

1 Indledning

Anvendelsen af ny teknologi og samarbejde med praksissektoren er højt prioriterede udviklingsområder i Region Midtjyllands psykiatriplan. Regionsrådet nedsatte på den baggrund i februar 2008 et midlertidigt udvalg vedrørende ny teknologi og samarbejde med praksissektoren. Udvalget har fået til opgave med udgangspunkt i Region Midtjyllands psykiatriplan at udarbejde et strategioplæg vedrørende anvendelsen af ny teknologi i forbindelse med psykiatrisk udredning og behandling samt et oplæg til anbefalede modeller for behandlingspsykiatriens samarbejde med praksissektoren.

2 Shared care

Kommunalreformen har skabt nye vilkår og rammer for opgavevaretagelsen i regioner og kommuner. De nye rammer og vilkår samt den generelle mangel på praktiserende læger, speciallæger i psykiatri og andet fagpersonale, øgede krav om specialisering og effektivitet og sammenhængende behandlingsforløb, gør, at der er brug for nye måder at organisere og koordinere den behandlingsmæssige indsats på.

Det er forventningen, at et veltilrettelagt samarbejde om behandling af patienter indebærer en bedre behandlingskvalitet og en bedre ressourceudnyttelse, herunder af den lægefaglige kapacitet.

Regionsrådet har med psykiatriplanen ønsket at lægge op til et styrket samarbejde med primærpraksis og har med vedtagelsen af psykiatriplanen besluttet:

- ▶ At samarbejdet med de praktiserende læger skal styrkes i form af shared care
- ▶ At der udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper med inddragelse af de praktiserende læger, speciallæger, og hvor det er relevant, også kommunerne

Udvalget vedrørende ny teknologi og samarbejde med praksissektoren afholdt den 28. november 2008 en inspirationskonference om shared care med deltagelse af kommunale og regionale politikere, psykiatribrugere, pårørende, praktiserende læger og speciallæger samt ledere og medarbejdere fra kommunerne og psykiatrien i Region Midtjylland.

Formålet med konferencen var, at få belyst erfaringer med shared care i Region Midtjylland og give udvalget inspiration til det fremtidige samarbejde. Tilkendegivelserne fra konferencen er indgået i arbejdet med denne rapport.

2.1 Hvad er shared care?

Shared care bruges i daglig tale til at beskrive et nærmere aftalt samarbejde mellem en praktiserende læge og en hospitalsspecialist om behandling af en patient.

Der findes flere forsøg på en dansk definition af begrebet, men ingen af disse synes endnu at have vundet indpas.

Shared care bruges dog ofte til at beskrive et aftalt samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og praktiserende læge/speciallæge samt eventuelt øvrige aktører, fx kommunerne.

Behandlingen er i centrum for samarbejdet, men samarbejdet kan efter behov også involvere en bredere indsats. Samarbejdet er karakteriseret ved, at der mellem de involverede aktører er en eksplicit og entydig forståelse af, hvem der i samarbejdet er ansvarlig for hvad og hvornår i forløbet.

2.2 Status og udfordringer

Praktiserende læger og praktiserende speciallæger yder et stort og effektivt bidrag til behandlingen af mennesker med psykisk sygdom.

Samarbejdet mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen har gennem de seneste år været i fokus, og der har været tiltagende interesse for at udvikle shared care initiativer på tværs af de to sektorer. Initiativer som praksiskonulentordningen, udvikling af fælles krav til epikriser samt gennemførelse af audits om patientforløb er alle eksempler herpå.

Psykiatriplanen lægger op til et fornyet og styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og primærpraksis. Udgangspunktet herfor er ikke mindst følgende vilkår:

- ▶ Den psykiatriske behandling er stadig mere videnstung og kendetegnet ved en stigende specialisering og stadig mere kompleks arbejdsdeling som følge af nye og bedre udredningsmetoder og behandlingsformer
- ▶ Der er stor mangel på speciallæger og andet faguddannet personale i behandlingspsykiatrien, og prognoserne viser, at antallet af speciallæger i psykiatri vil falde med yderligere 40% i løbet af de næste 15 år. Det står ikke bedre til i praksissektoren. Her mangler allerede praktiserende læger i flere lokalområder, og en meget stor gruppe af de nuværende læger vil gå på pension i løbet af de næste 10 år

