

Fidelity-rapport
vedr. implementering af Collabri-modellen i Region Hovedstaden

10.10.2016

Til: Lene Falgaard Eplov, forskningsleder, Psykiatrisk Center København
Torben Lindskov Hansen, psykiater, Psykiatrisk Center Frederiksberg
Susanne Rosendal, psykiater, Psykiatrisk Center Nordsjælland & Psykiatrisk Center København
Nicole Gremaud Rosenberg, afsnitsleder, Psykiatrisk Center København
John Hagel Mikkelsen, afsnitsleder, Psykiatrisk Center Frederiksberg
Claudio Csillag, afsnitsleder, Psykiatrisk Center Nordsjælland

Fra: Mette Nørgaard Nielsen, AC-medarbejder, Psykiatrisk Center København
Bea Ebersbach, chefkonsulent, Psykiatrisk Center København

Indholdsfortegnelse

Indledning	3
Formål	3
Collabri-teamet og samarbejdspartnere.....	3
Metode.....	3
Generelle observationer	4
Collabri Fidelity Score.....	5
Organisation.....	5
Kriterium 1: Lokalisation af care manager ved konfrontationstid med patienten	5
Kriterium 2: Collabri-teamet.....	7
Kriterium 3: Samarbejde mellem praktiserende læge, care manager og psykiater	8
Kriterium 4: Møde mellem care manager og praktiserende læge.....	10
Kriterium 5: Supervision af den praktiserende læge.....	11
Kriterium 6: Collabri-teamets ledelse og forankring.....	12
Kriterium 7: Tværfaglig journalføring.....	13
Personale.....	14
Kriterium 1: Case load	14
Kriterium 2: Care managers faglige kompetencer	15
Kriterium 3: Behandlingsgeneralist	16
Kriterium 4: Care manager arbejdstid.....	17
Kriterium 5: Superviserende behandlers kliniske kompetencer	18
Kriterium 6: Superviserende behandlers kognitive kompetencer	19
Kriterium 7: Psykiaters arbejdstid	20
Behandlingstilbud	21
Kriterium 1: Stepped care princippet	21
Kriterium 2: Opsporing	22
Kriterium 3: Struktureret behandlingsvejledning - medicinsk behandling	23
Kriterium 4: Struktureret behandlingsvejledning - kognitiv behandling.....	24
Kriterium 5: Struktureret behandlingsvejledning - hjælp til selvhjælp.....	25
Kriterium 6: Patientinddragelse	26
Kriterium 7: Pårørendeinddragelse	27
Fidelity-skala scoreark.....	28
Resumé af fidelity review.....	29

Indledning

Formål

Denne rapport omhandler det andet fidelity-review af Collabri-modellen i Region hovedstaden. Første fidelity-review blev gennemført i efteråret 2015, hvor der blev fundet en god Collabri fidelity (86 point ud af 105 mulige).

Formålet med evalueringen er at vurdere kvaliteten af implementeringen af Collabri-modellen, som den er beskrevet i fidelity-skalaen (2015) med henblik på at give forskningsledelsen, projektledelsen og teamledelsen på de psykiatriske centre input til det videre arbejde med modellen.

Collabri-modellen blev implementeret i Region Hovedstaden i slut november 2014. Dette fidelity-review evaluerer Collabri-praksis fra sidste review i september 2015 og frem til august 2016. Collabri fidelity-skalaen er udviklet i foråret 2015 og det er anden gang skalaen anvendes.

Collabri-teamet og samarbejdspartnere

Collabri er en dansk model for collaborative care. Collaborative care er en shared care intervention, hvis formål er at optimere behandlingen af patienter med angst og/eller depression i almen praksis. I Collabri er der ansat syv care managers; to er tilknyttet Psykiatrisk Center Nordsjælland (PCN), to Psykiatrisk Center Frederiksberg (PCF) og tre Psykiatrisk Center København (PCK). Der har frem til sommeren 2016 været tilknyttet to psykiatere – en på fuld tid og en på deltid. Psykiateren på fuld tid er stoppet og psykiateren på deltid er pr. 1. juli fuld tid i projektet og varetager således alle de lægefaglige opgaver i projektet.

Der er således aktuelt ½ vakant stilling i projektet. Hver care manager er tilknyttet tre til fem almene praksisser (ydernumre), og de patienter som praksisserne inkluderer i Collabri.

Collabri-teamet samarbejder med i alt med 23 almene praksisser i Region Hovedstaden. Dertil samarbejder Collabri-teamet med frivilligcentre og sundhedscentre i Region Hovedstaden om brug af lokaler til en-til-en samtaler.

Metode

De to reviewere Mette Nørgaard Nielsen og Bea Ebersbach besøgte Collabri-organisationen i ugerne 33-35 i 2016. Her foretog de individuelle interview med den nuværende psykiater og fokusgruppeinterviews separat med care managers. Dertil lavede reviewerne fokusgruppeinterview med syv patienter. Reviewerne foretog også interviews med afsnitsledere fra PCF og PCK samt telefonisk interview med afsnitslederen fra PCN. Begge reviewere observerede gruppesupervision af care managers samt to supervisioner af de praktiserende læger. Dertil observerede reviewerne et møde mellem en care manager og en praktiserende læge.

Reviewerne gennemgik skriftlig dokumentation, herunder care managerenes individuelle Outlook kalendere, care managerenes og psykiaternes registreringsark samt drifts- og forskningsregistreringsark.

Efter endt besøg i Collabri-organisationen blev reviewerne enige om scores for alle 21 kriterier i fidelity skalaen (2015). Fidelity-skalaen (2015) er inddelt i tre sektioner; Organisation, personale og behandlingstilbud. Hver sektion indeholder syv kriterier. Hvert kriterie vurderes ved en score fra 1 til 5,

hvor 5 er optimal implementering og 1 er meget ringe implementering, og scores fra 2 til 4 angiver stigende grad af implementering.

Generelle observationer

Da reviewerne besøgte projektet bar det på mange måder præg af, at der på review-tidspunktet i august 2016 ikke inkluderes det samme antal patienter som tidligere, og at der er nogen usikkerhed omkring den fremtidige organisering på baggrund af den mulige ændring af modellen, som man afventer politisk stillingtagen til.

