

Psykiatri

COLLABRI- MODELLEN

NOVEMBER 2014

REGION

Udarbejdet af
Ursula Ødum Brinck-claussen
Nadja Kehler Curth
Lene Falgaard Eplov

Collabri

Collabri-modellen

Indholdsfortegnelse

Forord	3
1. Indledning	4
2. Generelle behandlingsprincipper	7
2.1 Opsporing i Collabri modellen	7
2.2 Stepped care princippet	8
2.3 Patientinddragelse og patientindflydelse på behandling	13
2.4 Hjælp til selvhjælp	13
2.5 Multiprofessionel tilgang til patientbehandling	14
2.6 Pårørende inddragelse	15
3. Strukturerede behandlingsvejledninger	16
4. Kommunikation	17
5. Care managers hverdag	18
6. Bilag	20
7. Litteratur	21

Forord

Forfatterne vil gerne takke følgende for deres gennemlæsning og kommentering af, samt input til udviklingen af Collabri-modellen – en dansk model for collaborative care ved angst og depression:

Merete Lundsteen, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge

Jannie Nørnberg Nielsen, speciallæge i psykiatri, Region Nordjylland

Rasmus W. Licht, Overlæge, professor, ph.d., Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien

Rie Poulsen, cand.scient.san.publ., Region Hovedstadens Psykiatri

1. Indledning

Depression og angst er hyppigt forekommende sygdomme med en livstidsrisiko på hhv. 17-18 %¹ og 13-29 %², og det estimeres, at de koster samfundet ca. 20 mia. DKK p.a.³. Der er i løbet af de seneste 10 år sket en fordobling af brugen af antidepressiv medicin, og der behandles et stigende antal patienter i behandlingspsykiatrien; 25% flere med depression og 60% flere med angst⁴.

Flere rapporter peger på, at behandlingen i almen praksis i dag ikke er optimal⁵, og der er international konsensus om, at optimering bedst sker ved indførelse af Collaborative Care (CC), der er en evidensbaseret indsats inden for shared care området⁶. CC er dog primært undersøgt i USA, hvor modellen er baseret på andre organisatoriske forhold, og derfor ikke direkte kan overføres til Danmark. Derfor bør CC afprøves i en model, der er tilpasset danske forhold.

Collabri er en dansk model for collaborative care. Modellen er udviklet i et samarbejde mellem speciallæger i almen medicin og i psykiatri samt forskere. Collaborative care er en shared care intervention, hvor formålet er at optimere behandlingen af patienter med angst og depression i almen praksis⁷. Særligt følgende udfordringer og behov i forhold til behandlingen af denne patientgruppe er blevet fremhævet:

1. Der er behov for et mere organiseret og integreret behandlingsregime mellem almen praksis og psykiatrien⁵.
2. Der er ingen forpligtelser for den praktiserende læge til at give psykoterapi og det skønnes, at mange af de praktiserende læger i Danmark ikke har kompetencerne til at give samtaleterapi³. Dog kan den praktiserende læge henvise patienten til en psykolog via "Psykologordningen", således at patienter med angst mellem 18-38 år og patienter med depression kan modtage behandling ved en psykolog; der er en vis egenbetaling knyttet til denne behandling.
3. Ventetider hos praktiserende psykiatere og psykologer uddannet i kognitiv adfærdsterapi og andre evidensbaserede psykologiske metoder kan derudover forsinke specialiseret behandling af patienter henvist fra den praktiserende læge.
4. Honoreringsstrukturen understøtter ikke retningslinjerne for behandling. Eksempelvis modtager en praktiserende læge kun compensation for op til 7 sessioners samtaleterapi og lægen får ikke compensation for supervision, selv om denne skal være i stand til at dokumentere dette⁸. Der er desuden ingen krav til postgraduat uddannelse af læger, der kan sikre en løbende og opdateret kvalitet af behandlingen.

Effekten af collaborative care er dokumenteret i flere kliniske kontrollerede forsøg i udlandet, og et Cochrane review fra 2012 finder, at collaborative care er forbundet med en signifikant forbedring ved angst og depression sammenlignet med sædvanlig behandling⁶.

Jfr. Cochrane reviewet er centrale principper i collaborative care en multiprofessionel tilgang til patienten, behandling ud fra en struktureret behandlingsplan, planlagt opfølgning og en forstærket interprofessionel kommunikation. Collabri modellen integrerer disse principper ved at ansætte en

care manager med psykiatrisk erfaring i psykiatrien, der sikrer en aktiv og kvalificeret opfølgning af patienter i almen praksis, ved at anvende instrumenter til screening og opfølgning, ved at give undervisning i retningslinjer for praktiserende læge og care manager samt ved at care manager, og praktiserende læge superviseres af speciallæge/specialpsykolog i psykiatri.

Derudover lægger modellen vægt på undervisning og behandling af patienten, hjælp til selvhjælp, kognitiv terapi, medicinsk behandling med udgangspunkt i behandlingsalgoritmer, stepped care-princippet, høj grad af patientinddragelse og -indflydelse samt mulighed for pårørendeinddragelse.

Collabri modellen vil blive evalueret ud fra anbefalingerne ved en medicinsk teknologi vurdering (MTV), der omfatter en analyse og vurdering af effekten af modellen samt af de tilknyttede økonomiske, organisatoriske og patientoplevede effekter.

