

TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS
OG HOSPITAL - SHARED CARE BELYST VED
ANTIKOAGULANSBEHANDLING SOM EKSEMPEL
En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

2006

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

TVÆRSEKTORIELT SAMARBEJDE MELLEM ALMEN PRAKSIS OG HOSPITAL - SHARED CARE BELYST VED ANTIKOAGULANSBEHANDLING SOM EKSEMPEL

En medicinsk teknologivurdering - sammenfatning

Tomas Holm¹, Jens F. Lassen², Jens Genefke³, Hanne Melchiorson¹, Ulla Hybel⁴, Jan Sørensen⁵

1. MTV-enheden, Aarhus Universitetshospital
2. Hjertemedicinsk Afdeling B, Skejby Sygehus, Aarhus Universitetshospital
3. Institut for Økonomi, Afdeling for Virksomhedsledelse, Aarhus Universitet
4. Juridisk Institut, Afdelingen for Privatrecht, Aarhus Universitet
5. Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet

Tværasektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulansbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering

© Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: MTV, medicinsk teknologivurdering, shared care, antikoagulansbehandling

Sprog: Dansk med engelsk resume

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: 5. december 2005

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, januar 2006

Design: Sundhedsstyrelsen og 1508 A/S

Layout: P.J. Schmidt Grafisk produktion

Elektronisk ISBN: 87-7676-248-3

Elektronisk ISSN: 1601-586X

Denne rapport citeres således:

Holm T, Lassen JF, Genefke J, Melchiorson H, Hybel U, Sørensen J

Tværasektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulansbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering

Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter 2006; 6(2)

København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006

Serietitel: Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter

Serieredaktion: Finn Børlum Kristensen, Mogens Hørdér, Leiv Bakketeig

Serieredaktionssekretær: Stig Ejdrup Andersen

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Center for Evaluering og MTV

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: cemtv@sst.dk

Hjemmeside: www.cemtv.dk

Rapporten kan downloades fra www.cemtv.dk under publikationer

Forord

Gennem de senere år er ønsket om et sundhedsvæsen, der prioriterer »det sammenhængende patientforløb«, helhed og kontinuitet, evidensbaseret behandling og høj behandlingskvalitet, vokset. Det har ført til et stigende behov for nye arbejdsmetoder, arbejdsgange og løsningsmodeller på forskellige niveauer.

Shared care-tankegangen er en af strategierne i denne udvikling. Tanken har været, at shared care gennem integration af hospital, almenpraksis og kommunal indsats vil kunne imødekomme kravene om tættere samarbejde og øget kommunikation mellem sundhedssektorerne og medføre bedre udnyttelse af den specialiserede lægefaglige kapacitet, forbedret behandlingskvalitet og en mere rationel ressourceudnyttelse.

I Danmark har man evalueret effekten af flere shared care-ordninger. Imidlertid er shared care ikke tidligere blevet belyst i et bredt MTV-perspektiv.

Nærværende MTV-rapport belyser konsekvenserne af at indføre shared care. Den præsenterer såvel fordele som en række problemer, der kan opstå, når et sådant samarbejde initieres. Som model for shared care anvendes antikoagulansbehandling. Shared care-samarbejde er komplekst, og problemstillingen kan ikke besvares entydigt, idet der er mange forhold og hensyn at afveje mod hinanden – gevinster og risici samt økonomiske, juridiske og organisatoriske forhold.

Rapporten er resultatet af et MTV-projekt, der blev gennemført af en tværfaglig projektgruppe i perioden 2002-2005. Den er baseret på en systematisk litteraturgennemgang, egne studier og inddrager anerkendte eksperter på området.

Projektet blev finansieret ved puljemidler fra Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV). Rapporten har gennemgået eksternt peer-review og udgives i CEMTVs puljeserie.

Målgruppen for rapporten er politiske, administrative og faglige beslutningstagere på lokalt og overordnet niveau, samt behandlere i den primære og sekundære sundhedssektor.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Januar 2006*

*Finn Børlum Kristensen
Centerchef*

Den følgende sammenfatning er fra rapporten »Tversektorielt samarbejde mellem almenpraksis og hospital – shared care belyst ved antikoagulansbehandling som eksempel. En medicinsk teknologivurdering«. Rapporten kan læses på www.cemtv.dk under publikationer. Herfra kan også nærværende sammenfatning downloades.