Care managers har færre patienter end tidligere, og der er således ikke behov for lige så hyppige møder med de praktiserende læger, og der er mindre behov fra lægernes side for sparring med psykiaterne.

Dette kan ikke undgå at påvirke fidelity-scoren, eksempelvis med hensyn til punktet "Organisation: kriterium 4" omkring hyppighed af møder mellem læger og care managers.

Desuden begrænser forhold ved forskningen (grænser for antal patienter man kan henvise med depressionsdiagnose) flowet af patienter, da nogle læger ikke kan henvise patienter med depression, men kun patienter med angst. Desuden fremkom der flere tegn på, at det for lægerne er sværere at identificere angstpatienter end depressionspatienter.

Derudover oplever reviewerne, som ved sidste review, et velfungerende og velstruktureret Collabri-team, der er kompetente, engagerede og glade for at arbejde med modellen. Også de samarbejdende læger er glade for at deltage i projektet og oplever at få meget ny faglig viden.

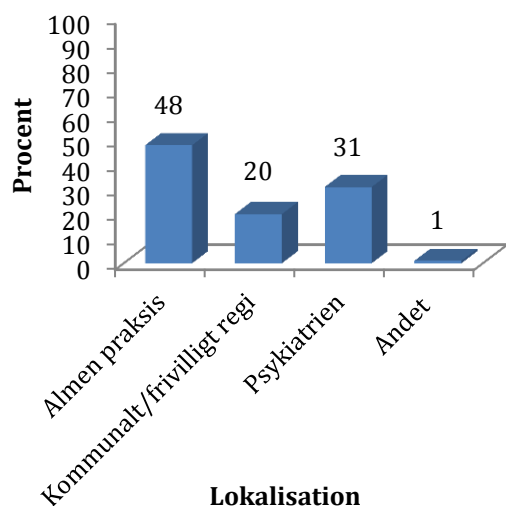
Collabri Fidelity Score

Organisation

Kriterium 1: Lokalisation af care manager ved konfrontationstid med patienten	Care manager mødes <u>altid</u> med patienten i almen praksis.	Score 2
--	--	----------------

Kommentarer

Figur 1. Lokalisation af care manager ved konfrontation med patienten



Ovenstående tabel viser, at care managerne mødes med patienterne 48 % af tiden i almen praksis, 20 % af tiden i kommunalt/frivilligt regi, 31 % af tiden i psykiatrien og 1 % af tiden andre steder. Tabellen bygger på data fra tre tilfældigt udvalgte uger (3, 15 og 25).

Tre care managers har alle eller de fleste samtaler i almen praksis, to har overvejende deres samtaler i psykiatrien og to har overvejende deres samtaler i kommunalt eller frivilligt regi.

Andelen af samtaler i almen praksis har ikke ændret sig siden sidste års fidelity, selvom det blev anbefalet, at der skulle gøres en indsats for at forbedre samarbejdet gennem øget tilstedeværelse i almen praksis.

Care managers lokalisation ved konfrontation med patienterne er afhængig af den almene praksis, de er tilknyttet. I de fleste praksisser er der ikke lokaler til rådighed. Nogle lægers lokaler kan også være dårligt egnede til samtaler på grund af støjgener.

Det er reviewernes indtryk fra fokusgruppeinterviewet med patienterne, at det i nogle tilfælde typisk er care managers, der bestemmer, hvor og hvornår møderne foregår, mens andre er mere fleksible i forhold til patienternes ønsker om tid og sted.

Care managers ville foretrække at sidde hos lægerne. Nogle care managers bruger en stor del af deres arbejdstid på transport.

Care managers oplever at samarbejdet er bedre hos de læger, hvor de kommer hver uge. Nogle steder føler de sig ligefrem som kollegaer til personalet i praksisserne.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Overvej at gøre en ekstra indsats for have mere konfrontationstid med patienterne i almen praksis, gerne hvor lægen også er til stede i praksis.

Kriterium 2: Collabri-teamet	Collabri-teamet består af minimum 2 fuldtidsansatte care managers og en deltids psykiater. Care manager får individuel supervision efter behov og ugentlig gruppesupervision af det superviserende team evt. ved telekonference. Gruppesupervision er af minimum 1 times varighed. Hver anden uge omhandler gruppesupervision udelukkende kognitiv adfærdsterapi(KAT). Ved gruppesupervision omhandlende kognitiv adfærdsterapi er supervisor er den psykiater/psykolog som scorer højest i <i>Personale</i> kriterium 6. Care manager dækker hinandens case load, når det er nødvendigt.	Score: 5
-------------------------------------	---	-----------------

Kommentarer

Collabri-teamet består af syv fuldtidsansatte care managers og en fuldtidsansat psykiater (som tidligere beskrevet frem til sommeren 2016 en psykiater på fuld tid og en på deltid). En care manager er stoppet siden sidste review. Derudover har der ikke været udskiftning i teamet. Teamet giver udtryk for et godt kollegialt samarbejde. Care managers arbejder meget selvstændigt, og det kan til tider være en udfordring ikke at have kollegaer, som man omgås dagligt.

Teamet mødes fast hver uge. I lige uger er der teammøde med fokus på praktiske ting samt fælles konference med case-gennemgang og sparring med teamlederen/psykiateren samt efterfølgende supervision ved ekstern supervisor. I ulige uger er der en længere fælles konference.

Ved konferencerne drøftes differentialdiagnostik, viderehenvielse, pårørendeinddragelse og der udveksles "solstrålehistorier" om vellykkede forløb.

Psykiateren laver individuel supervision af care managers i et fast rul i forlængelse af care managers' fællesmøder. Psykiateren er desuden til rådighed for sparring og individuel supervision efter behov.

Den eksterne supervisor er autoriseret psykolog med specialistgodkendelse i kognitiv adfærdsterapi og i gang med en supervisoruddannelse. Således er anbefalingen fra sidste review blevet fulgt og implementeret med succes. Care managers udtrykker stor tilfredshed med denne nye type supervision, som de oplever som meget kvalificerende i forhold til at blive endnu bedre til metoden og at have større fleksibilitet som behandlere. Der er i supervisionen fokus på selve KAT-metoden og nye vinkler man kan anskue problematikkerne fra og nye metoder, man kan anvende.