I forskningsperioden er patienter der modtager behandling i henhold til Collabri modellen, blevet inkluderet i projekt Collabri forud for behandlingen. Projektets in- og eksklusionskriterier skal være opfyldt på tidspunktet for inklusion. Den endelige vurdering og inklusion sker ved interviewet med forskningsassistenten. Hvis patienten er inkluderet i projektet vil denne ikke blive ekskluderet efterfølgende selvom et af eksklusionskriterierne forekommer senere. Patienten kan dog på eget initiativ udtræde af projektet.

Se in- og eksklusionskriterier på næste side.

Inklusionskriterier

1. Alder: 18+ år
2. Dansktalende
3. Depression bekræftet ved Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) eller angstdiagnose i form af panikangst, generaliseret angst eller socialfobi bekræftet ved Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
4. Patienten har givet sit skriftlige informerede samtykke til at deltage i undersøgelsen på beskrevne vilkår

Eksklusionskriterier

- Høj grad af suicidalfare vurderet efter Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)
- Psykotisk tilstand vurderet efter MINI
- Demens diagnose
- Graviditet
- Misbrug af medicin, stoffer eller alkohol der vil forhindre patientens deltagelse i Collabri behandlingen vurderet af praktiserende læge eller forskningsassistent ved visitationssamtalen
- For patienter i interventionsgruppen: Patienter med depression eller angst der ønsker behandling jf. psykologordningen med Sygesikringen, og som ikke ønsker, at henvisningen til psykolog forudgås af anden behandling, jf. den opsatte model for collaborative care
- Patienter, der er i anden psykologisk/psykiatrisk behandling for angst eller depression
- Patienter med verserende førtidspensionssag
- Patienter der er blevet behandlet for en angst eller depressionstilstand inden for de sidste seks måneder
- Alvorlig ustabil medicinsk tilstand vurderet af praktiserende læge eller forskningsassistent ved visitationssamtalen
- Hvis patienten ved første kontakt til praktiserende læge efter inklusion henvises til psykiatrisk behandling i sekundær sektor¹
- Patienter med OCD, PTSD eller bipolar sindslidelse vurderet af praktiserende læge eller efter MINI

¹ Psykiatrisk behandling i sekundær sektor omfatter behandling i hospitalspsykiatrien og behandling ved speciallæge i psykiatri

2. Generelle behandlingsprincipper

2.1. Opsporing i Collabri-modellen

I Collabri modellen anvendes der instrumenter (strukturerede spørgeskemaer) i forbindelse med opsporing og opfølgning af behandlingen, i overensstemmelse med gældende retningslinjer og vejledninger ^{6,17}.

2.1.1. Opsporing ved angst

I overensstemmelse med gældende retningslinjer anbefales det at den praktiserende læge bruger angst-symptom-skemaet (ASS) ved mistanke om at en patient lider af hhv. panikangst, generaliseret angst eller social fobi. ASS spørgeskemaet omfatter tre kernespørgsmål for generel angst og seks spørgsmål, der hjælper med til at differentiere mellem de enkelte angstilstande. Spørgeskemaet er ikke valideret til brug i almen praksis, hvorfor tolkningen skal sammenholdes med de diagnostiske kriterier i ICD-10 ⁹.

2.1.1. Opsporing ved depression

Spørgeskemaet Major Depression Inventory (MDI) anbefales som instrument ved screening og diagnostik ¹. MDI anvender de diagnostiske kriterier direkte fra ICD-10 og har god overensstemmelse med standardmetoder (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN) vedrørende både diagnostik og sværhedsgrad, og anvendes i forvejen af en del praktiserende læger.

Ved opsporing af depression er der ikke overensstemmelse mellem litteraturen og de gældende retningslinjer. Der anbefales nuværende rutinemæssig opsporing i særlige risikogrupper, herunder personer med tidligere depression eller depression i familien, hjertesygdomme, slagtilfælde, kronisk smerte, diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kræft, Parkinsons sygdom, epilepsi, andre psykiske sygdomme, flygtning eller indvandrers status, gravide kvinder og kvinder, der lige har født ¹. Et dansk studie har undersøgt screening for depression med MDI i ovenstående højrisikogrupper i forhold til screening med MDI ved klinisk mistanke om depression (kaldet case-finding) og en kombination af de to metoder i et ikke-randomiseret design og fundet, at screening af patienter i højrisikogrupper havde en begrænset effekt i tillæg til den billigere og mindre indgribende metode i form af case-finding ¹⁰. Man anbefalede en undersøgelse i et randomiseret design.

For at afklare hvilken form for opsporing, der er den optimale i almen praksis, blev det planlagt at undersøge tre forskellige opsporingsmetoder i et randomiseret design i forbindelse med undersøgelsen af Collabri interventionen; 1. screening med MDI ved klinisk mistanke om depression (kaldet case-finding), 2. opsporing som den finder sted nu og 3. screening for depression med MDI i højrisikogrupper med somatisk sygdom. Desværre kunne high-risk gruppen med somatisk sygdom ikke som planlagt identificeres, da almen praksis umiddelbart inden planlagt opstart af Collabri projektet, stoppede for al dataindsamling af årsager uden forbindelse til Collabri projektet.

På grund af kravet til opsporingsmetodens anvendelighed i almen praksis sammenholdt med den begrænsede mulighed for at belaste de praktiserende læger i projekt Collabri, kunne undersøgelse

af effekten af screening for depression med MDI i højrisikogrupper med somatisk sygdom ikke gennemføres.