Ovenstående stiller store krav til, at et shared care samarbejde er velplanlagt, rettidigt og hensigtsmæssigt både fagligt og økonomisk. Der skal således mellem de medvirkende aktører være klarhed over:

- ▶ Formål og forventet effekt af samarbejdet
- ▶ Ressourceindsatsen – herunder hvilke faggrupper, der mest hensigtsmæssigt kan løse opgaven
- ▶ Hvorledes samarbejdet kan indeholde elementer af vidensspredning, som på længere sigt kan bidrage til at aflaste de få meget efterspurgte eksperter

2.1.1 Praksiskonsulentordningen

En hjørnesteen i samarbejdet med de praktiserende læger er praksiskonsulent-ordningen. Praksiskonsulentordningen har til formål at styrke samarbejdet mellem praksissektoren og sygehussektoren og nedbryde eventuelle barrierer de to sektorer imellem. Med andre ord skal praksiskonsulentordningen medvirke til at sikre helheden og kvaliteten i patientforløb, der involverer de to sektorer.

Region Midtjylland har ansat praktiserende læger som praksiskonsulenter i både børne- og ungdomspsykiatrien og i voksenpsykiatrien. Praksiskonsulenterne er ansat på timebasis og har til opgave lokalt er at formidle samarbejdet mellem de praktiserende læger og de lokale psykiatriske afdelinger. Der er herudover ansat en praktiserende læge som praksiskoordinator, der skal koordinere og understøtte praksiskonsulenternes samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien på tværs af regionen.

Praksiskonsulenterne mødes lokalt flere gange om året med behandlingspsykiatriens læger. Der er herudover etableret et mødeforum, hvor praksiskonsulenterne og praksiskoordinatoren en gang årligt mødes med psykiatri- og socialledelsen.

2.1.2 Rådgivning via telefon og mail

Tidligere erfaringer viser, at telefonrådgivning mellem behandlingspsykiatrien og de praktiserende læger på fastlagte tidspunkter ikke fungerer optimalt. Det er svært både for de praktiserende læger og lægerne i psykiatrien at tilrettelægge arbejdet i forhold til telefontiden. Der er af samme grund også en vis usikkerhed med hensyn til lægernes faktiske efterspørgsel af telefonrådgivning.

De fleste praktiserende læger bruger i dag mail til at kommunikere med patienter og andre behandlere. Derfor vil det være oplagt at supplere den eksisterende telefonrådgivning med rådgivning over mail. De praktiserende læger skal i dag svare inden tre dage i forbindelse med en mailkonsultation. Samme responstid kunne gøre sig gældende i mailrådgivningen mellem behandlingspsykiatrien og de praktiserende læger.

På regionens inspirationskonference om shared care i november 2008 blev der fra praksissektorens side udtrykt ønske om at få lettere adgang til information om psykiatriens behandlingstilbud, krav til henvisninger og vejledninger i forhold til psykiatrisk behandling. De praktiserende læger bruger allerede i dag hjemmesiden praksis.dk til indhentning af information og ser gerne at behandlingspsykiatrien fremadrettet bruger praksis.dk som informationskanal.

2.1.3 Subakutte vurderinger og aftalebaseret behandlingssamarbejde

Den praktiserende læge er patientens primære læge og fastholder ofte ansvaret for behandling af patienter med psykisk sygdom selvom patienten eventuelt er i et tidsafgrænset ambulante psykiatrisk behandlingsforløb. Stadig flere af behandlingspsykiatriens ydelser foregår i ambulante regi med den praktiserende læge som en vigtig og nødvendig tovholder og samarbejdspartner.