Ved interview med patienter er der eksempler på, at care managers dækker hinandens caseload og at patienterne således har haft samtaler med en anden end deres faste care manager, når denne holder ferie. Patienterne angiver dog, at de foretrækker at have en pause i forløbet. Care managers fortæller, at de giver patienterne tilbuddet om samtaler med en anden care manager i deres ferie, men at mange takker nej til tilbuddet. Det er primært de patienter, der har sværere depressioner, som care managers mener, har brug for samtaler med en vikar i deres fravær.

Anbefalinger

- Fortsæt det gode samarbejde med den eksterne psykolog som supervisor
- Fortsæt med at tilbyde patienter samtaler med anden care manager under ferie.

Kriterium 3: Samarbejde mellem praktiserende læge, care manager og psykiater	Den praktiserende læge bevarer behandlingsansvaret med care manager som støtteperson og psykiater som ekspert. Alle fem nøglekriterier for samarbejde mellem den praktiserende læge, care manager og psykiater er til stede: 1) Diagnosticering varetages af lægen og om nødvendigt med relevant inddragelse af psykiater, 2) Der eksisterer en klar aftale mellem læge og care manager om hvordan patienter indplaceres på behandlingstrin, 3) Ændring af behandlingstilbud varetages af læge og om nødvendig med relevant inddragelse af psykiater, 4) Henvielse af patient til ekstern psykiater/behandlingspsykiatrien/Psykologordningen varetages af læge med relevant inddragelse af psykiater og 5) Når det er relevant har care manager og kommunale sagsbehandlere kontakt, med henblik på at drøfte fælles patienter/klienter.	Score 4
---	--	----------------

Kommentarer:

Det er reviewernes indtryk, at der ikke er sket væsentlige ændringer på dette område siden sidste review. Samarbejdet mellem care managers, praktiserende læger og psykiater(ne) fungerer tilfredsstillende.

Lægerne fortæller, at de lærer meget om angst, depression og psykiatri generelt gennem deltagelse i projektet og gennem samarbejdet med care managers. De oplever at care managers kan bidrage med megen god viden. En care manager har eksempelvis undervist klinikken om projektet og behandlingen. Care managers fortæller, at lægerne med tiden er blevet mere skarpe i forhold til at henvise patienter og "fange" patienter med angst og depression og at de har et bedre indblik i overlappet i symptomer mellem somatiske lidelser og angst/depression. En læge efterspørger at projektet tilbød videreuddannelseskurser for lægerne, således at de kunne udvikle deres evne til at identificere angst og depression hos patienterne og øge deres viden om det psykiatriske område generelt.

Sammenlignet med sidste review er det reviewernes indtryk, at samarbejdet mellem care managers og praktiserende læger er blevet bedre. I starten af projektet blev der brugt meget energi på at få samarbejdet etableret.

Sammenlignet med sidste review er det indtrykket, at der er mere samarbejde mellem læger og psykiater i forhold til viderehenvielse. Psykiaterne har vejledt omkring hvordan man formulerer henvisninger mere målrettet samt om psykiatrien generelt. Den nuværende fuldtidsansatte psykiater gør meget ud af at være til rådighed telefonisk for lægerne i forhold til sparring.

Reviewerne får indtryk af, at care managers har det primære ansvar for patienternes forløb, og at den praktiserende læge ikke i særlig høj grad er involveret i ændring af behandlingstilbud (step up). Det drøftes på møderne, men det er care managers, der tager beslutningen. Lægerne har stor tiltro til care managers specialiserede viden og overlader derfor meget ansvar til dem, også i forbindelse med step up af behandling. En af de interviewede læger fortæller, at det altid er care manageren, der lægger behandlingsplanen, og at han selv får en mere perifer rolle i forhold til patientens behandling. Derfor gives der ikke point for punkt 3. Det er dog ikke reviewernes indtryk, at dette udgør et problem i forhold til kvaliteten af behandlingen.

Der er enkelte eksempler på kontakt med kommunale sagsbehandlere, men det står ikke klart for reviewerne, hvor stort behovet er for dette, da der ikke foreligger data på, hvor mange af de tilknyttede patienter, der har kommunale sagsbehandlere tilknyttet.

Anbefalinger

- De praktiserende læger, care managers og psykiaterne fortsætter det gode samarbejde.
- Overvej at gøre det mere klart over for lægerne at behandlingsansvaret fortsat er hos den praktiserende læge og at gøre mere ud af at inddrage lægerne i beslutninger i forbindelse med behandlingen, særligt step-up.
- Overvej at etablere videreuddannelseskurser for lægerne
- Husk at tilbyde patienter kontakt til deres eventuelle sagsbehandlere.

Kriterium 4: Møde mellem care manager og praktiserende læge	Den praktiserende læge og tilknyttet care manager mødes ugentligt med henblik på at drøfte fælles patienter.	Score 4
--	--	----------------

Kommentarer

Care managers giver udtryk for, at de stræber efter at mødes hver uge, men at det for nogle lægers vedkommende ikke kan lade sig gøre. Desuden er behovet også forskelligt, da nogle læger kun har ganske få patienter tilknyttet projektet, hvorfor det giver bedre mening af mødes mindre hyppigt. Hyppigheden af møder varierer mellem hver uge og op til en gang månedligt.

Ved en gennemgang af care managers kalendere for januar til marts 2016 blev det opgjort, hvor mange møder der har været med hver enkelt læge/lægehus og opgjort en score (1-5) for hver læge. Den gennemsnitlige mødehyppighed er 8 møder på 3 måneder (ferie fra regnet). Den gennemsnitlige score for lægerne mht. dette punkt er 4 point. Over halvdelen af lægerne scorer dog til 5 point, men gennemsnittet trækkes ned af få læger med meget sporadiske møder.

Nogle care managers har faste ugentlige aftaler med lægen, mens andre aftaler møderne ad hoc.

De interviewede læger udtrykte stor tilfredshed med møderne med care managers, særligt fordi de selv oplever at lære noget af møderne og forløbene. De er glade for at få tilbagemeldinger om, hvilke metoder, der virker for patienterne og at få tilbagemeldinger om overvejelser i forhold til psykopatologi og differentialdiagnostik og status ved endt behandling, hvilket de mangler når de henviser til psykologforløb via sygesikringen.

