steget væsentligt i forhold til 2006, hvorfor den samlede pris for patienter i gruppeterapiforløb er højere end tidligere beregnet. Prisstigningerne skyldes, at vi har fået et større erfaringsgrundlag igennem 2006.

De samlede udgifter pr. patient i gruppeterapi er indledende undersøgelser (SCAN-interview, mv.) plus 9 gruppeterapisessioner: $10.431 + 9 * 1.947 = 27.954$ kr. Der faktureres ikke ved fravær fra en gruppeterapisession. De samlede udgifter pr. patient i individuel terapi er indledende undersøgelser plus 2 individuelle terapisesioner: $10.431 + 2 * 1.660 = 13.751$ kr.

Med venlig hilsen

Per Fink
Forskningsleder, ledende overlæge, dr. med., Ph.D.
Forskningsklinikken for Funktionelle Lidelser

Reference List

1. Allen,L.A., Woolfolk,R.L., Escobar,J.I., Gara,M.A., and Hamer,R.M., Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial, *Arch Intern Med*, 166 (2006) 1512-1518.
2. Barsky,A.J. and Ahern,D.K., Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial, *JAMA*, 291 (2004) 1464-1470.
3. Henningsen,P., Zipfel,S., and Herzog,W., Management of functional somatic syndromes, *Lancet*, 369 (2007) 946-955.
4. Jones,R., Latinovic,R., Charlton,J., and Gulliford,M., Physical and psychological co-morbidity in irritable bowel syndrome: a matched cohort study using the General Practice Research Database, *Aliment.Pharmacol.Ther.*, 24 (2006) 879-886.
5. Kroenke,K. and Swindle,R., Cognitive-Behavioural Therapy for Somatization and Symptom Syndromes: A Critical Review of Controlled Clinical Trials, *Psychother Psychosom*, 69 (2000) 205-215.
6. Larisch,A., Schweickhardt,A., Wirsching,M., and Fritzsche,K., Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: a randomized controlled trial, *J Psychosom Res*, 57 (2004) 507-514.
7. O'Malley,P.G., Jackson,J.L., Santoro,J., Tomkins,G., Balden,E., and Kroenke,K., Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes, *J.Fam.Pract.*, 48 (1999) 980-990.

Title page

Title: A novel and effective treatment modality for medically unexplained symptoms

First author: Richard Evan Steele, MD, MPH, PDC, BCSPHM. Medical director,
Klinikken Livet, Tyttebærvej 26, Sejs, 8600 Silkeborg, Denmark, Phone: +45 7015 3020,
FAX: +45 8724 4026, Email: steele@klinikken-livet.dk
Website: www.klinikken-livet.dk

Second author: Professor Evelyne de Leeuw MSc MPH PhD, Chair Health and Social
Development, Associate Dean (Development). Faculty of Health, Medicine, Nursing and
Behavioural Sciences, Deakin University, Geelong Waterfront campus, Australia, Phone:
+ 61 3 52 278382, Mobile: +61 (0)4 37680055, E-mail: evelyne.deleeuw@deakin.edu.au

Third author: Professor David O. Carpenter, M.D., Institute for Health & the
Environment, University at Albany, SUNY, 5 University Place, A217
Rensselaer NY 12144, Phone: (518) 525-2660, Fax: (518) 525-2665
Email: Carpent@uamail.albany.edu

Abstract:

Medically unexplained symptoms (MUS) confound physicians, and the incidence and prevalence of these conditions is poorly documented. Effective treatment modalities have been more or less non-existent. In the following we present a modality for the assessment, diagnosis and treatment of MUS that in our experience leads to cure, at least in better than half of these cases measured in terms of allowing the individual *back to work*. The economic implications of this development are described.

