

Shared care ved behandling af svære sindslidelser

Overlæge Anders Christensen & overlæge Bent Nielsen

Odense Universitetshospital, Psykiatrisk Afdeling

Patienter med svære sindslidelser har komplekse behandlingsbehov, og der er mange aktører involveret i behandlingen. I behandlingspsykiatrien er det hospitals- og ambulantspsykiatrien, der varetager specialistbehandlingen. Det forventes imidlertid også, at patienternes egen praktiserende læge deltager i behandlingen gennem overvågning af den medicinske behandling, vurdering af patienternes somatiske tilstand og af risikoen for recidiv af de psykotiske symptomer. Herudover har lægen en central opgave ved visitation til indlæggelse eller ambulans behandling.

Det må formodes, at et formaliseret samarbejde, som beskriver hvilke interventioner de enkelte behandlere yder i patienternes sygdomsforløb, vil kunne bidrage til at tydeliggøre rollefordelingen samt bedre planlægningen og overvågningen af indsatsen. En metode til etablering af et sådant samarbejde er udvikling af *shared care*-arrangementer [1].

Forskellige *shared care*-arrangementer

Patienter med svære sindslidelser kan i deres sygdomsforløb have betydelig variation i intensiteten af sygdommen, og nogle opnår i lange perioder remission. Egen praktiserende læge kan varetage tovholderfunktionen og dermed behandlingen af patienter med hel eller delvis sygdomsremission, hvis blot patienterne er velinformerede og har tilstrækkelig sygdomsindsigt. Nogle patienter har øget risiko for forværring af deres sygdom og genindlæggelse på psykiatrisk afdeling, enten fordi det ikke er lykkedes at sikre en optimal remission, eller fordi patienterne ikke har tilstrækkelig sygdomsindsigt. Endelig er der en mindre gruppe patienter med høj risiko for

recidiv og genindlæggelse. Disse patienter vil ofte være behandlingsrefraktære, og mange vil være i behandling med clozapin og have et alkohol/stofmisbrug. De to sidstnævnte patientgrupper vil have brug for en ambulant psykiatrisk opfølgning i et tæt samarbejde med hospitalspsykiatrien.

Behandling af svære sindslidelser i almen praksis og samarbejdet med psykiatrien er godt beskrevet i »filtermodellen«, hvor den praktiserende læges opgaver er at opdage, henvise og samarbejde med psykiatrien. I modellen beskrives den ringe andel af patientmassen, der kommer igennem de forskellige filtre og i behandling hos en psykiater [2].

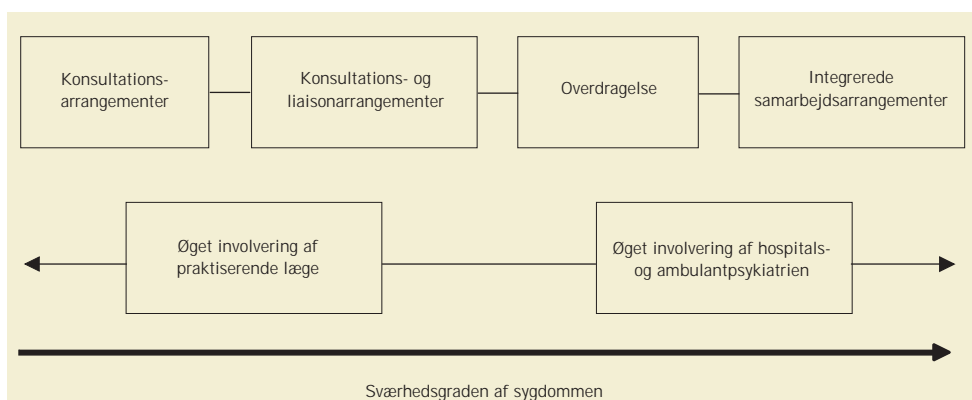
I **Figur 1** er vist en model for, hvorledes *shared care* kan involvere behandlingspsykiatrien og den praktiserende læge afhængigt af den psykiske sygdoms sværhedsgrad.

Konsultationsarrangementer

Ved konsultationsarrangementer er det væsentligt, at den praktiserende læge er blevet undervist i psykopatologi og har kendskab til behandlingsalgoritmer for medicinsk behandling og til forebyggende tiltag, der hindrer tilbagefald. Der er nogen evidens for effekt af sådan undervisning, specielt for implementering af kliniske retningslinjer i depressionsbehandling. Undervisningstiltagene bør kobles med effektive mekanismer som økonomisk styring og honorering for at styrke effekten [3].