Patienterne fortæller ved interview, at de har en fornemmelse af, at care manager og læge samarbejder om deres behandling.

Anbefalinger

- Fortsæt det gode samarbejde mellem læger og care managers.
- Overvej at lave faste aftaler med alle læger frem for at aftale møder ad hoc.
- Overvej at lave faste aftaler hver 2. eller 3. uge med læger med få tilknyttede patienter.

Kriterium 5: Supervision af den praktiserende læge	Praktiserende læge superviseres af psykiater ved månedlig gruppesupervision, individuel supervision ad hoc og der gives mulighed for second opinion. Second opinion ydes af den tilknyttede psykiater ved et personligt møde med patienten.	Score: 4
---	---	-----------------

Kommentarer

Psykiaterne tilbyder de praktiserende læger supervision. Man stræber efter at mødes hver måned, men hyppigheden kan variere. Fremmødet varierer også på grund af travlhed hos lægerne. Det ses i psykiaternes registreringsark, at nogle læger deltager ved hver gruppesupervision, mens andre deltager mindre hyppigt og nogen læger deltager aldrig i supervision.

Psykiateren, der superviserer i Nordsjælland, har haft udfordringer med at samle lægerne til gruppesupervision, og tilbyder i stedet supervision i praksis. Dette blev anbefalet ved sidste review og er blevet implementeret med succes. Dette er fordelagtigt, da det hermed sikres at lægerne får sparring. Dog er det mere ønskværdigt at samle lægerne i supervisionsgrupper, da lægerne her har større mulighed for erfaringsudvekslinger med deres kolleger.

Psykiaternes samarbejde med lægerne består i høj grad af relationsarbejde og det er hensigtsmæssigt, at de gør meget ud af at stå til rådighed for lægerne på telefon. Således gøres der meget ud af tilbuddet om individuel supervision ad hoc.

I supervisionen drøftes tilknyttede patienter, hvordan man kan identificere patienter med angst og der gives sparring på temaer relateret til psykiatri generelt, særligt viderehenvisninger til forløb i psykiatrien.

En anbefaling fra sidste review var at reklamere for tilbuddet om second opinion. Der foreligger eksempler på at der er givet second opinion, men det er ikke reviewernes indtryk, at det er et tilbud, der gives ofte. En læge, der havde en psykiater ude til en second opinion-samtale med en patient, deltog også i samtalen og oplevede at få meget ud af at observere, hvordan psykiateren udsurgte patienten i forhold til at blive skarpere på udredning og differentialdiagnostik.

Der gives således point efter, i hvor høj grad supervision tilbydes, og ikke efter om lægerne deltager. På dette område er der plads til forbedring, og en tættere sparring mellem psykiater og læger ville kunne gavne projektet.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Fremadrettet skal psykiaterne kontinuertlig tilbyde de praktiserende læger mulighed for second opinion ved personligt møde med patienten, således at lægerne finder ud af, at det er et tilgængeligt tilbud.
- Som ved sidste review: Der skal iværksættes en indsatsstrategi for at alle praktiserende læger deltager i månedlig gruppesupervision. Psykiaterne, afdelingslederne og projektledelsen bør overveje i fællesskab at identificere en sådan strategi.
- Psykiateren fortsætter det gode arbejde med at tilbyde supervision i praksis, hvor det ikke er muligt at engagere lægerne i gruppesupervision

Kriterium 6: Collabri-teamets ledelse og forankring	Collabri-teamet er ledelsesmæssigt forankret på et psykiatrisk center/afdeling og refererer til en teamleder internt i teamet (dette kan være en psykiater, psykolog eller care manager). Teamlederen refererer til en leder på minimum afsnitsniveau. Teamet føler sig tilknyttet til det psykiatriske center/afdeling hvor det er ledelsesmæssigt forankret. Teamet har mulighed for at deltage i organisationens kurser på lige fod med andre medarbejdere. Dertil deltager teamet i afsnittets undervisning ligeledes på lige fod med andre medarbejdere.	Score: 3
--	---	-----------------

Kommentarer

På dette område er der ikke sket væsentlige ændringer siden sidste review, hvorfor der gives den samme score. Organiseringen på dette område er ikke optimal i forhold til hvad modellen foreskriver.

Care managers oplever at trives godt internt i teamet og ikke have behov for tilknytning til de psykiatriske centre i det daglige arbejde. De oplever at være et appendix til psykiatrien eller at være placeret et sted midt i mellem den primære sektor og psykiatrien. Kendskabet til psykiatrien fra tidligere ansættelser er dog en fordel, når der eksempelvis er behov for at følge patienter i skadestuen.

Afdelingslederne har kun en minimal og udelukkende administrativ tilknytning til care managers og tilknytningen til de psykiatriske centre er kun af praktisk karakter. Afdelingslederen på PCN har frem til ændringen mht. psykiaterne deltaget i månedlige møder med care managers og psykiater, hvilket har fungeret godt. Afdelingslederen på PCF ønsker sig en bedre forankring i centret og et bedre fagligt miljø for care managers gennem sparring med den psykoterapeutiske enhed på centret, der arbejder med de samme lidelser, som behandles i Collabri.

Care managers modtager fællesmails fra de centre de er tilknyttet, men har ikke kontakt med det øvrige personale i centrene.

Care managers udtrykker at det i visse situationer er uklart, hvilke ledelsesopgaver, der tilfalder hvem, eksempelvis i forbindelse med deres ansættelsesforhold eller i de tilfælde, hvor der har været patientklager. Kommunikationsvejene kan være uklare.

Anbefalinger

- Der skal laves en plan for at skabe en bedre forankring fremadrettet af Collabri-teamet i de psykiatriske centre. Dette kunne eksempelvis være gennem et fælles forum for sparring med de psykoterapeutiske enheder på centrene.
- Overvej af lave en afklaring af ledelsesansvar i forhold til care managers

Kriterium 7: Tværfaglig journalføring	Care manager har læse- og skriveadgang til den praktiserende læges patientjournal, og noterer patientens Collabri behandlingsplan, forløbsnotater, afslutningsnotat mv. i den praktiserende læges patientjournalen.	Score: 2
--	---	-----------------

Kommentarer

På dette område er der ikke sket ændringer siden sidste review. Care managers har ikke læse- og skriveadgang i lægernes journaler, men skriver i OPUS og sender notater til lægerne via Edifact.

