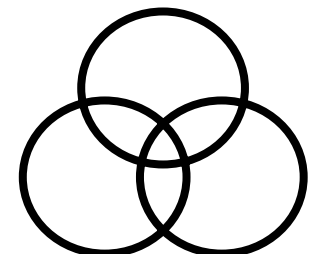

Shared care mellem almen praksis og psykiatri

Lene Falgaard Eplov, overlæge, ph.d.

Merete Lundsteen, speciallæge almen medicin

Morten Birket-Smith, overlæge, dr. med.



Shared care

- Baggrund
 - Resultater
 - Systematisk litteratursøgning
 - Shared care modeller i Danmark
 - Implementering
 - Anbefalinger
-

Ikke-psykotiske sygdomme

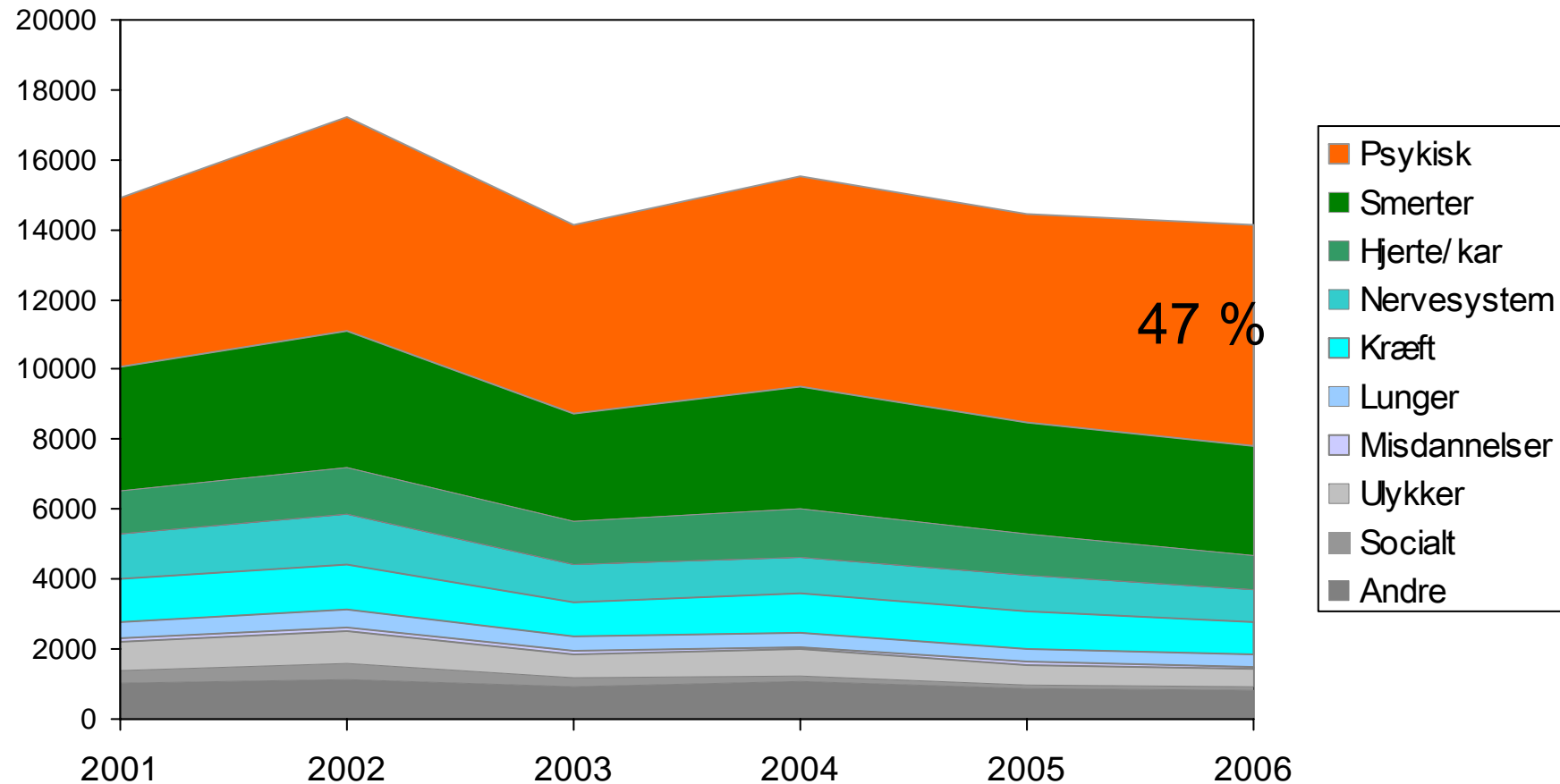
- 7-800.000 med ikke-psykotiske sygdomme