Sammenfatning

Det stigende pres på sundhedsvæsenet har medført forsøg på nytænkning på mange fronter. Et af disse forsøg sætter fokus på samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitaler, fordi det er nærliggende at tro, at et større samarbejde om behandling af patienter vil medføre bedre udnyttelse af den specialiserede lægefaglige kapacitet, forbedre behandlingskvaliteten for involverede patienter samt medføre en mere hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Den slags formaliserede samarbejder går under fællesbetegnelsen »**shared care**«, og det er hensigten, at denne rapport vil præsentere fordelene ved shared care såvel som nogle af de problemer, som kan opstå, når et sådant samarbejde initieres.

MTV-analysen vurderer konsekvenserne af et allerede gennemført medicinsk forsøg, hvori praktiserende læger og Medicinsk-Kardiologisk Afdeling A, Århus Amtssygehus samarbejdede om behandling af patienter i antikoagulationsbehandling (AK-behandling). Samarbejdet var formaliseret og designet som et shared care-arrangement. Da forsøget var medicinsk vellykket, ønskedes en belysning af, om samarbejdsmodellen uden videre kunne implementeres, og om resultaterne kunne overføres til shared care-arrangementer for andre sygdomme.

Idéen om »shared care« er vanskelig at definere, og begrebets dybere indhold er uklart. En fælles forståelse for problemkomplekset ville derfor forlange, at analysen strakte sig ud over AK-behandling. Shared care er derfor analyseret med AK-behandling som eksempel på en behandling, hvor man kunne tænke på at etablere et samarbejde på tværs af sundhedssektorerne.

Rapporten er derfor delt i to hovedafsnit.

Del 1: En generel analyse af begrebet »shared care«.

Del 2: En specifik analyse af AK-behandling og af et shared care-arrangement for AK-behandling.

Overordnede konklusioner og anbefalinger

På baggrund af en bred MTV-analyse har projektgruppen følgende konklusioner og anbefalinger:

Konklusioner for shared care generelt

- Shared care er én måde at organisere behandling på, hvor delelementer i behandlingen gennemføres i et gensidigt afhængighedsforhold mellem forskellige organisationer (fx i almenpraksis og på et sygehus).
- Shared care er ikke en løsning på ethvert samarbejdsomt problem mellem sundhedsvæsenets sektorer. Kun i de situationer, hvor der er tale om gensidig afhængighed mellem sektorerne, kan shared care være en hensigtsmæssig måde at løse problemet på.
- Shared care medfører ikke i sig selv, at de patienter, der i dag er uden behandling, kommer under sundhedsmæssig kontrol.
- Shared care kan sikre opsamling af patientforløb, der løber af sporet som konsekvens af centralisering.
- I den nuværende lovgivning eksisterer der ingen juridiske forhindringer for at indføre et shared care-arrangement.
- Fordelene ved et shared care-arrangement kan kun opnås, hvis en række forudsætninger er opfyldt (generelle behandlingsvejledninger, patientinvolvering, direkte og gensidig kontakt mellem behandlingsparter og patient, gensidig tillid og samarbejdsevne hos behandlerne, og at sygdommen egner sig).
- Der eksisterer metoder til gennemførelse af sundhedsøkonomiske analyser af shared care-arrangementer.

gementer, men der er endnu kun begrænset viden om omkostningseffektiviteten af shared care-arrangementer.

Konklusioner for AK-behandling og shared care

- En generel statusbedømmelse af AK-behandling i Danmark viser, at behandlingen ikke gennemføres tilfredsstillende ud fra en lægefaglig vurdering.
- Shared care er derfor et muligt organisatorisk alternativ til den eksisterende organisation af AK-behandling.
- Shared care-arrangementer giver imidlertid anledning til større omlægninger i behandlingspraksis.
- Shared care for AK-behandling har ingen negativ indflydelse på selvrapporteret helbred sammenlignet med konventionel AK-behandling.
- Den gennemførte økonomiske analyse viser på de nuværende præmisser, at shared care ikke er mere rentabel end andre organisationsformer, snarere tværtimod.