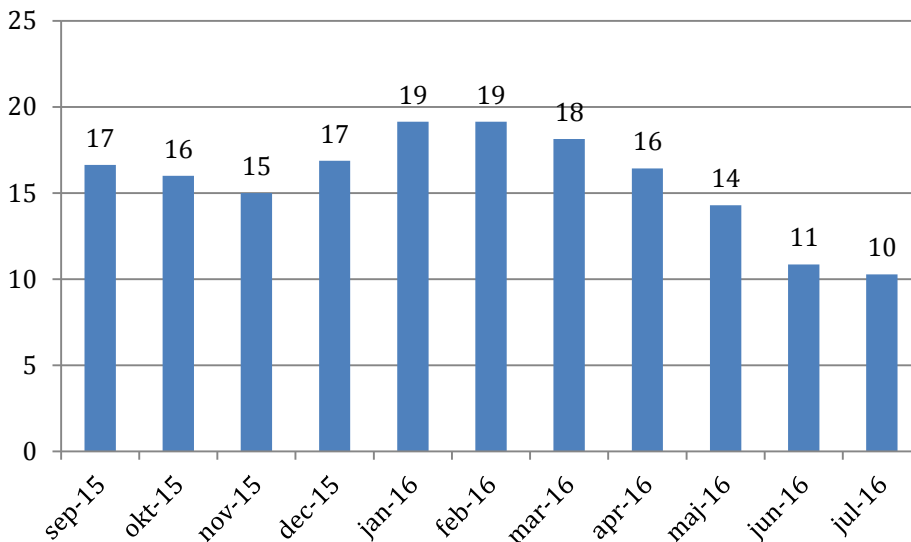
Anbefalinger

- Care managers fortsætter med at udveksle oplysninger skriftligt med de praktiserende læger.
- Som ved sidste review: Fremadrettet skal der arbejdes på en løsning til tværfaglig journalføring – således at care manageren har læse og skriveadgang til den praktiserende læges patientjournal.

Personale

Kriterium 1:Case load	Det er individuelt, hvor mange patienter care manager har. Det maksimale antal patienter for en care manager på fuld tid er 25	Score: 5
------------------------------	--	-----------------

Figur 2 Gennemsnitligt case load



Kommentarer

Ved gennemgang af dokumentation samt ved selvrapportering fremgår det, at caseload generelt er under 25 patienter per care manager.

Case managers caseload har i perioden september 2015 til juli 2016 varieret mellem 6 og 28 patienter. I langt de fleste tilfælde er caseload under 25. To care managers har i hhv. 1 og 3 ud af de 11 måneder haft et caseload på over 25. Gennemsnittet for alle care managers i hele perioden er 16 patienter, hvilket er 1 mindre end ved sidste review. Dette kan forklares med, at caseload er faldet betydeligt hen over sommeren 2016.

Anbefalinger

- Vær opmærksom på at sikre at caseload ikke bliver højere end 25.
- Som ved sidste review: Fortsæt med at monitorere case load, for på den måde at sikre at care managers case load hæves til gennemsnitlig over 20 patienter ad gangen for at sikre at care managers ressourcer udnyttes bedst muligt.

Kriterium 2: Care managers faglige kompetencer	Care manager er en sundhedsprofessionel fagperson med en mellemlang videregående uddannelse. Care manager har minimum 3 års klinisk erfaring med psykiatriske patienter eller er autoriseret psykolog, og dertil har care manager minimum en 1 årig kognitiv uddannelse.	Score 5
---	--	----------------

Kommentarer

Der er ikke ansat nye care managers siden sidste review. En care manager er stoppet.

Alle syv care managers er sundhedsprofessionelle fagpersoner med en mellemlang videregående uddannelse, har minimum tre års erfaring med psykiatriske patienter og minimum en etårig kognitiv uddannelse. For én af de syv care managers er det første ansættelse i psykiatrien. Hun har førhen været ansat som sundhedsplejer, men har derigennem mange års erfaring med forældre med lettere psykiske lidelser. Dokumentation for dette kriterium er indhentet via care managers P-sager.

Care managers faglige kompetencer er således de samme eller bedre end ved sidste review, hvorfor scoren fortsat er 5.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Fremadrettet skal det sikres at nyansatte care managers rekrutteres ud fra samme kriterier.

Kriterium 3: Behandlingsgeneralist	Hver care manager deltager i alle elementer af behandlingstilbuddet, herunder: diagnosticering og indplacering på behandlingstrin, monitorering og revurdering ifølge modelbeskrivelsen, psykoedukation, KAT samt patientinddragelse og pårørende inddragelse.	Score: 5
--	--	-----------------

Kommentarer

Reviewerne fik, ligesom ved sidste review, et indtryk fra alle kilder af, at care managerne i høj grad er behandlingsgeneralister og deltager i alle elementer af behandlingstilbuddet, herunder diagnosticering og indplacering på behandlingstrin, monitorering og revurdering ifølge modelbeskrivelsen, psykoedukation, KAT samt patientinddragelse og pårørendeinddragelse.

Yderligere viser care managers registreringsark, at de for alle patienter har selv eller i samarbejde med lægen har lavet behandlingsplanen.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Alle care managers fortsætter det gode arbejde som behandlingsgeneralist ifølge Collabri-modellen.

Kriterium 4: Care manager arbejdstid	Care manager anvender minimum 65 % af deres arbejdstid på patient konfrontation og den resterende del af tiden benyttes på supervision (team-, gruppe- og 1-1 supervision) samt administrativt arbejde og transport	Score 2
---	---	----------------

Kommentarer

Konfrontation defineres som det personlige møde mellem care manager og patient. Nogle care managers har sessioner på 45 minutter, mens andre har sessioner på 60 minutter.

Det fremgår af interviews med patienterne, at nogle foretrækker at mødes hver anden uge ellers sjældnere. Care managers fortæller, at de i starten af forløbene forsøger at afholde samtaler hver uge, men at de senere i forløbet på grund af patienternes ønske bliver mindre hyppige. Nogle care managers kommunikerer også med nogle patienter via sms mellem samtalerne, hvilket patienterne sætter stor pris på. Eksempelvis fik en patient en sms fra sin care manager, da hun skulle til en eksamen, som hun havde frygtet.

