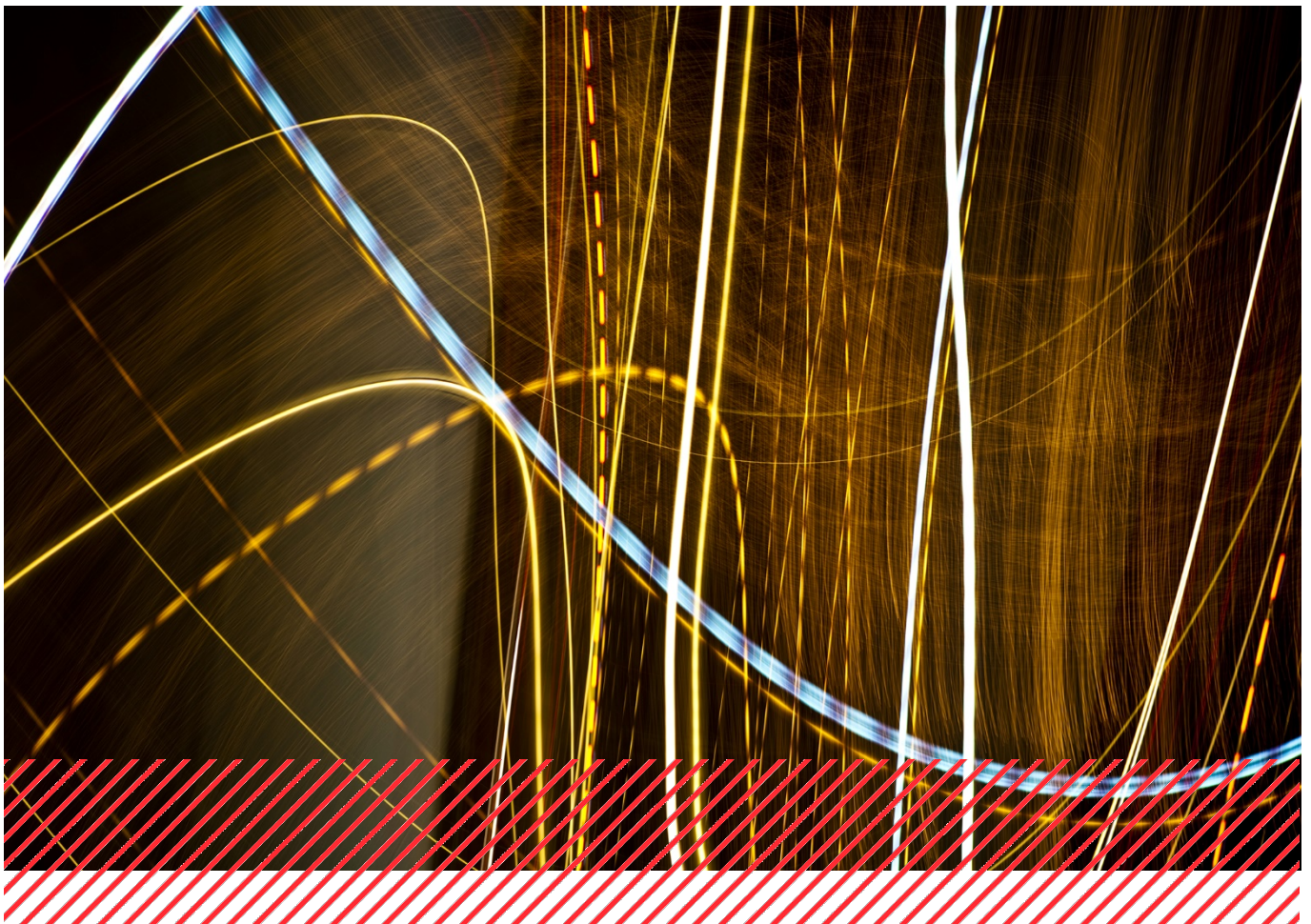


Hurtig psykiatrisk udredning

Evaluering af forsøg med hurtig psykiatrisk udredning i Odense
Kommune



Martin Sandberg Buch, Anders Bo Bojesen, Maya Christiane Flensburg Jensen
og Jakob Kjellberg

*Hurtig psykiatrisk udredning – Evaluering af forsøg med hurtig
psykiatrisk udredning i Odense Kommune*

© VIVE og forfatterne, 2020

e-ISBN: 978-87-7119-737-2

Arkivfoto: Lars Degnbol

Projekt: 11408

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Siden 2014 har der eksisteret en § 66-aftale om en forsøgsordning i Odense, hvor praktiserende læger har mulighed for at henvise patienter med let-moderalt stress, angst og depression til en hurtig udredningssamtale hos privatpraktiserende psykiater. Formålet er at give den praktiserende læge og patienten et godt afsæt for det videre udrednings- og behandlingsforløb. Heraf følger også en forventning om, at de henviste patienter hurtigere – og i større omfang – opnår bedring.

Der er lavet en intern pilotevaluering af ordningen, som viste, at patienter og fagpersoner oplever ordningen Hurtig udredning som et relevant og nyttigt tilbud, der understøtter de opstillede målsætninger. Med afsæt heri overvejer Region Syddanmark at udbrede ordningen fra Odense til hele regionen. Region Syddanmark har derfor rekvireret VIVE til at evaluere ordningen, og resultaterne præsenteres i denne rapport.

Evalueringen er gennemført for at kvalificere beslutningerne om Hurtig udrednings fremtid og eventuel udbredelse. Med det afsæt undersøger vi patienttilfredshed, ordningens organisering, oplevede resultater og erfaringer, samt effekter målt på forbrug af sundhedsydelser og omkostninger.

Rapporten er kvalitetssikret internt af forsknings- og analysechef Pia Kürstein Kjellberg og eksternt af henholdsvis en kvantitativ forsker og en kvalitativ forsker med særligt indblik i almen praksis med psykiatriske patienter. Første udgave af rapporten har desuden været til kommentering og fakta-tjek hos evalueringens styregruppe i Region Syddanmark.

Rapporten er målrettet relevante parter i Region Syddanmark, men de positive resultater, der dokumenteres i evalueringen, er også relevante for beslutningstagere og planlæggere med tilknytning til almen praksis og psykiatrien i de øvrige regioner.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for Sundhed

2020

Indhold

Sammenfatning	6
1 Evalueringens baggrund og formål	11
1.1 Introduktion til ordningen om hurtig psykiatrisk udredning	11
1.2 Foreløbige erfaringer	11
1.3 Evalueringens formål og design	12
1.4 Rapportens opbygning	13
2 Introduktion til Hurtig udrednings indhold og aktiviteter	14
2.1 Ordningens organisering, arbejdsgange og indhold	14
2.2 Antal udredninger og ventetid	15
3 Patienternes perspektiver på Hurtig udredning	16
3.1 Tilfredshed og oplevet udbytte	16
3.2 Indgangen til hurtig udredning	19
3.3 Perspektiver på udredningssamtalen hos psykiater	22
3.4 Det videre forløb hos egen læge	23
3.5 Opsamling	26
4 Fagpersonernes perspektiver på Hurtig udredning	27
4.1 De praktiserende læger	27
4.2 De praktiserende psykiatere	34
4.3 Opsamling	39
5 Effekter og omkostninger	41
5.1 Beskrivelse af patienterne i Hurtig udredning	41
5.2 Effekter og omkostningsestimater for Hurtig udredning	42
5.3 Estimerede gevinster af Hurtig udredning	46
5.4 Opsamling	48
6 Lokale og regionale perspektiver på Hurtig udredning	49
6.1 Interview med uddannelsesinstitutioner og studenterrådgivning	49
6.2 Interview med beskæftigelsesområdet i Odense Kommune	50
6.3 Aftaler om Hurtig udredning i andre regioner	51
6.4 Opsamling	52
7 Konklusioner og anbefalinger	53
7.1 Overordnet konklusion og anbefaling	53
7.2 Oplevet udbytte og Hurtig udrednings udmøntning	53
7.3 Hurtig udrednings effekter, omkostninger og potentielle gevinster ved udbredelse på regionalt niveau	54
7.4 Lokale og regionale perspektiver på Hurtig udredning	55
7.5 Fremadrettede opmærksomhedspunkter og anbefalinger	55
Litteratur	57

Bilag 1	Evalueringens datagrundlag og metoder	58
Bilag 2	§ 66-aftale om Hurtig udredning	68

Sammenfatning

Forsøg med hurtig psykiatrisk udredning

Region Syddanmark, Odense Kommune, Odense Lægelaug og de praktiserende psykiatere i Odense har siden 2014 haft en forsøgsordning, hvor praktiserende læger har haft mulighed for at henvise patienter med let-moderat stress, angst eller depression til hurtig udredning hos de fem privatpraktiserende psykiatere, der er nedsat i Odense Kommune. De primære formål er at:

- give de praktiserende læger bedre forudsætninger – og konkrete råd og vejledning – for at kunne håndtere det aktuelle sygdomsforløb
- give patienterne et hurtigere og mere sammenhængende forløb med udredning og proaktiv handling
- medvirke til, at patienterne er sygemeldt i kortere tid og i højere grad fastholdes i arbejde og uddannelse, frem for overførselsindkomster.

Region Syddanmark har gennemført en intern pilotevaluering, der konkluderer, at ordningen Hurtig udredning er populær og opleves som et relevant og virksomt tilbud af de involverede fagpersoner. Med det afsæt overvejes det at gøre ordningen permanent samt at udbrede den til at omfatte hele regionen. Inden de endelige beslutninger er det imidlertid besluttet at gennemføre en systematisk evaluering af, hvorvidt ordningen understøtter de ønskede resultater.

VIVEs evaluering

VIVE har af Region Syddanmark fået til opgave at skabe viden om effekterne af den hurtige psykiatriske udredning: hvordan det sikres, at ordningen kommer patienter og fagpersoner mest muligt til gavn, hvorvidt ordningen egner sig til at blive udbredt på regionalt niveau, samt i hvilket omfang ordningen er sammenlignelig med de § 66-ordninger, som hhv. Region Midtjylland, Sjælland og Hovedstaden har etableret med henblik på at aflaste den regionale psykiatri.

Evalueringen hviler på tre ben, der tilsammen afdækker patienter og fagpersoners perspektiver på Hurtig udredning, samt ordningens effekter på henviste patienters forbrug af overførselsindkomster og sundhedsydelser og de afledte omkostninger heraf.

Konklusion

VIVEs evaluering finder overordnet, at Hurtig udredning opleves som et veletableret, relevant og virksomt tilbud af de patienter og fagpersoner, der har deltaget i evalueringen. Det er således en klar konklusion, at Hurtig udredning:

- giver de praktiserende læger hurtig adgang til relevant viden og vejledning, der opleves som en god hjælp til bedre at kunne håndtere de henviste patienters behandlingsforløb
- for patienterne generelt set fremstår som et relevant, hurtigt og sammenhængende tilbud, der opleves som en hjælp i deres videre forløb
- mindsker de henviste patienters forbrug af ydelser i den regionale psykiatri og på sygesikringsområdet i så stor grad, at der samlet set realiseres en signifikant samfundsøkonomisk gevinst på ca. 1.150 kr. pr. henvist patient i første år efter henvisning.

VIVE anbefaler med det afsæt, at ordningen Hurtig udredning videreføres, og at Region Syddanmark holder fast i ønsket om at udbrede ordningen på regionalt niveau.

De ovenstående konklusioner og afledte anbefalinger og uddybes i de følgende afsnit.

Patienter og fagpersoners perspektiver

Relevans og udbytte: Hurtig udredning fremstår generelt set som et relevant og nyttigt tilbud af både de patienter, praksislæger og psykiatere, der indgår i evalueringen. Dermed er der også udbredt opbakning til ordningen og et ønske om, at den videreføres.

Patienterne begrundede særligt deres positive vurdering med, at de – og deres læge – får hurtig adgang til en "second opinion" omkring deres diagnose/tilstand, deres evt. behov for medicin eller anden type af udredning og behandling. De fleste af evalueringens patienter vurderer videre, at de har været godt informeret om, hvad Hurtig udredning indebærer, samt at forløbet har været hurtigt og sammenhængende.

Ud af de 16 direkte involverede fagpersoner, der er interviewet til evalueringen, er der en enkelt praksislæge, der har haft dårlige erfaringer med Hurtig udredning og derfor er holdt op med at henvise patienter. De øvrige ti praksislægers og fem psykiateres positive vurderinger flugter med patienternes perspektiver. Begge grupper oplever således, at § 66-ordningen lever op til målsætningerne om, at:

- muliggøre en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af den praktiserende læges bud på patientens diagnose samt sværhedsgraden af denne og derved også en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af den rette (medicinske) behandling
- psykiaternes tidlige vurdering gør det muligt for praksislægerne at hjælpe en del af patienterne hurtigere videre, så fx forværring af symptomer og sociale udfordringer imødegås
- psykiaternes udredning (fx i relation til patienter, der henvises med en angstproblematik) jævnligt bidrager til at afdække mulige personlighedsforstyrrelser, misbrugsproblematikker eller andre forhold, som er ukendte for patienten og/eller den praktiserende læge.

Psykiaternes tilbagemeldinger på Hurtig udredning opleves endvidere som en god hjælp i de tilfælde, hvor praksislægerne skal henvise patienter videre til specialiseret udredning, samt i relation til attestarbejde målrettet det kommunale beskæftigelsesområde.

Udmøntning: Praksislæger og psykiatere er enige om, at Hurtig udredning er udmøntet godt, samt at de fleste henvisninger og tilbagemeldinger er gode og fyldestgørende nok. Den overordnede vurdering er også, at de opstillede inklusionskriterier og de oplysninger, som henholdsvis praksislæger og psykiatere skal give hinanden i de enkelte patientforløb, er relevante.

Den generelle oplevelse er også, at ordningen er nem at bruge, fordi den kører inden for de vante rammer for arbejdet med henvisning og kommunikation, samtidig med at Region Syddanmark er behjælpelig med koordinering af patienternes aftaler. Der er dog også læger, som fremadrettet ønsker mulighed for selv at kunne booke tid elektronisk, så de kan give patienten tiden med det samme og aftale den efterfølgende opfølgningstid.

Ifølge de fem psykiatere matcher den aftalte honorering deres gennemsnitlige tidsforbrug og giver god mulighed for at komme grundigt omkring patientens situation og give en fyldestgørende tilbagemelding til patientens læge. Samtidig vurderer psykiaterne ikke, som de i udgangspunktet frygtede, at deres ventetid er steget som følge af deltagelsen i Hurtig udredning.

Perspektiver fra omkringliggende organisationer i Odense Kommune: De indhentede perspektiver på Hurtig udredning fra hhv. uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesforvaltningens psykologteam i Odense Kommune viser, at ordningen opleves relevant. Der peges på, at viden om ordningens eksistens og målgruppe kan være relevant for de fagpersoner fra uddannelsesinstitutioner og kommunale støttetilbud, der er i kontakt med patienter i målgruppen (først og fremmest yngre personer). Herudover vurderes det, at ordningen fungerer fint i sin nuværende form, og der opleves ikke behov for at ændre på det aktuelle setup.

Sammenligning med de øvrige regioners § 66-ordninger: Sammenligningen mellem Hurtig udredning i Odense og de tre øvrige regioners § 66-ordninger viser, at ordningerne har det samme grundlæggende formål om at muliggøre hurtigere udredning for patienter med lettere psykiatriske lidelser. Til gengæld er ordningerne grundlæggende forskellige, fordi de andre regioners ordninger administreres af den regionale psykiatri, mens ordningen i Odense administreres af de praktiserende læger, der henviser direkte til udredning.

Det fremgår videre, at der ikke er gennemført systematisk evaluering af ordningerne i de øvrige regioner. Der findes derfor ikke tilgængelig viden om ordningernes effekter, men de oplevede erfaringer er, at ordningerne understøtter ønsket om at aflaste den regionale psykiatri og derved målet om hurtigere udredning og behandling af de omfattede patienter.

Effekter på forbruget af sundhedsydelser og omkostninger

Registeranalysen viser, at patienterne har et signifikant højere forbrug af psykiaterydelser som følge af deltagelsen i Hurtig udredning. Samtidig ses ingen signifikante reduktioner i patienternes forbrug af overførselsindkomster og lægemidler sammenlignet med kontrolgruppen.

Registeranalysen viser til gengæld også, at de opnåede besparelser i den regionale psykiatri og sygesikringsområdet klart overstiger merudgifterne til Hurtig udredning, så der opnås en signifikant nettobesparelse på ca. 1.150 kr. pr. henvist patient sammenlignet med kontrolgruppen.

Perspektiver for udbredelse af Hurtig udredning på regionalt niveau

Hvis Hurtig udredning udrulles i hele Region Syddanmark, kan der forventes omkring 2.400 yderligere udredninger om året, hvis behovet og kapaciteten i resten af regionen svarer til erfaringen fra Odense Kommune. Fuld udmøntning vil dermed indebære ca. 3.000 årlige forløb, og hvis de signifikante effekter og besparelser fra Odense holder i regionen som helhed, vil det kunne forventes at resultere i en samfundsøkonomisk besparelse i omegnen af 3,4-3,5 mio. kr. årligt i regionens udgifter.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter og anbefalinger

Opmærksomhedspunkter fra patientundersøgelsen: Flere patienter peger på, at det kan være svært at huske og overskue aftaler, når man er ramt af stress, angst og depression. Derfor foreslås, at der fremadrettet udleveres en kort skriftlig information, der opsummerer aftalen og rammerne for denne som en støtte til de henviste patienter. Ønsket om, at der udarbejdes en kortfattet patientinformation nævnes også af både praksislæger og psykiatere, og det er derfor VIVEs anbefaling, at der arbejdes videre med dette fremadrettet.

En del patienter har i varierende omfang oplevet, at samtalen med psykiater var lidt for overfladisk og generel, og at de ikke blev informeret godt nok om psykiaterens konklusioner og anbefalinger til det videre forløb.

Med det afsæt anbefaler VIVE, at der fremadrettet sættes fokus på, hvordan psykiaterne (så vidt muligt) i alle deres samtaler sikrer en indledende dialog om formålet med samtalen og giver patienten et oplæg til samtaleforløbet. Endvidere anbefales fokus på den afsluttende dialog med patienten om psykiaterens konklusion og det oplæg, der sendes retur til patientens læge.

Opmærksomhedspunkter til det videre arbejde med Hurtig udredning: De fremadrettede opmærksomhedspunkter knytter sig til, hvordan de gode elementer i Hurtig udredning kan bevares eller styrkes. Evalueringen giver anledning til at pege på følgende opmærksomhedspunkter:

- Der er bred opbakning til at fastholde ordningens fokus på hurtig udredning af patienter med lette psykiatriske udfordringer, samt at der kun indgår én afklaringsamtale i tilbuddet.
- Det er vigtigt, at deltagende psykiatere og praktiserende læger også fremadrettet er velinformeret om ordningens formål, målgrupper og henvisningskriterier, samt at de grundigt informerer patienterne om, at de ikke henvises til et behandlingsforløb men én samtale.
- Møder for det kommunale lægelaug eller nyhedsbreve fra praksiskonsulenter bør anvendes til at genopfriske lægers og psykiateres viden, så det undgås, at målgrupper og lignende ændres over tid.
- Rammerne for henvisning af patienter, hvor egen læge mistænker mulig personlighedsforstyrrelse, kan med fordel præciseres. Afsættet for psykiaterne er, at det er ok at henvise sådanne patienter, så længe formålet snævert forholder sig til at få en second opinion på, om og hvordan praksislægen kan gå videre med sin mistanke.
- Der bør være en klarere forståelse for, hvordan inklusionskriteriet omkring nyopstået sygdom skal tolkes. Dialog om, hvordan praksislæger evt. kan forbedre beskrivelsen af, hvorfor de fx henviser patienter med en længere forudgående sygdomshistorik, kan også overvejes for at undgå afvisning fra psykiaternes side.