Anbefalinger

Projektgruppen har følgende anbefalinger:

- Enhver beslutning om indførelse af shared care bør hvile på en grundig forudgående analyse af sammenhænge i samarbejdet. Såfremt der ikke kan identificeres gensidig afhængighed mellem samarbejdspartnerne, er det hensigtsmæssigt at vælge alternativer til shared care.
- Ved konstruktion af et shared care-arrangement er det nødvendigt, at man sikrer sig, at det er opbygget således, at både patient og praksislæge har mulighed for personlig kontakt med hospitalet.
- Ved opbygning og iværksættelse af et shared care-arrangement er det vigtigt at holde sig for øje, at der udarbejdes retningslinjer/vejledninger som støtte for samarbejdet, idet shared care hovedsageligt er uformelt og kræver åbne og udnyttede kommunikationskanaler mellem patient, praksislæge og sygehuslæge, hvor retningslinjer og vejledninger kan lette kommunikationen.
- Der bør ikke i valget af et shared care-arrangement ligge en forventning om direkte økonomisk besparelse, idet det store krav om personlig kommunikation tager tid og dermed ikke taler for frigørelse af behandlerressourcer i sekundærsektoren. Det må derimod forventes at blive dyrere.
- Man bør i konstruktionsfasen holde sig for øje, at den nuværende bevægelse mod større sygehuse alt andet lige vil mindske mulighederne for en direkte, personlig kontakt mellem patient og praksislæge på den ene side og den faste shared care-ankermann på sygehuset på den anden side.
- Driften af et shared care-arrangement bør løbende evalueres, og evalueringen bør i højere grad inddrage afledte effekter af samarbejdet, idet den store gevinst formentlig ligger her.

Om shared care

I nærværende rapport kommer der ikke et nyt bud på en definition af shared care. I stedet er der primært taget udgangspunkt i den engelsksprogede litteratur. Endvidere har forfattergruppen fundet det vigtigt at tage udgangspunkt i litteratur, hvori samarbejdsmodeller er evalueret ved hjælp af et randomiseret design.

Det må allerede her konstateres, at alle de samarbejdsformer, der benytter sig af betegnelsen »shared care«, handler om koordination mellem forskellige instanser i sundhedssystemet. Ved shared care er der altså primært tale om en organisationsform frem for en egentlig teknologi.

Projektgruppen har i den systematiske litteraturgennemgang betragtet en neutral såvel som en positiv evaluering af et shared care-arrangement som succesfuld.

Den samlede analyse peger på, at fordelene ved et shared care-arrangement kun opnås, hvis bestemte

forudsætninger er opfyldt. Forudsætningerne er gennemgående i flere af fagkapitlerne og er i overensstemmelse med såvel dansk som international litteratur. Disse fremhæves nedenfor.

Forudsætninger for shared care	
■	Generelle behandlingsvejledninger
■	Patientinvolvering
■	Direkte og gensidig kontakt mellem behandlingsparter og patient
■	Gensidig tillid og samarbejdsevne hos behandlerne
■	Sygdommen skal egne sig

Nærværende sammenfatning giver et kort og samlet rids af, hvad der kom ud af analyserne. Hvor det er muligt, vil det fremgå direkte, hvorvidt der er tale om shared care generelt, eller om der er tale om det specifikke eksempel (AK-behandling).

Teknologi

Vurdering af teknologidelen er opdelt i tre analyser:

Del 1: En generel analyse af shared care.

Del 2: En specifik analyse af status for rutinemæssig AK-behandling i Danmark og en specifik analyse af et shared care-arrangement for AK-behandling.

Del 1. Den generelle analyse af shared care viste følgende

- Shared care er udsprunget af et paradoks mellem ressourceknaphed og et øget krav om effektivitet og sammenhængende behandlingsforløb.
- Der eksisterer ikke en entydig definition på shared care, endsige en entydig vejledning om, hvorledes shared care bør organiseres.
- Det er vanskeligt at følge anbefalinger om etablering af et sådan samarbejde. Der er ikke konsensus om rammen for et sådan samarbejde, og begrebet er i fare for at blive brugt som etikette på hvad som helst.
- Etablering og implementering af shared care-arrangementer kan være en langvarig og arbejdskrævende proces, hvor barrierer for etablering kan bunde i magtubalance, kulturkonflikt og uenighed om strukturen.
- Det er vigtigt, at alle involverede parter mødes for at diskutere problemstillingen for at sikre medejerskab af og dermed succes for samarbejdet. Hermed forebygges risikoen for »top-down«-beslutninger.
- Organisation af shared care vil være afhængig af, hvilken problemstilling der skal løses, og under hvilke lokale omstændigheder problemstillingen forekommer.
- Det er muligt at opstille minimumskrav for shared care, således at man sikrer sig, at kvaliteten af behandlingen ikke forringes, og at der ved yderligere udbygning kan ske en forbedring af behandlingskvaliteten.