Care managers' øvrige arbejdstid anvendes på forberedelse til disse møder, de ugentlige møder mellem care manager og læger, supervision, administrativt arbejde og transport.

Hvis care managers havde fuldt caseload (25 patienter) og så alle patienter hver uge, ville konfrontationstiden udgøre mellem 54 % (45 minutters sessioner) og 72 % (60 minutters sessioner) af arbejdstiden.

Med det for perioden gennemsnitlige caseload på 16 patienter, ville man forvente at andelen lå mellem 34 % (45 minutters sessioner) og 46 % (60 minutters sessioner).

Tre uger er tilfældigt udvalgt til at belyse dette kriterium – uge 3, 11 og 25 i år 2016. Analyser af care managers egne oplysninger om deres konfrontationstid i disse uger viser, at care managers anvender mellem 17 % og 36 % af deres arbejdstid på konfrontation med patienter

Gennemsnittet for disse tre uger er 27 %, hvilket er lidt lavere end ved sidste review, hvor det var 35 %.

Care managers havde stort set afbud fra patienter hver uge i stikprøve-ugerne, typisk 1 til 2 afbud. En care manager havde hele 6 afbud på en uge. Hvis man justerer for afbud, ligger andelen mellem 20 % og 38 %, med et gennemsnit på 30 %.

Dette item kan derfor ikke scores højere end 2. Reviewerne bemærker dog, at det er vanskeligt at score højere, når det gennemsnitlige caseload er så meget lavere end 25 patienter, og når patienterne selv ønsker mindre hyppige sessioner.

Anbefalinger

- Overvej at forsøge at motivere patienterne for at mødes med deres care manager hver uge, frem for hver anden, også for at sikre bedre kontinuitet i forløbene.

Kriterium 5: Superviserende behandlers <u>kliniske</u> kompetencer	Supervisor skal være speciallæge i psykiatri og have følgende kliniske kompetencer: diagnosticering, medicinsk behandling og komplicerede somatiske/parakliniske forhold	Score: 5
--	--	-----------------

Kommentarer

Begge psykiatere er speciallæger i psykiatri.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Fremadrettet skal det sikres at nyansatte psykiatere rekrutteres ud fra dette kriteriums krav.

Kriterium 6: Superviserende behandlers <u>kognitive</u> kompetencer	De superviserende behandlere skal have følgende kompetencer indenfor kognitiv adfærdsterapi: <u>Psykiater</u> : Specialistgodkendelse indenfor kognitiv adfærdsterapi og gennemført kognitiv supervisoruddannelse/i gang med kognitiv supervisoruddannelse. Hvis psykiater er i gang med kognitiv supervisoruddannelse og mangler supervision på supervision (50 sessioner á 45 min.), skal dette gennemføres indenfor det første halve år af ansættelsen. <u>Autoriseret psykolog</u> : Specialistgodkendelse indenfor kognitiv adfærdsterapi og gennemført kognitiv supervisoruddannelse/i gang med kognitiv supervisoruddannelse. Hvis psykolog er i gang med kognitiv supervisoruddannelse og mangler supervision på supervision (30 timer), skal dette gennemføres indenfor det første halve år af ansættelsen.	Score: 4
---	--	-----------------

Kommentarer

En anbefaling fra sidste review var at få en ekstern supervisor med specialist- og supervisor godkendelse inden for kognitiv adfærdsterapi. Denne anbefaling er blevet fulgt, således at der er ansat en ekstern psykolog, der er autoriseret, godkendt specialist i kognitiv adfærdsterapi og som er halvvejs i supervisoruddannelsen i kognitiv adfærdsterapi. Dette item rates derfor på baggrund af denne supervisors formelle kompetencer inden for kognitiv adfærdsterapi.

Care managers giver, som tidligere beskrevet, udtryk for stor tilfredshed med den nye supervisor.

Anbefalinger

- Fortsæt det gode samarbejde med den eksterne supervisor.

Kriterium 7: Psykiaters arbejdstid	Psykiater arbejder med Collabri behandlingstilbud minimum 18,5 timer om ugen (deltidsansat)	Score: 5
---	---	-----------------

Kommentarer

Frem til sommeren 2016 var der en fuldtidsansat psykiater og en deltidsansat psykiater (mere end 18,5 timer). Herefter er der en fuldtidsansat psykiater.

En anbefaling fra sidste review var at man kunne gøre det til et krav, at psykiateren ikke var fuldtidsansat, men også havde klinisk arbejde i psykiatrien, da det kunne have positiv indflydelse på psykiaterens arbejde og arbejdsglæde hvis denne fortsat havde patientkontakt. Denne anbefaling har det således ikke været muligt at følge med den nye organisering.

Anbefalinger

- Det skal sikres, at psykiateren ikke pålægges andre opgaver, der udgør mere end halvdelen af dennes arbejdstid.

Behandlingstilbud

Kriterium 1: Stepped care princippet	Collabri-teamet anvender stepped care princippet og patienten indplaceres ud fra "mindste middels princippet". Revurdering sker minimum én gang per måned og monitorering minimum to gange per måned. Patienten steppes op med udgangspunkt i revurdering og ved inddragelse af praktiserende læge.	Score: 5
---	---	-----------------

Kommentarer

Reviewerne får ved observation af supervision, ved interview med care managerne samt ved gennemgang af care managers' dokumentation indtryk af, at care managerne fortsat i høj grad anvender stepped care princippet og laver revurdering og monitorering som foreskrevet. Patienterne fortæller ved interview, at de ofte udfylder skemaer, og at det er rart for dem, da det giver et konkret billede på de fremskridt, de gør. Psykiateren bliver inddraget i tvivlstilfælde, hvilket blev anbefalet ved sidste review.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Care manager fortsætter det gode arbejde med at anvende stepped care princippet, indplacere patienterne ud fra "mindste middels princippet", revurderer patienterne min. en gang per måned og monitorerer dem min. to gange per måned.

