

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Att. Center for Primær Sundhed
Holbergsgade 6
1057 København K



Dato 11-06-2012

Elisabeth Brix Westergaard

Tel. +45 7847 0306

Elisabeth.Westergaard@ps.rm.dk

1-30-74-25-12

Revideret ansøgning til satspuljen til styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis (shared care)

Projekt "Afprøvning af collaborative care-modellen i Region Midtjylland"

Side 1

Region Midtjylland søger hermed 21.300.000 kr. fra satspulje 2012 - 2015 til afprøvning af collaborative care-modellen – et samarbejdsprojekt til styrkelse af behandlingsindsatsen overfor patienter med let til moderat depression og angst.

Projektet, beskrevet i denne ansøgning, skal ses som Region Midtjyllands del af det samlede nationale projekt til afprøvning af collaborative care-modellen, som er den model for shared care, som der er international evidens for effektiviteten af¹.

Region Midtjylland vil med etablering af projektet indgå i den fælles nationale evaluering og effektmåling, som Region Hovedstaden skal stå for.

Baggrund

Gennem de sidste 10 år er det i en række rapporter fastslået, at mennesker med ikke-psykotiske lidelser ikke får tilstrækkelig behandling i Danmark².

Ifølge en rapport fra Dansk Psykiatrisk Selskab fra 2001 vil 700.000 - 800.000 mennesker i løbet af et år opfylde kriterierne for en veldefineret psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter. De hyppigst forekommende psykiske lidelser er angst, depression og lidelser, relateret til alkoholmisbrug.

¹ Eplow et. al. (2009): *Shared care for ikke-psykotiske sygdomme – anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse.*

² do.

En dansk auditundersøgelse fra 2004 viser, at mindst 500.000 mennesker hvert år henvender sig til egen læge med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Flere af disse får ikke en optimal behandling, blandt andet på grund af pres på de psykiatriske afdelinger og lange ventetider hos de privatpraktiserende psykiatere.

En medicinsk teknologivurdering fra 2006 konkluderer, at patienter med let til moderat affektiv lidelse ofte ikke får stillet den korrekte diagnose eller får den rette behandling i almenpraksis³. Undersøgelser viser endvidere, at en depression bliver sværere at behandle, jo længere tid den er ubehandlet. Således vil mere end 50 % kunne komme i fuld remission (recovery), hvis der behandles inden for 6 måneder, mens sandsynligheden falder til 16 %, hvis der går et år og til blot 1 %, hvis der går 5 år med ubehandlet depression.

Ifølge en undersøgelse af angstsygdomme fra Dansk Sygehus Institut fra 2007 konkluderes det, at der er et stort udækket behandlingsbehov, der skal afhjælpes. Undersøgelsen viser, at der er klare økonomiske fordele ved at investere i denne patientgruppe, som har et stort helbredelsespotentiale. Blandt andet sker der i disse år en stigning i antallet af personer, der får tilkendt førtidspension på grund af psykisk sygdom. Ca. 85 % af disse førtidspensioneringskendelser begrundes med ikke-psykotisk sygdom.

En systematisk litteraturgennemgang af et stort antal internationale randomiserede undersøgelser af shared care og depressions- og angstbehandling viser, at collaborative care-modellen er den mest effektive⁴.

Den nuværende organisering af shared care-samarbejder i Region Midtjylland

I tilknytning til flertallet af de psykiatriske afdelinger er der etableret mobilteams. Et mobilteam består af erfarne psykiatriske sygeplejersker, som - på baggrund af henvisninger fra almenpraksis eller psykiatrien - yder hurtig observation og behandling i eget hjem eller i ambulatoriet i den regionale psykiatri: første kontakt inden for 1 – 3 dage. Indsatsen skal ses som et alternativ til indlæggelse eller som støtte til hurtigere udskrivning. Hovedparten af patienterne er patienter med svære affektive lidelser, og en del af forløbene gennemføres i samarbejde med egen læge og med egen læge som behandlingsansvarlig. Indsatsen er intensiv og af kortere varighed (3 – 6 uger).