Del 2. Den specifikke analyse af status for rutinemæssig AK-behandling i Danmark viste følgende

- Der er samlet set sket en årlig stigning i patientantallet på 10-15%.
- Der er betydelig regional variation i behandlingsfrekvensen med op til 30%’s forskel i amtslig behandlingshyppighed.
- Mindst 33% af de patienter med kronisk atrieflimren, der kunne opnå fordel af AK-behandling, behandles ikke.
- Der synes at være uoverensstemmelse mellem komplikationsfrekvenserne i videnskabelige undersøgelser og i rutinemæssigt gennemført AK-behandling.
- Der eksisterer metoder til løbende vurdering af behandlingskvaliteten, også under shared care.

Den specifikke analyse af et shared care-arrangement for AK-behandling viste følgende

- Et shared care-arrangement for AK-behandling synes at være et alternativ til den eksisterende organisation, idet behandlingskvaliteten (behandlingstiden inden for det terapeutiske interval) for patienter i langtidsbehandling forbedredes.
- Behandlingskvaliteten i shared care-arrangementet var for alle patienter, inkl. patienter i korttidsbehandling, ikke dårligere end behandlingskvaliteten i den eksisterende monitoreringsorganisation.

I tabel 1 ses en sammenfatning af mulige konsekvenser for de deltagende parter og beslutningstagere set i relation til det teknologiske aspekt. I tabellen indgår data fra såvel egne studier som fra litteraturen.

TABEL 1

Mulige konsekvenser for deltagere og beslutningstagere i relation til det teknologiske aspekt

Patienten	Forbedring af behandlingskvaliteten. Større krav til engagement og medansvar.
Almenpraksis	Større kompetence. Formaliseret undervisning. Stærkere tilknytning til sygehuskolleger. Feedback. Risiko for øget arbejdsbyrde og opgaveforflytning. Være »underlagt« sygehusspecialisten.
Ambulatorium	Nedsat arbejdsbyrde. Stærkere tilknytning til praksiskolleger. Udvidet ansvar. »Tidsrøver« til feedback. Stå til rådighed for praksislæger.
Beslutningstager	Kvalitetsforbedring. Bedre koordination. Følomt samarbejde, der er afhængigt af »ånden« mellem parterne. Risiko for fiasko ved »top-down«-beslutning.

Organisation

Nedenstående sammenfatning af organisationen er baseret på analyserne af såvel den generelle som den specifikke analyse.

Da organisationsanalysen først påbegyndtes, efter at projektet omhandlende AK-behandling (det medicinske projekt) var afsluttet, og da det medicinske forsøg viste sig vellykket, har organisationsanalysen sigtet mod at:

- Belyse, om der var specielle træk ved det medicinske projekt, som var særligt vigtige, eller om resultaterne kunne formodes at have generel gyldighed.
- Afdække, hvorledes de specielle forhold ved det medicinske projekt matchede andre vellykkede forsøg med shared care (en sammenligning med litteraturen).
- Afdække, hvor de succesfulde forsøg adskilte sig fra de mislykkede.

Først og fremmest kan det konstateres, at alle de arrangementer, der benytter sig af betegnelsen »shared care«, handler om koordination mellem forskellige instanser i sundhedssystemet.

Dernæst kan det konstateres, at arrangementerne er vidt forskelligt organiseret. I nogle tilfælde er der tale om meget løse koblinger, mens der i andre tilfælde er tale om arrangementer, hvor ambulatorierne »tager over« og derved bringer sig i modsætning til praksislægerne og andre samarbejdspartnere.

Sammenfatter man hovedtrækkene ved de (også internationalt) succesfulde shared care-arrangementer, finder man, at de bygger på:

- Sygdomsforløb, hvor behandling og kontrol i den ene del af sundhedssystemet (fx. hos praksislægen) er af vital betydning for det, der foregår i andre dele af sundhedssystemet (fx. på ambulatoriet), og at påvirkningen også går den anden vej. Organisationsfolk ville tale om »gensidig afhængighed«.
- En organisering, hvor der er direkte og personlig kontakt mellem patient, praksislæge og ambulatorielæge. Dette er tidskrævende og dermed dyrt.