Kriterium 2: Opsporing	Den praktiserende læge anvender <u>altid</u> et screeningsinstrument, uanset om det er ved mistanke om depression eller angst eller både depression og angst.	Score 3
-------------------------------	---	----------------

Kommentarer

For at belyse dette blev der udvalgt 1 tilfældig henvisning fra hver læge i interventionsgruppen, der er i opsporingsgruppen standard. Ved en gennemgang af disse sås det, at ud af 13 henvisninger, var der 3 hvor både MD og ASS var anvendt, 2 hvor MDI var anvendt, 4 hvor ASS var anvendt og 4 hvor der ikke var anvendt et screeningsinstrument (31 %).

I opsporingsgruppen casefinding, der altid skal benytte screeningsinstrumenter, er der 20 praksisser, hvoraf 13 har henvist patienter efter september 2015. Der blev tilfældigt udvalgt 1 henvisning fra hver af disse læger, og en gennemgang af disse viser, at der på 9 ud af de 13 henvisninger er brugt screeningsinstrument. Ved 1 henvisning er der anvendt MDI og ASS, ved 2 henvisninger er der anvendt MDI og ved 6 henvisninger er der anvendt ASS. På 4 henvisninger er der ikke anvendt et screeningsinstrument (31 %).

For at tjekke om dette billede er generelt, blev henvisningerne på de seneste 50 henviste patienter gennemgået. Her sås det, at der i 12 tilfælde ikke var anvendt et screeningsinstrument (24 %).

Det kan således konstateres at det lægerne ikke altid anvender et screeningsinstrument, men at de gør det i størstedelen af tilfældene. Derfor gives det ikke fuldt point ved dette item.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: De praktiserende læger fortsætter det gode arbejde med at anvende screenings instrumenter, uanset om det er ved mistanke om depression eller angst eller ved både depression og angst.
- De læger, der er i opsporingsgruppen casefinding skal indskærpes at bruge screeningsinstrumenter hver gang de henviser.
- Det kan eventuelt undersøges, om det er bestemte læger, der ikke rutinemæssigt anvender screeningsinstrumenter. Hvis dette er tilfældet skal de opfordres til at bruge dem.

Kriterium 3: Struktureret behandlingsvejledning - medicinsk behandling	For alle diagnoser forefindes og anvendes formaliserede behandlingsalgoritmer, som lever op til DSAM kliniske vejledninger og Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer. De formaliserede behandlingsalgoritmer anvendes over 80 % af tiden.	Score 5
---	---	----------------

Kommentarer

Reviewerne får indtrykket af, at der ikke er sket ændringer på dette område siden sidste review.

Det er dog ikke muligt at gennemgå patienternes medicinering med henblik på at afgøre hos hvor stor en andel af patienterne behandlingsalgoritmerne følges.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Overvej at lave en plan for hvor ofte det skal kontrolleres hvorvidt de formaliserede behandlings-algoritmer lever op til DSAM kliniske vejledninger og Sundhedsstyrelsens referenceprogrammer. Evt. skal de formaliserede behandlingsalgoritmer kontrolleres halvårligt/årligt. Overvej at identificere en ansvarlig person til opgaven.

Kriterium 4: Struktureret behandlingsvejledning - kognitiv behandling	Der findes og anvendes kognitiv adfærdsterapi (KAT) manualer for hver af de diagnoser som behandles i Collabri. Manualerne anvendes over 80 % af tiden	Score: 5
---	--	-----------------

Kommentarer

Der eksisterer diagnosespecifikke behandlingsmanualer, og care managers bruger dem altid. Ofte plukker de materiale ud fra forskellige manualer for bedst at ramme patienternes behov. Hvis der er både depression og angst til stede, anvendes depressionsmanualen først. Care managers synes at have fået manualerne så meget på rygraden, at de er i stand til at anvende dem fleksibelt, og at de giver udtryk for at den faste manualiserede tilgang har givet dem et fagligt løft.

Patienterne angiver, at de er glade for den faste dagsorden i samtalerne og for de forskellige øvelser og teknikker.

Indimellem bruger care managers andre metoder, når det er relevant for patienterne. Eksempelvis nævnes det, at en care manager har brugt materiale om "personlige rettigheder", som hun havde fra tidligere. Dette er dog også en almindelig brugt KAT-metode.

Care managers trækker i deres daglige arbejde også i høj grad på erfaringer fra tidligere, herunder også generelle sundhedsfaglige erfaringer.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Care managerne fortsætter det gode arbejde med at anvende projektets KAT manualer, og bruge elementer fra de forskellige manualer, når det skønnes behandlingsmæssigt relevant.
- Overvej at inkludere care managerne, hvis manualerne skal revideres, således at deres erfaringer med målgruppen kan komme i spil.

Kriterium 5: Struktureret behandlingsvejledning - hjælp til selvhjælp	Hjælp til selvhjælp introduceres i form af psykoedukativt skriftligt materiale og dertil tilbydes psykoedukation enten som selvstændig intervention i form af gruppekursus eller individuelt forløb ved care manager eller i forbindelse med kognitiv adfærdsterapi (KAT). På gruppekursus skabes et forum for peer support. Psykoedukation i form af selvstændig intervention (gruppekursus/individuel forløb) eller i forbindelse med KAT forefindes i manualiserede udgaver. Når det skønnes behandlingsmæssigt relevant, tilbydes patienten valget mellem psykoedukation i form af gruppekursus eller individuelt forløb ved care manager. Hvis patienten tilbydes KAT er psykoedukation en integreret del af KAT.	Score: 4
---	--	-----------------

Kommentarer

Ved interview med patienter angiver alle at have fået udleveret psykoedukationsbogen. I care managers registreringsark ses det at stort set samtlige patienter har fået udleveret psykoedukationsbogen og sygdomsspecifik informationsfolder.

Ved interviews med care managers og patienter og ved observation af care managers supervision og møder får reviewerne indtryk af, at psykoedukation er en integreret del af behandlingen. Dette ses også ved gennemgang af behandlingsmanualerne.

På grund af for ringe tilslutning blev gruppekurset "Lær at tackle angst og depression" (LATAD) nedlagt i maj 2015, hvorfor der ikke kan gives point for dette punkt.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Care managerne fortsætter det gode arbejde med at integrere psykoedukation i KAT behandlingen.
- Overvej at genoptage gruppeforløbene og at udbyde disse på fleksible tider.

