

Folketingets Sundhedsudvalg



Folketingets Sundhedsudvalg har den 15. maj 2009 stillet følgende spørgsmål nr. 520 (Alm. del) til ministeren for sundhed og forebyggelse, som hermed besvares. Spørgsmålet er stillet efter ønske fra Karen Johanne Klint (S).

Spørgsmål nr. 520:

”Ministerens kommentarer udbedes til uddraget fra Kristeligt Dagblads netavis den 14. maj 2009 om behandlingsmetoden "Shared Care" i forbindelse med mildt psykisk syge, jf. SUU alm. del - bilag 469. Ministeren bedes herunder oplyse, om Sundhedsstyrelsen har udtalt sig om metoden og i bekræftende fald hvad den har udtalt herom.”

Svar:

Jeg har til besvarelse af spørgsmålet bedt om udtalelse fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at begrebet ”Shared care” efter styrelsens opfattelse mere er at betragte som en ’delt indsats’ eller en tværsektoriel arbejdsdeling, end en egentlig arbejdsmetode. Begrebet dækker over et samarbejde imellem forskellige organisationer med betydning for et samlet patientforløb i et givet sygdomsforløb. Shared care er én måde at organisere en sygdomsbehandling på, hvor delelementer i behandlingen gennemføres i et gensidigt afhængighedsforhold mellem forskellige organisationer, fx almen praksis og sygehus.

Sundhedsstyrelsen oplyser endvidere, at begrebet i Danmark har været diskuteret i mere end 10 år, hvor det i starten bl.a. drejede sig om samarbejdet imellem almen praksis og sygehuse, herunder praksiskonsulentordningen.

Shared care blev i en opsamlende artikel fra 2000 i Ugeskrift for Læger beskrevet som at have til formål at koordinere og effektivisere behandlingsforløbet, samt at videreudvikle den fagspecifikke behandling og klargøre, hvor patienten skal behandles. Samarbejde og kommunikation mellem primær- og sekundærsektoren er grundstenen i disse tiltag, og det optimale patientbehandlingsforløb er facit.

Sundhedsstyrelsen har udtalt sig om begrebet shared care i en grundig og omfattende MTV-analyse fra 2006 om tværsektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital belyst ved antikoagulationsbehandling som eksempel. Generelt konkluderer MTV-rapporten, at shared care er udsprunget af et paradoks mellem ressourceknaphed og et øget krav om effektivitet og sammenhængende behandlingsforløb.

Det bemærkes i MTV-rapporten, at der ikke eksisterer en entydig definition på shared care, endsiige en entydig vejledning om, hvorledes shared care bør organiseres. Det konkluderes endvidere, at det er vanskeligt at følge anbefalinger om etablering af et

Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K
Tlf. +45 7226 9000
Fax. +45 7226 9001
E-mail sum@sum.dk
Hjemmeside www.sum.dk

Dato: 12. november 2009
Sags nr.: 0904701
Sagsbeh.: SUMSMJ/Center for
sundhed og psykiatri
Dok nr.: 132298

sådan samarbejde, idet der ikke er konsensus om rammen for et sådan samarbejde, og at begrebet er i fare for at blive brugt som etiket på hvad som helst.

Det fremhæves i MTV-rapporten, at fordelene ved et shared care-arrangement kun opnås, hvis en række forudsætninger er opfyldt såsom generelle behandlingsvejledninger, patientinvolvering, direkte og gensidig kontakt mellem behandlingsparter og patient, gensidig tillid og samarbejdsevne hos behandlerne, og at sygdommen egner sig.

Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer fra 2007, Referenceprogram for unipolar depression hos voksne og Referenceprogram for angstlidelser hos voksne fremhæver positive og overbevisende shared care-erfaringer på disse psykiatriske områder. Det fremhæves som afgørende, at den praktiserende læge har mulighed for at få klinisk vejledning i konkrete patientforløb og støtte i alle faser af behandlingen, dvs. i forhold til udvælgelse af patienter, der vil have effekt af behandling, løbende behandlingsmonitorering, patient-psykoedukation og tæt samarbejde med en specialist om behandling af mere komplicerede patienter.