Da det på baggrund af litteraturen fortsat er relevant at søge at afklare, om en systematisk anvendelse af spørgeskemaet MDI ved mistanke om depression giver lægen en bedre mulighed for at identificere depression hos sine patienter end hvis lægen anvender sædvanlig rutine¹⁰, undersøges to forskellige opsporingsmetoder i et randomiseret design i forbindelse med undersøgelsen af Collabri interventionen; 1. screening med MDI ved klinisk mistanke om depression (case-finding) og 2. opsporing som den finder sted nu. Resultaterne fra denne undersøgelse skaber grundlag for fremtidig identificering af depression i Collabri Modellen.

2.2. Stepped care princippet

I Collabri modellen behandles der ud fra strukturerede behandlingsvejledninger for den enkelte sygdom, se bilag 1-4. Behandlingsvejledningerne er udarbejdet i henhold til stepped care princippet, der anbefales i de danske vejledninger, og referer til de engelske nationale guidelines (National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines)^{1,9,11}.

Ifølge stepped care princippet afgør sværhedsgraden af sygdommen intensiteten af den behandlingsindsats, der tilbydes først. F.eks. kan en patient med en let depression indledningsvist blive tilbudt en mindre intensiv behandling (psykoedukation) end en person med moderat depression (der kan vælge enten kognitiv adfærdsterapi (KAT) eller medicinsk behandling), se endvidere skema 1. Hvis behandlingseffekten af det første tilbud er utilstrækkeligt kan behandleren (den praktiserende læge i samarbejde med care manager) efter revurdering af patientens tilstand gå et trin op og tilbyde en intensiveret behandling. Illustrationer af stepped care i Collabri kan ses i afsnit 2.2.3.

Skema 1: Indledning af behandlingen ud fra stepped care princippet

Sygdom og sværhedsgrad	Tilbydes som første behandlingsmodalitet
Let depression	Det anbefales initialt at vælge mellem følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Psykoedukation i gruppe - Psykoedukation individuelt
Moderat depression	Der anbefales initialt at vælge mellem følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv adfærdsterapi (KAT) • Medicin + psykoedukation i gruppe eller individuelt
Svær depression	Det anbefales initialt at vælge følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Medicin + KAT evt. kombineret med støttende samtaler initialt
Svær kompliceret depression	Der henvises initialt til sekundær sektor
Social fobi	Det anbefales initialt at vælge følgende: <ul style="list-style-type: none"> • KAT
Panikangst	Det anbefales initialt at vælge følgende: <ul style="list-style-type: none"> • KAT
GAD uden mærkbar funktionsnedsættelse	Det anbefales initialt at vælge mellem følgende: <ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukation i gruppe • Psykoedukation individuelt
GAD med mærkbar funktionsnedsættelse	Det anbefales initialt at vælge følgende: <ul style="list-style-type: none"> • KAT

2.2.1. Indledning af Collabri-behandlingen

Den praktiserende læge diagnosticerer patienten og vurderer sygdommens sværhedsgrad samt placerer patienten på et trin i stepped care planen for den pågældende sygdom og iværksætter behandlingen. Sidstnævnte kan den praktiserende læge uddelegere til care manager. Det er dog altid lægen der initierer evt. medicinsk behandling.

Care manager har forinden mødet med patienten orienteret sig med praktiserende læge og modtaget oplysninger om patientens diagnose og sværhedsgrad, samt om hvilket trin i stepped care planen, patienten befinder sig på. Care manager er ligeledes orienteret om hvorvidt praktiserende læge har uddelegeret udarbejdelsen af den endelige behandlingsplan til care manager. Hvis praktiserende læge selv har initieret behandling og lagt en behandlingsplan sammen med patienten følger care manager planen. Hvis praktiserende læge har uddelegeret planlægning til care manager, lægger care manager og patienten planen sammen ved deres første møde. Care manager foretager en vurdering af sygdommen iht. Anxiety Symptom Scale (ASS) eller Major Depression Inventory (MDI) ved første møde med patienten.

2.2.2. Opfølgning af behandlingen

Patienterne møder herefter regelmæssigt hos deres care manager jf. behandlingsvejledningen. Care manager foretager aktiv og planlagt monitorering og revurdering af tilstanden i samarbejde med den praktiserende læge og kan, efter revurdering af patientens tilstand, gå et trin videre og tilbyde en intensiveret behandling.

Care manager monitorerer patientens tilstand mindst en gang hver 2. uge. Ved optrapning af den medicinske behandling følges patienten i begyndelsen hver uge ved læge eller care manager med henblik på monitorering af eventuelle bivirkninger, særligt selvmordstanker (især for de unge).

Revurdering af patientens tilstand foretages mindst en gang om måneden samt ved afslutning af et behandlingselement. MDI og ASS bidrager til vurdering af tilstanden i forbindelse med revurdering. Revurdering varetages af care manager med mindre andet er aftalt med den praktiserende læge.

Monitorering omfatter:

- Sikring af compliance, farmakologisk såvel som non-farmakologisk
- Vurdering af selvmordsrisiko
- Vurdering af bivirkninger, specifikt for patientens farmakologiske behandling
- Støtter praktiserende læge i at evaluere behovet for at kontrollere andre parametre såsom vægt, BT og hjertefrekvens, blodprøver og anden kontrol afhængig af nødvendighed og komorbiditet

Revurdering omfatter:

