



Formand for Folketinget Sundhedsudvalget, Preben Rudiengaard  
CC: Folketingets Sundhedsudvalg

Kære Preben Rudiengaard

Jeg glæder mig over dine positive tilkendegivelser omkring indførelse af shared care i Danmark, samt opfordring til at Danske Regioner fremlægger en plan herfor.

Shared care vil med et tydeligt og aftalt samarbejde mellem psykiatrien og de alment praktiserede læger give bedre mulighed for at udrede og behandle personer med lette til moderate ikke-psykotiske lidelser fx depression, angst eller en funktionel lidelse. Shared care vil således kunne afhjælpe en stor gruppe mennesker med deres lidelse, inden lidelsen bliver svær og omkostningsfuld at behandle. Herudover vil shared care i lyset af de igangværende forhandlinger om en førtidspensionsreform tillige kunne bidrage til, at flere langt hurtigere vender tilbage til arbejdsmarkedet og indebærer derfor også betydelige samfundsmæssige gevinster.

Det er vigtigt, at shared care bliver tilpasset danske forhold. Af den grund foreslår Danske Regioner en treårig forsøgsordning, med det formål at finde den helt passende model. I en forsøgsordning vil mellem 10-12 alment praktiserende læger i hver region tilknyttes ordningen. Det betyder, at ca. 20.000 borgere i hver region, eller 100.000 danskere i alt, vil være omfattet af ordningen i forsøgsperioden. I vedlagte bilag finder du en nærmere beskrivelse af forsøgsordningen med videre.

Vi ser frem til at høre om dine overvejelser i relation til planen og står naturligvis til rådighed for en drøftelse.

Med venlig hilsen

Carl Holst

02-03-2011

Sag nr. 10/79

Dokumentnr. 11784/11

Mette Holm Sørensen

Tel. 3529 8325/ 2222 2157

E-mail: Mhs@regioner.dk

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E regioner@regioner.dk



02-03-2011

Sag nr. 10/79

Dokumentnr. 11809/11

Mette Holm Sørensen

Tel. 3529 8325/ 2222 2157

E-mail: Mhs@regioner.dk

## Plan for indførelse af shared care i behandling af depression, angst og funktionelle lidelser

### I. Baggrund og formål

Der er de senere år sket en markant stigning i antallet af personer, som forlader arbejdsmarkedet, fordi de førtidspensioneres på grund af en psykisk lidelse, herunder en større gruppe under 30 år. I langt de fleste tilfælde på grund af en såkaldt ikke-psykotisk lidelse, som f.eks. depression, angst eller en funktionel lidelse. Det er psykiske lidelser, som vi ved, kan forebygges og behandles, så symptomerne reduceres så meget, at personen kan fungere på arbejdsmarkedet og ofte helbredes<sup>1</sup>.

Psykisk sygdom, som ikke bliver opdaget og behandlet i tide, fører ikke bare til lidelse for den enkelte patient og de pårørende. Også samfundet lider store direkte og indirekte tab i form af tabt arbejdsevne, sygemeldinger og pensioneringer. Alene omkostninger af depressioner er i Danmark anslået til ca. 14 mia. kr., mens angstlidelser koster ca. 6 mia. kr. om året<sup>2</sup>. Jo senere i sygdomsforløbet psykisk sygdom opdages, jo sværere og dyrere bliver behandlingen, og jo ringere bliver chancerne for helbredelse. Samtidig fører psykisk sygdom – særligt de funktionelle lidelser - til et overforbrug af somatiske sundhedsydelser, som kunne være undgået.

Alt i alt er det altså en dårlig samfundsøkonomisk forretning, at en stor gruppe danskere ikke modtager den behandling, der er nødvendig for, at de kan fastholde eller genoptage tilknytningen til arbejdsmarkedet. Samtidig er det uacceptabelt, at en stor og voksende gruppe borgere i et rigt velfærd-

---

<sup>1</sup> Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, DPBO og Danske Regioner, *Psykisk sygdom og arbejdsmarkedet*, 2009

<sup>2</sup> Olesen et.al., *Cost of disorders of the Brain in Denmark*, Informa Healthcare, 2007

samfund som det danske, ikke diagnosticeres og modtager den forebyggende og helbredende behandling, de har brug for som psykisk syge mennesker.