Evalueringens opmærksomhedspunkter i forhold til udbredelse på regionalt niveau: Region Syddanmark er allerede langt i deres overvejelser om at etablere et elektronisk bookingsystem. En del læger i Odense nævner desuden selv, at de ønsker denne mulighed fremadrettet, og hvis ordningen udbredes til hele regionen vil et sådant system være en nødvendighed for at kunne håndtere de forventede 3.000 forløb pr. år. På baggrund af fagpersonernes tilbagemeldinger anbefales, at et fremtidigt elektronisk system bør kunne tage hensyn til:

- afstand, således at det understøtter, at der er størst mulig geografisk nærhed mellem patienten og den psykiater, de bliver sat til hos, for at mindske frafald og manglende fremmøde
- at være enkelt at bruge for de praktiserende læger og muliggøre, at patienten med det samme får klarhed over tidspunktet for aftalen hos psykiater.
- at kunne inkludere mulighed for at sende en påmindelse via SMS til patienter et par dage inden deres aftale for at mindske frafald og udbetaling af 'tomgangshonorarer'.

Endelig bør der være opmærksomhed på, om der regionalt og lokalt er tilstrækkelig kapacitet blandt de praktiserende psykiatere, og vurdere, om der evt. er behov for at udvide kapaciteten – eller justere ordningen – fx i forhold til, hvor lang tid der kan forventes at gå fra henvisning til udredningsamtale.

Anvendte metoder og datagrundlag

Evalueringen er baseret på interview med deltagende psykiatere, praksislæger, repræsentanter fra uddannelsesinstitutioner og arbejdsmarkedsområdet i Odense og repræsentanter fra de tre øvrige regioner, der har indgået § 66-aftaler om Hurtig udredning (i alt 25 deltagere). Endvidere er der

interviewet ti patienter og udsendt et elektronisk spørgeskema til de patienter, der fra januar 2018 til og med februar 2019 har været henvist til Hurtig udredning. Endelig er der brugt registerdata til at undersøge, hvorvidt Hurtig udredning har de ønskede effekter på patienternes forbrug af henholdsvis sundhedsydelse, primær sektor og den regionale psykiatri samt sundhedsrelaterede overførselsindkomster og SU.

1 Evalueringens baggrund og formål

1.1 Introduktion til ordningen om hurtig psykiatrisk udredning

Region Syddanmark, Odense Kommune, Odense Lægelaug og de praktiserende psykiatere i Odense har siden 2016 haft en forsøgsordning, hvor praktiserende læger har mulighed for at henvise patienter med let-moderat stress, angst eller depression til hurtig udredning hos en af de fem privatpraktiserende psykiatere, der er nedsat i Odense Kommune. Formålet med ordningen (herefter: Hurtig udredning) er, at:

- give de praktiserende læger bedre forudsætninger – og konkrete råd og vejledning – for at kunne håndtere det aktuelle sygdomsforløb
- give patienterne et hurtigere og mere sammenhængende opstartsforløb (ventetiden til psykiater er normalt ca. otte måneder), med udredning og proaktiv handling
- medvirke til, at patienterne er sygemeldt i kortere tid og i højere grad fastholdes i arbejde og uddannelse frem for overførselsindkomster.

På organisatorisk niveau er der en intention om, at Hurtig udredning skal bane vej for:

- et styrket samarbejde mellem praktiserende læger og privatpraktiserende psykiatere – dels i relation til konkrete henvisninger, dels i form af bedre synergi mellem psykiaternes udredninger og indsatsen hos praktiserende læge
- et bedre afsæt for indsatsen på arbejdsmarkedsområdet i Odense Kommune – via den hurtige udredning og de konkrete råd, der videregives til egen læge.

1.2 Foreløbige erfaringer

Praksisafdelingen i Region Syddanmark gennemførte i efteråret 2016 en mindre pilotevaluering, der giver en overordnet status for udvikling og aktiviteter under forsøgsordningen (1). Evalueringen er baseret på aktivitetsopgørelser samt telefoninterview med: a) fem patienter, der har deltaget i ordningen, b) fem deltagende praksislæger og c) fem privatpraktiserende psykiatere.

Evalueringen indikerede, at den nye henvisningsmulighed Hurtig udredning er godt forankret hos de deltagende aktører, samt at den opleves meningsfuld. Det fremgik således positivt, at:

- de reservede tider hos de deltagende psykiatere, efter en indkøringsperiode, udnyttedes effektivt
- ventetiden for patienter til de deltagende psykiatripraksisser ikke er steget, selvom der er reserveret tider til patienter fra henvisningsprojektet
- de deltagende psykiatere overvejende oplever at få henvist relevante patienter og henvisninger af god kvalitet, om end der også er u hensigtsmæssig variation
- de interviewede patienter oplever henvisningen til psykiater positivt, fordi de forbinder tilbuddet med hurtig adgang til relevant udredning
- praktiserende læger oplever ordningen som en relevant mulighed for diagnostisk afklaring, der især matcher deres behov for vurdering af yngre patienter, hvor antidepressiv medicinsk behandling er under overvejelse
- praktiserende læger finder tilbagemeldingerne til psykiater yderst brugbare for deres videre arbejde med patienten

- pilotevalueringen peger på, at ordningen omkring hurtig udredning er relativt velimplementeret, ligesom de primært deltagende fagpersoner og patienter oplever ordningen som relevant og nyttig. Involverede fagpersoner og regionale beslutningstagere vurderer derfor, at der er skabt en lovende indsats, som bør udrulles i hele Region Syddanmark
- det også er et bredt spektrum af patienter der henvises via ordningen, samt at der er variation i, hvilket forløb de deltagende psykiatere lægger op til på baggrund af udredningssamtalen. Pilotafprøvningen giver heller ingen viden om, hvordan psykiaternes udredninger efterfølgende anvendes, samt hvorvidt udredningen har positiv betydning for patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet eller forløb i beskæftigelsesforvaltningen (1).

1.3 Evalueringens formål og design¹

1.3.1 Formål

For at understøtte beslutningerne om fremtiden for Hurtig udredning har Region Syddanmark rekvireret VIVE til at undersøge ordningens udmøntning og organisering, patienter og fagpersoners perspektiver, samt hvilken betydning ordningen har for patienternes beskæftigelse og forbrug af social- og sundhedsydelser.

Formålet er for det første at vurdere, i hvilket omfang Hurtig udredning giver det ønskede udbytte, og hvad der evt. kan gøres for at forbedre ordningen. For det andet skal evalueringen identificere eventuelle opmærksomhedspunkter, hvis det besluttet at udvide ordningen til Region Syddanmark som helhed. For det tredje skal evalueringen indhente perspektiver på ordningens relevans og evt. forbedringsmuligheder fra lokale organisationer i Odense Kommune. For det fjerde skal evalueringen sammenligne Hurtig udredning i Odense med de tre øvrige regioner, der har etableret § 66-ordninger, for at vurdere sammenligneligheden og eventuelle styrker og fordele.

Med afsæt i de opstillede formål består evalueringen af fire delanalyser med hver deres datagrundlag, som sammenfattet nedenfor:

1.3.2 Fagpersonernes perspektiver

Denne delanalyse er baseret på kvalitative interview med 11 af de praksislæger og alle de 5 privatpraktiserende psykiatere, der deltager i Hurtig udredning. Fokus er på, hvilke resultater der opleves, hvordan arbejdet med Hurtig udredning foregår i praksis, samt hvilke perspektiver de involverede praksislæger og praktiserende psykiatere har på ordningen fremadrettet.

1.3.3 Patienttilfredshed

Patienternes perspektiver på Hurtig udredning er undersøgt via et elektronisk spørgeskema og ti kvalitative interview. Spørgeskema og interview har haft særligt fokus på at undersøge, om patienterne oplever Hurtig udredning som et relevant tilbud, om de oplever at blive godt nok informeret, samt hvilken betydning udredningen og den efterfølgende behandling opleves at have for:

- patientens egen forståelse for sit sygdomsbillede, oplevelse af at have handlemuligheder og mulighed for at bevare/genvinde sit funktionsniveau
- forløbet hos egen læge og lægens forståelse for patientens sygdomsbillede
- graden af inddragelse i behandlingsforløbet
- den kommunale sagsbehandling i forbindelse med sygemelding

¹ Den fulde metodebeskrivelse fremgår af bilag 1.

- fastholdelse af patienter under uddannelse.

1.3.4 Effekter og omkostninger

Effekt- og omkostningsanalysen undersøger, om Hurtig udredning har en effekt på forbruget af psykiatriske sygehusydelser, ydelser i sygesikringen, lægemiddelforbruget og forbruget af helbredsrelaterede overførselsindkomster, samt hvilke sundhedsøkonomiske konsekvenser der følger heraf.

Analysen er udført med afsæt i registerdata og designet som et matchet case-kontrol studie, hvor udviklingen på forskellige udfaldsmål sammenlignes over tid. Sammenligningen starter i den uge, hvor patienterne i Hurtig udredning har den sidste kontakt med egen læge, inden de ses hos psykiateren.

1.3.5 Lokale og regionale perspektiver på Hurtig udredning

For at kvalificere de fremadrettede beslutninger om Hurtig udrednings evt. udbredelse og forbedringsmuligheder har vi gennemført i alt otte eksplorative interview med repræsentanter fra hhv. uddannelsesinstitutioner, studenterrådgivning og beskæftigelsesområdet i Odense Kommune samt repræsentanter fra de tre øvrige regioner, der også har indgået § 66- aftaler omkring hurtig udredning hos privatpraktiserende psykiatere. Formålet med de lokale interview har været at indhente perspektiver på Hurtig udrednings relevans og evt. muligheder for at styrke ordningen fremadrettet. Formålet med de regionale interview har været at undersøge hhv. Region Midtjylland, Region Sjællands og Region Hovedstadens ordninger om hurtig udredning for at sammenligne de forskellige ordninger og vurdere eventuelle styrker og svagheder.

1.4 Rapportens opbygning

Kapitel 3 giver en overordnet status på Hurtig udrednings organisering og udmøntning, antallet af henviste patienter, graden af kapacitetsudnyttelse samt fordelingen af henvisninger blandt de deltagende praksislæger.

Kapitel 4 præsenterer patienternes perspektiver på Hurtig udredning, samt hvilke resultater de oplever i relation til deres eget forløb.

Kapitel 5 præsenterer tilsvarende de praktiserende lægers og psykiateres perspektiver på Hurtig udredning, hvordan og hvorfor de bruger ordningen, samt hvilke resultater de oplever.

Kapitel 6 præsenterer de omkostninger og effekter, der er forbundet med Hurtig udredning, mens kapitel 7 sammenfatter og diskuterer de indsamlede perspektiver fra hhv. uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesområdet i Odense Kommune og tovholderne for de tre øvrige regioners § 66-ordninger.

Endelig opstiller kapitel 8 evalueringens konklusioner og anbefalinger.

2 Introduktion til Hurtig udrednings indhold og aktiviteter

Dette kapitel indeholder en kort introduktion til Hurtig udrednings arbejdsgange og inklusionskriterier, en oversigt over antallet af gennemførte udredninger over tid samt den gennemsnitlige ventetid fra henvisning til samtale hos privatpraktiserende psykiater.

2.1 Ordningens organisering, arbejdsgange og indhold

Hurtig udredning er funderet i en § 66-aftale, der i 2014 blev indgået med de fem privat praktiserende psykiatere, der er nedsat i Odense. Aftalen indebærer, at psykiaterne hver uge tilsammen friholder tid til at udrede op til 15 patienter, der henvises fra almen praksis. Psykiaterne honoreres med 3.600 kr., hvilket modsvarer to en halv times arbejde pr. reserveret forløb, og honoraret udbetales, uanset om der henvises patienter eller ej². Samtidig er der etableret en henvisningsprocedure, hvor praksisafdelingen i Region Syddanmark koordinerer aftalerne, så det er enkelt for de deltagende læger at henvise til ordningen. Henvisning fra almen praksis sker med afsæt i nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier³.

Kriterierne for henvisning til ordningen er patienter:

- hvor der er mistanke om nyopstået affektiv lidelse eller angsttilstand
- med kendt psykiatrisk lidelse, hvor der er opstået ændringer inden for de seneste seks måneder
- hvor der er mistanke om nyligt tilkommet affektiv tilstand, eller hvor der nyligt er tilkommet angsttilstand – herunder OCD.

Eksklusionskriterierne knytter sig til mistanke om psykotisk tilstand, behov for tværfaglig/tværasektoriel indsats samt kendt misbrug. I disse tilfælde henvises patienten i stedet til udredning på psykiatrisk afdeling og/eller til misbrugsbehandling. Det samme gælder mistanke om ADHD, funktionelle lidelser, personlighedsforstyrrelse eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

Forud for henvisning skal den praktiserende læge undersøge, om der kan være en somatisk forklaring på patientens symptomer og angive evt. afvigende fund. Henvisningen skal herudover indeholde en:

- beskrivelse af de psykiatriske symptomer samt varigheden af disse
- beskrivelse af evt. tidligere psykiatriske symptomer, evt. tidligere behandling og resultatet heraf
- aktuel psykiatrisk behandling, opstart og respons, om medicinering er i gangsat og angivelse af dosis, vurdering af effekt og bivirkninger, hvis dette er tilfældet
- kort beskrivelse af den sociale situation.

Udredningen hos den modtagende psykiater omfatter herefter:

- gennemlæsning af henvisning og evt. indhentede oplysninger

² Ud over enkelte opstartsvanskeligheder oplyser Region Syddanmark, at der ikke har været betydende problemer med manglende udnyttelse af de afsatte tider og derved også, at der ikke i betydende grad er udbetalt 'tomgangshonorarer'.

³ De detaljerede beskrivelser af inklusionskriterier m.m. fremgår af bilag 2.

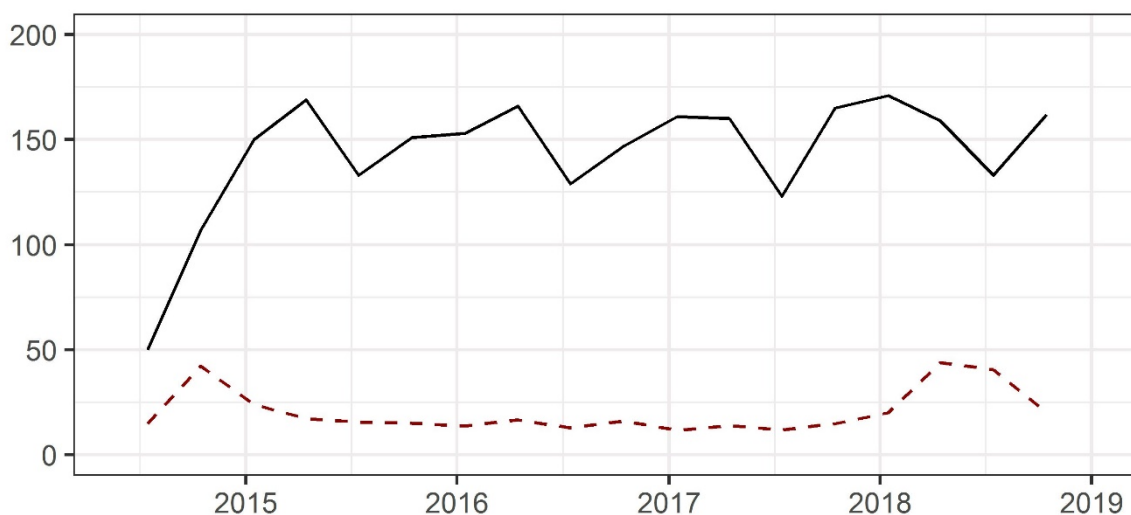
- almindelig psykiatrisk anamnese indeholdende bl.a. dispositioner til psykiske og somatiske lidelser, tidligere psykiske lidelser, levnedsløb, aktuelle psykiatriske problemstillinger, aktuelle somatiske lidelser, aktuel medicin, misbrug og sociale forhold
- screening af patienten for:
 - psykotisk tilstand
 - affektiv lidelse (depression og mani)
 - angst
 - spiseforstyrrelser
- at udføre objektiv psykisk undersøgelse
- at stille foreløbig diagnose
- at udarbejde vejledning for evt. yderligere udredning
- at udarbejde behandlingsvejledning til den praktiserende læge.

2.2 Antal udredninger og ventetid

Figur 2.1 viser antallet af udredninger over tid. Siden 2015 har antallet af udredninger ligget stabilt på ca. 150 udredninger pr. kvartal, hvilket svarer til, at de afsatte tider udnyttes. Udredningerne er fordelt ligeligt med ca. 120 udredninger for hver af de fem deltagende psykiatere pr. år.

Figuren viser også den gennemsnitlige ventetid i dage. Den gennemsnitlige tid fra kontakt til egen læge til kontakt hos psykiater er for den samlede projektperiode 22,3 dage. Det fremgår, at ventetiden fra 2015-18 har ligget stabilt på knap tre uger, hvorefter den i medio 2018 stiger til ca. seks uger som følge af en periode med en høj efterspørgsel på udredningstider hos de deltagende psykiatere.

Figur 2.1 Antal udredninger og ventetid



Note: Den sorte linje viser antallet af udredninger opgjort pr. kvartal. Den stiplede linje viser ventetid i dage til udredning hos psykiater fra den seneste kontakt hos egen læge inden udredning⁴.

⁴ Ventetiden er beregnet på baggrund af ugentlige indberetninger. Ventetiden kan overestimeres i det omfang, at udredningen sker i samme uge, som henvisningen er registreret hos egen læge.

3 Patienternes perspektiver på Hurtig udredning

Dette kapitel præsenterer patienternes tilfredshed med og oplevede udbytte af Hurtig udredning samt deres perspektiver på arbejdsgange og overleveringer mellem praksislæger og psykiatere, der indgår i forløbet. Kapitlet er udarbejdet på baggrund af det udsendte spørgeskema⁵ og kvalitative interview med ti patienter.

3.1 Tilfredshed og oplevet udbytte

Tabel 3.1-Tabel 3.3 nedenfor sammenfatter respondenternes tilfredshed med hhv. indsatsen hos deres egen læge, udredningen hos psykiater og det samlede forløb på tværs af egen læge og psykiater.