I en enkelt af afdelingerne bliver der som forsøg gennemført et shared care-projekt, hvor to sygeplejersker gennemfører vurderingssamtaler med patienter fra almenpraksis, og på den baggrund yder rådgivning til patientens praktiserende læge ift. den videre udredning og behandling. Både mobilteams og shared care-projektet har speciallægebackup.

Målgruppen for collaborative care-projektet

Målgruppen for collaborative care-projektet i Region Midtjylland er personer, der har en ikke-psykotisk lidelse, dvs. primært personer med depression og angst. Målgruppen kan omfatte personer med lette til svære lidelser. Potentialet i modellen er først og fremmest et bedre

³ Eplov et. al. (2009): *Shared care for ikke-psykotiske sygdomme – anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse.*

⁴ do.

behandlingstilbud til de patienter, som praksissektoren i dag har svært ved at sikre en kvalificeret behandling.

Overordnede principper for collaborative care-modellen

Collaborativ care-modellen består af følgende elementer, jf. det fælles opdrag fra Danske Regioner/Region Hovedstaden:

- En caremanager (f.eks. sygeplejerske) med psykiatrisk erfaring og ansættelse i psykiatrien, der sikrer en aktiv og kvalificeret opfølgning af patienter i almenpraksis.
- Undervisning og behandling af patienten.
- Brug af instrumenter til screening og opfølgning.
- Undervisning af og retningslinjer for praktiserende læge og caremanager.
- Supervision af caremanager og praktiserende læge ved speciallæge i psykiatri.

Collaborative care-modellen indeholder netop de elementer - shared care, supervision, konsulent- og rådgivningsordninger - som Sundhedsstyrelsen i sin "National strategi for psykiatrien" anbefaler, bør styrkes og udvikles for at optimere kapaciteten i psykiatrien.

Formålet med projektet i Region Midtjylland

Det overordnede formål med projektet er at sikre en opkvalificering af behandlingen for angst og depression tidligt i forløbet med henblik på at forebygge udvikling og kronificering af tilstanden og forebygge comorbiditet, hvilket skal medvirke til:

- mindre lidelse for den enkelte patient
- bedre livskvalitet og større muligheder for at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet/gennemføre uddannelse
- at forebygge, at patienterne får behov for behandling i den sekundære/specialiserede sundhedsvæsen
- at overføre viden fra det specialiserede sundhedsvæsen til primærsektoren
- at styrke samarbejdet mellem psykiatrien og almenpraksis

Et af de centrale mål med afprøvning af modellen er at sikre en hurtigere og mere kvalificeret behandlingen af mennesker med angst og depression i primærsektoren - herunder forebygge, at mennesker med ikke-psykotiske lidelser i så høj grad glider ud af arbejdsmarkedet og får tilkendt førtidspension.

Der vil i projektet være en særlig opmærksomhed på unge voksne, hvor en tidlig indsats med en mere kvalificeret og sammenhængende behandlingsindsats vil kunne forebygge langtidssygemeldinger og forhindre tabte uddannelses- og arbejdsmuligheder. Det er derfor planen, at projektet skal udvikles i to faser. En første fase, hvor collaborative care-modellen etableres i samarbejde med de involverede lægepraksis, og en anden fase med fokus på, hvordan man i collaborative care-modellen kan udvikle hensigtsmæssige modeller for samarbejdet med arbejdsmarkedsområdet.

Et andet særligt udviklingsområde for psykiatrien i Region Midtjylland er inddragelse af ny teknologi – såvel i behandlingen af den enkelte patient som i samarbejdet med f.eks. kommuner og almenpraksis. Brugen af ny teknologi skal derfor som en naturlig ting indtænkes i udviklingen af en collaborative care-model i Region Midtjylland.

Organisering af projektet

Region Midtjylland planlægger at afprøve modellen to steder - dels i Aarhus, dels i Viborg-Skive, og med to tredjedele af projektet i Aarhus og en tredjedel i Viborg-Skive.