Key words: medically unexplained symptoms, back to work

Background

For decades authors have described, in varying levels of detail, classification, quantification and assessment of the economic impact of patients with medically unexplained symptoms (MUS)^{1, 2}. The conditions normally presenting as MUS include whiplash syndrome, chronic fatigue syndrome, postviral syndrome, chronic lower back pain, chronic stress headache, chronic muscle pain and various others. More recently a few studies have surfaced which assess various treatment modalities for this group, and the conclusion until now has been disappointing. In what we view as the best review of the area to date it is clearly stated that there is no effective treatment modality for this group^{3, 4, 5}. We present a novel approach which departs significantly from previous attempts in five delineable areas, namely how the patients are triaged, where the treatment takes place, who delivers the treatment, how the treatment is individualized and what is the dependent variable for evaluation of the treatment. We maintain that the described treatment modality can bring better than half of the patients treated from a generally painful and disabled state back to the workforce, and that the methodology of the modality is generalizable.

In dealing with MUS patients, it is imperative to dare to leave the world of the double blind, randomized and controlled trial (DBRCT) behind. Even in the best of the DBRCT world, the issue of patient variation and the lack of congruence between the standardized trial person and the real world use of the intervention and/or medication in question is problematical. The father of clinimetrics, the late Alvin Feinstein, discusses this problem at length in the seminal volume *Clinimetrics*⁶. Leaving the world of the best, we enter a dangerous zone in scientific terms, in that methodological issues often overshadow the item of study, but these issues are rarely candidly discussed by the authors. This practice is widely accepted in scientific journals, for which reason these have a decided tendency to favor DBRCT like studies over treatises that call this practice into question⁷. The evidence based world will invariably miss the most important parts of the story behind MUS exactly because one can not put together a trial which standardizes the psychological trauma and individual responses thereto that fuel MUS in the patient⁸. Review protocols by the internationally esteemed Cochrane Collaboration have traditionally emphasized the value of experimental designs in the generation of evidence⁹. However, as Sir Archibald Cochrane states himself in his foundational work as a key principle, evidence can only be generated *with* patients, not on patients. This principle is

now increasingly recognized, the vanguard of a multi-methodological approach being led by the Cochrane Health Promotion and Public Health Field¹⁰. This does not mean that anything goes, however. In our experience, quality and the fundability of a given treatment modality which can not be tested is dependent on clear outcome measures that make sense to all involved. In dealing with MUS patients, our outcome variable is *back to work* - short but sweet. We maintain that the re-engagement of the MUS patient in the work force is the strongest statement that can be made regarding the quality of the treatment modality. In addition to this dependent variable, certain basic elements of what constitutes a reasonable and fundable activity must be maintained (see below).

The economic impact of MUS is widely recognized as being enormous, and growing^{11, 12}. The discourse around the socio-economic impact of MUS is, we maintain, nevertheless unfocused and sometimes obscure. The most important issue is that there is no registration of this group as such, and that large numbers of MUS patients are unseen by appropriate assessment experts because they frequent GPs and specialists with their symptoms and are not referred to nor evaluated by professionals sensitized to MUS as a disease entity¹³. In Denmark, where this experience comes from, doctors are, mostly for the better, an integral cog in the bureaucracy of social welfare and health care, i.e. especially GPs play an important role in decisions regarding social welfare for unable and/or disabled individuals. The primary author has spent approximately five years functioning as a medical consultant for a series of Danish communities. Many thousand patient dossiers were viewed during this period. Approximately half of this cohort had not been given relevant and appropriate assessment, diagnosis or care – they demonstrated issues that were not described, let alone dealt with, at earlier stages of the disabling process. This assessment is based on the simple fact that the patients described were in a more debilitated state than the description of their case could explain. Given an average proportion of the population on sick leave at 7%, this equates to roughly 3.5% of the population with some or other degree of MUS. Officially, there were in May 2005 157,000 persons in Denmark, or roughly 3% of the population, in social grouping levels 4 and 5, which in Denmark means that the person in question has work disability beyond what can be dealt with through standard work force related activities¹⁴.

If one accepts that this estimate is not wholly off, and that the figure is reasonably uniform in countries with similar socio-economic conditions, then it is relatively simple to extrapolate the yearly cost of disability pay and other costs for these patients, not the least of which is irrelevant usage of primary, secondary, tertiary and alternative resources. An example will elucidate. The pay level and a rough estimate of health care usage for a Danish MUS patient is the equivalent of EUR 1650 per month. Assuming that this patient does not return to the workforce, that the age of MUS onset is 35 years, and that the old age pension kicks in at age 67, then the discounted outlay from society in 2007 EUR is 1,305,000 (standard forward value calculation utilizing a 5% interest rate). Depending on the national tax level, this figure is roughly from 30% to 50% too low, as it does not take lost tax revenue into account. The interesting facet of this exercise is twofold: it elucidates the economic impact of MUS, and it puts into perspective that the cost of treatment of such cases is less interesting than whether it works. If the average cost of treatment is EUR 75,000, and the success rate is 50%, then the return on investing

in treatment is a staggering 2400% over 31 years (still assuming age of MUS onset 35 years and an average time of treatment one year).