Tabel 3.1 Tilfredshed med udredningsforløb hos psykiater

Hvor tilfreds er du alt i alt med dit udredningsforløb hos praktiserende psykiater?	Antal	Procent
Meget tilfreds	64	25
Tilfreds	88	34
Hverken utilfreds eller tilfreds	47	18
Utilfreds	33	13
Meget utilfreds	26	10
I alt	258	100

Kilde: VIVEs spørgeskema

Tabel 3.2 Tilfredshed med opfølgning og behandling hos egen læge

Hvor tilfreds er du alt i alt med den opfølgning og behandling, du har fået hos din egen læge?	Antal	Procent
Meget tilfreds	74	29
Tilfreds	74	29
Hverken utilfreds eller tilfreds	58	22
Utilfreds	19	7
Meget utilfreds	33	13
I alt	258	100

Kilde: VIVEs spørgeskema

⁵ Spørgeskemaet har en relativt lav svarprocent på 33 %. Det skyldes formentlig, at henvisningen til Hurtig udredning for en stor del af respondenterne ligger mere end seks måneder tilbage i tiden, samtidig med at indholdet i form af én samtale hos en psykiater alt andet lige repræsenterer en lille del af patienternes samlede kontakt med sundhedsvæsenet. Den lave svarprocent betyder også, at spørgeskemaets resultater skal tolkes med forsigtighed. For eksempel kan det ikke udelukkes, at de patienter, der har svaret, adskiller sig fra den øvrige gruppe af patienter ift., hvor svært deres sygdomsforløb har været, eller hvor tilfredse de er med udbyttet

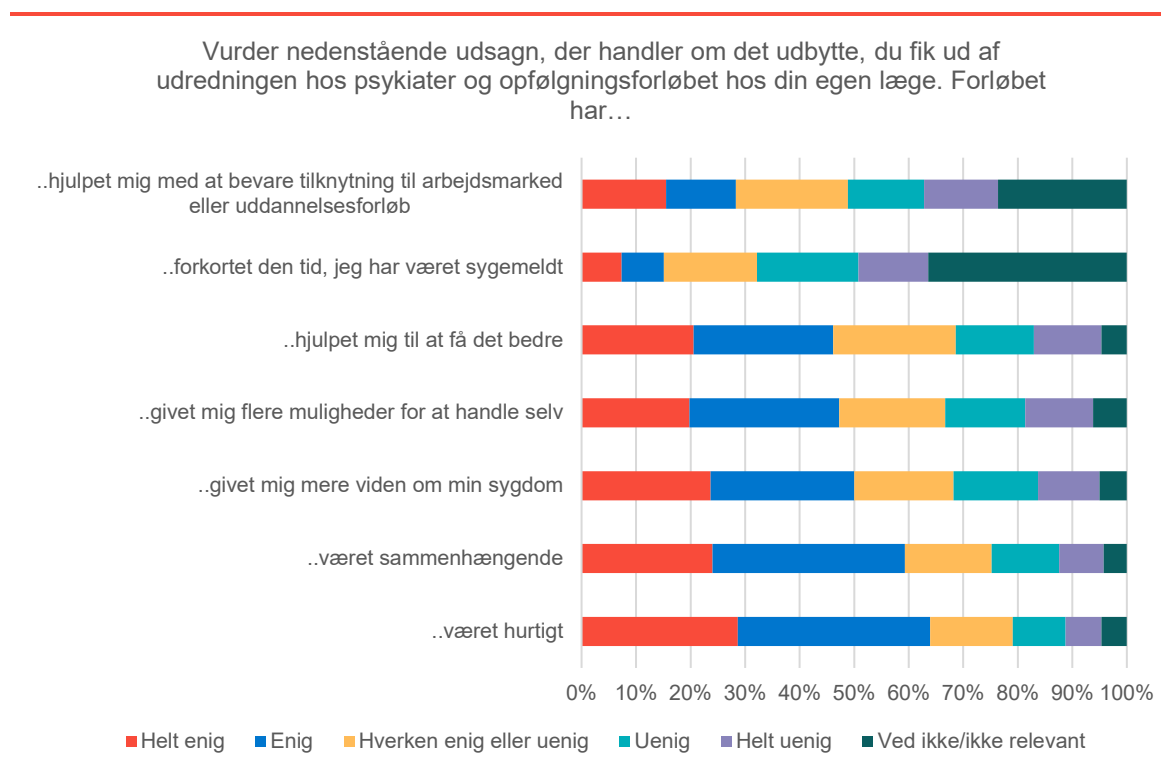
Tabel 3.3 Tilfredshed med det samlede forløb hos psykiater og læge

Hvor tilfreds er du alt i alt med det samlede forløb hos psykiater og læge?	Antal	Procent
Meget tilfreds	58	22
Tilfreds	85	33
Hverken utilfreds eller tilfreds	57	22
Utilfreds	34	13
Meget utilfreds	24	9
I alt	258	100

Kilde: VIVEs spørgeskema

Det fremgår af Tabel 3.1 og Tabel 3.2, at tilfredsheden med hhv. udredningen hos psykiater og forløbet hos egen læge er stort set identiske, og andelen af positive svar er næsten tre gange så høj som andelen af negative svar. Der er således 59 %, som er meget tilfredse eller tilfredse med udredningen hos psykiater, mens 58 % vurderer forløbet hos egen læge positivt. Heroverfor er der hhv. 23 % og 20 %, der udtrykker utilfredshed med forløbet hos hhv. psykiater og egen læge. Det fremgår videre af Tabel 3.3, at 55 % af respondenterne forholder sig positivt til det samlede forløb, mens 22 % udtrykker utilfredshed.

Patienternes vurdering af, hvorvidt forløbet har været hurtigt og sammenhængende, samt det oplevede udbytte i relation til sygdomsforståelse, handlemuligheder, længde af sygdomsforløb og tilknytning til arbejdsmarked/uddannelsesforløb er sammenfattet i Figur 3.1:

Figur 3.1 Udbytte af udredning og opfølgingsforløb

Note: n=258

Kilde: VIVEs spørgeskema

Figur 3.1 viser, at en overvægt af respondenter, der i overensstemmelse med målsætningerne for Hurtig udredning oplever, at forløbet har været sammenhængende (59 % positive svar) og hurtigt (64 % positive svar).

Det fremgår videre, at cirka halvdelen af respondenterne oplever et positivt udbytte i relation til, at forløbet har hjulpet med a) at få det bedre (46 % positive svar), b) givet flere muligheder for at handle selv (47 % positive svar) og c) givet mere viden om egen sygdom (50 % positive svar).

Endelig fremgår det, at en mindre andel af respondenterne oplever, at deres samlede forløb har hjulpet med at bevare en tilknytning til arbejdsmarked eller uddannelse (28 % positive svar), samt at 15 % vurderer, at forløbet har medvirket til at forkorte den tid, de har været sygemeldt.

3.1.1 Resultater fra interview

Tabel 3.4 giver et overordnet overblik over de interviewede patienters udbytte af ordningen.

Tabel 3.4 De interviewede patienters oplevede udbytte af Hurtig udredning

	Fået det bedre	Givet mere viden om sygdom	Fået langtidssygemelding	Udredning i lokalpsykiatrien	Tilbage på studiet	Tilbage i arbejde	Kommentarer
Patient 1	x	x	x		x		Fulgt tæt af egen læge
Patient 2	x						Bedring pga. medicin
Patient 3	x	x					Bedring pga. medicin
Patient 4		x					Længerevarende historik med psykisk sygdom
Patient 5	x		x			x	Bedring som følge af jobskifte
Patient 6	x	x	x			x	Fulgt tæt af egen læge
Patient 7	x	x		x			Bedring pga. rette dosis medicin og psykolog
Patient 8				x			Længerevarende historik med psykisk sygdom
Patient 9	x						Bedring pga. psykolog
Patient 10	x	x					Bedring pga. medicin og psykolog. Længerevarende historik med psykisk sygdom

Tabel 3.4 viser overordnet, at otte af de ti interviewede patienter oplever at have fået det bedre, siden de blev henvist til udredningssamtalen. Endvidere er der syv af de otte patienter, der helt eller delvist begrunder deres forbedrede situation med de tiltag, der blev sat i gang efter udredningssamtalen. Seks af de ti patienter fortæller også, at udredningssamtalen gav anledning til en bedre viden om, hvilken diagnose de (ikke) havde og/eller sværhedsgraden af denne. Det fremgår videre, at tre patienter har været langtidssygemeldt, men også at de alle er tilbage på deres arbejde eller studie i dag. Endelig fremgår det, at to patienter er startet på udredning i lokalpsykiatrien på baggrund af deres deltagelse i Hurtig udredning.

I kolonnen med kommentarer er angivet patienternes vurdering af de vigtigste elementer, de oplever har bidraget til deres bedring. Som det fremgår, knytter forklaringerne sig til a) opstart eller justering af medicin (fire patienter), b) psykologhjælp (tre patienter), c) oplevelsen af at blive fulgt tæt af egen læge (to patienter).

Tabel 3.4 viser også, at to af de ti interviewede patienter ikke oplever at have fået det bedre siden udredningssamtalen, samt at begge patienter har en historik med længerevarende psykisk sygdom og mistrovisel. De to patienter deler en oplevelse af, at deres situation fortsat er uafklaret, og at der ikke er fundet årsager til deres mistrovisel, som de kan handle på for at få det bedre. Den ene af de to patienter "Henriettes" fortælling om forløbet er sammenfattet nedenfor:

"Henriette": Når diagnosen er uklar og det mentale helbred uændret

Henriette er i 50'erne og i beskæftigelse. Hun har tidligere i årene 2010-13 kæmpet med tilbagevendende depressioner, som er blevet behandlet gennem medicin og et forløb hos en psykolog. I 2013 stoppede hun med medicinen og fik det bedre. I det seneste år har Henriette dog kæmpet med en overvældende træthed: *"jeg orker ikke noget og kan ikke overskue ting. Det kan slå mig fuldstændig ud, når jeg fx skal lave aftensmad"*. Henriette har i den forbindelse opsøgt sin læge, der i første omgang mente, at hun ikke fik sovet nok og fik hende til at afprøve en søvnapnømaskine. Henriette oplevede dog igen virkning: *"jeg er stadig lige udmattet og har svært ved at tænke en fornuftig tanke, og så tænkte lægen, at måske det her [udredningssamtalen, red.] kunne hjælpe"*.

Henriette fortæller, at hun følte sig fint informeret om samtalen og hurtigt herefter fik en tid hos psykiateren. Henriette oplevede, at samtalen *"var sådan ret generel i forhold til det [psykiateren, red.] spurgte ind til. Jeg snakkede rigtigt meget, men jeg havde den der fornemmelse af tvivl om, hvad psykiateren kunne bruge svarene til. Jeg tænkte, at psykiateren nok havde et eller andet underliggende skema at spørge ud fra og så vurdere, hvad der bongede ud. Psykiateren tog sig i hvert fald god tid, og da vi så afsluttede, var vi enige om, at det i hvert fald ikke var depression, jeg havde"*.

Henriette fortæller, at hun desuden blev oplyst om, at man skal være under 25 eller have en depression, hvis man skal have hjælp i systemet, og som hun konstaterer: *"Jeg opfyldte ikke nogen af de kriterier, der gør, at man kan få hjælp"*. Selvom Henriette har forståelse for, at det er *"godt, man screener for dem, der har det værst og behøver hjælp"*, er hun også skuffet over samtalen, fordi hun troede, at den havde et bredere formål end at be- eller afkræfte, om hun havde en depression eller ej: *"Jeg troede egentlig, at der også ville være noget med, hvad det så ellers kunne være, så jeg kunne få noget hjælp, men der nåede vi ikke til"*.

Henriette beskriver videre, at hendes egen læge efterfølgende undersøgte, om hun havde begyndende sukkersyge. Men det var ikke tilfældet, og siden har de ikke har samlet op på det med trætheden.

Som det fremgår, er Henriettes samtale typisk for hurtig udredning: Psykiateren har haft fokus på at afklare, om Henriette led af depression eller ej, og der var en klar konklusion om, at dette ikke var tilfældet. Henriette havde dog håbet, at samtalen handlede om andet og mere end afklaring af dette enkeltstående forhold. Hun har derfor ikke en oplevelse af, at udredningssamtalen har hjulpet hende, og hun oplever fortsat at være i en uafklaret situation og et forløb, som er gået i stå. Henriettes forløb illustrerer derved, hvordan tilbuddet om en enkeltstående udredningssamtale kan være svært at omsætte til nye indsigter og bedring af de pågældende patienters situation, når forløbet er langvarigt og med en uklar diagnose.

3.2 Indgangen til hurtig udredning

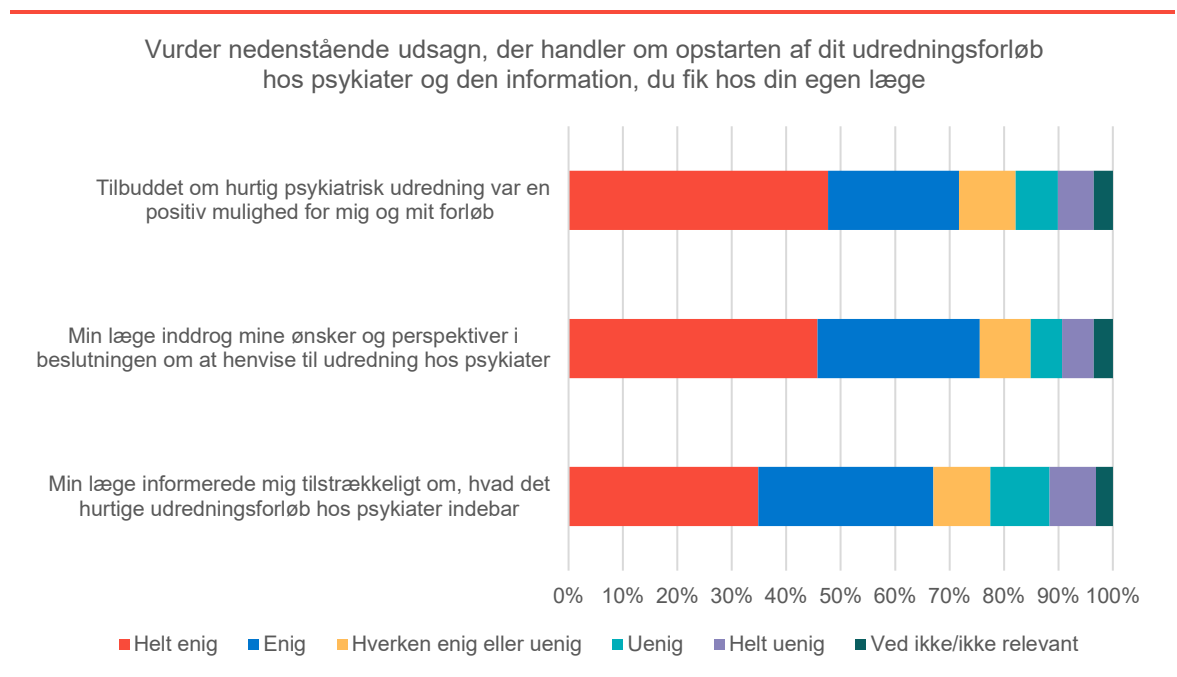
Patienterne henvises til udredningssamtale hos psykiater på initiativ fra deres egen læge. Dette er også afspejlet i interviewene, hvor ni af de ti patienter fortæller, at det var lægen selv, der foreslog muligheden, mens den sidste patient selv aktivt gjorde sin læge opmærksom på ordningen.

Den praktiserende læge skal ved henvisningen informere patienten om formålet med udrednings-samtalen, og hvad det indebærer at bliver henvist. Et første opmærksomhedspunkt er derfor, hvorvidt patienterne oplever at være inddraget og informeret om, hvad henvisningen indebærer, samt i hvilket omfang de oplever tilbuddet som en positiv mulighed for deres videre forløb.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, jf. Figur 3.2, at 72 % af respondenterne er helt enige eller enige i, at tilbuddet om hurtig udredning hos psykiater var en positiv mulighed i relation til deres situation og forløb, mens 14 % vurderer, at dette ikke var tilfældet. Ligeledes svarer 76 % positivt på, at deres læge inddrog deres ønsker og perspektiver i beslutningen om at henvise, mens andelen af negative besvarelser er 11 %. Endelig er der 67 %, som er helt enige eller enige i, at de var tilstrækkeligt informeret om, hvad den hurtige udredning indebar, mens 19 % vurderer, at dette ikke var tilfældet.

Respondenterne forholder sig således ganske positivt til tilbuddet om hurtig udredning, samtidig med at et klart flertal oplever at være medinddraget og velinformeret om, hvad tilbuddet indebærer. Andelen af negative besvarelser er størst på spørgsmålet omkring den (manglende) information, patienterne modtog i forbindelse med henvisningen, men også her er det kun 19 %, der svarer negativt.

Figur 3.2 Opstart af udredningsforløb



Note: n=258
 Kilde: VIVEs spørgeskema

3.2.1 Resultater fra interview

De interviewede patienters holdning til muligheden for at indgå i § 66-ordningen afspejler resultaterne fra spørgeskemaet. Uafhængigt af deres erfaringer med ordningen er de alle glade for, at tilbuddet eksisterer og nedenstående citater illustrerer de typiske begrundelser for dette:

Sidste sommer begyndte jeg at få det underligt, og jeg kunne ikke finde ud af, hvad det var. Så tog jeg til en samtale hos min læge, der mente, det nok var noget angst. Men hun var ikke helt sikker på, om der også var stress inde over, og derfor ville hun gerne have

en anden vurdering, også i forhold til om det var nødvendigt med medicin, eller om det kunne klares uden. (Kvinde i 20'erne)

Under samtalen [med min læge, red.] tilbød hun, at jeg kunne komme til at tale med en psykiater, for at vi kunne være på den sikre side. Det, syntes jeg, var en rigtig god ide, at dygtiggøre min egen læge med en specialistvurdering. (Kvinde i 50'erne)

Patienterne lægger således vægt på muligheden for at få flere øjne – og især specialistøjne – på deres problemstillinger, og som nogle formulere det en "uafhængig vurdering". Flere nævner også, at det er godt, at lægerne ikke bare uden videre udskriver medicin.