Indenfor rammerne af budgettet planlægger Region Midtjylland at ansætte:

- 0,5 speciallæge i psykiatri, alternativt en læge i hoveduddannelse
- 6 caremanagers, f.eks. erfarne psykiatriske sygeplejersker
- 1,5 psykolog
- 0.3 sekretær

Oplægget til sammensætning af medarbejderne i projektet forudsætter, at det kan lykkes at rekruttere kvalificeret personale inden for de nævnte faggrupper; især kan det blive svært at rekruttere en psykiater til projektet. Alternativt kan det blive nødvendigt med frikøb i et mindre omfang af de psykiatere, som allerede er ansat i psykiatrien, ansættelse af en kvalificeret læge i hoveduddannelse eller alternativt køb af timer ved speciallægevikar. Manglen på speciallæger i psykiatri er et meget stort problem i Region Midtjylland.

Der planlægges med, at hver caremanager har et samarbejde med op til 10 almenpraktiserende læger. Hver caremanager forventes løbende at have et caseload på 25 – 30 patienter.

Der nedsættes en fælles styregruppe for projektet i Region Midtjylland bestående af repræsentanter både almenpraksis, psykiatrien og regionen. I 2. fase udvides styregruppen med repræsentanter fra arbejdsmarkedsområdet fra de kommuner, patienterne i projektet kommer fra.

Planlagte indsatser i collaborative care-modellen i Region Midtjylland

1. En caremanager (f.eks. sygeplejerske) med psykiatrisk erfaring og ansættelse i psykiatrien, der sikrer en aktiv og kvalificeret opfølgning af patienter i almen praksis.

Opgaver:

- Sikre et optimalt behandlingsforløb i samarbejde med den praktiserende læge og eventuelle pårørende, herunder medvirke til udarbejdelse af behandlingsplan
- Vurdering af den psykiske tilstand og behovet for intervention vha. fastlagte screeningsværktøjer
- Opfølgning på den medicinske behandling
- Selvmordsrisiko-vurdering
- Korterevarende samtaleforløb (kognitiv adfærdsterapi)
- Fælles konferencer med den praktiserende læge
- Hjælpe patienten med at udvikle mestringsstrategier til at klare hverdagen
- Tilbyde psykoedukation individuelt og i grupper
- Samarbejde med arbejdsmarkedsområdet/uddannelsesinstitution i det omfang, det er relevant ift. at sikre patientens arbejdsmarkeds-/uddannelsesstilknytning
- Formidling af kontakt til anden behandling eller støtte (misbrugscenter, hjemmepleje, familieafdeling mv.)

2. Psykoedukation

Tilbuddet om psykoedukation er et af projektets hjørneste, da psykoedukation er et helt centralt element ift. at forebygge sygdomstilbagefald.

Der er udarbejdet gruppebaserede psykoedukationsprogrammer for patienter med depression. Psykologerne i projektet skal - i samarbejde med klinikkerne for angst og OCD i Viborg og Aarhus - udarbejde psykoedukationsprogrammer til projektets patienter med angstlidelser i form af en light-udgave af de gruppeforløb, som angst- og OCD-patienter tilbydes i det specialiserede behandlingstilbud i klinikkerne for angst og OCD.

Psykoeduktionsforløb i grupper afvikles i samarbejde mellem psykolog og caremanager.

3. Undervisning af og retningslinjer for praktiserende læge og caremanager.
Caremanager er løbende bisidder ved den praktiserende læges konsultation, både når det drejer sig om fælles patienter og når den praktiserende læge har brug for en "second opinion" ift. egne patienter.

Undervisning af de praktiserende læger og caremanagers varetages af psykiater og psykolog, afhængig af indholdet. Undervisningen planlægges og afvikles i et tæt samarbejde mellem de to delprojekter i Region Midtjylland. Det forventes, at en del af undervisningen kan afvikles over video.

4. Supervision af caremanager og praktiserende læge ved speciallæge i psykiatri.
Caremanager bruger ½ - 1 dag pr. uge til supervision, fælles udvikling af projektet sammen med de øvrige medarbejdere i projektet og til afvikling af psykoedukationsgrupper.
Supervisionen af de praktiserende læger tilbydes ad hoc ift. konkrete patientforløb og i planlagte gruppeforløb. Supervisionen varetages af både psykiater, psykolog og sygeplejersker, afhængigt af tema for supervisionen og supervisors kvalifikationer

Sammenhæng mellem collaborative care-projektet i Regionspsykiatrien Viborg-Skive og det ansøgte satspuljeprosjekt SAVE: subakut visitationsenhed i Regionspsykiatrien Viborg-Skive.