- Frivillighed i deltagelsen, dvs. kun de patienter og praksislæger, der er motiverede for arrangementet, deltager.

Mest interessant er det måske, at

- Omfattende, databasebaserede, fælles journalsystemer ikke synes at bidrage til behandlingskvaliteten. Dette er i tråd med den almindelige organisatoriske viden om, at gensidig afhængighed kun meget vanskeligt kan styres gennem formaliserede systemer.

Følgen er, at behandlinger, hvor der ikke forekommer en stærk gensidig afhængighed mellem delbehandlingerne, kan koordineres ved langt lettere og billigere metoder. Dette gælder specielt, hvis (nogle af) de deltagende sundhedspersoner er demotiverede, ikke er fagligt kompetente og/eller mangler samarbejdsevner.

Organisationskapitlerne indeholder en detaljeret redegørelse, som slutter med en række anvisninger på, hvordan man kan gå frem, når det skal:

- besluttes, om der overhovedet er brug for shared care i den fuldt udbyggede forstand, eller om man kan »nøjes med« almindelige koordinationsmekanismer,
- overvejes, hvordan de organisatoriske rammer om et besluttet shared care-arrangement bør konstrueres.

I tabel 2 herunder vises en meget kort sammenfatning af mulige konsekvenser for de deltagende parter og beslutningstagere set i relation til det organisatoriske aspekt. I tabellen indgår data fra såvel egne studier som fra litteraturen.

TABEL 2

Mulige konsekvenser for deltagere og beslutningstagere i relation til det organisatoriske aspekt

Patienten	Forbedring af behandlingskvaliteten kan kun forventes, hvis der er direkte, gensidig og personlig kontaktmulighed mellem patient, ambulatorium og praksislæge.
Almenpraksis	Engagerede og dygtige praksislæger risikerer at få mindsket motivationen, fordi helheden i patientbehandlingen mindskes, når ambulatoriet overtager prestigefyldte behandlingsopgaver.
Ambulatorium	Det bør sikres, at patient og praksislæge har forankring hos den samme ambulatorielæge, og at forholdet er stabilt over en længere periode.
Beslutningstagere	Omfattende fælles journalsystemer synes ikke at influere på behandlingskvaliteten. Læger/sundhedspersonale med manglende faglige eller samarbejdsmæssige evner bør ikke deltage i shared care. Der må forventes større reorganiseringer på ambulatorierne, hvis shared care skal give succes.

Patienten

Vurdering af patientdelen er opdelt i to analyser.

Del 1: En generel analyse af patientforhold vedrørende shared care.

Del 2: En specifik analyse af patientforhold vedrørende AK-behandling og shared care

Del 1. Den generelle analyse af patientforhold vedrørende shared care

Af en række randomiserede undersøgelser, hvor patientperspektivet (patienttilfredshed og psykosociale forhold under deltagelse i shared care-arrangementer) er blevet belyst, er det muligt at udlede en række fællestræk for shared care-arrangementer. Sammenligning af studierne er imidlertid vanskeliggjort af, at der er tale om syv forskellige sygdomskategorier, at studierne blev gennemført over 20 år, på små undersøgelsespopulationer, i seks forskellige lande med forskellig valg af effektparametre. Undersøgelserne er ligeledes behæftet med forskellig risiko for bias. Der er således forbehold for nedenstående konklusioner.

Følgende konklusioner kunne udledes:

- Deltagelse i shared care medfører generelt patienttilfredshed og ønske om at fortsætte.
- Shared care medfører en positiv holdning til den praktiserende læges rolle og opfylder forventningen om kontinuitet i behandlingen.
- Shared care har ingen negativ indflydelse på livskvalitet eller psykosocial status.
- I en enkelt undersøgelse blev deltagerne i kontrolgruppen efterfølgende informeret om shared care. Der var en tilbøjelighed til at ville fravælge shared care, når det blev dem tilbudt.