Konsultations- og liaisonarrangementer

I denne samarbejdsform er undervisning, supervision og træning central. Formålet er at støtte den praktiserende læge i den individuelle patientbehandling. Metaanalyser giver begrænset evidens for, at det påvirker den praktiserende læges generelle kliniske adfærd og gavner hele patientgruppen. Henvisningsmønstret til psykiatrien er her karakteriseret af en ændring mod færre overdragelser af problempatienter fra



Figur 1. Model for *shared care* ved behandling af svære sindslidelser.

Sværhedsgraden af sygdommen

Faktaboks

Shared care-interventioner ved behandling af svære sindslidelser*Konsultationsarrangementer*

Den privatpraktiserende læge undervises.

Konsultations- og liaisonarrangementer

Den privatpraktiserende læge undervises og superviseres.

Overdragelse, henvisning og epikrise

Det gode samarbejde, den gode henvisning og epikrise samt audit af forløbskommunikationen.

Integreret samarbejde mellem den ambulante psykiatri og hospitalspsykiatrien

Distriktpsychiatriske team.

Koordinerende kontaktperson/opsøgende psykoseteam.

Overlapping af behandlingen før udskrivelsen.

Hospitalssygeplejerske følger patienten ambulantly i udskrivningsfasen (*transitional discharge model*).

Patienten møder det ambulante personale før udskrivelsen.

Patienten starter ambulantly behandling før udskrivelsen.

Patienten besøger det ambulante tilbud før udskrivelsen.

Netværksmøde med hospitalspersonalet.

Møde mellem personale og patientens netværk (familie, venner etc.) før udskrivelsen.

Udskrivelsesplan diskuteret med netværk før udskrivelsen.

Involvering af hospitalspersonalet og det ambulante personale.

Fællesmøder før udskrivelsen, hvor udskrivelsesplanen diskuteres.

Patientforløbsprogrammer.

praksis og flere henviste til vurdering og behandling med en specifik problemformulering [4].

Overdragelse, henvisning og epikrise

Fælles for de forskellige samarbejdsniveauer og modeller er en styrkelse af samarbejdet mellem praksis, psykiatrisk afdeling og den ambulante psykiatri. Samarbejdet etableres og plejes i mødet mellem praksiskonsulenten og psykiatrien, og det kendetegnes ved øget tilgængelighed, tidlig intervention, behandling efter mindste middels princip, der er præget af god kommunikation og respektfuld relation. I takt med at behandlingsstilbudene bliver mere specialiserede og komplekse, afhænger kvaliteten blandt andet af, om der er et godt samarbejde mellem de forskellige parter. For at sikre et ordentligt samarbejde er der aftalt en standard for den gode henvisningsindhold, og der er endvidere mulighed for i audit at sammen-

ligne med andres og egne tidligere resultater (benchmarking). Tilsvarende forhold gør sig gældende i forbindelse med sikringen af udskrivningsbrevets kvalitet.

Integrerede samarbejdsarrangementer

Fundamentet for at etablere et *shared care*-arrangement mellem primær- og sekundærsektoren er et velfungerende samarbejde mellem hospitals- og ambulantly psykiatrien. Et sådant integreret samarbejde vil i stor udstrækning omhandle specifikke og effektive strategier, der skal sikre kontinuiteten i den ambulantly behandling efter udskrivelsen. Det er da også dette samarbejde, der har været genstand for mest forskning [5].

I Danmark varetages behandlingen af patienter med svære sindslidelser overvejende af de ambulantly distriktpsychiatriske team, og flere undersøgelser har vist, at denne indsats fremmer kontinuiteten i behandlingen og patienternes accept af den psykiatriske indsats [6].

Disse team består typisk af tværfagligt personale, hvor den enkelte fagperson er kontaktperson for 30-40 patienter. En mere intensiv samarbejdsmodel omfatter en koordinerende kontaktperson, en såkaldt *case manager*. I denne model har en sygeplejerske, socialrådgiver eller anden medarbejder ansvaret for 10-20 patienter. *Case managerne* har det primære ansvar for at sikre kontinuiteten i behandlingen under indlæggelsen og efter udskrivelsen.

I flere systematiske oversigter og metaanalyser er det vist, at samarbejdsmodeller, som anvender *case management*, fastholder flere patienter i efterbehandling, men der er ingen effekt på patienternes psykosociale situation [5]. *Case management* reducerer de svært sindslidendes senge-dagsforbrug i områder, hvor patienterne har et stort forbrug af hospitalssenge-dage, men ikke i områder, hvor de svært sindslidende har et lavt forbrug af senge-dage [7]. En anden variant er de opsøgende psykoseteams, som benytter principperne fra *case management*. Her er det dog et tværfagligt team, der er ansvarlig for den koordinerende indsats. Opsøgende psykoseteams har stort set samme effekt som *case management* [5]. Endvidere findes såkaldt tidlige interventionsteams, der benytter de samme principper som opsøgende psykoseteams, blot er interventionen rettet mod nydebuterede patienter.