Baggrunden for, at Region Midtjylland ønsker at etablere en subakut visitationsenhed er, at:

- Det er Region Midtjyllands mål at gøre psykiatrien lettere tilgængelig og sikre, at flere patienter skal få gavn af den psykiatrafaglige ekspertise i behandlingsforløbet.
- Det skal være lettere for de praktiserende læger at få adgang til rådgivning ift. konkrete patientforløb. Det kan både være rådgivning om, hvordan den praktiserende læge selv kan justere/tilrettelægge behandlingen eller hvordan den praktiserende læge kan justere behandlingen i en evt. ventetid som forberedelse til, at patienten bliver set i psykiatrien.
- Mange henvisninger til psykiatrien er af en sådan kvalitet, at det kan være svært at afgøre, om patienten tilhører psykiatriens målgruppe eller hvor syg patienten reelt er. Det betyder, at der er risiko for, at de forkerte patienter bliver afvist, eller at svært syge patienter kommer til at vente for længe.

Satspuljeprosjektet SAVE omfatter alle de henvisninger - uanset diagnose - som sendes til Regionspsykiatrien Viborg-Skive, hvilket vil sige fra alle praktiserende læger i Regionspsykiatrien Viborg-Skives optageområder. Der er 89 læger fordelt på 47 lægepraksis i Viborg og Skive kommuner. Målgruppen for SAVE er i princippet psykiatriens målgruppe og de patienter, hvor den almenpraktiserende læge har brug for en subakut vurdering.

Collaborative care-projektet omfatter ca. 20 almenpraktiserende læger fra 3 – 6 lægehuse i Viborg-Skives optageområde og omfatter principielt almenpraksis' målgruppe med diagnoserne depression og angst. Der vil være et vist overlap fra de konkrete lægepraksis, som deltager i collaborative care-projektet, men det kan håndteres ved, at patienter, der henvises fra collaborativ care-projektet til psykiatrien, ikke indkaldes til vurderingssamtale i SAVE, men går direkte videre til det konkrete behandlingstilbud i Klinik for Affektive lidelser og Klinik for Angst og OCD, eftersom patienterne allerede har været i et forløb med caremanager.

Overordnede succeskriterier

Region Midtjylland indgår i det fælles nationale evalueringsprojekt, som Region Hovedstaden står for.

Collabri Evalueringsdesign, udarbejdet af Region Hovedstaden, er vedlagt som bilag.

Region Midtjylland tilslutter sig de fælles nationale succeskriterier, som er følgende:

- Effekten af en dansk model af collaborative care ved angst og depression er undersøgt på højeste evidensniveau.
- De(n) bedst egnede organiseringsform(er) for collaborative care ved angst og depression i en dansk kontekst er fundet ved undersøgelse i alle deltagende regioner.
- Omkostningerne ved indførelse af collaborative care ved angst og depression er beregnet for alle deltagende regioner og på baggrund af tal fra Region Hovedstaden, hvor en cost-effectiveness analyse er gennemført.
- Patienttilfredshed og patienternes oplevelse af collaborative care ved angst og depression er undersøgt i alle deltagende regioner på sammenlignelig vis.
- Forskelle i patienttilfredshed og patienternes oplevelse af collaborative care og den almindelige behandling ved angst og depression er undersøgt i Region Hovedstaden.
- Der er opnået viden svarende til en Medicinsk Teknologivurdering for en dansk model af collaborative care ved angst og depression

Det betyder, at Region Midtjylland forpligtiger sig til at levere følgende i projektperioden:

- Beskrivelse inden udgangen af 2012 af collaborative care-modellen, herunder organisering, planlagte undervisningsaktiviteter og beskrivelse af, hvorledes supervisionen vil finde sted.
- Adgang til observationer af undervisningsaktiviteter og supervisioner i hele forsøgsperioden.
- Personaletid og lokaler til gennemførelse af interviews i forbindelse med delprojekt 2 og 4 i hele forsøgsperioden.
- Data til den sundhedsøkonomiske analyse på alle patienter med angst og depression, der modtager collaborative care.
- Totalomkostninger ved indsatsen, specificering af omkostningerne til indsatsen samt oplysninger om antal patienter, der har modtaget collaborative care.
- Data til spørgeskemaundersøgelse i delprojekt 4 på alle patienter med angst og depression, der modtager collaborative care.
- Økonomiske midler til evalueringen, jf. budgettet i ansøgningen fra Region Hovedstadens Psykiatri, svarende til 1 mio. kr. fra Region Midtjylland.

Region Midtjylland stiller med repræsentanter til styregruppen og den overordnede projektgruppe.

Udover de succeskriterier, som indgår i den nationale evaluerings- og effektmåling, er succeskriterierne for Region Midtjylland følgende:

- At 50 - 60 praktiserende læger indgår i samarbejdet omkring udvikling og afprøvning af collaborative care-modellen i Region Midtjylland.
- Effekten af behandlingen for de patienter, som indgår i collaborative care-projektet, måles via et sæt måleværktøjer, der er fælles for collaborative care-projekterne i alle regioner. Effektmålene kan ikke på nuværende tidspunkt specificeres, men det er aftalt med de øvrige ansøgere, at der snarest etableres fælles effektmål.
- At der på baggrund af vidensoverførsel fra psykiatrien til almenpraksis sker en opkvalificering af behandlingen i almenpraksis ift. patienter med angst og depression, som rækker udover de patienter, som konkret indgår i projektet.
- At samarbejdet mellem almenpraksis og psykiatrien bliver bedre.
- At patienterne i videst mulig omfang "takker ja" til at indgå i et psykoedukationsforløb, som en del af det samlede behandlingstilbud.
- At der i projektperioden bliver udviklet modeller for samarbejdet mellem arbejdsmarkedsområdet, almenpraksis og regionspsykiatrien, der kan medvirke til at forebygge, at patienterne er langvarigt sygemeldt og risikerer at miste tilknytningen til arbejdsmarkedet.
- At brugen af ny teknologi indarbejdes både i behandlingen og samarbejdet mellem almenpraksis og psykiatrien.

Indikatorer:

- 50 - 60 praktiserende læger har deltaget i projektføreløbet fra 2013 til og med 2015.
- At den enkelte caremanager er bisidder ved 5 patientkonsultationer hos forskellige praktiserende læger pr. uge.
- De almenpraktiserende læger oplever sig - ved projektets afslutning - mere kompetente og sikre i behandlingen af patienter med angst og depression.
- De almenpraktiserende læger tilkendegiver ved projektets afslutning, at de oplever et bedre samarbejde med psykiatrien.
- At 60 % af de patienter, som indgår i collaborativ care-projektet, deltager i et psykoedukativt forløb.
- At der ved projektperiodens afslutning er udarbejdet konkrete beskrivelser af samarbejdet mellem den praktiserende læge/caremanager og arbejdsmarkedsdelen, som optimerer patientens raskmelding/tilbagevenden til arbejdsmarkedet
- Alle de deltagende praktiserende læger bruger videokonference i samarbejdet med psykiatrien og har modtaget undervisning via videokonference.

Udfordringer i forhold til at etablere collaborative care-projektet

Nedenstående er en beskrivelse af et par områder, hvor der skal ske en afklaring, før collaborative care-projektet kan iværksættes.

1. Dokumentation og registrering af ydelser

Der skal ske en afklaring af, hvor caremanager skal dokumentere/journalføre og af, hvorvidt de ydelser, som caremanager leverer, skal tælle med som en ydelse i psykiatrien, og som samtidig udløser kommunal medfinansiering. Et forsøg på at afklare spørgsmålet med de øvrige regioner har vist, at regionerne har fået forskellige svar ved henvendelse til Sundhedsstyrelsen. Det er derfor aftalt, at regionerne i fællesskab skal henvende sig til

Sundhedsstyrelsen for at få en fælles aftale om, hvordan dokumentation og registrering af ydelser skal ske i collaborativ care-projekterne.