Del 2. Den specifikke analyse af patientforhold vedrørende AK-behandling og shared care

Det er en afgørende forudsætning for en sikkert gennemført AK-behandling, at patienten er tilstrækkeligt informeret. Traditionelt sikres dette gennem skriftlig patientinformation. Der er imidlertid sparsom viden om effekten. Ligeledes er der sparsom viden om effekten på livskvaliteten af behandlingsorganisationen. I nærværende projekt er dette undersøgt, hvilket gav anledning til følgende konklusioner:

- Patientundervisning og udlevering af patientinformation medførte en signifikant øget specifik viden om AK-behandling i shared care-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen.
- Shared care havde ingen negativ indflydelse på selvrapporteret helbred sammenlignet med selvrapporteret helbred opnået under konventionel behandling.
- Der blev i øvrigt ikke identificeret studier, som beskrev patientforhold i forbindelse med shared care-arrangementer for AK-behandling.

Tabel 3 viser en sammenfatning af mulige konsekvenser for de deltagende parter og beslutningstagere i relation til patientperspektivet. I tabellen indgår data fra såvel egne studier som fra litteraturen.

TABEL 3

Mulige konsekvenser for deltagere og beslutningstagere i relation til patientperspektivet

Patienten	Bedring af behandlingskvalitet, patienttilfredshed og viden. Uændret livskvalitet og psykosocial status. Kontinuitet og bedre adgang til egen læge. Øget krav til engagement, deltagelse og medansvar.
Almenpraksis	Positiv holdning til den praktiserende læges rolle. Stærkere tilknytning til patienterne. Organiseret patientundervisning.
Ambulatorium	Kontinuitet. Fast læge-patient-forhold kolliderer med ambulatoriets uddannelsesplan for yngre læger.
Beslutningstager	Tilfredse og velbehandlede patienter. Risiko for social skævvridning og troværdighedskløft.

Jura

Ved en vurdering af konsekvenserne af at indføre en shared care-samarbejdsmodel mellem primær- og sekundærsektoren må også de juridiske aspekter inddrages.

Det juridiske perspektiv er primært vægtet på en generel analyse af shared care. Der er således ikke analyseret specifikt på AK-behandling.

Den juridiske analyse bygger på:

- En aftale om shared care
- På tværs af sektorerne
- Mellem en praktiserende læge, en sygehusansat specialist og en patient.

Det juridiske afsnit har særligt søgt at belyse:

- Hvem behandlerne er
- Deres rolle, kompetence og ansvar, samt især
- Shared care-aftalens betydning for de enkelte aktørers opgaver og ansvar.

Det primært interessante ved at inddrage juridiske overvejelser i denne MTV er fastlæggelsen af *ansvar*. Dels at få belyst, hvem der har ansvaret for patientens behandling, når der er flere behandlere involveret, og dels – og især – at få belyst om shared care-strukturen indebærer ændringer i ansvarsfordelingen. Shared care-arrangementets opgave- og ansvarsfordeling mellem de implicerede parter kan være mere eller mindre detaljeret fastlagt på forhånd. At aftalen går på tværs af sektorerne, har kun mindre betydning i en juridisk sammenhæng.

I tabel 4 ses en sammenfatning af mulige konsekvenser for de deltagende parter og beslutningstagere set i relation til det juridiske aspekt.

TABEL 4

Mulige konsekvenser for deltagere og beslutningstagere i relation til det juridiske aspekt

Patienten	
Fordel	Tydligere opgavefordeling. Flere ansvarlige. Større krav til journalføring.
Ulempe	Hvis deltagerne ikke opfylder aftalerne, øges risikoen for undladelser.
Praksislægen	
Fordel	Klar ansvars- og opgavefordeling. Fastere retningslinjer.
Ulempe	Større afhængighed. Større krav til journalføring.
Ambulatorielægen	
Fordel	Klar ansvars- og opgavefordeling. Fastere retningslinjer.
Ulempe	Større afhængighed. Udvidet ansvar.
Beslutningstager	Kan fungere med gældende lovgivning.

Den praktiserende læge og ambulatorielægen får igennem en aftale om shared care en klar opgave- og ansvarsfordeling. Aftalen indebærer således, at der på forhånd fastlægges klare generelle retningslinjer for behandlingsforløb. Også for patientens vedkommende skaber dette klarhed over, hvem der tager sig af hvad, og medfører en større sikkerhed for, at vedkommende ikke bliver »glemt« i et langvarigt tværsektorielt behandlingsforløb.