Psykiatrien skal så vidt muligt understøtte den praktiserende læge i at fastholde patienten i god psykiatrisk behandling i primærpraksis. De praktiserende læger har ved forskellige lejligheder efterspurgt:

- ▶ Mulighed for subakut vurdering af patienter, når dette kan være et alternativ til indlæggelse eller når særlige omstændigheder gør sig gældende
- ▶ Undervisning, som kan bidrage til at styrke kvaliteten i behandlingen i primær praksis og på længere sigt begrænse antallet af henvisninger til behandlingspsykiatrien
- ▶ Programbaseret samarbejde om behandling af særlige målgrupper med den praktiserende læge som gennemgående behandler – jf. eksempelvis behandlingsprogrammet for patienter med posttraumatisk stress syndrom
- ▶ Individuelle samarbejdsaftaler om et behandlingssamarbejde om konkrete patienter med eventuel inddragelse af andre samarbejdspartnere og pårørende. Samarbejdet kan, når det er aktuelt, eventuelt tage afsæt i udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner

2.1.4 Programbaserede behandlingstilbud

Der er på enkelte områder fastlagt meget detaljerede rammer for samarbejdet mellem de enkelte aktører i behandlingen. Det gælder fx for behandlingen af traumatiserede flygtninge. Det er vurderingen, at fastlæggelsen af klare rammer for samarbejdet, vil kunne højne både kvalitet og effekt af indsatsen.

2.1.5 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Psykiatriloven fastslår, at der skal udarbejdes en udskrivningsaftale for patienter, der efter udskrivning må formodes ikke selv at ville søge den behandling eller det sociale tilbud, der er nødvendig for patientens helbred. Såfremt patienten ikke vil medvirke til at indgå en udskrivningsaftale, skal der udarbejdes en koordinationsplan. Samarbejdet om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner mellem lægerne i behandlingspsykiatrien, de praktiserende læger og eventuelle sociale myndigheder m.fl. er endnu i en opstartsfasen.

2.1.6 Patientforløbsprogrammer

Patientforløbsprogrammer er en metode til etablering af et integreret samarbejde om et patientforløb baseret på foreliggende nationale vejledninger og reference-programmer suppleret med lokalt formulerede standarder for indsatsen mellem det sekundære sundhedsvæsen, praksissektoren og kommunernes sundhedsindsats. Målet er, at sikre et sammenhængende patientforløb, hvor kontinuitet, klar ansvars- og opgavefordeling og fælles overblik er i fokus.

I Region Midtjylland har repræsentanter fra hospitalerne samt de praktiserende læger og kommunerne i fællesskab udarbejdet forløbsprogrammer for henholdsvis kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), type 2 diabetes og hjertekarsygdom. Planerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalede kronikermodel. Endvidere har Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model* fungeret som den grundlæggende ramme for forløbsprogrammerne.

Psykiatriplanen anbefaler, at der udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper med inddragelse af de praktiserende læger, speciallæger, og hvor det er relevant, også kommunerne.

Der vil i det lokale samarbejde om udvikling og implementering af patientforløbs-programmer være behov for at klargøre værdier, begrebsrammer og kompetencer i det tværsektorielle samarbejde.

2.3 Anbefalinger

Det anbefales, at:

- ▶ de faste møder mellem praksiskonsulenterne og Psykiatri- og Socialledelsen anvendes som strategisk samarbejdsforum for udviklingen af samarbejdet mellem primær praksis og behandlingspsykiatrien, herunder vurderer behovet for blandt andet undervisning
- ▶ psykiatrien udbygger informationen til de praktiserende læger og de praktiserende speciallæger gennem praksis.dk i løbet af 2009
- ▶ telefonrådgivningen udbygges og at der etableres mailfunktion, hvor praktiserende læger kan henvende sig til psykiatrien med spørgsmål. Funktionerne udvikles i et samarbejde med praksissektoren
- ▶ behandlingspsykiatrien skal tilbyde de praktiserende læger subakut vurdering af patienter, som et alternativ til indlæggelse samt i særlige tilfælde
- ▶ der ad hoc etableres individuelle samarbejdsaftaler mellem behandlingspsykiatrien, praktiserende læge om behandlingen af konkrete patienter så vidt muligt med inddragelse af de pårørende
- ▶ der igangsættes forsøgsprojekter med et antal praktiserende læger om etableringen af programbaserede behandlingstilbud i forhold til særlige målgrupper, jf. programmet for behandling af patienter med posttraumatisk stress syndrom
- ▶ der udarbejdes patientforløbsprogrammer for de store sygdomsgrupper i samarbejde med patienterne, de pårørende, almen praksis og kommunerne startende med et patientforløbsprogram for depression, som skal foreligge inden udgangen af 2009 og iværksættes i 2010