Kriterium 6: Patientinddragelse	Der findes skriftligt materiale omkring processerne for inddragelse af patienten. Inddragelse af patienten sker efter princippet om fælles beslutningstagning. Care manager er undervist i princippet om fælles beslutningstagning og modtager løbende supervision herpå. Patienten inddrages i planlægningen af behandlingen igennem hele behandlingsforløbet.	Score: 4
---	---	-----------------

Kommentarer

Care managers arbejder generelt med patientinddragelse. Care managers er undervist i princippet om fælles beslutningstagning, og dette blev drøftet i starten af projektet, men der er i supervisionen ikke længere specifikt fokus på dette, hvorfor der ikke gives point for dette punkt. Dog er fælles beslutningstagning en integreret del af KAT-metoden.

Patienterne fortæller at deres care manager altid har en plan for samtalen, men at de også kan tage andre emner op efter behov.

Anbefalinger

- Som ved sidste review: Care managers fortsætter det gode arbejde med patientinddragelse.

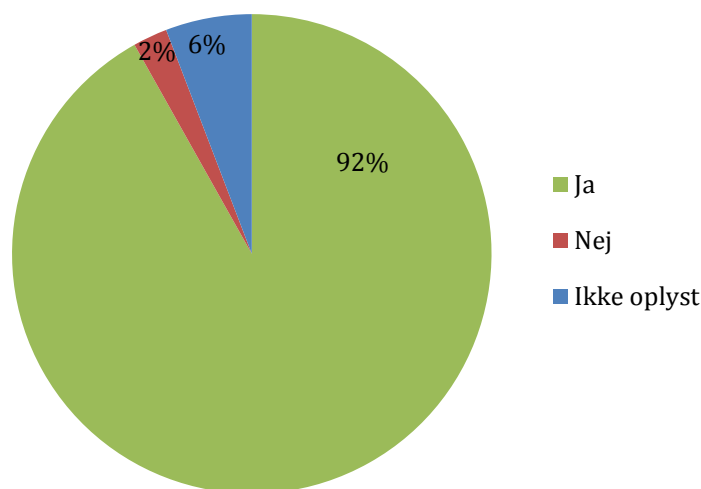
Kriterium 7: Pårørendeinddragelse	Der forefindes en skriftlig beskrivelse af hvorledes pårørende inddragelse finder sted. Care manager gør en aktiv indsats for at inddrage pårørende igennem hele behandlingsforløbet, når det skønnes relevant og er i overensstemmelse med patientens ønske. Care manager støtter patienten i at identificere pårørende og tage stilling til om de skal inddrages og tilbyder at de pårørende kan deltage ved minimum én samtale. Pårørende gives sygdomsspecifikt information og vejledning i form af skriftligt materiale (evt. erstattet af online materiale hvis patient og pårørende har adgang til internettet).	Score: 5
---	---	-----------------

Kommentarer

Care managers fortæller, at de altid præsenterer patienterne for tilbuddet om pårørendesamtaler i første session. Nogle takker nej til tilbuddet, men dem der tager imod tilbuddet er meget glade for det. Ved interview med patienter nævner to patienter, at de ikke mener at have fået tilbuddet.

Ved drøftelse af en case på konference ved psykiater blev pårørendeinddragelse også drøftet som en mulig strategi. Care managers fortæller, at nogle patienter har så sparsomt et netværk, at der ikke er nogen pårørende, de kunne inddrage i behandlingen.

Figur 3. Andel af patienter, der har fået tilbudt pårørendesamtale



Anbefalinger

- Care managers fortsætter det gode arbejde med først i behandlingsforløbet at tilbyde pårørende samtale
- Overvej at gøre det til en fast procedure, at gentage tilbuddet om pårørendeinddragelse midtvejs i forløbene for de patienter, der i første omgang afviste tilbuddet.
- Overvej at etablere psykoedukationsgruppe for pårørende.

Fidelity-skala scoreark

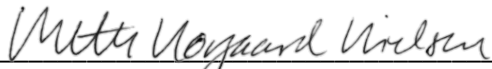
Collabri-teamet i Region Hovedstaden 10.10.2016

Nr.	Kriterie	Score
Organisation		
1	Lokalisation af care manager ved konfrontationstid med patienten	2
2	Collabri-teamet	5
3	Samarbejde mellem praktiserende læge, care manager og psykiater	4
4	Møde mellem care manager og praktiserende læge	4
5	Supervision af den praktiserende læge	4
6	Collabri-teamets ledelse og forankring	3
7	Tværfaglig journalføring	2
Personale		
1	Case load	5
2	Care managers faglige kompetencer	5
3	Behandlingsgeneralist	5
4	Care managers arbejdstid	2
5	Superviserende behandlers <u>kliniske</u> kompetencer	5
6	Superviserende behandlers <u>kognitive</u> kompetencer	4
7	Psykiaters arbejdstid	5
Behandlingstilbud		
1	Stepped care princippet	5
2	Opsporing	3
3	Struktureret behandlingsvejledning – medicinsk behandling	5
4	Struktureret behandlingsvejledning – hjælp til selvhjælp	5
5	Struktureret behandlingsvejledning – kognitiv behandling	4
6	Patientinddragelse	4
7	Pårørendeinddragelse	5
Total score		86

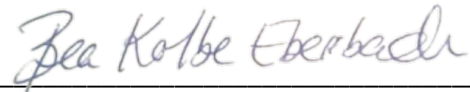
97 - 105 = Eksemplarisk Collabri fidelity
84 - 96 = God Collabri fidelity
62 - 83 = Nogenlunde Collabri fidelity
< 61 = Ikke Collabri

Resumé af fidelity-review

Dette fidelity-review blev udført for at evaluere implementeringen af Collabri-modellen i Region Hovedstaden. Den totale score svarer til en god Collabri trofasthed. Fidelity-reviewet er foretaget på baggrund af Collabri fidelity-skalaen (2015). En del anbefalinger fra sidste review er blevet fulgt, hvilket har forbedret trofastheden over for modellen. Samtidig har ydre omstændigheder gjort, at det ikke er muligt at score højt på visse kriterier.



Mette Nørgaard Nielsen, AC-medarbejder, Psykiatrisk Center København



Bea Ebersbach, chefkonsulent, Psykiatrisk Center København