En aftale om shared care kan forrykke traditionelle ansvarsgrænser. Yder specialisten generel rådgivning, indebærer dette normalt ikke ansvar i relation til behandlingen af en konkret patient. Er specialistens opgave i en shared care-struktur imidlertid at udfærdige generelle retningslinjer for samarbejdet, indebærer dette antageligt et juridisk ansvar herfor i forhold til behandlingen af en konkret patient.

Sådanne aftaler medfører imidlertid også en større gensidig afhængighed parterne imellem. Er der indgået en aftale om shared care, vil det som udgangspunkt være berettiget at forudsætte, at den aftalte opgave- og ansvarsfordeling følges – dvs. at opgaverne udføres i overensstemmelse hermed. Det samme gælder med hensyn til kvalitetsniveauet. Er behandlingsniveauet for dårligt hos enten specialisten eller den praktiserende læge – der kan være tale om undladelser/forglemmelser eller kvalitetsmangler – kan dette efter omstændighederne få afsmittende effekt på vurderingen af de øvrige parter handlinger. Da aftalen forventes fulgt, kan der være en øget risiko for, at undladelsen ikke opdaes i tide.

Shared care-strukturen indebærer et behov for kontinuerlige og udførlige optegnelser over patientens behandlingsforløb. Strukturen må på denne baggrund antages at indebære krav om (meget) omhyggelig journalføring. Især for den praktiserende læges vedkommende må der antages at stilles større krav hertil end normalt. For patientens vedkommende giver dette et forbedret informationsgrundlag.

Ønskes der etableret shared care-strukturer, er det naturligvis vigtigt, at patientens retsstilling er den samme, uanset hvilken sektor behandlingen ydes i. Et væsentligt fremskridt i den retning, med virkning fra 1. januar 2004, er ændringen af lov om patientforsikring til også at omfatte primærsektoren.

Vurdering af det sundhedsøkonomiske perspektiv er delt i to analyser.

Del 1: En generel analyse af sundhedsøkonomiske forhold vedrørende shared care.

Del 2: En specifik analyse af sundhedsøkonomiske forhold vedrørende AK-behandling, shared care og alternative organisationsmodaliteter.

Del 1. Den generelle analyse af sundhedsøkonomiske forhold vedrørende shared care

Analysen beskriver økonomiske problemstillinger og relaterer dem til shared care-arrangementer. Endvidere beskrives resultaterne af en systematisk litteratursøgning omfattende økonomiske evalueringer af shared care-arrangementer.

Litteraturgennemgangen efterlader det indtryk, at de økonomiske forhold vedrørende shared care-arrangementer kun i meget begrænset omfang er analyseret, og at der generelt kun er anvendt omkostningsbeskrivelse på kort sigt. De fleste studier er metodisk gennemført som relativt simple analyser.

Sammenfattende kan det konkluderes, at der er relativt begrænset viden om omkostningseffektiviteten af shared care-arrangementer og meget lidt publiceret viden om de drifts- og budgetmæssige konsekvenser.

Del 2. Den specifikke analyse af sundhedsøkonomiske forhold vedrørende AK-behandling, shared care og alternative organisationsmodaliteter

Formålet med dette afsnit er at vurdere sundhedsøkonomiske forhold vedrørende forskellige organisatoriske arrangementer for monitorering af AK-behandling.

Dette er gennemført ved en afsøgning af litteraturen med henblik på at afdække den eksisterende viden om effekten på sundhedsøkonomiske forhold af forskellige organisatoriske indretninger af AK-behandling, dvs. studier, hvor helbredsmæssige konsekvenser er søgt opgjort i endelige effektmål.

Resultaterne af denne litteratursøgning viser, at der ikke eksisterer noget passende datagrundlag for at gennemføre egentlige omkostningseffektivitetsanalyser på danske forhold.

I nærværende analyse er der derfor beskrevet en række væsentlige forhold, som har indflydelse på organiseringen af AK-monitoreringen, og der udvikles seks principielt forskellige modeller for organiseringen, som gøres til genstand for en omkostningsanalyse.