Af referenceprogrammerne fremgår det bl.a., at man, for at udvikle samarbejdsmodeller for behandling af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, vil kunne danne lokale, tværfaglige koordinationsudvalg med deltagelse af praktiserende læger, praktiserende psykiatere, psykologer, andre relevante faggrupper og de psykiatriske afdelinger. Konkret kunne de nye samarbejdsformer mellem speciallæger i almen medicin og speciallæger i psykiatri dreje sig om:

- Telefonrådgivning,
- Udbygning af praksiskonsulentordningen
- Akutte og subakutte vurderinger hos speciallæger i psykiatri,
- Konsultationer i almen praksis med speciallæger i psykiatri,
- Fælles patientforløb,
- Specialiserende samarbejdsmodeller,
- Behandlende hjælpepersonale i psykiatrisk speciallægepraksis
- Mobilteam.

Generelt har Sundhedsstyrelsen ofte fremhævet behovet for sammenhæng i patientforløbene, herunder også med hensyn til en tværsektoriel indsats vedrørende en række tilfælde af ikke-psykotiske psykiske lidelser. Dette er senest nævnt i Sundhedsstyrelsens *National strategi for psykiatri* fra august 2009. Det fremgår bl.a., at en øget psykiatrifaglig viden vil styrke almen praksis' muligheder ved, at aftaler og retningslinjer for samarbejdet mellem almen praksis og sygehusvæsenet udvikles, fx i form af mulighed for efteruddannelse, psykiatrifaglig supervision i almen praksis og telefonisk rådgivning samt aftaler om adgang til akutte og subakutte vurderinger i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere i sin strategi for psykiatrien, at samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien i form af shared care-modeller, supervision konsulent- og rådgivningsordninger mv. styrkes og udvikles for at udnytte kapaciteten i psykiatrien.

Sundhedsstyrelsen har således udtalt sig positivt om at styrke og videreudvikle tiltag der kan fremme shared care-indsatser, hvor dette er hensigtsmæssigt, og hvor der er konkrete muligheder for det.

Ovenstående er endvidere i overensstemmelse med de seneste erfaringer beskrevet i en netop offentliggjort forskningsrapport om shared care for ikke-psykotiske sygdomme,

som Danske Regioner offentliggjorde i september i år. Rapporten fremhæver bl.a. den evidensbaserede samarbejdsmodel ”collaborative care”.

Der foregår formaliserede shared care-projekter mellem almen praksis og psykiatrien på steder i landet, i form af de mobilteams, som er etableret i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Derudover er der et shared care-projekt i Region Vestsjælland, hvor personalet er ansat i distriktskykiatrien og ikke i almen praksis, modsat hvad der er tilfældet i samarbejdsmodellen ’collaborative care’.

Sundhedsstyrelsen bemærker til rapporten, at der er vanskeligheder med at bestemme entydigt, hvad der kan og skal indgå i shared-care-indsatser. Det er således vigtigt, at der i rapporten peges på støtte af og videreudvikling af tiltag centralt og ikke mindst lokalt, der kan medvirke til mere viden om organiseringen af indsatserne og de nødvendige og tilstrækkelige forudsætninger for, at tiltag som shared care kan etableres med succes.

Jeg vil afslutningsvist oplyse, at det vil fremgå af regeringens handlingsplan for psykiatri, at vi i forbindelse med økonomiforhandlingerne med regioner og kommuner vil drøfte mulighederne for en skærpet brug af sundhedsaftalerne, herunder forløbsprogrammer og shared care, som mulige redskaber til styrket samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer med henblik på bedre kvalitet og bedre udnyttelse af de samlede ressourcer på området.

Med venlig hilsen

Jakob Axel Nielsen / Sine Mutanu Jungersted