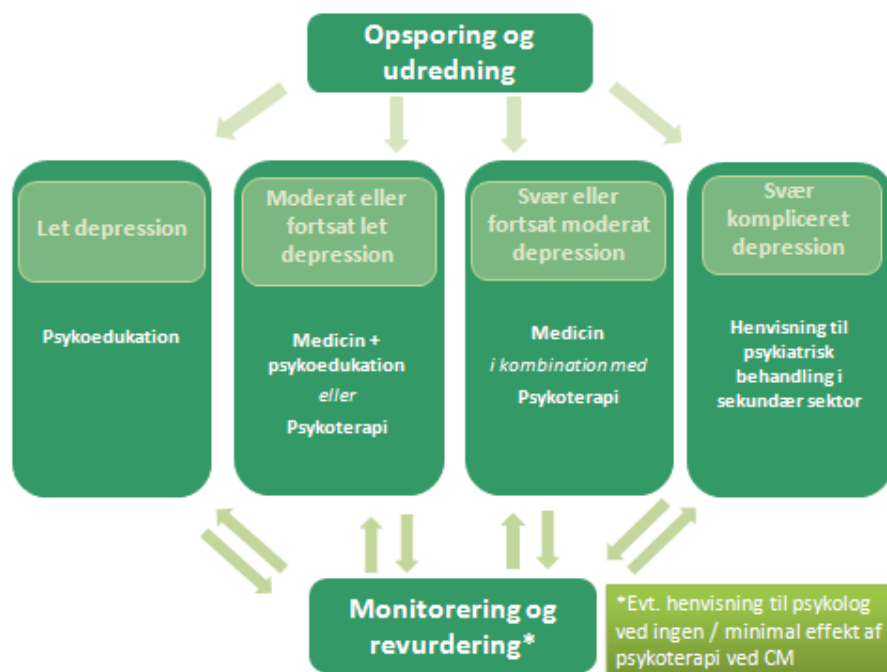
- Vurdering af symptomgrad ved MDI/ASS og klinisk skøn
- Overvejelse af trin-op eller henvisning til psykologordningen eller psykiatrisk behandling i sekundær sektor, især ved forværring i ASS/MDI eller efter klinisk skøn, selvmordstanker eller psykotiske symptomer eller hvis care manager skønner at det er nødvendigt

Efter afslutning af et behandlingselement, hvor patienten ikke fortsætter i et andet behandlingselement eller henvises til psykiatrisk behandling i sekundær sektor, kan der ved behov tilbydes opfølgning i form af en eller flere kortvarige telefoniske kontakter i løbet af de følgende 12 måneder.

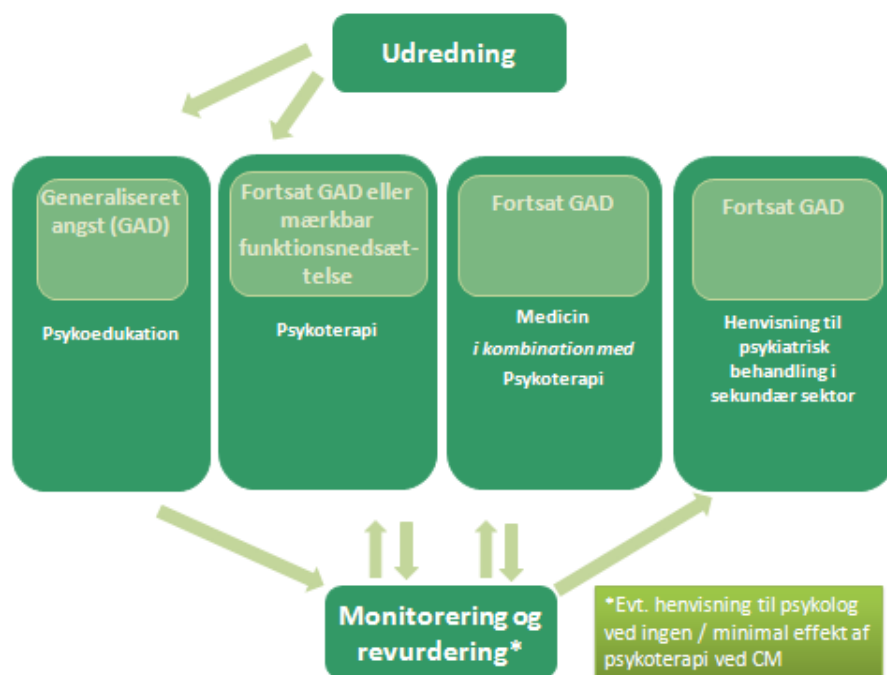
2.2.3. Illustrationer af stepped care

Planen for behandling i Collabri modellen ifølge stepped care princippet er illustreret ved figur 1-4 på de næste sider.

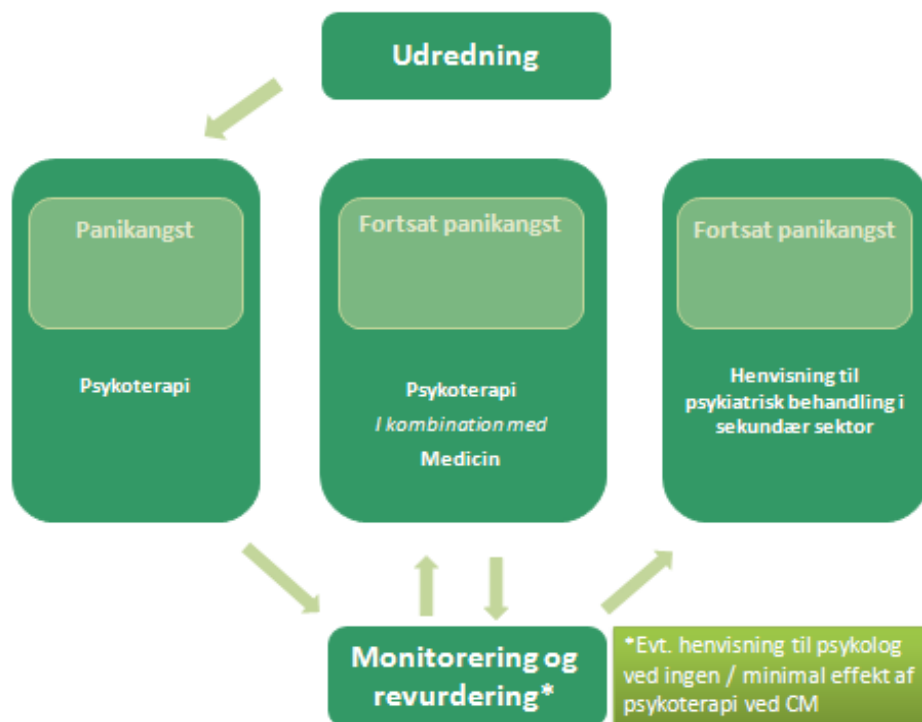
Figur 1: Stepped care plan for depression