DPS 2001

- 10% hos psykiatere
- 10% hos psykologer
- 50% behandles i almen praksis – 350.000
- 30% får ingen behandling – 200.000

DSAM og DPS 2004

Nytildelt førtidspension 2001 - 2006



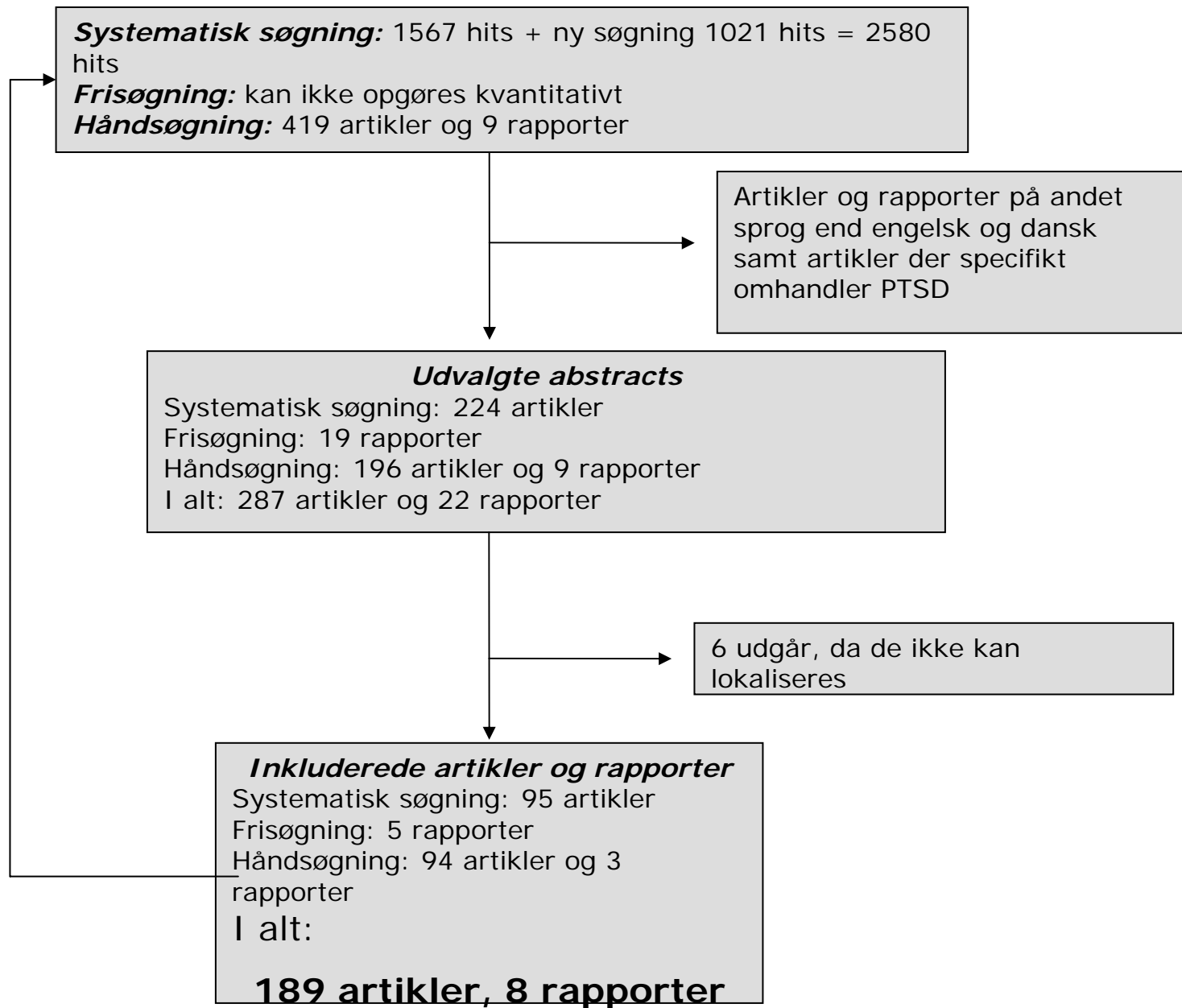
Ikke-psykotiske sygdomme > 5000 per år

Shared care-modeller

- Liaisonpsykiatri omfatter regelmæssig kontakt med psykiater, inkl. supervision og undervisning
 - Case manager har løbende kontakt med patienten for at sikre optimal behandling
 - Quality improvement indeholder undervisning, screening, feedback, case manager og integrerede specialistfunktioner
 - Collaborative care "chronic care" model omfattende screening, case manager, supervision og patientundervisning
 - Stepped care er en modifikation af collaborative care, hvor interventionen optrappes efter behov
-

Søgning - metode

- Systematisk søgning: PUBMED, PsychINFO, EMBASE, SSCI og The Cochrane Library
 1. Mental disorders AND (shared care OR integrated Care OR stepped care)
 2. Mental disorders AND collaborative care
 3. (Depressive Disorder OR Mood Disorders OR Personality Disorders OR Anxiety Disorders OR Somatoform Disorders) AND collaborative care
 - Frisøgning: www.Google.dk, www.sst.dk, www.dpsnet.dk, www.DSAM.dk, www.dsi.dk, www.who.int www.bibliotek.dk
 - Handsøgning af alle udvalgte artikler
-



Søgning - resultat

Depression

- 17 systematiske reviews, 6 metaanalyse, 10 god kvalitet
- 44 randomiserede us, 13 god kvalitet og 4 med få mangler

Angst

- 3 systematiske reviews, 1 metaanalyse, 2 god kvalitet
- 3 randomiserede us. om collaborative care, 2 god kvalitet

Somatoforme tilstande

- 1 systematisk review, 0 metaanalyse, 1 god kvalitet
- 5 randomiserede us, 2 god kvalitet

Personlighedsforstyrrelser