Der findes ingen præcise tal for, hvor mange danskere, der lider af en psykisk sygdom. Men beregninger viser, at op mod 20 pct. af den danske befolkning har en lidelse af ikke-psykotisk karakter i løbet af et år. Lige nu er der f.eks.:

- Mindst 250.000 mennesker med en depression
- Mindst 250.000 mennesker med angst
- Ca. 250.000 med funktionelle lidelser<sup>3</sup>

Undersøgelser peger på, at halvdelen af disse behandles i almen praksis, ca. 10 pct. behandles hos en psykiater i enten speciallæge praksis eller sygehusregi, ca. 10 pct. hos en psykolog, mens ca. 30 pct. ikke modtager behandling<sup>4</sup>.

Dette skyldes blandt andet, at såvel det faglige som politiske fokus inden for psykiatriområdet i en årrække har været på personer med sværere psykiske sygdomme som skizofreni og psykoser. Vi ser altså i dag en underdiagnosticering og underbehandling af personer med ikke-psykotiske lidelser.

Med dette udgangspunkt og på baggrund af særdeles gode resultater med shared care i udlandet ***ønsker regionerne på forsøgsbasis at indføre shared care mellem almen praksis og psykiatrien i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser herunder depression, angst og funktionelle lidelser i Danmark.***

Også Sundhedsstyrelsen samt Ministeriet for Sundheds- og Forebyggelse og Socialministeriet anbefaler, at der indføres shared care i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser<sup>5</sup>.

Da erfaringerne med shared care er begrænsede i Danmark bør shared care tilpasses danske forhold og indføres gradvist. Indførelsen af shared care vil

---

<sup>3</sup> Disse estimater er foretaget i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab.

<sup>4</sup> Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin, Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, 2004

<sup>5</sup> Sundhedsstyrelsen, *National Strategi for Psykiatri*, 2009; Indenrigs og Socialministeriet, Ministeriet for Sundheds og Forebyggelse, *Styrket indsats for sindslidende – regeringens handlingsplan for psykiatri*, 2009.

derfor tage udgangspunkt i DSIs igangværende arbejde med at udvikle en konkret model for shared care indenfor rammerne af det danske sundhedsvæsen<sup>6</sup>, samt anbefalingerne i rapporten ”Shared care for ikke-psykotiske sygdomme” af Eplov et.al.<sup>7</sup>. Desuden vil det være helt centralt i indfasningsperioden at dokumentere shared care’s effekt i en dansk kontekst gennem randomiserede undersøgelser samt en MTV af initiativet.

## II. Dokumentationen for shared care

### Hvad er shared care?

Shared care er en samle-betegnelse for flere forskellige samarbejdsmodeller (herunder liaisonpsykiatri, care management, quality improvement, quality improvement, collaborative care, stepped care) som alle bygger på en tydelig og aftalt opgavefordeling mellem almen praksis, psykiatrien, speciallæger, og evt. kommunerne. Behandlingen er centrum for samarbejdet, men samarbejdet kan efter behov også involvere en bredere indsats i bl.a. socialt regi.

Indgangen til og omdrejningspunktet for behandling er almen praksis, men diagnosticering og behandling foregår i et tæt samarbejde med case managers/praksiskoordinatorer og specialister i psykiatri f.eks. fra sygehusenes psykiatriske afdelinger.

Shared care indeholder bl.a. elementer som systematisk efteruddannelse af praktiserende læger i diagnosticering og behandling af ikke-psykotiske lidelser, kliniske retningslinjer, psykiatrisk uddannet hjælpepersonale og/eller efteruddannelse af hjælpepersonalet, patientkurser, patientmateriale, konferencer med psykiater og supervision.

### Dokumentationen fra udlandet

En ny systematisk gennemgang af den internationale litteratur om shared care mellem almen praksis og psykiatrien<sup>8</sup> viser, at shared care er langt mere effektiv i behandlingen af depression, angst og funktionelle lidelser end vanlig behandling i almen praksis.