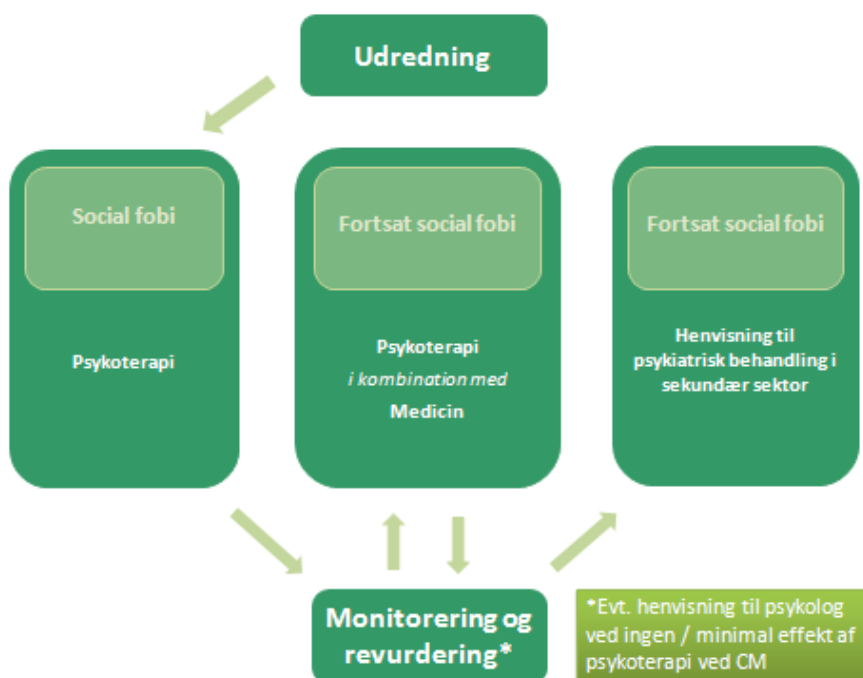
Figur 2: Stepped care plan for generaliseret angst



Figur 3: Stepped care plan for panikangst



Figur 4: Stepped care plan for social fobi



2.3. Patientinddragelse og patientindflydelse på behandling

I Collabri er det hensigten, at inddragelse af patienten sker gennem hele behandlingsforløbet, men der er nogle tidspunkter, hvor der er særlig opmærksomhed på inddragelse. Dette er bl.a. i planlægningen af behandlingen, i overvejelser omkring afvigelse fra behandlingsplanen og ved beslutninger om behandlingsmodaliteter, hvor der ud fra behandlingsvejledningerne er lige anbefalinger for to modaliteter (f.eks. individuel- vs. gruppepsykoedukation). Patientindflydelse ses her som et naturligt følge af inddragelsen, hvor patientens bidrag kommer til at spille en rolle i beslutningsprocessen.

Inddragelse af patienter som aktive medspillere i behandlingsforløbet kommer ikke af sig selv. Sundhedsstyrelsen og det tidligere Dansk Sundheds Institut (DSI) har udgivet en rapport, som empirisk har undersøgt hvorledes fælles beslutningstagning foregår i praksis i mødet mellem læge og patient med udgangspunkt i to cases fra klinikken (en hjerterehabiliteringsenhed og et gigttambulatorium) ¹².

I bilag 5 er rapportens anbefalinger til hvordan man i praksis kan arbejde med patientinddragelse direkte gengivet i fed skrift ¹². Anbefalingerne kan stå alene, og under hvert punkt er det beskrevet i kursiv, hvordan care manager i Collabri kan forsøge at imødekomme anbefalingerne. Det er hensigten at disse fokuspunkter kan bruges som inspiration i forbindelse med processen omkring inddragelse og beslutningstagning.

2.4. Hjælp til selvhjælp

Hjælp til selvhjælp i Collabri betyder, at patienten støttes i at hjælpe sig selv med at få det bedre. Det er et udtryk der er relateret til det engelske begreb *self-management*, hvor patienten selv spiller en aktiv rolle i behandlingsforløbet. Formålet er at lære patienten teknikker til at håndtere sine symptomer og deraf afledte problemer i hverdagen. Selvhjælps-interventioner er typisk lav-intensive interventioner, og der er litteratur der peger på, at f.eks. skriftligt materiale i form af foldere, plakater, internetmateriale eller undervisningsprogrammer kan være et oplagt første skridt i behandlingen, da det i sig selv kan reducere symptomer på bl.a. angst og depression ¹³.