Patienterne har nogenlunde den samme fortælling om forløbet, der ledte til, at de fik tilbudt muligheden for en samtale hos en psykiater. De opsøgte alle deres praktiserende læge, fordi de ikke oplevede, at de trivedes i deres hverdag (enten i hjemmet, på studiet eller på arbejdet/praktikpladen). Deres historik og psykiske tilstand er dog af forskellig karakter. Tre af patienterne havde således en forhistorie med psykisk sygdom og (tidligere) længerevarende sygdomsforløb, mens de resterende patienter havde en mere nyopstået problematik. Patienterne oplyser desuden, at de alle blev sendt til psykiater, fordi lægen var i tvivl om deres diagnose/tilstand og/eller behovet for medicin. Mere specifikt forklarer de ti patienter, at de blev sendt til psykiater på baggrund af en uafklarethed på én eller flere af følgende parametre:

Tablet 3.5 Oversigt over de ti patienters begrundelser for henvisning

Antal patienter	Stress	Angst	Depression	Medicinbehov	Uspecificeret mistanke (træthed, mistrival m.m.)
1 patient	X	X		X	
3 patienter	X		X		
1 patient		X		X	
2 patienter			X		
3 patienter					X

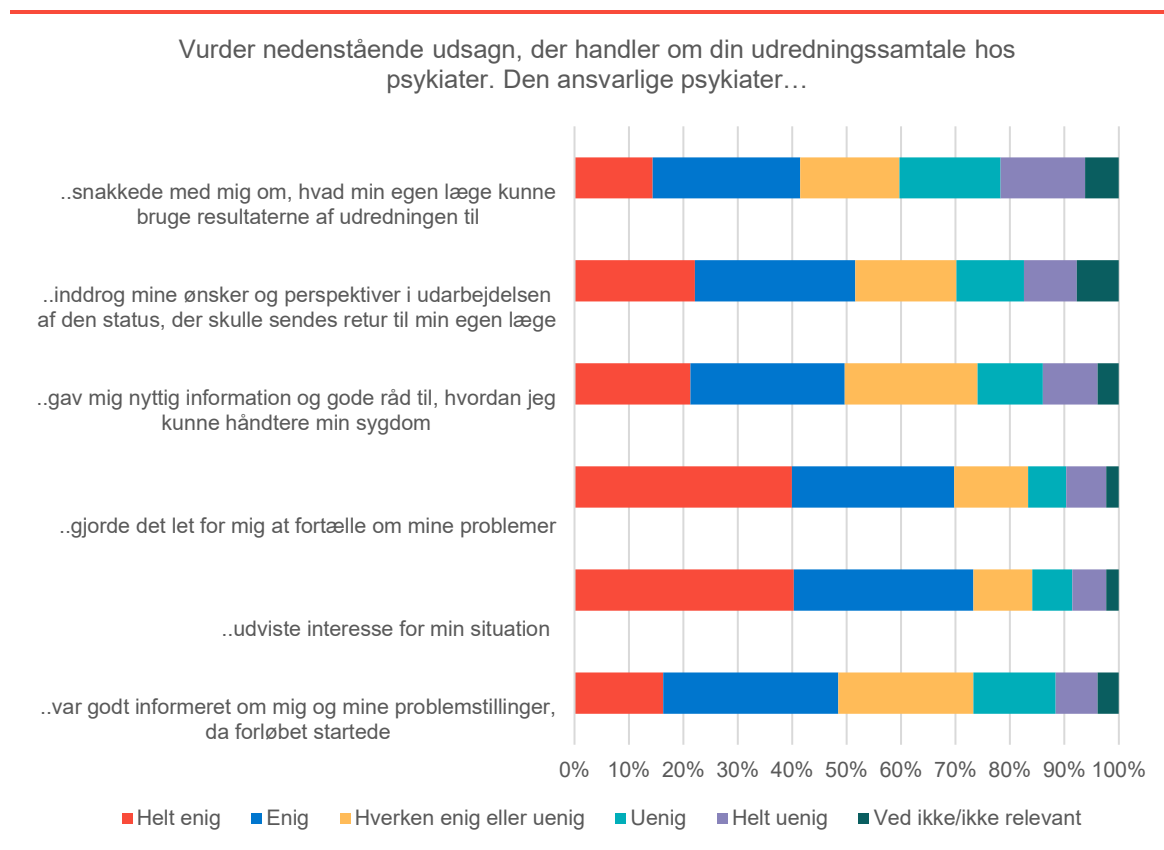
Som det fremgår af Tablet 3.5 har der i de fleste patienters tilfælde været tale om en usikkerhed, fx om patienten havde stress, angst, og/eller depression og/eller et behov for medicin. For tre patienters vedkommende har der dog også været tale om tilstande, hvor lægen ikke kunne gennemskue, hvilken problemstilling der var i spil. Det gælder endvidere for disse tre patienter, at de alle tidligere har haft en forhistorie med psykisk sygdom forud for henvisningen til Hurtig udredning. En af patienterne oplevede i forlængelse heraf, at hun blev henvist, fordi hendes læge, efter at have udelukket en række somatiske forklaringer på hendes træthed, var 'løbet tør for ideer'.

I tråd med spørgeskemaundersøgelsen oplever de fleste patienter også, at de informationer, de fik hos lægen om ordningen, og særligt om hvorfor den var relevant i deres tilfælde, var tilstrækkelig. Med undtagelse af én patient var de alle klar over, at der kun var tale om én samtale og ikke et forløb. Som vi vil vende tilbage til i afsnit 3.3, nævner tre patienter dog, at de blev overraskede over, at der var tale om en relativt "overfladisk" samtale. Flere patienter foreslår desuden, at det vil være godt, hvis der kunne laves en form for pjece om ordningen, da det kan være svært at huske de informationer, man modtager, når man er presset og især stressramt.

3.3 Perspektiver på udredningssamtalen hos psykiater

Den hurtige udredning indebærer én samtale, der typisk varer 40-60 minutter, hvor psykiateren skal vurdere patienten med afsæt i det oplæg, der er videregivet fra egen læge. Der er således tale om en central samtale, hvor det er vigtigt, at psykiater og patient får etableret et trygt rum for dialogen, der muliggør en tilstrækkelig vurdering af de problemer, patienten er henvist med. Spørgeskemaet indeholder derfor en række spørgsmål om patienternes oplevelse af psykiaterens viden om patienten, graden af inddragelse og videregivelse af information til patienten, som illustreret i Figur 3.3.

Figur 3.3 Patienternes vurdering af udredningssamtalen hos psykiater



Note: n=258

Det fremgår overordnet, at andelen af respondenter, der svarer positivt i fem af de seks udsagn, er mindst dobbelt så stor som andelen, der svarer negativt, hvilket giver et indtryk af, at patienterne overordnet har været tilfredse med den ansvarlige psykiaters tilgang til udredningssamtalen. De mest positive svar ses ved udsagnende om, hvorvidt psykiateren udviste interesse (73 % positive svar) for patientens situation og gjorde det let for patienten at fortælle om sine problemer (70 % positive svar).

Udsagnet om, hvorvidt psykiateren snakkede med patienten om, hvad egen læge kunne bruge resultaterne af udredningen til, er det, der vurderes mest negativt, og forskellen mellem antallet af positive (41 %) og negative (34 %) svar er kun 7 procentpoint.

Svarfordelingen tegner således et billede af, at patienterne oplever udredningssamtalen og mødet med psykiateren positivt, men også at der kan være et potentiale for at forbedre inddragelsen og orienteringen af patienten i selve udredningssamtalen, og særligt ved afslutningen af samtalen.

3.3.1 Resultater fra interview

Alle de interviewede patienter har oplevet, en hurtig overgang fra deres praktiserende læge til samtalen hos psykiateren. I tråd med spørgeskemaundersøgelsen fortæller hovedparten af de interviewede patienter desuden, at psykiateren tog godt imod dem og havde en god indlevelsesevne. Patienterne er dog relativt uenige i deres vurdering af samtalens form og indhold. Cirka halvdelen er meget tilfredse med indhold og form, mens den anden halvdel i større eller mindre grad forholder sig kritisk til dette.

De interviewede patienter fortæller, at samtalerne indhold i de fleste tilfælde tog udgangspunkt i en snak om patienternes liv, oplevede symptomer og udløsende faktorer. De fleste beskriver også, at der i udgangspunktet blev fokuseret på at afdække den/de tilstande, deres læge havde fokuseret på som årsagen til at sende dem til psykiater (dvs. fx enten depression, stress eller medicinbehov). Én af de positive patienter beskriver fx, at det var de samme spørgsmål, som hun havde fået hos lægen – men at der var mere kød på hos psykiateren. Heroverfor beskriver flere af de mere kritiske patienter en oplevelse af, at samtalen var for "overfladisk" og "generel" i forhold til de ting, der blev spurgt ind til, hvilket påvirkede deres tiltro til konklusionerne negativt.

De interviewede patienter har ligeledes forskellige oplevelser af samtalerne form. De patienter, der er mest positive, hæfter sig ved, at de fik en god og grundig forklaring på psykiaterens konklusioner, fx hvorfor psykiateren anbefalede medicin og fordele og ulemper ved denne. De mere kritiske hæfter sig i højere grad ved, at de enten ikke var tilstrækkeligt inddraget eller informeret ved introduktionen til samtalen og/eller ved afslutningen af samtalen. To patienter fremhæver således, at de var lidt overraskede over selve introduktionen af samtalen. For eksempel oplevede den ene, at psykiateren lagde vægt på, at hun skulle afklare hendes medicinbehov, hvilket hun ikke var informeret om på forhånd, mens én anden patient fremhæver, at det kunne have været rart, hvis psykiateren havde gennemgået, hvad indholdet i samtalen var fra start. Fire af de mere negative patienter fremhæver derudover, at psykiateren ikke gav dem information om, hvad konklusionen og anbefalingerne på deres vurdering var og baggrunden for disse konklusioner. Sidstnævnte bekræfter billedet fra spørgeskemaundersøgelsen af, at der kan være et potentiale for at forbedre psykiaternes orientering af patienten ved afslutningen af udredningssamtalen.

Undersøgelsen tegner umiddelbart ikke noget klart billede af, hvorvidt sværhedsgraden af patienternes symptomer eller deres forskellige sygdomshistorik er udslagsgivende for udbyttet af samtalen. Der er således patienter med forskellig sværhedsgrad i deres sygdom og patienter, der har fået det bedre, i begge grupper. De positive patienter beskriver dog i højere grad end de kritiske, at de gik fra samtalen med en oplevelse af afklaring og tro på, at de nok skulle få det godt igen umiddelbart efter samtalen. De positive patienter har også i højere grad end de kritiske fulgt psykiaterens råd, ligesom de i højere grad oplever, at deres læge har fulgt ordentligt op på samtalen.

3.4 Det videre forløb hos egen læge

Målsætningen for Hurtig udredning er, at psykiaternes vurdering skal give egen læge og patient afklaring og et godt fundament for samarbejdet om patientens videre forløb. Figur 3.4 sammenfatter respondenternes vurderinger af, hvilken nytte deres læge har haft af psykiaterens udredning, samt hvad lægen konkret har anvendt psykiaternes tilbagemeldinger til:

Figur 3.4 Efterfølgende forløb hos egen læge



Note: n=258

Anm: Den relativt store andel af respondenter (svingende fra 24-42 %), der svarer ved ikke/ikke relevant på de tre første spørgsmål, skal ses som udtryk for, at det langt fra er alle patienter, der har et forløb, hvor det pågældende element indgår.

Det fremgår for det første, at 57 % af respondenterne vurderer, at deres læge efter § 66-samtalen har været velinformeret om resultaterne af vurderingen hos psykiater, samt at 47 % vurderer, at deres læge aktivt har anvendt psykiaterens tilbagemelding i det videre forløb. Den overordnede vurdering er således positiv, men det fremgår også, at hhv. 16 % og 19 % af respondenterne svarer negativt på de to spørgsmål.

Det fremgår også, at ca. 40 % af respondenterne oplever, at deres læge har haft nytte af psykiaterens vurdering i relation til hhv. henvisning til videre udredning og behandling og beslutninger om, hvorvidt der skal igangsættes medicinsk behandling. Endelig svarer 22 %, at deres læge har haft nytte af psykiaterens vurdering i relation til patientens kontakt med kommunale sagsbehandlere og lignende.

Besvarelsene viser således, at flertallet af respondenter oplever en velfungerende overlevering af viden fra psykiater til egen læge. De viser også, at patienternes læge relativt ofte er i stand til at anvende resultaterne af udredningen aktivt i det videre forløb, fx i relation til beslutninger omkring medicinering eller videre udredning og behandling. Endelig er der en mindre andel, der tilkendegiver, at udredningen spiller positivt ind på deres forløb hos kommunale sagsbehandlere og lignende.

3.4.1 Resultater fra interview

Hovedparten af de interviewede patienter beskriver, at deres egen læge har fulgt hurtigt op på samtalen hos psykiateren. Det er kun én enkelt patient, der nævner, at hendes læge ikke har fulgt op på hendes samtale med psykiateren. I hendes tilfælde havde psykiateren afkræftet, at der var tale om en depression. I de ni andre patienters tilfælde beskriver patienterne, at deres læge var relativt velinformeret om resultaterne ved den efterfølgende samtale, hvilket er en større andel, end det spørgeskemaet viser.

Patienterne beskriver, at de ved deres opfølgende lægekonsultation snakkede om psykiaterens syn på patienternes sygdomsbillede, fx be- eller afkræftelse af en diagnose, psykiaterens vurdering af sværhedsgraden af sygdommen og/eller psykiaterens anbefalinger til patienternes fortsatte forløb.

Tabel 3.6 nedenfor giver et overblik over, hvor mange af patienterne der drøftede psykiaternes anbefalinger med lægen, og hvad disse anbefalinger vedrørte:

Tabel 3.6 Oversigt over patienternes drøftelser med egen læge

	Psyko- log/sam- talete- rapi	Medicin	Medicin og psy- ko- log/sam- talete- rapi	Psyki- ter	Lokal- psykiatri	Ingen klare an- befalin- ger	Kommentarer
Patient 1	X	X	X				
Patient 2			X				Gik i forvejen til psykolog
Patient 3		X					Antidepressiv medicin i stedet for sovemedicin
Patient 4						X	Afkræftet depression
Patient 5						X	Afklaret, der var tale om stress, sygemelding
Patient 6						X	Afklaret, der var tale om stress, sygemelding
Patient 7		X		X	X		
Patient 8					X		
Patient 9	X (gruppe- terapi)	X					Gik i forvejen til psykolog
Patient 10			X				

Som Tabel 3.6 illustrerer, oplever patienterne, at de i tre tilfælde blot har fået afkræftet eller bekræftet en diagnose uden yderligere handlingsanvisninger. I de syv resterende tilfælde oplyser patienterne til gengæld, at de har diskuteret en eller flere anbefalinger med deres læge. I seks tilfælde har drøftelserne vedrørt psykolog og/eller medicin, mens to tilfælde har handlet om til henvisning til lokalpsykiatrien.

Der er ikke givet eksempler på, at patientens læge har været uenig – eller valgt at se bort fra psykiaternes anbefalinger. Patienternes oplevelse er således, at deres læge (i et enkelt tilfælde for ukritisk) accepterer og følger psykiaterens vurdering og anvisninger. De fleste patienter oplever også, at deres læge har været god til at inddrage dem i beslutningerne om det videre forløb, men der er også et par, som ikke oplever, at lægen har inddraget dem eller taget handling på deres problem. Særligt anbefalingen af medicin har vakt diskussioner i konsultationen. Mens tre af de seks patienter, der blev anbefalet medicin, fulgte anbefalingen uden yderligere bekymring, forklarer de tre andre, at de var skeptiske over for anbefalingen om medicinsk behandling. To af de skeptiske patienter forklarer dog, at deres læge var lydhør over for deres bekymring og inddrog dem aktivt i beslutningen, hvorefter den ene takkede ja og den anden nej til medicin. Den tredje patient beskriver derimod, at hendes læge ikke var lydhør over for hendes bekymring, fordi lægen var overbevist om, at medicin (som psykiateren havde foreslået) var den rigtige løsning. Nedenfor italesætter to patienter, hvordan de hhv. oplevede at blive, eller ikke blive, inddraget i beslutningen om det videre forløb.

En positiv oplevelse af at blive inddraget i beslutningen om det videre forløb	En negativ oplevelse af ikke at blive inddraget i beslutningen om det videre forløb
<p><i>Min læge var godt tilfreds med det, hun havde fået retur fra psykiateren, og hun beskrev tre mulige ruter: 1. medicin, 2. medicin og samtaleterapi og 3. kun samtaleterapi. Det var op til mig. Hun var også meget udtrykkelig med, at hvis der er noget, som ikke fungerer, så laver vi det om. Selv ville jeg helst undgå medicin, fordi jeg har flere venner, som har haft dårlige erfaringer med det. Valgte derfor samtaleterapi, men jeg havde ikke råd til at gå hos psykolog. Min læge anbefalede derfor en hotline, jeg løbende har snakket med nogle gange undervejs, suppleret med samtaler hos min læge. Jeg snakkede også meget sammen med venner og familie og fik det ad den vej bedre. (Mand i 20'erne)</i></p>	<p><i>Der synes jeg måske, at min egen læge ikke var så god til at lytte til mig. Hun lyttede mere til, hvad psykiateren havde sagt. Fordi jeg sagde, jeg ikke var så vild med medicin, men det var hun meget fast besluttet på, for det havde psykiateren jo anbefalet. Der glemte hun lige at tage med i sine overvejelser, hvordan jeg havde det med det. For jeg havde nok været mere interesseret i de der grupper [som psykiateren også havde nævnt, red.]. Det er også endt med, at jeg slet ikke har taget medicinen, fordi jeg ikke var vild med det. (Kvinde i 20'erne)</i></p>

Fire af de interviewede patienter fremhæver direkte, at de selv, og herunder lægen, har haft nytte af psykiaternes vurdering i forhold til at få afklaret deres situation udadtil – i forhold til studiet, arbejdspladsen og lokalpsykiatrien. Tre af patienterne nævner fx, at de blev sygemeldt fra deres arbejde og praktikplads efter samtalen, mens to af patienterne nævner, at vurderingen var nyttig i forhold til, at de blev henvist til lokalpsykiatrien.

3.5 Opsamling

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at flertallet af respondenterne er tilfredse med indsatsen hos egen læge og psykiater såvel som det samlede forløb. Det fremgår videre af spørgeskemaundersøgelsen, at en relativt stor andel af respondenterne på tværs af de parametre, der er spurgt ind til, oplever et positivt udbytte af udredningen hos psykiater, samtidig med at indsatsen for de fleste lever op til målsætningen om at være hurtig og sammenhængende. Dette underbygges af de interviewede patienter. Otte af ti patienter angiver, at de siden deres udredningssamtale har fået det bedre, hvilket syv af de otte patienter helt eller delvist begrundes med udredningssamtalen og de handlinger, der er gennemført med afsæt i denne. I beskrivelsen af deres udbytte af samtalen henviser de bl.a. til, at de har fået mere viden om deres sygdom/tilstand, fået en sygemelding, er kommet videre i et forløb i hospitalspsykiatrien eller er tilbage på arbejde eller studiet. Patienterne oplever det desuden betryggende, at en "uafhængig" specialist kan kvalificere deres praktiserende læges vurdering af deres tilstand.

I forhold til ordningens arbejdsgange og overleveringer oplever de interviewede patienter generelt at være godt informeret om udredningssamtalen, men enkelte peger også på, at der med fordel kunne have været udleveret fx en pjece om tilbuddet.

I forhold til konsultationen hos psykiateren deler både spørgeskemaets og de interviewede patienter sig i to cirka lige store grupper, hvor den ene har været tilfreds med udredningssamtalens indhold og form, mens den anden halvdel rejser et eller flere kritikpunkter. Interviewene viser, at de kritiske perspektiver bunder i oplevelser af, at samtalen var lidt for overfladisk og generel, eller at der ikke blev informeret godt nok om psykiaterens konklusioner og anbefalinger. Hovedparten af patienterne i både spørgeskema og interview oplever til gengæld, at deres praktiserende læge har været velinformeret om udredningssamtalen samt psykiaterens konklusioner og anbefalinger ved opfølgningen hos egen læge.

4 Fagpersonernes perspektiver på Hurtig udredning

Dette kapitel er baseret på interview med 11 af de ca. 100 praktiserende læger og alle de fem psykiatere, der deltager i Hurtig udredning. Fokus er bl.a. på psykiateres og lægers:

- vurdering af ordningens relevans og udbytte
- oplevelse af, hvorvidt inklusions-, og henvisningskriterier samt rutiner for kommunikation fungerer efter hensigten
- erfaringer fra det patientrettede arbejde i relation til ordningen
- fremadrettede opmærksomhedspunkter og opmærksomhedspunkter i relation til en evt. udvidelse af ordningen til resten af Region Syddanmark.