---

<sup>6</sup> Arbejdet er en del af projektet *Shared care i Angstbehandlingen*, DSI, 2009

<sup>7</sup> Eplov LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. *Shared Care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelser*, København, 2009.

<sup>8</sup> Eplov et al.

De dokumenterede erfaringer fra udlandet viser, at det er nødvendigt, men slet ikke tilstrækkeligt, at de praktiserede læger modtager efteruddannelse i diagnosticering og behandling af ikke-psykotiske lidelser. For at opnå effekt af behandlingen i almen praksis skal de øvrige elementer i en shared care model også være til stede.

Ifølge Eplov et.al. er den mest effektive shared care behandlingsmodel collaborative care, som omfatter følgende elementer:

- a) undervisning af og retningslinjer for den alment praktiserende læge og hjælpe personale i almen praksis
- b) case managers/praksiskoordinatorer (oftest sygeplejersker med psykiatrisk baggrund eller psykologer), der sikrer en aktiv opfølgning (care management)
- c) undervisning af patienten og evt. kortidsterapi ved casemanager /praksiskoordinator
- d) konference/fælleskonsultation med speciallæge i psykiatri samt
- e) patientindflydelse på behandling.

Se boks 1 nedenfor på eksempel på patientforløb baseret på en shared care (collaborative care) behandlingsmodel med disse elementer.

Boks: Shared care patientforløb

1. Ved mistanke om depression, angst eller funktionel lidelse foretages screening efterfulgt af et kort diagnostisk interview (hos alment praktiserende læge)
2. Patienten undervises i forløb og behandling af angst, depression eller funktionel lidelse (af casemanager/praksiskoordinator)
3. Patient, praktiserende læge og case manager/praksiskoordinator lægger en behandlingsplan med vægt på patientens ønsker: psykofarmaka og/eller psykoterapi
4. Ved medicinsk behandling aftales monitoreringsforløb med case manager, herunder konsultationer og telefonkontakt til patienten
5. Ved psykoterapi aftaler case manager antal terapisesessioner
6. Ved langtidssygemelding eller anden kommunal ydelse/indsats koordineres med det kommunale jobcenter eller anden relevant kommunal instans, hvis dette skønnes relevant
7. Case manager monitorerer behandlingen, herunder effekt og drøfter denne med den praktiserende læge samt ved supervision med psykiater
8. Ved manglende effekt vil egen læge intensivere behandlingen med hensyn til patientens ønsker, case managers anbefalinger, kliniske retningslinjer samt konference med psykiater
9. Denne ændring kan være medicinskift eller tillæg af psykoterapi

**Effekten af shared care**

Ved at indføre shared care i Danmark vil man, såfremt de udenlandske erfaringer kan overføres til danske forhold, kunne hjælpe langt flere af de mange danskere, som har en ikke-psykotisk lidelse. Ved depression opnår op til 20 pct. flere helbredelse og op til 20 pct. flere får det mere end 50 pct. bedre af behandling efter shared care modeller sammenlignet med vanlig behandling. Der findes ikke så præcise data for diagnoserne angst og funktionelle lidelser, men der er fagligt begrundet forventning om, at der også er et stort potentiale for at hjælpe flere indenfor disse patientgrupper gennem shared care.

Samtidig med at der kan opnås en større effekt i behandlingen gennem shared care, vil indførelse af shared care også sikre at kapaciteten i psykiatrien udnyttes bedst muligt, så patienter med psykiske lidelser af lettere eller moderat karakter kan varetages i primærsektoren (jf. LEON princippet). Dermed kan sikres kapacitet til, at patienter med sværere eller mere kompleks psykisk sygdom kan modtage et målrettet og mere specialiseret tilbud i sygehusvæsenet.

Endelig er der også en potentiel meget stor samfundsøkonomisk gevinst at hente ved at indføre shared care i behandlingen af ikke-psykotiske lidelser i Danmark. Undersøgelser fra udlandet viser at shared care er en omkostningseffektiv behandlingsmodel. Således viser studier, at prisen per depressionsfri dag ligger mellem 200 og 350 kr., mens prisen per QALY ligger på mellem 130-180.000 kroner.