- Ingen undersøgelser

Ikke-psykotiske sygdomme

- 12 systematiske reviews, 4 metaanalyse, 4 god kvalitet
 - 14 randomiserede us, 0 god kvalitet
-

Shared care - evidens

- Undervisning har ingen selvstændig effekt
 - depression (Ia), angst (Ia), somatoforme tilstande (Ib)
 - Guidelines har ingen selvstændig effekt
 - depression (Ia)
 - Case management har effekt i 6-12 mdr.
 - depression (Ia)
 - Shared care har generelt set effekt
 - depression (Ia)
-

Collaborative care - evidens

- Collaborative care har effekt op til 1 år
 - depression (Ia), angst (Ia), somatoforme tilstande (Ib)
 - Collaborative care har effekt op til 5 år
 - depression (Ia)
 - Collaborative care er mere effektiv end liaison
 - depression (Ib)
 - Effektive elementer i collaborative: depression (Ia)
 - systematisk identifikation af psykisk syge patienter
 - case manager med psykiatrisk baggrund
 - supervision ved psykiater
 - patientuddannelse
 - medicin eller psykoterapi efter eget valg
-

Collaborative care - effekt

- Efter 6 mdr. 5% - 20% ekstra i remission

Fortney et al 2007, Chew-Graham et al 2007

- Efter 1 år 11% ekstra i remission

Dietrich 2004

- Efter 2 år 18% ekstra i remission

Hunkeler 2007

Collaborative care - økonomi

De første 12 mdr.:

- 36 (14 – 58) flere depressionsfri dage
 - 195 dKr udgift per depressionsfri dag
 - 31,47 dKr udgift per angstfri dag
 - 19 pct. flere i arbejde inden for 12 mdr.
-

Collaborative care - økonomi

Mere end 12 mdr.:

- Efter 28 måneder er merudgiften udlignet

Simon et al 2001

- 2 års besparelse = 1.594 dKr

Simon et al 2007

- 4 års besparelse = 17.067 dKr

Unützer et al 2008

- 5 års besparelse i sundhedsudgift 19.828 dKr

Katon et al 2008

Collaborative care – besparelse?