4.1 De praktiserende læger

4.1.1 Tilfredshed og anvendelse af ordningen

10 af de 11 interviewede praksislæger udtrykker stor tilfredshed med § 66-aftalen, mens en enkelt har dårlige erfaringer og derfor er holdt op med at henvise patienter. Nedenstående citater illustrerer lægernes oplevelse af Hurtig udrednings relevans og det udbytte, den giver for praksislæger og patienter:

Det er en super god ordning, og vi ville være meget ilde stedt, hvis ikke den var der, fordi ventelisterne er så lange hos psykiater, og psykiatrisk afdeling har virkelig strammet henvisningskravene – de afviser flere og flere. Der er en gruppe patienter, der havner i et vakuum. De er ikke syge nok til afdeling p, de er for syge til at være hos os, og der er meget lange ventelister til psykiater. Hvis de ikke kan klare sig med engangsbesøg hos psykiater, skal de stadig vente LANG tid, Så det ændrer ordningen ikke på, men så har de en retning, og ved hvad de venter på. For ellers kunne de vente længe på psykiater, som så måske siger: du skal til psykolog. (Praksislæge)

Når man snakker om, at psykiatrien skal styrkes, så er det her virkelig godt, man får dem hurtigere igennem, i stedet for ni måneders ventetid. Patienten kommer hurtigere igennem systemet og giver dem hurtigt hjælp. Hvis den blev afskaffet i morgen, ville jeg tænke: Åhh, hvad skal jeg nu gøre. Jeg ved ikke, om sygehuset kan mærke, de er blevet aflastet, men det er de i hvert fald i forhold til mine henvisninger. Det her styrker patientens forløb. Det er også en måde for mig at sortere i, hvem er psykiatri-light, og hvem er mere tunge. (Praksislæge)

Som illustreret i citaterne, begrundes tilfredsheden på tværs af interview med, at ordningen giver praksislægerne en hurtigere og mere kvalificeret platform at handle ud fra i forhold til en patientgruppe, der risikerer at falde mellem stole i systemet. Specifikt understreger lægerne, at ordningen forbedrer deres mulighed for at:

- foretage en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af patientens diagnose og sværhedsgraden af diagnosen
- foretage en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af den rette (medicinske) behandling

- hjælpe patienterne hurtigere videre, så fx forværring af symptomer og sociale udfordringer imødegås.

4.1.2 Målgruppe og inklusionskriterier

Hovedparten af de interviewede læger oplever, at ordningens målgruppe og inklusionskriterier er relevante. De fleste praksislæger kunne ikke huske detaljerne omkring inklusion på stående fod, og derfor har mange af dem henvisningskriterierne liggende på bordet eller hængt op, så de er lettilgængelige. Lægerne er også enige om, at næsten alle deres henvisninger er begrundet i tvivl om diagnosen og/eller behovet for medicinering, og/eller at de har svært ved at vurdere sværhedsgraden af patientens symptomer.

Ordningsens fokus på stress, angst og depression opleves derfor hensigtsmæssigt, fordi det kan være svært for lægen at adskille, om en patient lider af stress, angst, depression, eller om der er tale om kombinationer af flere tilstande. På samme måde nævner hovedparten, at det kan være svært at vurdere sværhedsgraden af tilstanden, ligesom det kan være svært at vurdere, hvornår der er en mere grundlæggende personlighedsforstyrrelse i spil. Nedenfor sætter to læger ord på, hvordan de oplever at § 66-ordningen er god til at imødegå denne usikkerhed:

Man kan være i tvivl om graden af depression, jeg kan prøve at lave skema og vurdere dem, men man kan godt fortsat være i tvivl, om de reelt er deprimerede, fordi det går godt, og så lidt dårligere, og så kan det være rart med en vurdering. (Praksislæge)

Ordnningen er en god hjælp, når vi er i tvivl om, hvorvidt der er personlighedsforstyrrelse, og når vi er i tvivl om, hvorvidt der er tale om en belastningsreaktion fx hos unge, der ikke er forberedt godt nok på voksenlivet vs. en depression. (Praksislæge)

De praktiserende læger nævner, at usikkerhed om behandlings- og mediciningsbehov er en anden hovedårsag til, at de henviser patienten via aftalen. Særligt kan det være svært at vurdere, hvor meget af symptomerne der skyldes belastning eller livskriseproblemer, og hvor meget der er behandlingskrævende. De fleste læger nævner dog, at der er et vigtigt skel på gruppen under og over 25 år pga. kravene om, at yngre patienter vurderes af en psykiater inden udskrivning af antidepressiv medicin. Lægerne nævner, at denne gruppe ville være ilde stedt, hvis de skulle vente ni måneder (den gennemsnitlige ventetid til psykiater i Odense) på, at det blev afklaret, hvad deres behov var, og om en eventuel medicinsk behandling skulle sættes i gang.

Flere nævner, at gruppen af patienter over 25 år ofte er lidt tungere og generelt set henvises lidt senere i deres forløb, sammenlignet med de yngre patienter, fordi lægerne i højere grad selv afprøver medicinsk behandling. Henvisning i denne gruppe sker derfor ofte med afsæt i, at patienterne ikke responderer som forventet på behandlingen. En manglende respons, der giver anledning til, at de bliver usikre på selve diagnosen, og om patienten får den rette medicin.

De ovenstående afsnit viser, at der er stort sammenfald mellem praksislægernes beskrivelser af Hurtig udrednings målgrupper, sammenlignet med de patienter og problemstillinger, lægerne anvender ordningen til. Der er dog to forhold, som flere af lægerne ønsker præciseret fremadrettet:

Det første handler om, hvorvidt lægerne kan anvende ordningen til at be- eller afkræfte mistanke om personlighedsforstyrrelse. Det er en gruppe, som ifølge lægerne ofte udviser symptomer fra depressions- og angstområdet, hvorfor det kan være svært at vurdere, om det er det ene eller det andet. Der efterlyses derfor en tilbagemelding på hvorvidt – eller under hvilke betingelser – det er

tilladt at henvise sådanne patienter under ordningen, samt om der evt. er særlige krav til henvisningen:

To læger efterlyser for det andet mulighed for at inkludere de patienter, der "har haft det skidt i lang tid". Det kunne fx være en gruppe, som ikke har råd til psykolog, eller personer, hvor man er kørt lidt fast i forhold til, hvordan man kan ændre deres tilstand.

4.1.3 Baggrund for henvisning og introduktion til patienten

De interviewede læger beretter, at de som regel har haft minimum to samtaler – og ofte flere – med de patienter, de henviser. Hovedparten af lægerne fortæller ligeledes, at der typisk er tale om læn- gerevarende samtaler af 20-30 minutters varighed med patienterne. Flere læger fremhæver fx, at de forud for henvisningen har foretaget blodprøver, lavet screeninger, kigget på tidligere behandlinger og dispositioner og spurgt ind til socioøkonomiske forhold, hverdagsliv m.m. De informationer benytter de, når de udformer henvisningen, lige som de ofte tydeliggør i henvisningen, hvad de har behov for hjælp til at vurdere, og hvad deres mistanke eventuelt er, fx "OBS depression". Lægerne oplever således også selv, at de laver grundige henvisninger til psykiaterne, som de bruger en del tid på, som to læger forklarer her:

Jeg synes, det er vigtigt, at vi laver en god anamnese, fordi det jo ikke bare skal være en ordning, hvor vi bare skipper besværlige patienter afsted. Så vi laver en ordentlig anamnese – sygdomsforløb, blodprøver, depressionsscore, og psykiatrisk objektiv vurdering, vores skøn. Jeg skriver også altid, hvad jeg tror, det drejer sig om, fx om noget personlighedsforstyrrelse. (Praksislæge)

Mine henvisninger ligner en psykiatrisk journal. Jeg har forhistorie, aktuelt, disposition til psykiatrisk lidelse, somatisk lidelse fx leddegigt, socioøkonomiske belastninger i deres liv, objektiv psykiatrisk vurdering, og tentativ diagnose. Jeg tænker, det skal være en hjælp for psykiateren, for så kan de hurtigt komme videre. Hvad er det for en type patient. (Praksislæge)

Når lægerne skal introducere ordningen til patienterne, lægger de først og fremmest vægt på, at ordningen kan give patienten en hurtig og en mere kvalificeret vurdering, som illustreret i nedenstående citater:

Jeg snakker med dem om, at det er vigtigt, vi får en præcis vurdering af, hvad det er, vi skal arbejde med, og at de her tilstande ligger så tæt på hinanden, så det er svært at adskille. Også i forhold til, om det er relevant med medicin. Så siger jeg, at heldigvis har vi denne her mulighed for, at de kommer til en samtale med en psykiater, så vi får en kvalificeret vurdering til at hjælpe os med at sætte retningen for det videre forløb. (Praksislæge)

Jeg forklarer fx, at jeg mistænker angst og depression, og jeg synes, de har fået det værre, og der er den her mulighed for, at der er en psykiater, der kigger på dem inden for en 14 dage 3 uger, så vi også kan få deres syn på sagen, det kan være, det ender ud i medicin eller behandling. Jeg gør meget ud af at fortælle dem, for mange vil gerne have et længere forløb hos en psykiater, at det kun er én gang, og så skal de tilbage til mig. (Praksislæge)

Som illustreret i slutningen på det sidste citat, nævner de fleste læger også, at de gør sig umage med at forklare patienten, at der er tale om en enkeltstående udredningssamtale og ikke et længe-revarende samtale- eller et egentligt udredningsforløb. Mange af lægerne forklarer også patienten, at de sammen skal diskutere resultaterne, og flere læger aftaler, at patienten skal bestille en opfølgningstid hos dem, så snart patienterne har fundet ud af, hvornår samtalen med psykiateren finder sted.

Alle de interviewede læger oplever, at deres patienter overvejende tager positivt imod tilbuddet om at blive en del af § 66-ordningen, og der er stort set ingen, som takker nej til at blive henvist. Af mindre udfordringer nævnes, at nogle patienter kan have svært ved at forstå konceptet om én samtale, mens andre kan være lidt utålmodige og bare ønsker, at deres egen læge sætter behandlingen i gang, uden at de skal til psykiateren.

4.1.4 Tidsbestilling og ventetid

De praktiserende læger har forskellige holdninger til, hvordan de administrative procedurer omkring ordningen har fungeret, herunder især selve tidsbestillingen og ventetiden. Nogle læger mener, at tidsbestillingen har fungeret meget smidigt, og flere nævner, at de har fået deres sekretærer til at stå for alt det praktiske omkring tidsbestillingen. I denne gruppe af læger fremhæves rammerne for tidsbestilling også positivt, sammenlignet med tidligere ordninger, hvor det har været administrativt tungt for lægerne at henvise til rette sted.

Til gengæld er der andre læger, der efterlyser mulighed for selv at kunne booke en tid til patienten under selve konsultationen. De pågældende læger begrundes bl.a. dette med, at det kan skabe usikkerhed for patienten, at de ikke ved, hvornår de får en sms om deres mødetidspunkt hos psykiateren, og ikke ved, hvem de skal møde op hos. Enkelte oplever også, at de har haft ekstraarbejde med at rykke regionen, når der har været lang ventetid, og patienterne derfor henvender sig til lægen for at høre, om de er blevet glemt.

Lægerne oplever generelt, at ventetiden til ordningen er passende, og de har forståelse for, at den kan variere hen over året. Til gengæld efterlyser flere en bedre information om, når ventetiden er lang, så de ikke kommer til at give patienterne forkerte forventninger i forbindelse med konsultationen.

4.1.5 Psykiaternes tilbagemelding på henviste patienter

Praksislægerne fremhæver på tværs af interview, at der kun går en til fire dage efter, at patienten har været hos psykiateren, til de har epikrisen⁶ i hånden, hvilket de alle er meget tilfredse med, fordi det giver mulighed for en hurtig opfølgning med patienten. Den opfølgende konsultation ligger derfor typisk en uge efter patientens møde hos psykiateren, og de fleste læger afsætter en dobbelttid til konsultationen.

10 af de 11 interviewede læger fremhæver, at psykiaternes tilbagemeldinger oftest er rigtigt gode og grundige, fordi de indeholder:

- gode og lærerige beskrivelser af patienternes situation og sygdomsforløb
- gode – og af og til overraskende – overvejelser omkring, hvad patienten fejler
- gode forslag til det fremadrettede forløb og behandling.

⁶ En epikrise er en skriftlig overlevering af lægefaglige oplysninger fra en læge til en anden læge

Der er også en generel opfattelse af, at omfanget og opbygningen af tilbagemeldingerne er gode, hvilket er illustreret i nedenstående citater:

De epikriser, vi får tilbage, er rigtigt, rigtigt gode. Der er meget, vi kan bruge i det videre forløb også i relation til andre aktører – både henvisning til psykiater og specialiseret udredning og i forhold til kommunalt attestarbejde. De laver en rigtigt god skitsering af patienten, og ikke sjældent afdækker de noget nyt, jeg slet ikke kendte til. De overvejer, de har om, hvad patienten fejler – som kan være i et andet spektrum, end jeg har overvejet. Så er der forslag til behandling og medicinering, hvis det er relevant. Har også haft en, hvor det var noget depression, som udløste henvisningen, men hvor psykiater fandt indikation på, at der også var noget Aspergers inde over, så patienten blev sendt videre til specialiseret udredning. (Praksislæge)

Vi får en rigtig grundig anamnese [sygehistorie, red.], selvom jeg også synes, jeg har været grundig, har de en systematik i den måde, de spørger på, hvor jeg tænker: Nå, der var ting, jeg ikke vidste om patienten, de har fået med. Hvor man tænker: Nå, så giver det mening, at hun gør sådan. Og meget konkrete forslag til en plan, henvisning til psykolog, og hvis ikke det fungerer, så kontakt mig igen. Konkrete planer det er rart. (Praksislæge)

Selvom de positive eksempler klart var dominerende i de gennemførte interview, blev der også givet eksempler på mindre gode tilbagemeldinger, og lægerne har nogenlunde samme beskrivelse af, hvad der kendetegner disse. En type af mindre brugbar epikrise beskrives således som meget kortfattet, hvilket i flere tilfælde kædes sammen med en tilbagemelding fra patienten om, at samtalen har været tilsvarende kort. En anden type af mindre brugbare epikriser omhandler henvisninger, hvor psykiateren har vurderet, at patienten er faldet uden for ordningen, eller hvor psykiateren i praksislægens perspektiv for hurtigt har konkluderet, at patienten ikke fejler noget:

Nogle er lidt hårde til at sige, denne her person falder uden for området, og så bliver det en meget kort vurdering. Vi henviser jo ikke nogen, som vi ikke tænker passer ind. Det kan være lidt uheldigt, og det er ikke helt ensrettet, hvad der går igennem, og hvad der ikke gør. I kriterierne står der angst, depression og stress, akut ELLER forværring. Jeg henviste en ung kvinde – hun havde formentlig haft symptomer i en årrække, men hun havde ikke søgt læge, aldrig været i behandling, så vælter hun fuldstændigt. Jeg tænker, hun har angst, hun skal have noget medicin. Der er beskeden: ikke tale om nyopstået lidelse. Nej, men der er en forværring. Så hvad er nyttilkommet, og hvad er forværring. Jeg tænkte, hun havde meget brug for hurtig hjælp, men fik en lidt sur tilbagemelding tilbage. Selvfølgelig skal dem med tegn på psykose ikke i den ordning, men der vil altid være forskellige fortolkninger. (Praksislæge)

Den eneste gang, jeg har løbet panden mod en mur, var, hvor jeg følte, at en fyr levede op til kriterierne, og jeg havde brugt meget tid på at skrive en rigtig grundig henvisning, og så kommer han til en psykiater, som ifølge ham selv – kun taler med ham i fem til ti minutter, og så skriver psykiateren tilbage, at han ikke opfylder kriterierne og ikke viser tegn på depression. Men hvad psykiateren ikke vidste var, at han lige den dag bare var glad, for det var forår. Der blev jeg vred, fordi jeg ved, psykiateren har to timer, og det er en syg borger, der stadig ikke kan arbejde eller noget som helst. Det er at gøre plat på både patienten, det forarbejde jeg har lavet og ordningen. Når patienten er mødt op, så bør man anstrenge sig lidt – jeg fik jo ikke engang en vurdering. (Praksislæge)

4.1.6 Praksislægernes anvendelse af psykiaternes tilbagemeldinger

Praksislægerne ser overordnet psykiaternes tilbagemeldinger som en god platform til at komme videre med patienterne. Oplevelsen er også, at de fleste patienter deler lægernes vurdering, og at årsagerne til dette langt hen ad vejen er det samme for læger og patienter. Det gennemgående argument, lægerne giver, er, at en relativt stor andel af de henviste patienter kommer hurtigere videre med deres liv, end de ellers ville have gjort. Enten fordi de hurtigere (end de ellers ville have gjort) får den rette diagnose, får af vide, de ikke fejler noget (og dermed ikke fastholdes i et sygdomsbillede), får en klar plan, der mindsker deres usikkerhed, eller hurtigere kan gå i gang med den rette behandling (fx ikke vente på en psykiater, hvis de har behov for en psykolog).

Særligt psykiaternes handlingsanvisninger og ”klare planer” fremhæves som anvendelige i det videre forløb. Lægerne fortæller i den forbindelse, at det kan være meget forskelligt, hvad psykiaterne anbefaler, men at de anbefalinger, de modtager, falder inden for – eller på tværs af – disse punkter:

- Anbefaling om psykologhjælp
- Opstart af medicin (enten påbegyndelse af medicin, eller ny type medicin)
- Ingen behandling (dvs. patienten lider ikke af fx en depression)
- Anbefaling om henvisning til psykiater
- Anbefaling og anvisninger omkring henvisning til lokalpsykiatrien.

De fleste anbefalinger knytter sig til henvisning til psykolog eller opstart af medicin. Lægerne beskriver i den forbindelse, at det kan være i en form for handleplan a la ”opstart med psykolog, og herefter medicin, hvis der ikke sker fremskridt”, og at dette er meget værdsat. I forhold til medicineringen fortæller flere læger, at det er værdifuldt, at de kan få psykiaterens bud på, hvilke typer af medicin de skal anvende, fordi de selv typisk benytter de gængse former for medicin, mens psykiaterne har et større overblik over alternative muligheder for medicinering.

Det hænder også, at psykiateren afkræfter, at der er tale om stress, angst eller depression, hvilket opleves fint, når det var det, som var afsættet for henvisningen:

Patienterne er rigtigt glade for den afklaring samtalen giver dem – både når det viser sig, at de ikke fejler noget, og når det viser sig, at der er noget, vi skal arbejde med. Det er tit usikkerheden, der er det værste for patienterne. (Praksislæge)

Som beskrevet i citatet på den foregående side, kan det dog opleves frustrerende, hvis psykiaterne ikke kan identificere en diagnose i de tilfælde, hvor lægerne oplever at have lavet et grundigt forarbejde med afsæt i en klar mistanke.

Det sker relativt sjældent, at psykiaterne indstiller henviste patienter til lokalpsykiatrien eller en psykiater, men når det sker, opleves det positivt og som en god hjælp. Her fremhæver nogle læger det

også som en fordel, hvis kemien var god, og ventetiden ikke er meget længere end hos de øvrige, og at de kan henvise patienten til den samme psykiater. Enkelte læger har oplevet, at patienter er blevet tilbudt opstart hos psykiateren, men det typiske er, at patienten kommer bagerst i køen. Flere læger beskriver, at det, at patienten allerede er blevet set på, gør en stor forskel i forhold til, at patienterne kan magte at vente (fordi deres usikkerhed er blevet reduceret).

4.1.7 § 66-ordningen i relation til samarbejde med psykiatere, kommune og lokalpsykiatri

De interviewede læger har forskellige perspektiver på, hvorvidt § 66-aftalen har betydning for samarbejdet med hhv. psykiaterne, kommunen og lokalpsykiatrien, som sammenfattet nedenfor:

Samarbejdet mellem praksislæger og psykiatere: Enkelte læger fremhæver det som positivt, at de i særlige patient-cases har haft lidt mere "pingpong" med psykiaterne pga. ordningen. For eksempel i form af, at de i forbindelse med meget vanskelige patienter har kunnet ringe eller skrive sammen med psykiaterne om patienten. Der er dog ingen læger, som oplever, at de generelle samarbejdsrelationer med psykiaterne har ændret sig, og næsten alle § 66-forløb håndteres uden personlig kontakt mellem praksislæger og psykiatere. De fleste læger ser heller ikke et behov for hyppigere og mere personlig kontakt med psykiaterne – ud over muligheden for at tage kontakt i særlige tilfælde.