Set i forhold til udgifterne til sygedagpenge og førtidspensioner bliver den samfundsøkonomiske gevinst endnu tydeligere. Det er beregnet, at hvis 15 pct. flere af de, som i dag er langtidssygemeldt eller på førtidspension i Danmark kommer i ordinær beskæftigelse er den samfundsøkonomiske gevinst ca. 4.8 mia. kr. årligt. Det overstiger langt de omkostninger, der vil være forbundet med at indføre shared care<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Beregningen er foretaget af Danske Regioner pba data fra Ankestyrelsen og Danmarks Statistik

### III. Indførelse af shared care i Danmark

Side 6

Det er vigtigt, at shared care modellen bliver tilpasset danske forhold.

For det første fordi, case manager/praksiskoordinatorer i de modeller, der er afprøvet i udlandet, ansættes direkte i almen praksis. Det er imidlertid vurderingen, at det vil volde en række organisatoriske problemer i Danmark, hvorfor det som alternativt skønnes hensigtsmæssigt at case manager ansættes i den regionale psykiatri, men yder samme service til almen praksis, som modellen i øvrigt lægger op til.

For det andet er det ved indførelse af shared care vigtigt, at få afprøvet om det ved en mindre udvidelse af modellen er muligt at etablere et mere systematisk samarbejde med de kommunale forvaltninger for at sikre koordinering til sociale- og arbejdsmarkedsorienterede støttetilbud til borgeren.

Indførelsen af shared care i Danmark vil derfor tage udgangspunkt i DSIs igangværende arbejde med at udvikle en konkret model for shared care indenfor rammerne af det danske sundhedsvæsen. Det forventes at dette projekt i særlig grad vil kunne bidrage med viden om de optimale samarbejdsrelationer omkring og organiseringen af shared care i behandlingen af særligt angst og depression i en dansk kontekst.

Forsøget med indførelse af shared care vil ligeledes bygge på anbefalingerne i rapporten "Shared care for ikke-psykotiske sygdomme" af Epløv et.al. Særlig relevant er den dokumenterede viden om effekten af forskellige shared care behandlingsmodeller, samt de kliniske og lægefaglige aspekter som rapporten og dennes forfattere repræsenterer.

#### **Forsøg med indførelse af shared care**

Regionerne ønsker at indføre shared care i Danmark, i første omgang på forsøgsbasis i en periode på tre år fra 2011 til 2013.

Det forventes at 10-12 alment praktiserende læger i hver region tilknyttes ordningen, hvilket betyder, at ca. 20.000 borgere i hver region – eller ca. 100.000 borgere på landsplan - kan dækkes af ordningen.

Målgruppen er alle patienter, der vurderes at lide af angst eller depression af en praktiserende læge tilknyttet projektet. I to regioner endvidere patienter, der af praktiserende læger tilknyttet projektet, vurderes at lide af en funktionel lidelse.

De alment praktiserende udvælges efter deres interesse for at deltage og skal være villige til at bidrage til initiativet ved at stille et lokale til rådighed til care manager/praksiskoordinator i deres praksis ca. en til to gange om ugen. Lægerne skal så vidt muligt repræsentere forskellige geografiske områder og primært være tilknyttet samarbejds- eller kompagniskabspraksis.

I hver region udvælges en psykiatrisk enhed (f.eks. distriktpsikiatrisk center) som center for shared care indsatsen. Der afsættes de nødvendige lægerressourcer blandt enhedens speciallæger i psykiatri. Der tilknyttes endvidere to psykologer og fem casemanagers/praksiskoordinatorer (f.eks. sygeplejersker, socialrådgivere eller psykologer alle med psykiatrisk baggrund).

### **Forskning**

Det er helt centralt, at der parallel med at shared care indføres på forsøgsbasis gennemføres forskningsbaserede undersøgelser, som kan dokumentere shared cares effekt, omkostningseffektivitet samt organisatoriske perspektiver omkring indførelsen af modellen. Disse undersøgelser er nødvendige for at kvalificere beslutninger om hvordan og i hvilket tempo shared care skal indføres i Danmark.