As stated above, very few studies show success in the treatment of this group of patients. The literature is almost wholly limited to the description of the group. There are numerous weaknesses in this work, the most serious of which is the lack of specificity and sensitivity of the instruments used. We maintain that this is an inherent flaw in any clinical evaluation which is sorely accentuated in the MUS population. In the cited literature, the undescribed characteristics of the individual patient are a serious source of confounding. In our experience, the typical MUS patient, if indeed one can use that term in this context at all, has strong personal and individually unique experiences and characteristics that make grouping and categorizing useless at best, and counterproductive or even dangerous for the patient at worst¹⁵. This observation comes from the experience of the primary author as medical consultant and as clinical chief of the treatment modality described here, with N = 134 to date (number of patients examined).

Examination of the MUS patient

This experience predicates the work-up method of the treatment modality, which is carried out by the primary author and a psychologist trained in pain assessment and cognitive therapy.

- The work-up starts with introductions and presentation of credentials for staff and patient. The process establishes the necessary decor and professionalism of the event, avoiding the risk of undue familiarity and trepidatious cooperation.
- Then we conduct a semi-structured interview. The interview varies much partly due to previous knowledge of the patient (other work-ups prior to our examination) and the course of events in the individual patient history.
- Areas always covered include the full spectrum of patient life and health experience as much as patient memory allows. We cover birth and childhood, schooling (all levels), early adulthood and adulthood to date with full disclosure of relationships to parents, siblings, schoolmates and other relevant persons/institutions.
- Patient income, social relations and work history are covered. Special emphasis is placed on psychological health spanning life to date.

This process takes up an hour to an hour and a half of interview time during which we in all but a few cases to date reach a level of empathy and trust with the patient that motivates him/her to reveal things that are deep secrets that few if any have ever heard before. This is partly due to our interview technique, which is highly culturally sensitive and patient centered (this also works through an interpreter), and partly due to the highly unusual situation the patient finds him or herself in, spending around two hours with what for most of them is the first physician to take their complaints seriously.

After the semistructured interview a structured interview regarding health issues is conducted, covering the usual sum of medically relevant issues: disposition, allergies,

organ symptoms (including sexual health), medications, substance abuse, tobacco and alcohol use. The work-up then moves on to a full physical examination utilizing a mobile gurney that is carried along to every exam as well as the normal array of doctors tools including stethoscope, ophthalmo/otoscope, blood pressure device, light source, tongue depressor, cotton swabs and reflex hammer.

During the work-up the physician and the psychologist supplement each other, take over the interview, tease a comment apart, fill in blanks, explain the odd misunderstanding and reassure the patient when one or the other oversteps a psychological threshold. In most cases, this leads to several outbursts of joviality, which increases patient empathy. The work-up gives the patient reassurance that the team is up to what it offers. All through the work-up, both the physician and the psychologist observe the patient – his/her movements, length of composure in one position, facial expressions, emotional response range, normal, quasinormal or abnormal behavior and responses and of course reactions to given instructions during the physical exam.

Concluding the work-up is our explanation of our findings and the treatment strategy we envisage. We have not to date met any patients that did not accept our offer with two exceptions. These patients were brought to us by social authorities more or less against their will. In both cases we quickly discerned that the patients were not interested in treatment nor in confiding their case to us.

To date, our financing has been afforded through a construction in the Danish public service sector which gives the patient the right to choose a private clinic when the waiting time for the public sector treatment is more than two months. Under this scheme a large number of small, some medium sized and a few large private hospitals thrive. The system is strongly conservative and run by politicians with vested interests in keeping health care in the public sphere. Although it is theoretically possible to run the best possible system at the lowest possible cost in a public system, no public system has shown this aptitude and the typical public system has many serious flaws, one of the worst being helping those that do not fit the mold, MUS patients being a stark case in point.