	i alt	psykisk lidelse (48 %)	ikke psykotisk (66 %)	10 pct. i ordinært arbejde		15 pct. i ordinært arbejde		20 pct. i ordinært arbejde	
	antal	antal	antal	antal	Mia. kr	antal	Mia. kr	antal	Mia. kr
Førtidspension	250.000	120.000	79.200	7920	2,38	11880	3,56	15840	4,75
Sygedagpenge	89.000	42.720	28.195	2820	0,84	4229	1,27	5639	1,69
Besparelse per år					3,22		4,83		6,44

Shared care i Danmark - metode

- Hver region
 - Viden via nøgleperson
 - Udarbejdet status



Shared care i Danmark - resultat

- Vejle og Kolding

- Mobilteams / udgående akut team –
4 sygeplejersker med udgående funktion
behandler let til moderat depression og
fødselsdepression

- Herning

- Udgående akutteams - psykiatrisk
sygeplejerske på hjemmebesøg, behandler
fortrinsvis depression
-

Shared care i Danmark - resultat

■ Odense

- Akutteam på hospitalet - 4 sygeplejersker og 2 læger behandler depression og angsttilstande

■ Århus

- TERM - en undervisningsmodel til praktiserende læger i somatoforme sygdomme

■ Region Sjælland

- Shared care mellem distriktpsychiatri og almen praksis, 2 psykologer og en psykiater
-

Shared care i Danmark- konklusion

- Shared care
 - Kun få steder i Danmark

- Evidensbaseret shared care-model
 - Ingen steder



Viden om implementering

- Få studier fra USA, og utilstrækkelig evidens
 - Resultaterne peger dog på
 - Kvalitetsudviklingsprogrammer er brugbare, og der bør indgå eksperter i kvalitetsudvikling
 - Ledere og klinikere skal være engagerede
 - Klar strategi, som hele organisationen kender
 - Personalet bliver trænet i den nye intervention
 - Ekstra økonomiske ressourcer ved implementering
-

Anbefaling 1

- Der indføres shared care-modeller med udgangspunkt i almen praksis i Danmark igennem en koordineret indsats
-

Collaborative care

- Collaborative care opfatter den psykiske sygdom som en kronisk lidelse
 - Behandlingen omfatter flere interventioner
 - Retningslinjer og behandlingsalgoritmer
 - Uddannelse af personale
 - Aktiv opfølgning (care management)
 - Psykoedukation eller korttidsterapi
 - Konference/fælleskonsultation med specialist
 - Patientindflydelse på behandling
-

Collaborative care – trin for trin

1. Ved mistanke om depression eller angst foretages screening efterfulgt af et kort diagnostisk interview
 2. Patienten undervises i forløb og behandling af angst og depression
 3. Patient, praktiserende læge og case manager lægger en behandlingsplan med vægt på patientens ønsker: psykofarmaka og/eller psykoterapi
-

Collaborative care –trin for trin

4. Ved medicinsk behandling aftales monitoreringsforløb med case manager, herunder konsultationer og telefonkontakt
 5. Ved psykoterapi aftaler case manager antal terapisesessioner
 6. Case manager monitorerer behandlingen, herunder effekt og drøfter denne med den praktiserende læge samt ved supervision med psykiater
-

Collaborative care – trin for trin

7. Ved manglende effekt vil egen læge intensivere behandlingen med hensyn til patientens ønsker, case managers anbefalinger, kliniske retningslinjer samt konference med psykiater
 8. Denne ændring kan være medicinskift eller tillæg af psykoterapi
 9. Ved vedvarende manglende effekt henvises til psykiater
-

Anbefaling 2

- Der gennemføres en stor multicenterundersøgelse med randomiseret design af collaborative care ved depression og angst
-