I de få tilfælde, hvor der har været utilfredshed med psykiaternes arbejde, har de interviewede læger valgt blot at acceptere psykiaterens arbejde, mens en enkelt læge har "trukket" sig fra ordningen i stedet for at indgå i en dialog med psykiaterne.

Samarbejdet med kommunen: Hovedparten af lægerne nævner, at deres samarbejde med kommunen omkring sygemeldte patienter påvirkes af § 66-aftalen.

For det første giver nogle læger eksempler på, at kommunale sagsbehandlere henvender sig og spørger, om lægen kan anvende § 66-ordningen i forhold til sygemeldte patienter. Lægerne vurderer på den ene side, at det kan være fint, når de deler oplevelsen af, at en henvisning er relevant i forhold til at komme videre med det aktuelle forløb. Omvendt gives der også eksempler på, at de kommunale sagsbehandlere forsøger at bruge ordningen som et redskab for kommunen, ligesom sagsbehandlere i nogle tilfælde har givet patienterne forkerte forventninger til, hvad ordningen kan tilbyde dem.

For det andet fremhæver flere læger, at samarbejdet med kommunen er blevet influeret, fordi sagsbehandlere selv kan anvende § 66-aftalen som et redskab til at understøtte sygemeldte patienters forløb i kommunen. Dels fordi psykiaternes vurderinger er med til at kvalificere lægernes attestarbejde og bidrage til hurtigere og klarere tilbagemeldinger omkring patientens muligheder for raskmelding, og dels fordi det nogle gange vægter tungere, når praksislægens vurderinger er understøttet af en specialistvurdering:

Jeg har også haft god gavn af, med lidt større faglig ballast, at kunne skrive til kommunen i forhold til attester. Der er det jo rart at kunne vedhæfte i hvert fald noget af det, psykiateren vurderer, så det ikke bare er mig, der vurderer [...] Og så er det også rart med noget, der er lidt fyldestgørende i stedet for bare et kort notat, så man kan videregive noget, der har været lidt mere tid til at gøre nogle tanker omkring. (Praksislæge)

Samarbejdet med hospitalspsykiatrien: Flere læger beskriver, at de oplever, at § 66-aftalerne har gjort det nemmere for dem at henvise deres patienter til hospitalspsykiatrien, fordi de oplever, at

§ 66-aftalerne giver deres egne henvisninger mere tyngde. Omvendt er der dog også læger, der har oplevet, at hospitalspsykiatrien – særligt når der var tale om "OBS personlighedsforstyrrelse eller depression" – har sendt patienten tilbage til praksislægen og bedt dem om at henvise til § 66-ordningen.

4.1.8 Fremadrettede perspektiver

10 af de 11 læger, der har deltaget i interview, ønsker, at § 66-ordningen fortsætter og udbredes. De har i den forbindelse nedenstående anbefalinger til det fremadrettede arbejde med ordningen og dens evt. udbredelse:

- Et elektronisk bookingsystem, som gør det enkelt at bestille tid til patienten, muliggør at patienten hurtigere får klarhed over tidspunktet for aftalen og indeholder mulighed for at sende en påmindelses-SMS til patienter et par dage inden deres aftale.
- Vigtigt at være opmærksom på transportafstanden, når den enkelte patient matches med en psykiater, da dette vurderes at have betydning for deltagelse og fremmøde.
- Vigtigt at bevare så lav ventetid som muligt.
- Fastholde en klar målgruppe og informere grundigt om ordningen til de deltagende praksislæger og psykiatere.
- Overvejelse om justering af målgruppen. Dels for at klarlægge rammerne for inklusion af patienter med personlighedsforstyrrelser, dels i forhold til en klarere forståelse for, hvor grænsen mellem akut/nyopstået skal sættes.

4.2 De praktiserende psykiatere

4.2.1 Tilfredshed og oplevet udbytte af Hurtig udredning

Psykiaternes erfaringer med Hurtig udredning er positive, og de oplever generelt, at de henviste patienter matcher det, der er lagt op til med aftalen. Psykiaternes hovedpointer om det oplevede udbytte er sammenfattet nedenfor og knytter sig til:

- når psykiaterens udredning (fx i relation til patienter, der henvises med en angstproblematik) afdækker mulige personlighedsforstyrrelser eller misbrugsproblematikker eller andre forhold, som er ukendte for patienten og/eller den praktiserende læge
- at det opleves fagligt tilfredsstillende at se patienterne tidligere i deres forløb, sammenlignet med, når patienterne har stået på venteliste, fordi det giver mulighed for at sætte ind med behandling, inden tilstanden forværres
- at de aftalte rammer for tidsforbruget i relation til den enkelte patient giver mulighed for at komme grundigt omkring patientens situation og give en fyldestgørende tilbagemelding til patientens læge.

Psykiaterne tillægger det også positiv betydning, at deres deltagelse er frivillig, samt der er tale om en kollektiv ordning, hvor alle de privatpraktiserende psykiatere i Odense deltager og har en fælles oplevelse af ordningens relevans. Endelig har psykiaterne erfaret, at der er god overensstemmelse mellem den aftalte honorering for 2,5 timers arbejde pr. henvist patient og det faktiske (gennemsnitlige) tidsforbrug.

De interviewede psykiatere fortæller også, at de fra starten har set Hurtig udredning som et relevant tilbud, de har bakket op om, fordi der var meget lang ventetid på psykiatrisk vurdering i Odense

Kommune. Psykiaterne forventede derfor, at mulighed for en psykiatrisk vurdering tidligt i et sygdomsforløb ville kunne hjælpe mange af de praktiserende lægers patienter til at komme hurtigere og bedre igennem deres forløb.

Psykiaterne var i udgangspunktet bekymrede for, om deltagelsen i Hurtig udredning ville påvirke deres ventetid negativt, men de oplever ikke, at det har været tilfældet – bl.a. fordi de alligevel ville se en stor andel af de patienter, der henvises på et senere tidspunkt i den enkeltes forløb. Det gælder dels de yngre patienter, der skal vurderes af en specialist for at få udskrevet antidepressiv medicin, og dels de patienter, der ville være henvist og set, efter at have stået på psykiaterens venteliste.

4.2.2 Psykiaternes møde med de henviste patienter

Psykiaterne vurderer, ligesom de interviewede patienter, at patientsamtalen gennemsnitligt tager cirka en time, men det fremgår også, at tiden kan variere, så samtaler med ukomplicerede patienter kan tage ned til en halv time, mens mere komplekse samtaler kan vare op til halvanden time. Derfor vælger flere at lægge § 66-samtalerne som den sidste aftale i deres dagsprogram for bedre at kunne håndtere evt. lange samtaler.

I forhold til samtaleforløbet og indhold fremgår det, at psykiaterne overordnet vurderer, at det forløb og indhold, der er beskrevet i den indgåede § 66-aftale – jf. boks 1 nedenfor – gennemgås og er relevant, samtidig med at de tilpasser forløbet i forhold til det konkrete oplæg fra egen læge, samt hvilken patient de sidder overfor.

Det fremgår også som en tværgående pointe, at samtalen startes med en forventningsafstemning, hvor psykiaterne tydeliggør, at der kun er tale om en enkeltstående kontakt og opsummerer formålet med afsæt i det oplæg der er fremsendt fra egen læge. Der er i den forbindelse enkelte patienter som har misforstået formålet med samtalen, samt patienter der bliver skuffede over at det ikke er et egentligt samtaleforløb de er henvist til. Psykiaterne fremhæver med det afsæt, at der fortsat bør være opmærksomhed på dette rammevilkår – især i relation til den information om ordningen der gives til nyligt nedsatte praksislæger.

Boks 1: Indholdet af den psykiatriske udredning som beskrevet i bilag c til § 66-aftale

- Gennemlæsning af henvisning og evt. indhentede oplysninger
- Almindelig psykiatrisk anamnese, indeholdende bl.a. dispositioner til psykiske og somatiske lidelser, tidligere psykiske lidelser, levnedsløb, akutte psykiatriske problemstillinger, aktuelle somatiske lidelser, aktuell medicin, misbrug og sociale forhold:
 - Screening for:
 - Psykotisk tilstand
 - Affektiv lidelse
 - Angst
 - Spiseforstyrrelser
- Objektiv psykiatrisk undersøgelse
- Foreløbig diagnose
- Vejledning for evt. yderligere undersøgelse
- Udarbejde behandlingsvejledning til henvisende læge.

At der er afsat én samtale til udredningen opleves i langt de fleste tilfælde at give et tilstrækkeligt grundlag for at vurdere de forhold, der efterspørges af den henvisende læge. Der har således kun været få tilfælde, hvor det har været nødvendigt at aftale en ekstra tid, eller hvor patienten har været så dårlig, at psykiaterne har valgt at henvise akut til den regionale psykiatri.

Som eksempler på, hvordan psykiaterne nogle gange justerer på indholdet og strukturen af samtalen, nævnes at:

- det ved samtale med yngre patienter ofte hurtigt er muligt at få et overblik over, hvad de oplever og har med sig. De unge under uddannelse er typisk gode til at sætte ord på, hvordan de har det, og derfor er der nogle gange tid til psykoedukation, og oplevelsen er, at de studerende "ofte er kvikke til at benytte sig af det".
- der er nogle patienter, der er meget "tunge" at snakke med. Derfor bliver det ikke til så uddybende en livshistorie, men mere et afgrænset fokus på den aktuelle situation og oplæg.
- nogle patientgrupper – fx akut stressramte, deprimerede og patienter med PTSD-problemtikker – har svært ved at fastholde koncentrationen og kapere indholdet af samtalen, hvorfor det kan være nødvendigt at give en pause og/eller indsnævre fokus til de væsentligste forhold.

Psykiaterne understreger også, at setuppet med en enkeltstående samtale har sine begrænsninger, når det kommer til patienter med komplekse behov. Derfor fremstår det for psykiaterne vigtigt med en fortsat opmærksomhed på, at tilbuddet om Hurtig udredning er målrettet patienter med lettere psykiatriske problemstillinger, samt at ordningen ikke kan fungere som alternativ til eksisterende udredning af mere grundlæggende lidelser.

Psykiaterne er dog også opmærksomme på, at det kan være svært for den praktiserende læge at vurdere, hvornår en patients behov er komplekse, og at det i nogle tilfælde netop er udredningssamtalen, der afdækker, at dette er tilfældet. I de tilfælde, hvor psykiaterne møder henviste patienter med mere komplekse behov end det, der kan rummes inden for rammerne af Hurtig udredning, anbefales typisk yderligere udredning i form af fx henvisning til specialiseret udredning sammen med vejledning om, hvilke oplysninger der skal lægges vægt på i henvisningen. En anbefaling i disse tilfælde kan også være, at patienten henvises til psykiater på almindelige vilkår, kombineret ved vejledning til patientens behandling i ventetiden. Det fremgår i den forbindelse at,

Det sker relativt ofte senere i forløbet, eller når vi anbefaler behandling hos psykiater, at [patienterne, red.] bliver henvist til os på almindelig vis. Og så tager vi dem – her giver den grundgige udredning under § 66 et godt udgangspunkt for det videre forløb. (Psykiater)

I ganske få tilfælde har psykiaterne også anbefalet, at patienten henvises til dem selv, samtidig med at patienten er kommet hurtigt til. Disse enkeltstående tilfælde er sket ud fra en vurdering om, at patienten havde et akut behov for støtte og observation i relation til deres situation eller medicinering.

4.2.3 Perspektiver på Hurtig udrednings formål, målgrupper og henvisningerne fra praktiserende læger

Psykiaterne lægger i overensstemmelse med de formelle målsætninger for Hurtig udredning vægt på, at målet med deres deltagelse er at muliggøre hurtig afklaring og igangsættelse af behandling af personer med lettere psykiatriske lidelser, som illustreret i citaterne nedenfor:

Psykiater 1: *Målet med ordningen må være, at personer, der lider af lettere psykiatiske lidelser, kan få en hurtig udredning, der hjælper dem til at komme i en effektiv behandling. At vi kan hjælpe lægerne med en mere sikker diagnostik og en behandlingsvejledning, der kan hjælpe med at imødegå noget kronisk.*

Psykiater 2: *Og at vi kan fange nogle af dem, der har diskrete symptomer på noget psykotisk. De kan være svære at spotte, og det kræver en ekspertise, som praksislægerne ikke har. Det er ikke mange, men vi fanger jo fx en gang imellem nogle med bipolar lidelse, som skal i den regionale psykiatri. Så vi hjælper med at få dem det rigtige sted hen.*

Psykiaterne forventer således, at patienterne får et udbytte af ordningen i form af en mere rettidig udredning og behandling, og at de derigennem understøttes i at få et bedre "psykisk helbred". De vurderer samtidig, at deres arbejde hjælper lægerne med at fange symptomer på psykisk sygdom fx en bipolarlidelse, der kan være svær at spotte, og generelt at understøtte lægerne i at lave en mere sikker diagnostik og behandlingsvejledning, der kan forebygge, at sygdommen fx udvikler sig til en kronisk tilstand.

Psykiaterne har ingen fornemmelse af, hvorvidt tilbuddet om hurtig udredning bidrager til kortere sygemeldinger, eller til at patienterne i højere grad kan fastholdes i uddannelse eller beskæftigelse, og disse elementer indgår ikke som et betydende element i deres kontakt med de henviste patienter. I lyset af deres enkeltstående kontakt og afgrænsede rolle i forløbet for de henviste patienter, ser psykiaterne det som deres primære opgave at afdække patientens udfordringer og behandlingsbehov, "så patienten kommer derhen, hvor de skal hen".

Som illustreret i nedenstående citat, advarer psykiaterne også mod et for entydigt fokus på den kortsigtede beskæftigelses- og uddannelsessituation fordi:

Set fra en behandlingsmæssig optik er det bedste for patienterne ikke nødvendigvis at komme hurtigt tilbage i deres arbejde eller uddannelse. Derimod kunne det fra et behandlingsmæssigt perspektiv være et godt valg at "stoppe med en uddannelse, der er vokset en over hovedet, eller finde et andet arbejde end det, der gør dig dårlig". (Psykiater)

Psykiaterne vurderer, at de målgrupper, med tilhørende in- og eksklusionskriterier, som er beskrevet i den formelle aftale om ordningen, generelt er relevante og dækkende. Oplevelsen er også, at de praktiserende læger i det store hele overholder de opstillede kriterier. Det er derfor kun sket i enkelte tilfælde, at psykiaterne har haft behov for at melde tilbage til praktiserende læger, fordi de oplevede at få henvist forkerte patienter. Eneste konkrete eksempel på forkert henvisning, der blev nævnt i interviewet er:

Krisereaktion – det har jeg set enkelte gange – hvor det så viser sig, at de har det meget bedre end angivet, når vi ser dem. Men det er sjældent. (Psykiater)

I det omfang, der opleves udfordringer relateret til henvisning, knytter de sig primært til patienter, der henvises for sent i deres forløb – og også her understreger psykiaterne, at der ikke er tale om et hyppigt forekommende problem. Erfaringen er, at det typisk sker, hvis patienten har gået meget længe med sine problemer forud for kontakten til egen læge, eller fordi lægen, pga. mistanke om fx stress eller lettere depression, har overset en mere alvorlig diagnose.

Oplevelsen er også, at de praktiserende læger generelt set gør et godt forarbejde i forbindelse med henvisningen, men indholdet af henvisningerne nævnes dog som et område, hvor nogle praksislæger skriver for kortfattet, så der mangler centrale oplysninger. Psykiaternes kriterier for den gode henvisning matcher de kriterier, som er opstillet i forbindelse med den indgåede § 66-aftale, og psykiaternes bud på den gode henvisning er en, som er kort og præcis med nedenstående oplysninger inkluderet:

Boks 2: Psykiaternes ønsker til den gode henvisning

- **Klar titel:** § 66-aftale
- **Somatisk undersøgelse:** Somatiske forklaringer på patientens symptomer er udelukket
- **Formål:** Hvad er lægen usikker på, hvad ønsker de at få afklaret?
- **Særlig mistanke:** Også vigtigt, hvad egen læge har tænkt – mistanke – afkræftet og bekræftet
- **Særlige symptomer:** Aggressiv adfærd, vold eller misbrug (hvis lægen ved det)
- **Sygdomshistorik:** Overblik over relevante udredninger, diagnoser og behandlinger (og ved fx samtalerapi eller medicinsk behandling – hvordan patienten responderede på behandlingen)
- **Medicin:** Overblik over patientens aktuelle medicin, og hvis aktuelt hvilke behandlinger der tidligere har været igangsat, samt hvordan patienten responderede.

4.2.4 Psykiaternes kommunikation og samarbejde med praktiserende læger

Psykiaterne fortæller, at deres samarbejde og kommunikation med praktiserende læger i udgangspunktet er godt, og de vurderer ikke, at ordningen Hurtig udredning har påvirket samarbejdet. Henvisninger og overlevering af information om patienterne i Hurtig udredning foregår således inden for de samme rammer som de øvrige patientforløb, og kommunikationen er stort set kun skriftlig.

Psykiaterne oplever ikke dette som et problem, og de efterspørger ikke et specielt fokus på disse aspekter af ordningen. Det fremgår dog også, at deres rutiner for tilbagemelding til henvisende læger er forskellige. Der er således tre psykiatere, som sender hele journalen og en konklusion, som sammenfatter de vigtigste resultater og anbefalinger. Begrundelsen for denne tilgang er et ønske om, at praktiserende læge har mulighed for orientere sig i psykiaterens samlede notater og de forhold, patienten har været inde på, samtidig med at den praktiserende læge har mulighed for kun at læse konklusionen, hvis det andet er for langt. De to øvrige psykiatere sender kun deres slutkonklusioner og anbefalinger, og begrundelsen for dette er en vurdering af, at den praktiserende læge ikke skal overbebyrdes med oplysninger og detaljer.

Psykiaterne er ikke i stand til at vurdere, hvilken form for tilbagemelding der opleves bedst af de praktiserende læger, men uagtet om de har valgt den informationstunge eller den kortfattede strategi for videregivelse af oplysninger, oplever de alle at få positive tilbagemeldinger – fx i form af korrespondancer, hvor der står ”tak for grundig udredning”.

Psykiaterne er også bevidste om, at der er intern variation i deres tilbagemeldinger og anbefalinger, fx i forhold til hvor opmærksomme de er på misbrugsrelaterede problemstillinger og kommunale muligheder for misbrugsbehandling og social støtte, eller hvornår de anbefaler henvisning til psykolog. Variationen opleves ikke som en egentlig udfordring, men statistik, der kan give indblik i deres

henvisningsmønstre, nævnes til interviewet, som et element, der formentlig kan danne afsæt for en interessant faglig dialog.