Hvis resultatet bliver, at caremanagers ydelser ikke registreres i psykiatrien, vil det få økonomiske konsekvenser for projektet, da regionen dermed ikke får den kommunale medfinansiering på ydelser og følgende kommer til at mangle den andel af projektmidlerne - svarende til de ca. 9,4 % af de samlede satspuljer - som normalt udbetales til kommunerne til at dække den kommunale medfinansiering.

2. Honorering af de praktiserende læger.

Region Midtjylland planlægger at honorere de praktiserende læger for de aktiviteter i projektet, som reelt betyder merarbejde for den praktiserende læge, f.eks. fælles konferencer mellem den praktiserende læge og caremanager om fælles patienter. Der vil efter sommerferien 2012 blive igangsat en proces i forhold til udarbejdelse af en lokalaftale med almenpraksis om almen praksis' deltagelse i projektet og honorering af merarbejde.

Budget

Projektet løber fra 4. kvartal 2012 til og med 4. kvartal 2015, og beløber sig samlet til 21.300.000 kr. i hele perioden (2012 P/L). Samlet budget fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Samlet driftsbudget inkl. moms (2012 P/L)

Aktivitet	Antal helårsstillinger	Helårsbudget	Helårsbudget	Helårsbudget	Helårsbudget
		2012 (1.000 kr.)	2013 (1.000 kr.)	2014 (1.000 kr.)	2015 (1.000 kr.)
Lønudgift: Psykiater, psykologer, caremanagers og sekretær	Ca. 8,3	1.131	4.525	4.525	4.525
Honorering af praktiserende læger		260	1.090	1.095	1.100
Øvrige udgifter 1 og 2		714	445	445	445
Bidrag til Region Hovedstanden til evaluerings- og effektmålingsprojektet		1.000			
Helårligt driftsbudget i alt		3.101	6.060	6.065	6.070

1. Kurser, kørsel, øvrige administrative udgifter, revision

2. Der er afsat midler til etableringsudgifter i projektets første år (kontor, it/ny teknologi: bl.a. videokonference udstyr til lægepraksis, opkvalificering mv).

Oversigt over udbetaling

Region Midtjylland ønsker satspuljetilskuddet udbetalt i henhold til betalingsoversigten i tabel 2. Det ansøgte beløb er i udbetalingsoversigten fraregnet de 9,4 % til finansiering af den aktivitetsbestemte kommunale medfinansiering. Forudsætningen for udbetalingsoversigten er, at der kommer kommunal medfinansiering på projektets ydelser. Alternativt skal udbetalingen ske via betalingsoversigten tabel 3.

**Tabel 2: Betalingsoversigt (p/I 2012)
– under forudsætning af kommunal medfinansiering**

Kvartal	Beløb (1.000 kr.)
4. kvartal 2012	2.810
1. kvartal 2013	1.373
2. kvartal 2013	1.373
3. kvartal 2013	1.373
4. kvartal 2013	1.373
1. kvartal 2014	1.374
2. kvartal 2014	1.374
3. kvartal 2014	1.374
4. kvartal 2014	1.374
1. kvartal 2015	1.375
2. kvartal 2015	1.375
3. kvartal 2015	1.375
4. kvartal 2015	1.375
I alt	19.298

**Tabel 3: Betalingsoversigt (p/I 2012)
– uden kommunal medfinansiering af projektet**

Kvartal	Beløb (1.000 kr.)
4. kvartal 2012	3.101
1. kvartal 2013	1.515
2. kvartal 2013	1.515
3. kvartal 2013	1.515
4. kvartal 2013	1.516
1. kvartal 2014	1.517
2. kvartal 2014	1.517
3. kvartal 2014	1.517
4. kvartal 2014	1.517
1. kvartal 2015	1.517
2. kvartal 2015	1.517
3. kvartal 2015	1.518
4. kvartal 2015	1.518
I alt	21.300