Anbefaling 3

- Den randomiserede undersøgelse vedr. collaborative care ved depression og angst bør indlejres i et kvalitetsudviklingsprojekt med en projektorganisation
-

patient

medicin

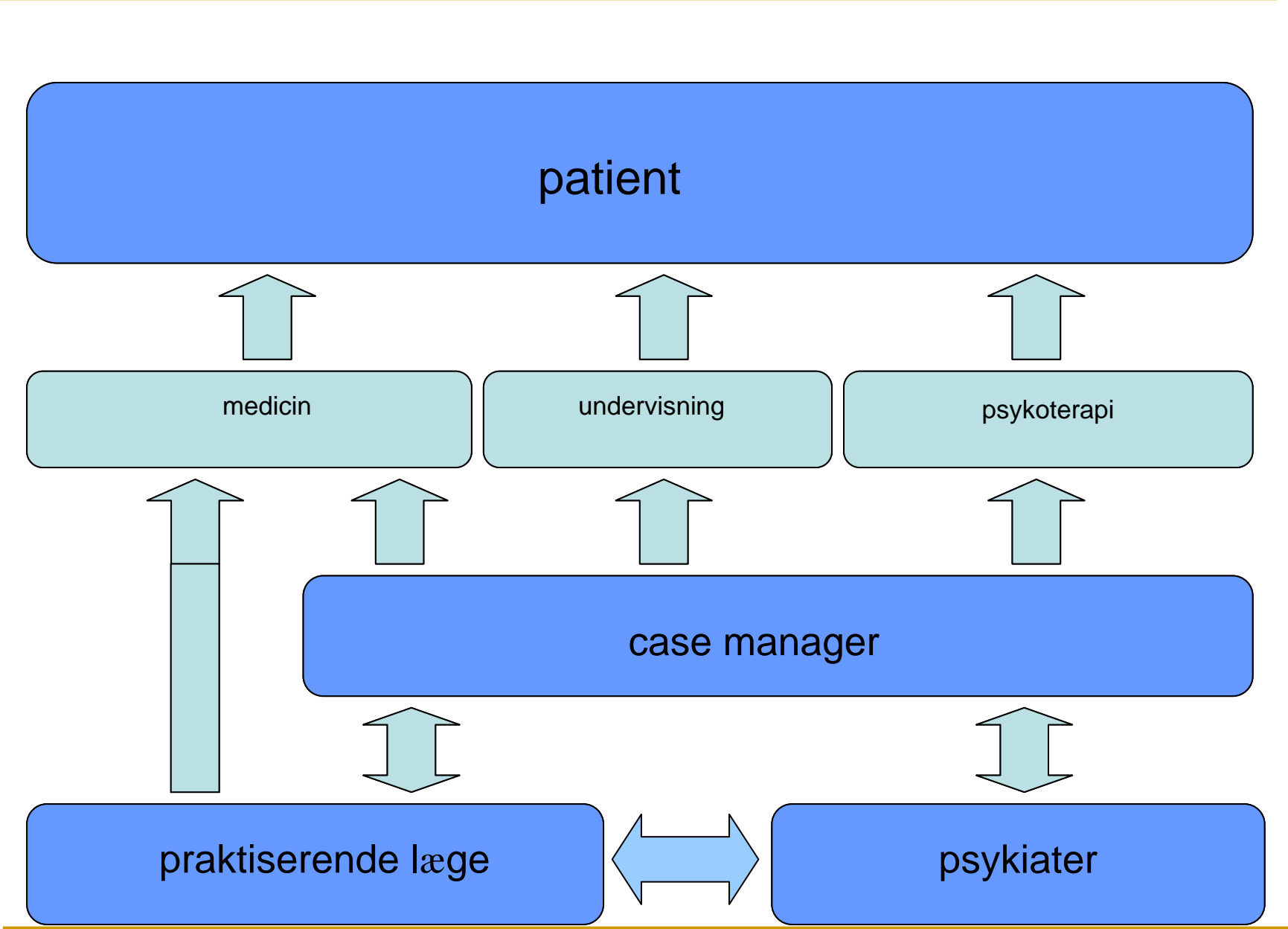
undervisning

psykoterapi

case manager

praktiserende læge

psykiater



Organisering

- Et kvalitetsudviklingsprojekt med forskning i en projektorganisation
 - Planlægningsfase
 - Implementeringsfase, herunder gennemførelse af forskningsprojektet
 - Driftsfase
-

Anbefaling 4

- Der bør tilføres ressourcer til projektet vedr. collaborative care ved depression og angst
-

Anbefaling 5

- Der bør iværksættes forskningsprojekter vedr. collaborative care ved somatoforme tilstande



Anbefaling 6

- Der bør iværksættes forskningsprojekter vedr. shared care-modeller ved personlighedsforstyrrelser
-