I Collabri introduceres selvhjælps-interventioner i form af psykoedukativt skriftligt materiale (biblioterapi), se bilag 6-9, som alle patienter tilbydes initialt i behandlingsforløbet sammen med bogen "Lær at tackle angst og depression" ved Komiteen for Sundhedsoplysning. Der er også udarbejdet sygdomsspecifikt skriftligt materiale til pårørende i Collabri, se bilag 10-13. Derudover vil psykoedukation tilbydes til alle enten som selvstændig intervention i form af gruppekurset "Lær at tackle angst og depression", eller et individuelt forløb ved care manager baseret på de samme overordnede principper, eller i forbindelse med kognitiv adfærdsterapi. Begge selvstændige psykoedukationsforløb har fokus på at bringe patientens ressourcer i spil, og patienten spiller derfor selv en aktiv rolle. På gruppeforløbet skabes der derudover et forum for peer support (støtte fra en person med egne erfaringer) og erfaringsudveksling. Det er op til patienten at vælge mellem disse to interventioner, hvis tilbuddet behandlingsmæssigt skønnes relevant. Se endvidere introduktion til psykoedukation i Collabri samt manual for individuel psykoedukation i Collabri, bilag 14 og 15.

2.5. Multiprofessionel tilgang til patientbehandling

I Collabri modellen foregår patientbehandlingen i almen praksis og den praktiserende læge har fortsat behandlingsansvaret. Modellen introducerer en multi-professionel tilgang til patientbehandlingen, med nye aktører (care managers og speciallæge/specialpsykolog i psykiatri) der yder støtte til praktiserende læge, og som organisatorisk er tilknyttet psykiatrien.

Følgende fagpersoner varetager behandlingen jfr. Collabri modellen: care manager, praktiserende læge og speciallæge i psykiatri eller specialpsykolog i psykiatri. Nedenfor er de enkelte fagpersoners organisatoriske placering samt roller og opgaver beskrevet.

2.5.1. Care Manager

Care manager har en mellemlang sundhedsfaglig uddannelse (ofte sygeplejerske), har erfaring med arbejde indenfor psykiatrien og har svarende til en godkendt kognitiv uddannelse på minimum 1 år.

Care manager samarbejder med praktiserende læge om at sikre en aktiv opfølgning af patienter med angst og depression.

Care manager er organisatorisk tilknyttet psykiatrien og ansat på de psykiatriske centre der er tilknyttet projektet. Hver care manager er tilknyttet 3-4 praktiserende læger og har et case load på op til 100 patienter om året, svarende til 25 ad gangen.

I den oprindelige model for collaborative care er det tiltænkt at care manager mødes med patienten hos den praktiserende læge. Dette kan ikke implementeres fuldt ud i Collabri modellen, da ikke alle praktiserende læger har mulighed for at stille et ekstra lokale til rådighed, og det har ikke været muligt at opnå en overordnet aftale mellem Region Hovedstadens Psykiatri og PLO Hovedstaden om anvendelse af lokaler hos de resterende praktiserende læger. I den implementerede udgave kan care manager derfor alternativt mødes med patienten i kommunalt regi, f.eks. i det kommunale sundhedscenter eller hvis dette ikke er muligt, i psykiatrien. Den praktiserende læge kan indgå en individuel aftale med PLO Hovedstaden om brug af lokaler.

Care manager har følgende roller og opgaver (efter koordinering med den praktiserende læge):

- Aktiv opfølgning, herunder vurdering af sygdomsprogression og forløb, adhærens og bivirkninger ved medicinsk behandling
- Diagnosespecifik behandling iht. relevant behandlingsplan
- Kognitiv adfærdsterapi
- Psykoedukation
- Støttende samtaler
- Løbende kontakt til kommunale sagsbehandlere
- Konference med praktiserende læge

2.5.2. Den praktiserende læge

Den praktiserende læge har behandlingsansvaret, og har endvidere følgende roller og opgaver:

- Diagnosticering og placering af patienten i forhold til stepped care princippet
- Iværksættelse af behandling
- Koordinering af behandlingsindsatsen med care manager
- Vejledning af care manager
- Samarbejde med care manager om kontakt til sagsbehandler
- Konference med speciallæge i psykiatri
- Fælleskonsultation med speciallæge i psykiatri

2.5.3. Speciallæge i psykiatri eller specialpsykolog i psykiatri

Speciallægen/specialpsykologen i psykiatri er ansat i behandlingspsykiatrien og er organisatorisk forankret samme sted som de care managers, speciallægen arbejder sammen med. Speciallægen/specialpsykologen i psykiatri har følgende roller og opgaver:

- Vejlede care manager og praktiserende læge
- Supervisere care manager og praktiserende læge
- Fælleskonsultation med praktiserende læge
- Sikre modeloverholdelse
- Koordinere indsatsen

2.5.4. Uddannelse

Ved ansættelse modtager alle fagpersoner, dvs. praktiserende læge, care manager og speciallæge/specialpsykolog i psykiatri en kort uddannelse i Collabri modellen. Care manager og speciallæge/specialpsykolog i psykiatri modtager desuden undervisning i angst og depression og behandling af disse sygdomme i almen praksis, i manualer for kognitiv terapi af angst og depression i Collabri samt i kompetenceudvikling i sundhedspædagogik. Der ud over modtager care managers instruktøruddannelse i Lær at tackle angst og depression samt undervisning i manualen for individuel psykoedukation, som er baseret på principperne i gruppemanualen for Lær at tackle angst og depression.