I andre integrerede samarbejdsmodeller har man valgt at lade hospitalssygeplejersken bevare kontakten med patienten i overgangen mellem indlæggelse og ambulantly kontakt. I disse modeller kan patienten kontakte den udskrivende sengeafdeling telefonisk eller mødes med en af afdelingens sygeplejersker, som også foretager hjemmebesøg. I en mindre randomiseret kontrolleret undersøgelse har denne såkaldte *transitional discharge model* vist sig at reducere antallet af genindlæggelser markant. Et lignende tiltag, hvor man anvendte en udskrivelseskoordinator, viste en markant øgning i patienternes fremmøde til den ambulantly kontakt [8]. I en prospektiv undersøgelse var følgende strategier de mest effektive til at sikre en efterbehandling: 1) Patientens starter ambulantly behandling

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

inden udskrivelsen. 2) Involvering af patientens netværk. 3) Fællesmøde mellem personalet fra den psykiatriske afdeling, det ambulante tilbud og patienten [9].

Etablering af patientforløbsprogrammer er en anden metode til etablering af et integreret samarbejde. Udvikling og implementering af patientforløbsprogrammer er centrale elementer i den danske kvalitetsmodel. I forbindelse med kvalitetsudvikling betyder et patientforløb en grafisk fremstilling af de forskellige trin i interventionen, rækkefølgen af interventiontrinene og papirgangen. Disse grafiske fremstillinger er et struktureret redskab, der har til hensigt at systematisere indsatsen ud fra en evidensbaseret praksis og skabe et overblik over variationen i den givne indsats. Patientforløbsprogrammer er overvejende blevet anvendt inden for somatikken, og i de få publicerede undersøgelser, der omhandler psykiatriske patienter, findes ingen entydig evidens for, at programmerne kan forbedre behandlingskvaliteten [10].

Kvalitative studier med evaluering af implementeringen har vist, at fagpersonerne er positive over for anvendelsen af principperne i patientforløbsprogrammerne, men de anvender dem imidlertid ikke i daglig praksis. Blandt de forhold, som kan medvirke til den lave efterlevelse af programmerne, er manglende engagement fra de respektive sektors ledelse og manglende involvering af lægerne i implementeringsprocessen.

Konklusion

Flertallet af de publikationer, der omhandler *shared care*-interventioner ved behandling af svære sindslidelser, viser divergerende resultater. *Shared care* synes at medføre en forbedret psykiatrisk service, men udbyttet for patienterne er moderat. Der er flere forklaringer på den moderate effekt. For det første kan holdningen blandt fagpersoner have betydning for samarbejdets succes, og for det andet kan manglende sammenhæng i implementeringsstrategien have betydning. Endelig må det fremhæves, at *shared care* bliver mere effektiv, hvis alle dimensioner herunder både tværgående samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren samt mellem hospitals- og ambulantsektoren inddrages på samme tid. Gennemføres *shared care*-programmer kun i sekundærsektoren, risikere man en »monopolisering« af den psykiatriske patient. Aktørerne i primærsektoren risikerer så at miste de basale kundskaber, der skal til for at kunne varetage behandlingen af patienterne, og de vil derfor henvise til sekundærsektoren, hvilket i sidste ende vil medføre ventelister og dermed en utilstrækkelig indsat over for patienter med svære sindslidelser.

Litteratur

1. Smith MS, Allwright S, O'Dowd T. Does shared care across the primary-specialty interface improve outcome in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care* 2008;14:213-24.
2. Bower PM, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005;330:839-42.
3. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J et al. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003;289:3145-51.
4. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD000532.
5. Crawford MJ, Jung de E, Freeman GK et al. Providing continuity of care for people with severe mental illness. A narrative review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:265-72.
6. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD000270.
7. Burns T, Catty J, Dash M et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335:336-40.
8. Orlosky MJ, Caiati D, Hadad J et al. Improvement of psychiatric ambulatory follow-up care by use of care coordinators. *Am J Med Qual* 2007;22:95-7.
9. Boyer CA, McAlpine DD, Pottick K et al. Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2000;157:1592-8.
10. Van Herck P. Effects of care pathways: Do they work? *Int J Intergr Care* 2004;8:95-105.

Korrespondance: Anders Christensen, Psykiatrisk Afdeling, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.

E-mail: anders.christensen@ouh.regionsyddanmark.dk

Antaget: 23. august 2008

Interessekonflikter: Ingen