Once we have our work-up back from the secretary, it is proof read and then sent on to the referring physician (clinical chief of one of the public clinics treating MUS patients) who evaluates the work-up and either gives it a go ahead or the opposite. This is highly problematical in that the referring physicians are generally not attuned to the psychosocial aspects of the case and therefore tend to view our work-ups as insufficiently medical to warrant the green light for treatment to begin. Thus, a little more than half of the patients we have evaluated have not been treated. Attempts to turn this behemoth around have fallen on to the ground so far and for reasons unknown to us, both the medical press and the daily press have been unwilling to take this serious problem up. We can only speculate that the failure to integrate our procedures into mainstream medical practice and media is due to the fact that their very nature challenges the current medical-professional paradigm.

Treatment of the MUS patient

In those cases where treatment is approved, it is instigated. Initially, emphasis is on creating trust and getting a fuller picture of the background for MUS, which normally is described during the work-up but rarely fully enough to allow a full picture of the therapeutic effort. In our work, it is common that changes in the patient condition reveal other aspects of the case which further temper and guide the therapeutic process. Each case evolves individually, but one example will elucidate the value of this approach.

The patient in question has a minority religious belief and has grown up in a very restrictive environment under conditions conducive to the development of a dependent, escapist and externalizing personality. The woman in question is in her mid 30s and has two sons, both of which are bed wetters at the ages of 9 and 12. The husband is the same age as the patient and works full time in a non-skilled position – he is of the same religious belief as the patient. The patient's presenting problem is a chronic fatigue syndrome with varying and severe pains. She has been described, as have nearly all of our patients, as having been through every imaginable specialist work-up, none of which have turned up anything clinically useful and/or of any help for the patient. Our first impression was of a patient with massive and mostly unconscious psychological mechanisms that are 1. closely related to her physical symptoms both temporally and in severity and 2. clearly predicating the physical symptoms the patient has. As professionals working in this field, it is clear that one cannot describe this diagnosis to the patient off hand – it would make it impossible to start therapy with most of the patients with these symptoms, as they would be angered and frustrated by being told that their symptoms are mostly if not wholly explainable by character traits and dysfunctional reaction patterns. In this specific case, the patient had been through a psychological treatment regime earlier and had been very put off by it.

Meanwhile, during the first few sessions, the patient began to thaw and it was demonstrable to her that the stresses in her daily routine had clear relationships to her symptoms. Although this was clear enough from the preliminary work-up, it took numerous psychologist sessions and guidance from the medical director to get the therapy on the right track, which including psychological tool building (cognitive training) around the dysfunctional reactions to improve the pattern. As the therapy was carried out in the patient's home, the relationships with her children and husband were evident and identifiable as elements in the problem complex. This underlines the value of the long term treatment plan and the delivery mode in the patient's home.

We utilize relaxation therapists in our treatment. Therapists are evaluated by us based on previous experience and curriculum vitae. There is as yet no licensure scheme nor a clear professional identity of this group which is comprised of therapists of extremely variable quality. Only the best are accepted as members of our team.

This patient had, as most MUS patients have, a generally stressed muscle mass with special tenderness and tenseness of the back and neck muscles, giving rise to a nearly ubiquitous headache tendency, which among MUS patients is often misdiagnosed as migraine or Horton's headache (cluster headache). Relaxation therapy in our clinic is

carried out by qualified therapists, who focus especially on the interface between psychological mechanisms and bodily function. Cranio-sacral therapy, somatic experiencing, acupuncture and music therapy are among the methods utilized. None of these are well documented in terms of specific therapeutic results, but all are continuously evaluated in house in terms of patient satisfaction, seminal improvement signs and interviews. The soft nature of this data is a necessary disadvantage when dealing with the MUS patient. No double blinded, controlled protocol would allow the therapeutic effort into the inner workings of the patient complex. Only by patient and tenacious therapy can results be achieved.