2.6. Pårørendeinddragelse

Care manageren gør en aktiv indsats for at inddrage pårørende i behandlingsforløbet, når det skønnes relevant og er i overensstemmelse med patientens ønske, med henblik på at forbedre behandlingsforløbet. Care manager støtter herunder patienten i at identificere relevante pårørende og tage stilling til om de skal inddrages og tilbyder at de pårørende kan deltage ved samtale. De pårørende gives sygdomsspecifik information og vejledning i, hvordan de bedst kan støtte patienten i de forskellige faser af et sygdomsforløb, i form af skriftligt informationsmateriale.

3. Strukturerede behandlingsvejledninger

Der er i Collabri udviklet strukturelle behandlingsvejledninger for generaliseret angst, social fobi, panikangst og depression. Behandlingsvejledninger indeholder retningslinjer for udredning, initiering og opfølgning af behandlingen af den enkelte sygdom, omfattende medicinske behandlingsalgoritmer og henvisninger til specifikke manualer (bl.a. for kognitiv terapi og psykoedukation). Behandlingsvejledninger ligger inden for rammerne af DSAMs kliniske vejledninger for angst og depression^{9,14} samt Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer for angst og depression^{1,2}. Nyere viden om bl.a. inddragelse af selvhjælpsinterventioner og psykoedukation i behandlingen er desuden tilføjet behandlingsvejledninger^{11,15}.

Ud fra vejledninger lægges der i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende en behandlingsplan, der tager udgangspunkt i skabelonen der anvendes i Region Hovedstadens Psykiatri, se bilag 16. Patienter vil blive tilbudt behandlingsmodaliteter ud fra det behandlingstrin de er placeret på af den praktiserende læge i stepped care modellen, som er i overensstemmelse med behandlingsvejledningen for den pågældende sygdom. Udover specifikke behandlingsmodaliteter (medicin, KAT og/eller manualiseret psykoedukation) vil planen indeholde bl.a. planlagte opfølgingsmøder (monitorering og revurering) samt afklaring af patientens ønsker til inddragelse af pårørende.

Den kognitive terapi udføres med udgangspunkt i manualer, der er udarbejdet specifikt til Collabri-modellen, se bilag 17-20.

De medicinske behandlingsalgoritmer findes i behandlingsvejledninger.

4. Kommunikation

I Collabri lægges der stor vægt på den faglige kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle, herunder både mundtlig og skriftlig kommunikation. Et kriterium for collaborative care jfr. Cochrane reviewet er tiltag, der kan fremme kommunikationen mellem behandlere. I Collabri søges den mundtlige kommunikation forstærket ved at indlægge faste intervaller for møder mellem behandlere, herunder:

- 1 gang om ugen er det planlagt, at praktiserende læge mødes med care manager personligt. Mødet foregår i direkte forlængelse af behandlingsarbejdet.
- 2 gange om måneden er der planlagt supervision af care manager i gruppe ved speciallæge/specialpsykolog i psykiatri, derudover individuelt ad hoc.
- 1 gang om måneden er der planlagt supervision af praktiserende læger i gruppe sammen med care manager, derudover individuelt ad hoc.
- Speciallæge/specialpsykolog i psykiatri, praktiserende læge og care manager kan have fælles konsultationer ad hoc.

Fra set det ugentlige møde mellem praktiserende læge og care manager, kan møderne ske via videokonference med Cisco Jabber programmet, hvis det ikke er muligt at mødes personligt. Ovenstående kommunikation suppleres ved behov med telefonisk kontakt.

Under optimale forhold ville den skriftlige kommunikation mellem behandlere ske via tværfaglige patientjournaler i almen praksis. Det har dog ikke været muligt at opnå enighed om dette med PLO Hovedstaden, og derfor bruges OPUS systemet i Region Hovedstadens Psykiatri samt det tilhørende korrespondancemeddelelsessystem til skriftlig kommunikation mellem almen praksis og psykiatrien.

Den skriftlige kommunikation mellem care manager og speciallæge/specialpsykolog i psykiatri kan foregå via det interne e-mail system eller ved at orientere sig om de relevante patienter i OPUS. Udover dette vil care manageren løbende koordinere med relevante sagsbehandlere i kommunen med udgangspunkt i den enkelte patients behov, således at den sundheds- og social faglige indsats er sammenhængende.

Der skal benyttes sikker e-mail til at sende fortrolige eller personfølsomme personoplysninger til modtagere udenfor Region Hovedstaden.

5. Care managers hverdag

Care managers er ansat ved og har kontor på de psykiatriske centre, men vil fungere udgående og have arbejdsplads både hos praktiserende læge, på kommunernes sundhedscentre, i frivilligcentre, samt evt. hjemme hos patienten.

En care manager behandler ca. 100 patienter med angst eller depression på et år. Da de enkelte behandlingsforløb varer i gennemsnit 3 måneder har care manageren i gennemsnit ca. 25 patienter ad gangen. Arbejdstiden er 37 timer om ugen. Dele af arbejdstiden foregår udenfor normal arbejdstid, f.eks. mellem kl. 16-18, da patientbehandlingen søges at imødekomme patientens behov. Care managers er derfor fleksible i planlægningen af deres arbejdstid.

Care manageren har ansvaret for at udføre evidensbaseret behandling i et tværfagligt team. I det nedenstående er centrale elementer i care managerens hverdag kort skitseret.

