



Shared care modeller for klinikkerne for angst og tvang i Region Midtjylland

Dato 16-06-2008

Sagsbehandler Elisabeth Brix

Westergaard

Elisabeth.Westergaard@PS.RM.DK

Tel. +45 8728 4216

Sagsnr 1-30-74-90-07.

Side 1

Der er udarbejdet 2 modeller for shared care i samarbejdet mellem de privatpraktiserende læger og klinikkerne for angst og tvangslidelser i Region Midtjylland.

Begge modeller kan fungere samtidigt, da der er tale om en light-model, som i princippet kan omfatte alle patienter og model, som omfatter de patienter, hvor det er mere komplekst og andre involveret.

Baggrund:

Af succeskravene i projektbeskrivelsen af 28. febr. 2008 fremgår det at:

"Der gennemføres fælles patientforløb/shared care i samarbejde med praktiserende læger i minimum 30 sager om året."

Den strategiske ledelsesgruppe besluttede på sit møde d. 4. januar 2008 at fordelingen af shared care forløb fordeler sig som følger:

	2008	2009	2010
Distrikt Øst	10	10	10
Distrikt Syd		10	10
Distrikt Vest		10	10

Desuden skal der *"i forbindelse med Midtvejsrapporteringen til Sundhedsstyrelsen oplyses, at de nye klinikker pga. indkøring først har kunnet tilbyde shared care fra 2009"*

Det er de enkelte klinikker, der sikre et system til registrering af de gennemførte shared care forløb.

Der er udarbejdet en manual til brug for udarbejdelse af en shared care-kontrakt. Manualen kan benyttes både af den privatpraktiserende læge eller af klinikkerne for angst- og tvangslidelser i region Midtjylland.

Model 1.

Målgruppen:

Patienter, som forventes at skulle vente i længere tid på et behandlingstilbud eller patienter, hvor man vurderer at de kan få særlige vanskeligheder i ventetiden.

Hvor i forløbet	Hvem/hvad
Henvisning	Privatpraktiserende læger/speciallæge henviser på baggrund af henvisningsvejledningen (herunder kriterier for henvisning og diagnostisering vha. anbefalede diagnostiseringsredskaber) til klinikkerne.
Ved forsamtale	I forbindelse med forsamtalet laver behandleren på klinikken en aftale med patienten om hvad der kan ske i en evt. længere ventetid: • Hvilke mestringsstrategier patienten kan benytte/udvikle • Advarselssignaler • Regelmæssig samtaler hos egen læge. • Anbefalinger ift. behandling i ventetiden, f.ex regelmæssige samtaler hos egen læge, medicinsk behandling mv. Egen læge kontakter efter behov klinikken med henblik på rådgivning i ventetiden. Klinikkens kontaktperson.
Under behandlingsforløbet.	Kontakt til egen læge efter behov.
Ved afslutning af behandlingsforløbet.	Klinikkens behandlere udarbejder i samarbejde med patienten en skriftlig behandlingsplan: Behandlingsplanen indeholder: • diagnose • medicinsk behandling (hvem følger op på den) • anden behandling • aktuel status – effekten af behandlingen • aftalt efterbehandling • anbefalinger i forhold til opfølgning • anbefalinger i forhold til tilbagefaldsforebyggelse, herunder faresignaler og selvobservation Egen læge kontakter efter behov klinikken med henblik på rådgivning i efterforløbet. Klinikkens kontaktperson.

	Behandlingsplanen sendes elektronisk (?) til egen læge. Med mindre egen læge kontakter klinikkens kontaktperson inden for 14 dag betragtes behandlingsplanen som gældende. Kopi af behandlingsplanen udleveres efter aftale med patienten til relevante parter: pårørende, bostøtte mv.
--	---

Model 2:

Målgruppe:

Patienter med komplekse problematikker f.eks. gravide patienter, patienter med somatiske lidelser e.l. og patienter, hvor andre professionelle er involveret f.eks. børne- og familieafdeling, bostøtte m.v.

Side 3

Hvor i forløbet	Ansvarlig
Henvisning	Privatpraktiserende læger/speciallæge henviser på baggrund af henvisningsvejledningen (herunder kriterier for henvisning og diagnostisering vha. anbefalede diagnostiseringsredskaber) til klinikkerne. På baggrund af henvisende læges kendskab til patienten kan denne anbefale, at der udarbejdes en shared care kontrakt/fælles behandlingsplan, herunder hvilke del af behandlingen, det vurderes, bedst varetages hos egen læge.
Ved forsamtale	I forbindelse med forsamtalet laver behandleren på klinikken oplæg til en shared care-kontrakt med patienten om hvad der kan ske i en evt. længere ventetid og/eller en hensigtsmæssig opgavefordeling mellem klinikkens behandlere og egen læge: • Hvilke mestringsstrategier patienten kan benytte/udvikle • Advarselssignaler • Anbefalinger ift. behandling i ventetiden, f.ex regelmæssige samtaler hos egen læge, medicinsk behandling mv. • Oplæg til opgavefordeling Egen læge kontakter efter behov klinikken med henblik på rådgivning i ventetiden. Klinikkens kontaktperson.

	Behandlerne i klinikken har også mulighed for på baggrund af forsamtalet at tage initiativ til udarbejdelse af en shared care-kontrakt.
Under behandlingsforløbet	Samarbejdet, opgave- og ansvarsfordelingen sker på baggrund af aftalerne i shared care-kontrakten.
Ved afslutning af behandlingsforløbet.	Klinikkens behandlere udarbejder i samarbejde med patienten en behandlingsplan: Behandlingsplanen indeholder: • diagnose • medicinsk behandling (hvem følger op på den) • anden behandling • aktuel status – effekten af behandlingen • evt. aftalt efterbehandling • anbefalinger i forhold til opfølgning • anbefalinger i forhold til tilbagefaldsforebyggelse, herunder faresignaler og selvobservation Egen læge kontakter efter behov klinikken med henblik på rådgivning i efterforløbet. Klinikkens kontaktperson. Behandlingsplanen sendes elektronisk (?) til egen læge. Med mindre egen læge kontakter klinikkens kontaktperson inden for 14 dag betragtes behandlingsplanen som gældende. Kopi af behandlingsplanen udleveres efter aftale med patienten til relevante parter: pårørende, bostøtte mv.