As the therapy evolves, we evaluate from week to week if other therapies are indicated and instigate such as needed. Typical examples are warm water bathing/therapy with and without physiotherapeutic guidance, physiotherapy per se, consultations with other specialists, picture and/or laboratory diagnostic procedures and consultations with social and/or other authorities.

In the latter area, we make every effort to establish and/or reestablish the patient's work force related skills. This is carried out by specialized occupational consultants with a high degree of sensitivity to the problems the MUS patient has when returning to the work force, however light and easy the job may be. We spend considerable effort negotiating with the social authorities, who have the administrative and financial responsibility for optimizing the individual's work ability, but who rarely display understanding of the plight of the MUS patient. They rather have a prejudice regarding the MUS patient as being lazy or unacceptably socially dysfunctional and have a highly disconcerting record of doing more damage than good for the MUS patient (the primary author's own observations through 5 years experience as a full time medical consultant with 17 different municipal social services organizations). These negotiations and continued therapy during the re-socialization process (back to the work force) are central elements in our success rate. Based on 18 completed therapy regimens, 10 are back in the workforce or doing education with a clear work targeted output. Also here, no standardized approach is relevant – each patient and each case worker has to be individually treated. The important point here is to make the effort. It leads to results.

We have not yet been able to follow a sufficient number of patients to generalize concerning the applicability of the described treatment modality. Meanwhile, the rationale and logic inherent in delivery of treatment in the patient's home, the interprofessional approach and the full spectrum of treatment delivery, from the intensive medical and psychotherapeutic intervention via less intensive therapy to therapeutically supported occupational training, are resoundingly clear.

Cost of Treatment

The treatment is expensive and highly demanding in therapy hours, but clearly worthwhile when over half of the patients thus treated return to the work force with all of the ramifications this has for the individual, her family, her community and society at large. Not investing in this endeavor is tantamount to writing a blank check to each MUS

patient for life long disability pay. A rough estimate for the individual is as stated above is around EUR 1,3 million, and a rough estimate of an average cost per treatment (including examination and the full spectrum of treatment including transport of staff) is EUR 75,000. It is not hard to figure the cost of doing nothing for MUS patients, which comprise approximately 3 percent of western societies.

Conclusion:

The described modality is dependent on qualified personnel. The field is in stark need of development, both of trained personnel as well as relevant financing models. There is a significant lack of understanding among medical personnel of the scope and breadth of the problem, and none less than awareness of what to do about it. Given that the described modality can be generalized and disseminated, there is no reason why at least half of the MUS disabled population can be brought back to the work force, resulting in enormous personal, professional and economic benefits.

¹ Koch H, van Bokhoven MA, Riet GT, van der Weijden T, Dinant GJ, Bindels PJ. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res.* 2007 Sep 26 (ahead of publication)

² Fink P, Toft T, Hansen MS, Ombol E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. *Psychosom Med.* 2007 Jan;69(1):30-9.

³ 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.

⁴ 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.

⁵ Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Research* 1989; 33, 6: 698-695

⁶ Feinstein AR. *Clinimetrics.* New Haven: Yale University Press, 1987.

⁷ Schmidt JG, Steele RE (eds), *A Critical View of Medical Reasoning. Steps Toward a Timely Medical Practice: A Reader,* Kircheim Press, Mainz, 1995

⁸ Scaer RC. *The Body Bears a Burden: Trauma, Dissociation and Disease,* Haworth Press (USA) ISBN 0-7890-1245-6, 2001.

⁹ Cochrane, A.L. (1999) *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services.* The Royal Society of Medicine Press, London

¹⁰ Rychetnik, L., P. Hawe, E. Waters, A. Barratt, & M. Frommer (2004) A glossary for evidence based public health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 58, 538-545

¹¹ Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry.* 2004 Sep; 39(9):722-81

-
- ¹² Mackenbach JP, Borsboom GJ, Nusselder WJ, Looman CW, Schrijvers CT. Determinants of levels and changes of physical functioning in chronically ill persons: results from the GLOBE study. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Sep; 55(9): 631-8
- ¹³ 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.
- ¹⁴ Press release, Danish Ministry of Social Affairs, May 31, 2006.
- ¹⁵ Healy D., Alfred G. Antidepressant drug use & the risk of suicide. *Int Rev Psychiatry*. 2005 Jun;17(3):163-72