Individuelle møder med patienten

Langt den største del af care managerens hverdag består af konfrontationstimer, dvs. møder med patienten. De individuelle møder mellem patienten og care manager finder typisk sted i kommunalt regi så som sundhedscentre, eller i praktiserende læges konsultation hvis dette kan aftales med PLO Hovedstaden. Møderne varer mellem 15-60 minutter afhængigt af formålet med mødet og den individuelle patients behov. Ved gruppesessionerne hvor der indgår psykoedukation er tidsrammen pr. session dog 150 minutter. Se bilag 21 for specificering af konfrontationstid.

Arbejdsopgaverne i et typisk behandlingsforløb er:

- Indledende møde med praktiserende læge omkring patienten. Videregivelse af oplysninger som diagnose, sværhedsgrad og trin i stepped care modellen. Behandlingsforløbet planlægges sammen med patienten.
- Herefter regelmæssige møder med patient efter behandlingsplanen og jfr. behandlingsvejledningen, herunder bl.a.:
- Specifikke behandlingselementer, f.eks. 1-1 psykoedukation eller kognitiv adfærdsterapi
- Monitorering af behandlingen, herunder symptomer og evt. bivirkninger ved medicinsk behandling samt vurdering af selvmordsrisiko
- Månedlig revurdering med overvejelse af trin op/ henvisning til psykologordningen eller psykiatrisk behandling i sekundær sektor
- Samtale med patientens pårørende efter behov og ønske
- Telefon opkald (evt. langtidsopfølgning i løbet af de følgende 12 måneder)

Hjælperedskaber til care manager findes i bilag 22.

Indgå i patientundervisning på gruppeniveau

Psykoedukation på gruppeniveau i Collabri varetages af en frivillig med egne erfaringer med angst og/eller depression i samarbejde med care manager. Det tilstræbes at grupper kan tilbydes med jævne mellemrum, således at patienten skal vente kortest muligt på opstart. Kurserne afholdes på frivilligcentre i eller i kommunale sundhedscentre i Region Hovedstaden, og det søges så vidt muligt at udbyde kurset tæt på patienterne. Dog kan det af logistiske årsager være nødvendigt for patienten enten at rejse til en anden kommune, eller vente længere end 14 dage på et kursus i eget lokalområde.

Indgå i et tværfagligt team med andet sundhedspersonale

- Koordinere patientforløb med den praktiserende læge ugentligt
- Modtage supervision fra en speciallæge/specialpsykolog i psykiatri to gange om måneden samt ved behov
- Deltage i teammøder

Dokumentation

Care manageren skal dokumentere i OPUS samt registrere bl.a. patienternes valg og/eller fravalg, samt monitorering og revurderingsdata i et Excel ark.

6. Bilag

- Bilag 1: Behandlingsvejledning ved depression
- Bilag 2: Behandlingsvejledning ved generaliseret angst
- Bilag 3: Behandlingsvejledning ved panikangst
- Bilag 4: Behandlingsvejledning ved social fobi
- Bilag 5: Anbefalinger til hvordan man i praksis kan arbejde med patientinddragelse
- Bilag 6: Information til dig, der har depression (biblioterapi)
- Bilag 7: Information til dig, der har generaliseret angst (biblioterapi)
- Bilag 8: Information til dig, der har panikangst (biblioterapi)
- Bilag 9: Information til dig, der har social fobi (biblioterapi)
- Bilag 10: Information til dig, der er pårørende til et menneske med depression
- Bilag 11: Information til dig, der er pårørende til et menneske med generaliseret angst
- Bilag 12: Information til dig, der er pårørende til et menneske med panikangst
- Bilag 13: Information til dig, der er pårørende til et menneske med social fobi
- Bilag 14: Introduktion til psykoekation i Collabri
- Bilag 15: Manual til care manager: Lær at tackle angst og depression, Collabri 1-1 manual
- Bilag 16: Skabelon til behandlingsplan
- Bilag 17: Manual for kognitiv adfærdsterapi ved depression
- Bilag 18: Manual for kognitiv adfærdsterapi ved generaliseret angst
- Bilag 19: Manual for kognitiv adfærdsterapi ved panikangst
- Bilag 20: Manual for kognitiv adfærdsterapi ved social fobi
- Bilag 21: Specifikation af konfrontationstid
- Bilag 22: Hjælperedskaber til care manager

7. Litteratur

- 1 Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København, 2007.
- 2 Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København, 2007.
- 3 Hauge-Helgestad A, Schlepert Johansen K, Hansen J. Behandling af mennesker med angst og depression. Kortlægning af behandlingsfelt og diskussion af perspektiverne ved indførelse af collaborative care. , 2012.
- 4 Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. Afrapportering fra arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri.
- 5 Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke- psykotisk karakter. , 2004.
- 6 Archer J, Bower P, Gilbody S, *et al.* Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). 2012.
- 7 Eplov L, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme. Anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. , 2009.
- 8 Overenskomst for almen praksis. Af 03-06-1991, senest ændret ved aftale af 01-03-2014. , 2014.
- 9 DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis Angsttilstande Diagnostik og behandling. , 2010.
- 10 Christensen KS, Sokolowski I, Olesen F. Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2011; **29**: 80–4.
- 11 NICE. Depression in adults. The treatment and management of depression in adults. , 2009NICE clinical guideline 90 guidance.nice.org.uk/cg90.
- 12 Jacobsen CB, VH P, K A. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. København: Sundhedsstyrelsen, Monitorering & Medicinsk Teknologivurdering, 2008, 2008.
- 13 Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009; **7**: 79.
- 14 DSAM. Klinisk vejledning for almen praksis. Unipolar depression Diagnostik og behandling. , 2010.
- 15 NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. , 2011.