4.2.5 Fremadrettede perspektiver

Psykiaternes ønsker, at Hurtig udredning fortsætter, og de bakker op omkring ønsket om udbredelse på regionalt niveau. Psykiaternes fremadrettede opmærksomhedspunkter for Hurtig udredning er sammenfattet nedenfor, og som det fremgår, knytter disse sig først og fremmest til, hvordan de gode elementer i ordningen kan bevares:

- Det er vigtigt at fastholde ordningens fokus på hurtig udredning af patienter med lette psykiatriske udfordringer, samt at der kun indgår én afklaringsamtale i tilbuddet.
- Det er vigtigt at, deltagende psykiatere og praktiserende læger er velinformerede om ordningens formål, målgrupper og henvisningskriterier, samt at de er grundige i forhold til at informere patienterne om, at de ikke henvises til et behandlingsforløb men én samtale.
- Møder for fx det kommunale lægelaug eller nyhedsbreve fra praksiskonsulenter kan anvendes til at genopfriske læger og psykiateres viden om Hurtig udredning, så det undgås, at målgrupper og lignende ændres over tid.
- Der bør være særlig opmærksomhed på at informere nye nedsatte læger og psykiatere om ordningen – og i lyset af, hvor meget man skal sætte sig ind i som ny nedsat, bør der informeres mere end en gang.
- For at understøtte ovenstående bør det overvejes at lave en kortfattet patientinformation, som kan udleveres af egen læge i forbindelse med henvisning.
- De nuværende rutiner for henvisning og booking af patienttider opleves velfungerende.
- Ved en evt. udbredelse til regionalt niveau bør der være opmærksomhed på, om der er tilstrækkelig kapacitet nok blandt de deltagende psykiatere.
- For nogle patienter betyder transporten mere end ventetiden på at komme til. Det ses derfor som en fordel, hvis bookingsystemet kan indrettes på en måde, så det understøtter størst mulig geografisk nærhed mellem patienten og den psykiater, patienten bliver sat til hos.

4.3 Opsamling

De gennemførte interview viser, at både praksislæger og psykiatere langt overvejende er tilfredse med § 66-ordningen, som de i det store hele vurderer lever op til de opstillede målsætninger om at bidrage til en hurtigere afklaring og dermed bedre muligheder for at hjælpe patienter med lettere psykiatriske lidelser.

De interviewede fagpersoner har samtidig en fælles oplevelse af, at de opstillede inklusionskriterier er relevante, samt at ordningen generelt er velimplementeret og enkel at bruge. De positive vurderinger er også afspejlet i de afdækkede synspunkter på, hvordan ordningen kan forbedres. De forhold, der peges på, handler således om mindre justeringer, samt hvordan de positive elementer i ordningen kan bevares, frem for egentlige udfordringer. Der peges i den forbindelse på at:

- det er vigtigt, at patienterne forstår, at der kun er tale om en afklaringsamtale. Derfor bør der forsat være opmærksomhed på at informere om dette, og det anbefales at udarbejde en kort skriftlig information om ordningen, som kan udleveres til de inkluderede patienter.
- henvisninger og tilbagemeldinger fungerer generelt godt, men der er også muligheder for forbedring i forhold til enkelte praksislægers henvisninger, såvel som nogle af tilbagemeldingerne fra de praktiserende psykiatere.

- nogle praksislæger er i tvivl om, hvordan eksklusionskriterierne skal tolkes i forhold til mistanke om personlighedsforstyrrelse. Psykiaterne vurderer i forlængelse heraf, at de henvisninger, de får, hvor der ønskes en second-opinion på, om der kan være tale om en personlighedsforstyrrelse, er inden for rammerne af Hurtig udredning.

5 Effekter og omkostninger

Dette kapitel præsenterer effekt- og omkostningsevalueringen af Hurtig udredning. Vi sammenligner patienterne i Hurtig udredning med en gruppe af patienter, som har været i lignende forløb, og som ikke er bosiddende i Odense Kommune. Forløbene i kontrolgruppen er karakteriseret ved, at en kontakt til egen læge fører til enten en medicinsk behandling, et udrednings- eller behandlingsforløb hos en psykiater eller en henvisning til psykiatrien.

Analysen udføres som et matchet case-kontrolstudie, hvor udviklingen på forskellige udfaldsmål sammenlignes over tid. Sammenligningen starter i den uge, hvor patienterne i Hurtig udredning har den sidste kontakt med egen læge, inden deres aftale hos psykiateren.

Vi undersøger, om Hurtig udredning har en effekt på forbruget af psykiatriske ydelser i sygehusregi, ydelser i sygesikringen, lægemiddelforbruget og forbruget af helbredsrelaterede overførselsindkomster⁷. I sidste del af kapitlet sammenfattes de samlede sundhedsøkonomiske effekter af Hurtig udredning.

5.1 Beskrivelse af patienterne i Hurtig udredning

Patienterne i Hurtig Udredning omfatter 2.555 personer, som i perioden 1. juli 2014 til 31. december 2018 blev henvist direkte til en privatpraktiserende psykiater i Odense Kommune, og som kan kobles til registrene.

Der findes ikke en gruppe af kontrolpatienter, som patienter i Hurtig udredning umiddelbart kan sammenlignes med. Derfor har vi ved hjælp af statistiske metoder udvalgt en gruppe af patienter, som ligner patienterne i Hurtig udredning. Denne gruppe af kontrolpatienter stammer fra de ~0,3 mio. danskere, som i perioden 2014-2018 har fået foretaget en psykometrisk test hos egen læge og derefter enten har:

- modtaget samtalebehandling hos egen læge
- haft en konsultation hos en privatpraktiserende psykiater
- modtaget psykologhjælp
- hentet receptpligtig medicin mod angst eller depression (N06AB/X)
- modtaget behandling i psykiatrien
- eller en kombination af ovenstående.

Denne pulje af potentielle kontroller er derefter reduceret til en kontrolgruppe på 7.662 personer, som ligner patienterne i Hurtig udredning mest muligt på en lang række parametre. Patienterne i Hurtig udredning er overvejende kvinder (61 %) med en gennemsnitsalder på 33,9 år. De fleste (68 %) er ugifte. I gennemsnit har gruppen 0,7 børn. Hovedparten havde året inden kontrolepisoden enten afsluttet grundskolen (28 %) eller en gymnasial uddannelse eller en erhvervsuddannelse (45 %). De fleste er lønmodtagere. Den næststørste gruppe er SU-modtagere. Patienterne i Hurtig udredning har inden for fire år op til indeksepisoden haft 1,2 ambulante behandlinger i psykiatrien i gennemsnit mod 5,8 somatiske ambulante behandlinger i gennemsnit. Kun 1,2 % har haft en psykiatrisk indlæggelse.

⁷ Vi undersøger ikke effekter på det somatiske sygehus, da der ikke foreligger hypoteser om afledte effekter på somatisk sygdom.

Den matchede kontrolgruppe ligner patienterne i Hurtig udredning. På alle parametre ses standardiserede forskelle under 5 %, og på langt de fleste parametre ligger forskellen under 1 %. Detaljer om konstruktionen af kontrolgruppen findes i bilaget.

5.2 Effekter og omkostningsestimater for Hurtig udredning

Resultaterne afspejler sammenligningen mellem patienter i Hurtig udredning og de matchede kontroller jf. vejledningen i nedenstående tekstboks:

Sådan læses grafer og tabeller

I analysen vises grafer for udviklingen i antal ydelser og behandlingsomkostninger for patienter i Hurtig udredning og i kontrolgruppen. En lodret stiplede linje viser tidspunktet for henvisning (og dermed begyndelsen for sammenligningen). Hvis patienter i Hurtig udredning i perioden efter indeksugen (uge 0) afviger fra kontrolgruppen, er det tegn på en effekt af at være tilknyttet praksisklinikken.

Kontrolgruppen består af patienter uden for Odense Kommune, som ligner patienterne i Hurtig udredning mest muligt på alle de undersøgte parametre samt på en række supplerende parametre. Detaljer findes i metodebilaget.

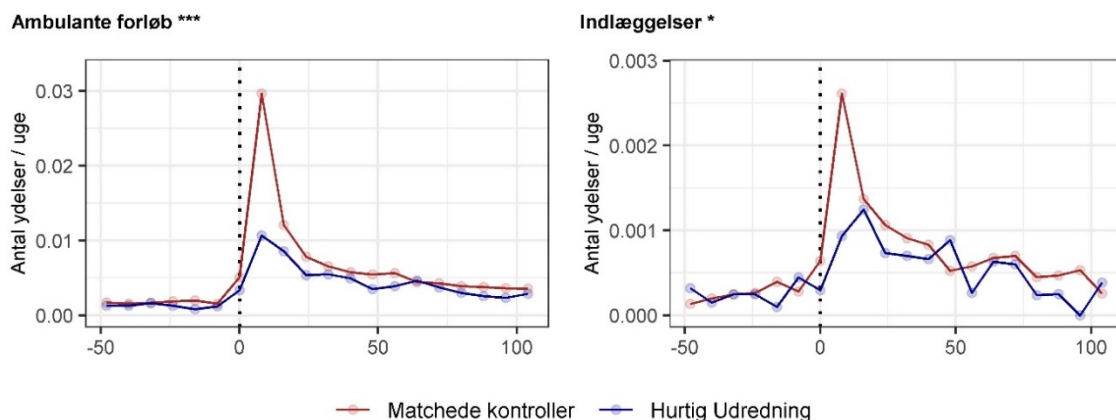
For de to sammenligningsgrupper er det ugentlige gennemsnit pr. patient vist på Y-aksen. Måleenheden kan både være et antal ydelser pr. uge eller en udgift i kr. pr. uge. En blå linje markerer gennemsnittet over tid for patienterne i Hurtig udredning, mens den røde linje viser det tilsvarende gennemsnit for kontrolgruppen. X-aksen viser tiden i uger.

I den statistiske test og i tabellen opgøres det samlede antal ydelser og de samlede udgifter kun for det første år (52 uger) efter indeksdatoen. Der anvendes et 5 %-signifikansniveau og tosidet test. Hvis der er en statistisk signifikant forskel, er det markeret ved det aktuelle resultat med én stjerne (*) for p-værdier under 0,05, to stjerner (**) for p-værdier under 0,01 og tre stjerner (***) for p-værdier under 0,001. I graferne ses også et konfidensinterval om gruppernes gennemsnitsniveau. Dette konfidensinterval indgår kun som et vejledende element og skal ikke fortolkes som en statistisk test.

5.2.1 Ambulante og stationære ydelser i den regionale psykiatri

I Figur 5.1 ses antallet af ambulante forløb og indlæggelser i psykiatrien for de to grupper over tid. Her ses en svag relativ reduktion i de ambulante kontakter for patienterne i Hurtig udredning. Denne forskel i udviklingen mellem de to grupper er statistisk signifikant. Forskellen stammer fra perioden umiddelbart efter indeksepisoden, hvor patienter i kontrolgruppen i højere grad end patienterne i Hurtig udredning starter i et forløb i psykiatrien. Der ses også en relativ reduktion i antallet af psykiatriske indlæggelser, som stammer fra en stigning i kontrolgruppens indlæggelser umiddelbart efter indeksperioden. Dette udgør det estimerede niveau, som patienterne i Hurtig udredning antages at have haft uden indsatsen. Når patienterne i Hurtig udredning har et lavere antal indlæggelser end kontrolgruppen, er det et udtryk for en sundhedsøkonomisk gevinst – også selv om forbruget i absolut forstand er vokset fra før indeksugen til efter indeksugen i indsatsgruppen.

Figur 5.1 Antal ambulante forløb og indlæggelser i psykiatrien

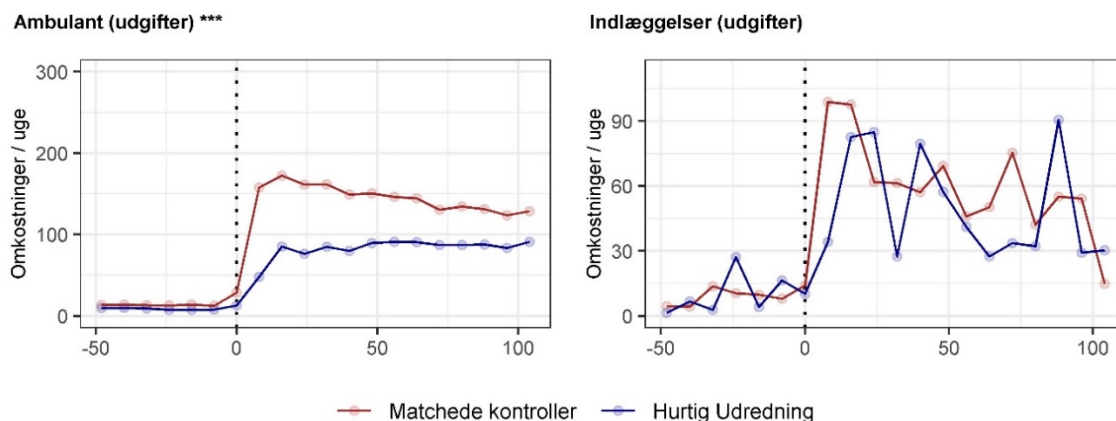


Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregistret.

Figur 5.2 viser udviklingen i omkostningerne forbundet med psykiatrisk sygehusforbrug. Der er signifikante effekter i udgifterne til ambulante psykiatriske ydelser. Denne reduktion afspejler reduktionen i antallet af ambulante forløb, som vi så ovenfor. Reduktionen i udgifter til ambulant psykiatrisk behandling er tæt på en halvering i det første opfølgingsår. Der ses også en mindre reduktion i udgifterne til psykiatriske indlæggelser, men reduktionen er ikke signifikant.

Figur 5.2 Udgifter til ambulant behandling og indlæggelser i psykiatrien



Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. For hver graf er der estimeret en test af forskellen efter et års opfølgning. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

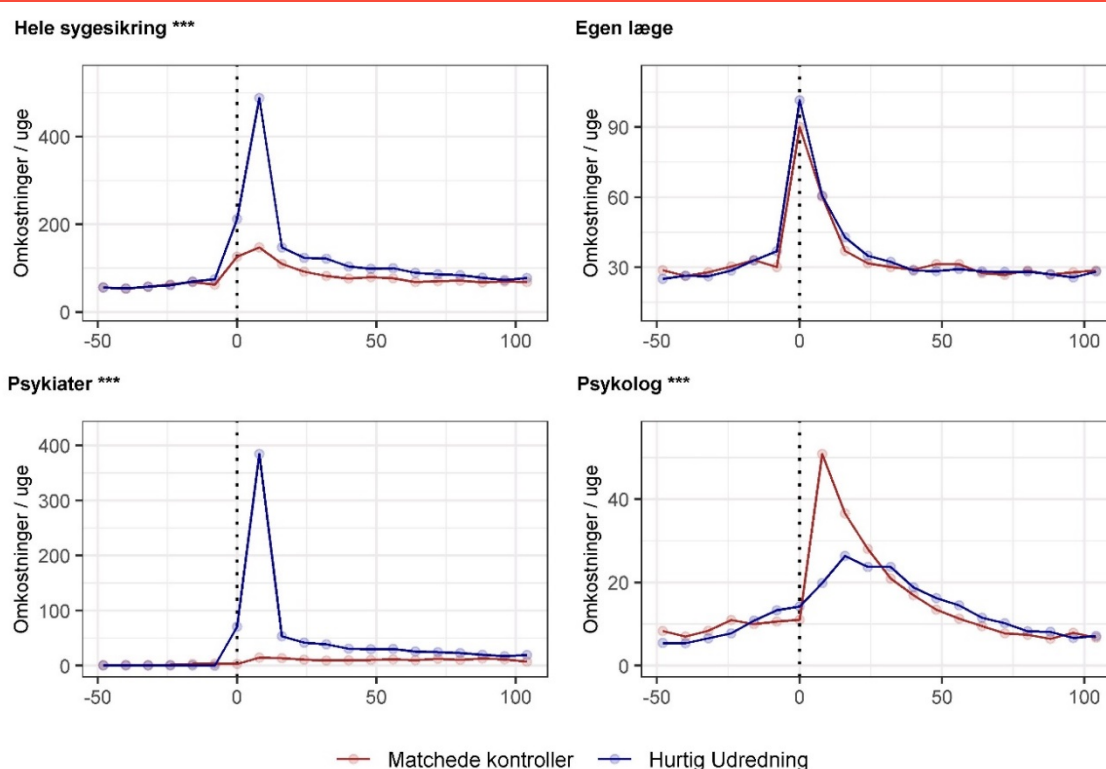
Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregistret. Standardtakster for 2018 er anvendt.

5.2.2 Ydelser på sygesikringsområdet

Figur 5.3 viser udviklingen i udgifterne til sundhedsydelser, som er dækket af sygesikringen. Figuren øverst til venstre viser de samlede udgifter for hele primærsektoren. Dette forbrug stammer især fra patienternes kontakt til egen læge. Der ses en meget markant stigning for begge grupper i det samlede forbrug lige omkring indeksugen. Denne stigningen skyldes, at indeksugen er defineret ved et besøg hos egen læge efterfulgt af en udredning eller et alternativt behandlingsforløb.

Figuren øverst til højre viser udgifterne til forbrug af egen læge. Dette ligger på niveau for de to grupper. De to nederste figurer viser forbrug af psykiater og af psykologydelser. Der ses igen et kraftigt relativt øget forbrug hos patienterne i Hurtig udredning af ydelser fra psykiatere. Dette forbrug forekommer lige omkring indeksepisoden og kan i høj grad tilskrives Hurtig udredning. Honoraret for udredningen hos psykiater er på 3.600 kr. og udgør dermed minimumsudgiften relateret til Hurtig udredning. Omvendt ses et relativt mindre fald i udgiften til psykologydelser i starten af opfølgingsperioden. Her ses det, at patienterne i kontrolgruppen i høj grad havner i et behandlingsforløb hos en psykolog. Stigningen i de samlede udgifter er statistisk signifikant, og det samme gælder for stigningen i udgifter til psykiatere og faldet i udgifter til psykologer. Der er ingen signifikant eller substantiel forskel i forbruget af ydelser fra øvrige ydere i primærsektoren.

Figur 5.3 Udgifter til psykiater, psykolog, almen praksis og samlede sygesikringsdækkede ydelser



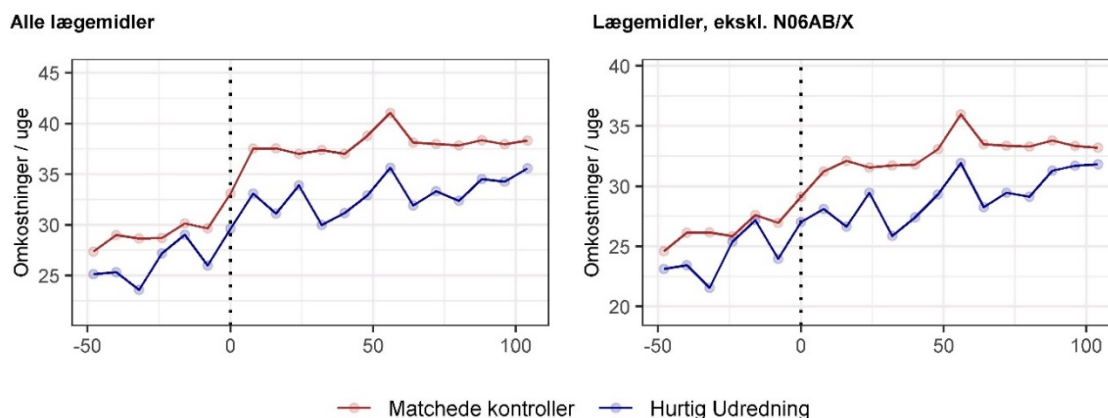
Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Sygesikringsregistret.

5.2.3 Lægemedler

Figur 5.4 viser forbruget af lægemidler. Her er ingen statistisk signifikant effekt af interventionen. Figuren til venstre viser det samlede lægemiddelforbrug hos de to grupper. Figuren til højre viser alle lægemidler, bortset fra SSRI- og SNRI-præparater mod blandt andet angst og depression. Kontrolgruppen har et let forhøjet forbrug af lægemidler i perioden før indeksugen. Der kontrolleres for denne type forskelle i den statistiske test.