Der er tale om teoretiske modeller, idet det ikke har været muligt at indsamle valide empiriske omkostningsdata. Analysen er derfor baseret på »ekspertskøn«, der er anvendt til at fastlægge de forskellige modellers ressourceforbrug. Den modelbaserede omkostningsanalyse tager udgangspunkt i en hypotetisk kohorte af patienter i AK-behandling og beregner forskelle i ressourceforbrug og omkostninger ved de forskellige organisatoriske modeller. Ressourceforbruget værdisættes efter to forskellige principper som hhv. reelle (nominelle) omkostninger og DRG-takster/honorarer. Med henblik på at synliggøre usikkerheden i beregningerne er der foretaget følsomhedsanalyser af centrale antagelser og variationer i det ekspertskønnede datagrundlag.

Analysen af de marginale driftsøkonomiske omkostninger ved de seks modeller giver følgende resultater:

- Shared care-arrangementer er samlet set dyrere, end hvis praksislægen i almenpraksis varetager hele behandlingen.
- AK-behandling udelukkende på et ambulatorium er dyrere end behandling i shared care, hvis der anvendes DRG-tariffer, men billigere, hvis der anvendes nominelle omkostninger.

Da der er ikke er foretaget en vurdering af de helbredsmæssige konsekvenser, kan der ikke siges noget om omkostningseffektiviteten ved shared care. Det er dog skønnet, at hvis der opnås selv ret beskedne helbredsmæssige gevinster, kan shared care være omkostningseffektivt. Det er ikke vurderet, om shared care giver anledning til en anden fordeling af sundhedsydelserne, men det ville være tilfældet, hvis shared care-arrangementet var bedre end alternativerne (ambulatorium eller almenpraksis) til at sætte ikke-behandlede patienter i behandling.

Hvorvidt samfundet har råd til at anvende shared care, beror på en politisk vurdering, som er vanskelig at bedømme uden solid viden om omkostningseffektiviteten. Hvis shared care-arrangementer introduceres, vil de øgede udgifter overvejende skulle finansieres over sygehusenes og Sygesikringens budgetter. Desuden kan der for patienterne opstå øgede udgifter til betaling af medicin samt øgede tids- og transportomkostninger. Herudover giver shared care anledning til flytning af udgifter mellem sygehusenes og Sygesikringens budgetter.

Tabel 5 giver en oversigt over mulige ressourcemæssige konsekvenser af indførelsen af shared care, hvis shared care erstatter et af to alternativer, enten 1) at hele behandlingen gennemføres i almenpraksis, eller 2) at hele behandlingen gennemføres på et sygehusambulatorium.

TABEL 5

Ressourcemæssige konsekvenser af indførelse af shared care

	Indførelse af shared care medfører	
	Udgangspunktet er, at praksislægen varetager hele behandlingen, men dette erstattes af shared care	Udgangspunktet er, at ambulatoriet varetager hele behandlingen, men dette erstattes af shared care
Patient	Øget tidsforbrug	Let nedsat tidsforbrug
Praksis	Nedsat aktivitet, færre indtægter	Øget aktivitet. Risiko for »crowding out».*
Ambulatorium	Øget aktivitet.	Nedsat aktivitet.
Beslutningstager	Øgede nominelle omkostninger (ca. 30%). Øgede udgifter til aktivitetsbaserede aktiviteter (ca. 100%). Forskydninger i sygehus- og sygesikringsbudgetter.	Øgede nominelle omkostninger (ca. 30%). Faldende udgifter til aktivitetsbaserede aktiviteter (ca. 350%). Forskydninger i sygehus- og sygesikringsbudgetter.

* At man ikke kan varetage behandling af andre patienter, eller at grænsen for »nødvendig« konsultation stiger.

Shared care sætter fokus på samarbejdet mellem praktiserende læger og hospitaler og er et forsøg på at imødekomme et stigende pres om til stadighed at kunne imødekomme og opfylde ønsker om "det sammenhængende patientforløb".

Denne MTV-rapport belyser konsekvenserne af at indføre shared care og præsenterer fordele såvel som nogle af de problemer, som kan opstå, når et sådant samarbejde initieres. Rapporten giver ikke et entydigt svar på problemerne, idet der er mange forhold og hensyn at afveje mod hinanden.

Rapporten konkluderer blandt andet, at det er muligt at gennemføre shared care, således at behandlingskvaliteten forbedres. Rapporten slår endvidere fast, at samarbejds- og koordinationsproblemer i sundhedsvæsenet ikke nødvendigvis skal løses ved hjælp af shared care, og at indførelse af shared care bør hvile på en forudgående analyse af sammenhænge i samarbejdet.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11

cemtv@sst.dk