Der foreslås derfor, at der i forbindelse med indførelse af shared care i Danmark bliver gennemført

- En multicenterundersøgelse med randomiseret design af shared care ved depression og angst, således at man får vished for at modellen også har effekt under danske forhold, der organisatorisk ikke kan sammenlignes med forholdene i USA, hvor langt de fleste undersøgelser har fundet sted.
- Et forskningsprojekt vedr. shared care ved funktionelle lidelser, da der ikke foreligger tilstrækkelig viden om hvilke modeller der er effektive inden for disse områder. Forskningsprojektet til i første omgang blive gennemført på baggrund af indførelsen af shared care ved funktionelle lidelser i én til to regioner.
- Et projekt, der vurderer en udvidelse af modellen med etablering af et systematisk samarbejde med den kommunale forvaltning.

Disse undersøgelser gennemføres i af forskerteams tilknyttet Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Bispebjerg.

Endvidere vil DSI gennemføre undersøgelser, som omfatter udredning af:

- *Organiseringen*, dvs. hvilke fagspecialister skal i spil og samarbejde hvordan og i hvilket regi, hvilke barrierer kunne hindre effektiv ind-



førelse? Hvordan får man koordineret på tværs af faggrænser og sektorgrænser, hvem har hvilke beslutningskompetencer og hvilke reguleringer skal være gældende? Hvordan sikres en god kvalitets-sikring af disse behandlingstilbud?

- *Økonomien*, dvs. hvor mange ressourcer (personale, lokaler, udstyr, lægemidler) skal der til, og har vi dem? Hvordan får vi dem, og hvad koster det i investering og løbende drift? Hvordan sikres en effektiv og produktiv driftsorganisation? Hvad kan der spares ved den effektivisering, som shared care er et udtryk for, og hvordan sikres realisering af disse besparelser? Hvad kan vi forvente af besparelser på sygedagpenge og førtidspensioner? Kort sagt driftsøkonomi og samfundsøkonomi.
- *Borgerens perspektiv* skal udredes, dvs. hvordan sikrer man sig et behandlingstilbud i overensstemmelse med borgernes måske ikke altid helt ens behov, forventninger, præferencer og forudsætninger.

#### **IV. Projektorganisering**

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Danske Regioner, regionerne, DSI, Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Bispebjerg.

Der vil blive nedsat en styregruppe for projektet bestående af repræsentanter for de ovennævnte samarbejdspartnere samt evt. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin og PLO. Styregruppen sekretariatsbetjenes af Danske Regioner.

Projektstyringen vil være organisatorisk forankret i hhv. Danske Regioner og DSI. Danske Regioner vil i tæt samarbejde med regionerne varetage projektstyringen ift. forsøget med implementering af shared care modellen. DSI vil i tæt samarbejde med Psykiatrisk Center Ballerup og Psykiatrisk Center Bispebjerg varetage projektstyring ift. projektets forskningsdel.

#### **V. Finansiell ramme**

Den overordnede finansielle ramme for indførelsen af shared care i 5 regioner over en 3-årig forsøgsperiode samt forskning er estimeret til 80 mio. kr. Heraf udgør udgifterne til forskning ca. 10 mio. kr.

Det resterende beløb på 70 mio. kr. dækker lønudgifter til personalet tilknyttet de psykiatiske enhed (speciallæger i psykiatri, psykolog og sekretær); udgifter forbundet med supervision/uddannelse af personale; udgifter til almen praksis herunder aflønning og kurser for de praktiserende læger og hjælpe personalet; uddannelse og aflønning af caseman-

gers/praksiskoordinatorer; og udvikling af patientuddannelsesmateriale om angst, depression og funktionelle lidelser.

Side 9

I denne beregning er det forudsat at udgifter til udarbejdelse af kliniske retningslinjer (DSAMS retningslinjer) og størstedelen af den nødvendige efteruddannelse indenfor opsporing og behandling af depression og angst af de praktiserende læger og hjælpe personale i almen praksis dækkes af det beløb (ca. 9 mio. kr), som allerede er afsat af regeringen til kurser til læger om stress, depression, angst og fastholdelse på arbejdsmarkedet.