Figur 5.4 Udgifter til receptpligtige lægemidler



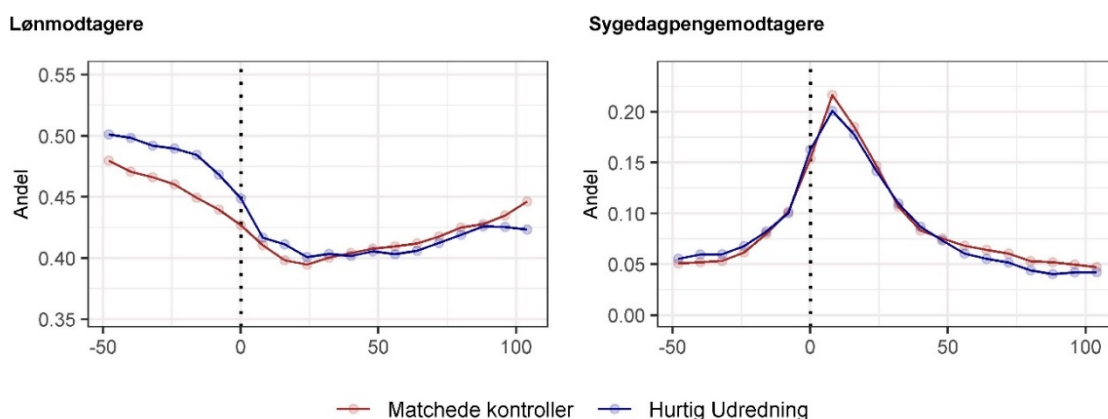
Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Lægemiddeldatabasen.

5.2.4 Overførselsindkomster og SU

Figur 5.5 viser andelen af hhv. lønmodtagere og sygedagpengemodtagere. Her ses generelt ensartede udviklinger og ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Den samlede andel af beskæftigede ligger lidt højere end de viste lønmodtagere, da selvstændigt erhvervsdrivende kun observeres i indkomst-registret, hvis de udbetaler almindelig løn til sig selv. Der er en mindre ubalance i raten af lønmodtagere før indeksevenen. Der kontrolleres for denne forskel i den statistiske test. Forskellen kan være et udtryk for, at patienterne i kontrolgruppen bliver ramt af sygdom lidt tidligere end patienterne i Hurtig udredning og derfor har et mere langstrakt fald i beskæftigelsesraten. For begge sammenligningsgrupper ses en markant stigning i sygemeldinger lige omkring indekstidspunktet. Efter ca. 52 uger er andelen af sygedagpengemodtagere på samme niveau som før indeksepisoden.

Figur 5.5 Andel af lønmodtagere og sygedagpengemodtagere

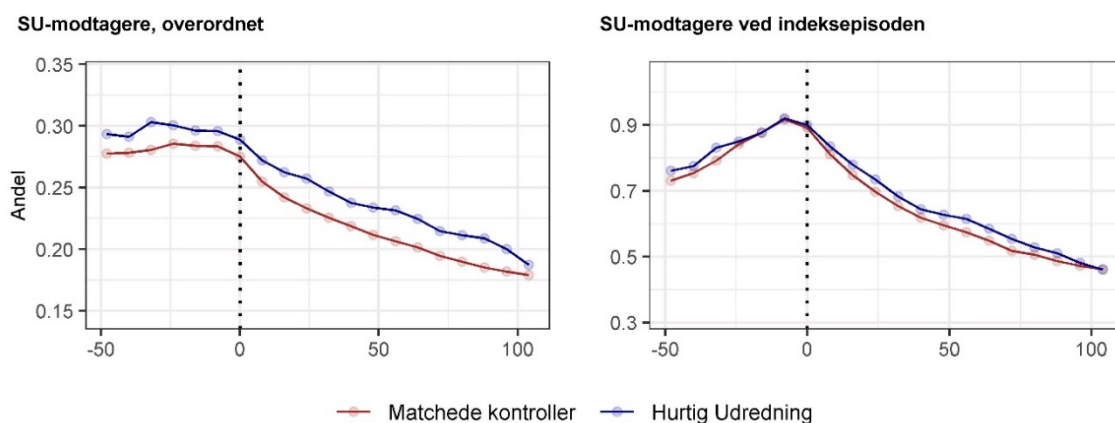


Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af DREAM-forløbsdatabasen.

Figur 5.6 viser andelen af SU-modtagere. Figuren til venstre viser den samlede andel over tid for de to grupper. Figuren til højre viser udelukkende de patienter, som på et tidspunkt i de tre måneder op til indeksepisoden modtog SU. Der er ingen signifikante forskelle, men en tendens til en lidt højere andel af SU-modtagere blandt patienter i Hurtig udredning. I den statistiske test tages højde for eventuelle ubalancer op til indeksepisoden.

Figur 5.6 Andel af SU-modtagere



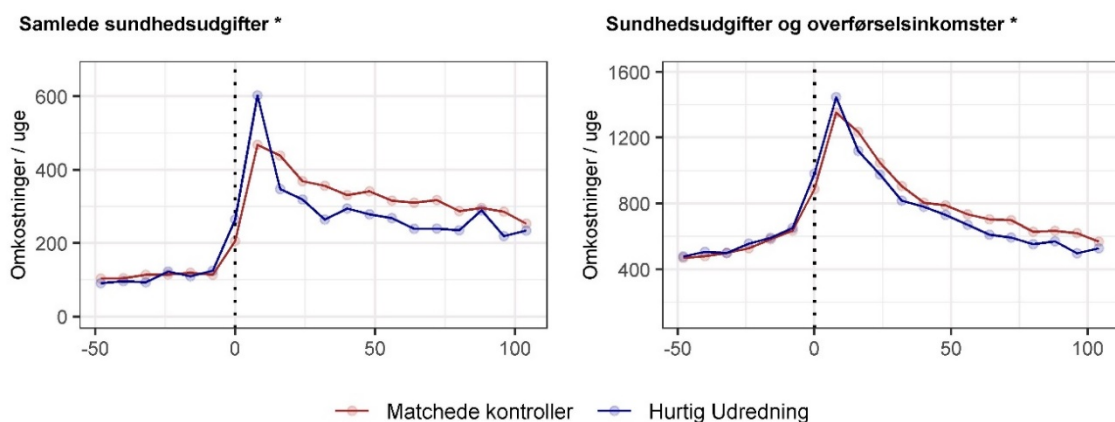
Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af DREAM-forløbsdatabasen.

5.3 Estimerede gevinster af Hurtig udredning

I Figur 5.7 ses til venstre de samlede sundhedsudgifter for psykiatri, sygesikring og lægemidler og til højre de samlede sundhedsudgifter plus udgifter til overførselsindkomster. For begge opgørelser ses det, at de matchede kontroller ligger højere end patienterne i Hurtig udredning over hele opfølgningsperioden. Det reducerede udgiftsniveau hos patienterne i Hurtig udredning er statistisk signifikant i begge opgørelser.

Figur 5.7 Samlede sundhedsudgifter



Note: Punkterne viser ugentlige gennemsnitsværdier i perioden fra 52 uger før til 104 uger efter indeksepisoden. Linjerne er beregnede interpolerede gennemsnit for de to sammenligningsgrupper. Testen er foretaget på baggrund af et gennemsnit over det første år. Signifikans angives med: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregistret, Sygesikringsregistret, Lægemiddeldatabasen og DREAM-forløbsdatabasen.

I Tabel 5.1 er de sundhedsøkonomiske udgifter opgjort samlet set og separat for primær- og sekundærsektoren samt for lægemidler. Den samlede sundhedsøkonomiske effekt af Hurtig udredning er en signifikant besparelse som følge af reducerede udgifter i den regionale psykiatri og hos sygesikringsdækkede ydere.

I primærsektoren ses en forhøjet udgift på 3.132 kr., som er drevet af honoraret til psykiaterne for den hurtige udredning. Der ses dermed forhøjede udgifter til selve indsatsen, hvor patienter får hurtig adgang til privatpraktiserende psykiatere. Til gengæld ses også en besparelse på 4.278 kr. for psykiatrien, som er drevet af en signifikant reduktion i udgifterne til både ambulante behandling og indlæggelser. Forbruget af psykologydelse er desuden reduceret med 328 kr. for patienterne i Hurtig udredning, og også denne forskel er signifikant. Endelig ses en ikke signifikant reduktion i forbruget af ydelser hos almen praksis på 28 kr.

Der ses ingen signifikante effekter særskilt for lægemiddelforbrug eller for forbruget af dagpenge og sygedagpenge, men effekterne på forbrug af ydelser i den regionale psykiatri og sygesikringsområdet er stærke nok til, at effekten på de samlede udgifter inklusive lægemiddelforbrug og overførselsindkomster er statistisk signifikante på et 5 %-niveau.

Som det fremgår i Tabel 5.1 er den samlede besparelse på ca. 1.150 kr. på udgifter til regional psykiatri og sygesikringsydelser.

Tabel 5.1 Samlede sundhedsøkonomiske effekter af Hurtig udredning

Udgiftsområde	Matchede kontroller	Hurtig udredning	Forskel	p-værdi
Regional psykiatri samlet	10.484	6.207	-4.278	0.001
- Ambulant behandling	7.164	3.540	-3.625	0.001
- Indlæggelser	3.320	2.667	-653	0.249
Sygesikring samlet inkl. alle specialer	5.126	8.258	3.132	0.001
- Psykiater	984	4.466	3.482	0.001
- Psykolog	1.286	959	-328	0.000
- Praktiserende læge	1.750	1.721	-28	0.413
Psykiatri og sygesikring samlet	15.610	14.464	-1.146	0,001
Lægemiddelforbrug	1.710	1.462	-248	0.522
Dagpenge og sygedagpenge	28.779	28.205	-574	0.299
Psykiatri, sygesikring, lægemidler og overførselsindkomster samlet	46.099	44.131	-1.968	0.039

Note: Udgifter og forskel i udgifter i kroner. Der er ikke korrigeret for inflation. Statistiske test er foretaget på forskellen mellem patienter i Hurtig udredning og matchede kontroller. Forskellen er estimeret på baggrund af observationer summeret på individniveau af udgifterne i de første 52 uger efter indkøbsperioden. Afrundet efter beregning af forskel. Det antages, at sygedagpenge og dagpenge ligger på 15.500 kroner pr. måned.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Landspatientregistret, Sygesikringsregistret, Lægemiddeldatabasen og DREAM-forløbsdatabasen.

En udrulning i hele Region Syddanmark kan forventes at betyde omkring 2.400 yderligere udredninger om året, hvis behovet og antallet af henvisninger i resten af regionen svarer til erfaringen fra Odense Kommune⁸.

Det samlede antal udredninger vil således være ca. 3.000 pr. år. Hvis effektestimaterne holder, og kapaciteten hos de privatpraktiserende psykiatere i resten af regionen er tilstrækkelig, vil fuld udrulning kunne forventes at resultere i en samlet samfundsøkonomisk besparelse i omegnen af 3,4-3,5 mio. kr. årligt, efter at merudgiften til privatpraktiserende psykiatere er fratrukket.

Der ses også ikke signifikante reduktioner i udgifter til lægemidler, dagpenge og sygedagpenge på i alt knap 850 kr. pr. henvist patient. Men da der er tale om ikke signifikante resultater, skal de ikke medregnes som en mulig gevinst i forbindelse med fuld udrulning.

I de ovenstående estimater indgår kun de estimerede effekter i en etårig tidshorisont. Der kan være en yderligere sundhedsøkonomisk gevinst i det omfang, at Hurtig udredning har effekter på længere sigt. De grafiske analyser antyder således, at reduktionen i forbruget af ambulante psykiatriske ydelser kan vare i mindst to år.

5.4 Opsamling

De kvantitative analyser viser, at patienterne i Hurtig udredning har et signifikant større forbrug af ydelser i primærsektor, som er drevet af meromkostningen til praktiserende psykiatere. Dette er forventeligt, da Hurtig udredning som minimum medfører en merudgift på 3.600 kr. pr. patient i honorar til de deltagende psykiatere.

Analyserne viser til gengæld også, at patienterne har et signifikant mindre forbrug af ambulante og stationære ydelser i den regionale psykiatri, samt et signifikant lavere forbrug af psykologbistand, sammenlignet med kontrolgruppen. Disse reduktioner er større end merudgifterne til Hurtig udredning, hvorfor ordningen, når der ses isoleret på den regionale psykiatri og sygesikringsområdet, har resulteret i en samfundsøkonomisk gevinst på ca. 1.150 kr. pr. patient i året efter henvisning.

Analyserne finder ingen signifikante forskelle på de øvrige undersøgte parametre (SU, lægemidler og overførselsindkomster).

Hvis effektestimaterne og udmøntningen i regionen som helhed matcher erfaringerne fra Odense Kommune, vil der kunne forventes en samlet samfundsøkonomisk besparelse på ca. 3,4-3,5 mio. kr. årligt i udgifterne til regional psykiatri og psykologbistand.

⁸ Udregningerne er baseret på antagelsen om en samlet udgiftsreduktion på sundhedsydelser på ca. 1.400 kr. pr. udredning og en antagelse om, at de ca. 600 årlige udredninger i Odense Kommunes befolkning på godt 200.000 personer vil svare til ca. 3.000 årlige udredninger i den øvrige befolkning i regionen (godt 1 mio. personer).

6 Lokale og regionale perspektiver på Hurtig udredning

Dette kapitel sammenfatter de perspektiver, der er afdækket via de gennemførte interview med repræsentanter fra hhv. uddannelsesinstitutioner, studenterrådgivning og beskæftigelsesområdet i Odense Kommune, samt repræsentanter fra de tre øvrige regioner, der også har indgået § 66-af-taler omkring hurtig udredning hos privatpraktiserende psykiatere.

6.1 Interview med uddannelsesinstitutioner og studenterrådgivning

Som led i evalueringen er der interviewet en repræsentant fra hhv. studievejledningen på Syddansk Universitet (SDU) og University College Lillebælt (UCL) samt en medarbejder fra Studenterrådgivningen i Odense. Interviewene har fokus været på, hvornår og hvordan studievejledere og rådgivere møder studerende med psykiske udfordringer, hvilke muligheder og udfordringer der opleves for at hjælpe de studerende, samt i hvilket omfang muligheden for Hurtig udredning vurderes at kunne spille i den forbindelse. De afdækkede perspektiver er sammenfattet på tværs af interview nedenfor.

6.1.1 Perspektiver på Hurtig udredning

Ingen af interviewpersonerne kendte til Hurtig udredning forud for interviewet. Efter at have fået ordningen forklaret, vurderede de til gengæld, at der er tale om et relevant tilbud i relation til de udfordringer, studerende med psykiske problemer står overfor. Den generelle vurdering er også, at det ikke er relevant at give studievejledningens ansatte en aktiv rolle i relation til ordningen. Men et generelt kendskab til, at muligheden findes, nævnes som en potentielt nyttig viden, som den enkelte vejleder vurderes at kunne have gavn af i mødet med studerende, som fx har svært ved at opsøge deres læge eller oplever, at de har svært ved at få den hjælp, de efterspørger hos lægen.

Interviewpersonerne lægger alle vægt på, at studievejledere og rådgivere har en særligt opmærksomhed på – og pligt til – at hjælpe studerende til at opsøge egen læge, når de bliver opmærksomme på problemer, der rækker ud almindelig sygdom, eller at den studerende har misset en enkelt eksamen. Ligeledes er der et ønske om, at det sker så tidligt som muligt i forløbet, og det vurderes, at indsatsen for at informere de studerende om mulighederne for at få vejledning og støtte er opprioriteret de seneste år.

Det øgede fokus på tidlig indsats bunder dels i et ønske om, at der kan sættes ind med støtte og evt. behandling, inden udfordringerne har vokset sig store, dels at en række af de støttemuligheder uddannelsesinstitutionerne (fx SPS⁹-støtte, sygemelding og bevilling af ekstra SU) har adgang til, forudsætter, at der findes lægelig dokumentation.

Ventetid på lægelig vurdering og psykiatrisk udredning nævnes som noget, der tidligere har været et problem for studievejledningen. Til gengæld oplever begge studievejledninger, at det i dag går forholdsvis hurtigt at fremskaffe den nødvendige dokumentation, når først problemet er identificeret, og den studerende har erkendt det. Repræsentanten fra Studenterrådgivningen i Odense nævner ligeledes, at hun inden for den seneste tid har oplevet flere forløb, hvor det er gået meget hurtigere,

⁹ SPS gives ved fysiske og psykiske funktionsnedsættninger, der betyder, at den studerende har brug for særlig støtte for at kunne gennemføre studiet. For eksempel i form af mentorordning og løbende møder, hvor den studerende får hjælp til at planlægge sin tid, sikre at der er styr på tilmelding til eksamener m.m. Bevilling af SPS-støtte kan også indebære, at den studerende får mulighed for at studere på nedsat tid.

end hun havde regnet med i forhold til, at studerende har fået tid til psykiater og dokumentation til studiet.

Dette opleves positivt, fordi det giver mulighed for at sætte ind med støtte hurtigere, og fordi tildelingen af støtte sker på et mere kvalificeret grundlag.

Ud fra det perspektiv byder interviewpersonerne ethvert tiltag, der kan bidrage til hurtig udredning og behandling af deres studerende – og derved også Hurtig udredning – velkommen. Interviewpersonerne understreger samtidig, at de ikke i stand til at vurdere, hvorvidt det er Hurtig udredning eller andre forhold, der bidrager til, at der aktuelt opleves god adgang til udredning for deres studerende¹⁰. Men med afsæt i deres begrænsede viden om ordningen kan de ikke umiddelbart se nogen argumenter imod at fortsætte og evt. udvide ordningen.

6.2 Interview med beskæftigelsesområdet i Odense Kommune

Som led i evalueringen har VIVE interviewet en leder og en medarbejder fra det psykologteam, der er etableret som en del af beskæftigelsesområdet i Odense Kommune. Psykologteamet består af otte-ni psykologer og to uddannelsesvejledere. Teamets målgruppe er unge mellem 13-30 år, som kæmper med uro, tristhed, dårlig trivsel, søvnproblemer og lignende. Målgruppen kan ved henvendelse til teamet få gratis og anonyme psykologsamtaler og vejledning om uddannelsesvalg m.m. Baggrunden for at kontakte netop denne del af forvaltningen har været, at unge patienter med disse symptomer lader til at udgøre en stor andel af de personer, der bliver henvist via § 66-ordningen. Fokus for interviewene med repræsentanter fra teamet har været deres kendskab til ordningen, og dens relevans i forhold til teamets målgruppe. De afdækkede perspektiver er sammenfattet nedenfor.

6.2.1 Perspektiver på hurtig udredning

Begge interviewdeltagere fra Psykologteamet er bekendt med § 66-aftalen og de oplever den som et relevant tilbud, der også kan være aktuelt for en del af de unge teamet er i kontakt med. Medarbejderen fortæller også, at hun har opfordret en enkelt borger til at henvende sig til sin læge og gøre opmærksom på § 66 muligheden.

Lederen oplever dog ikke, at ordningen spiller en central rolle i teamet. Samtalen om ordningen giver dog refleksion til eftertanke. Lederen fortæller, at teamet ofte er involveret i projekter der handler om en mere fremskudt psykiatri, og at der derfor kunne være noget synergi i at der blev mere fokus på ordningen i teamet, og også omvendt at de praktiserende læger og psykiatere i højere grad blev opmærksomme på teamets eksistens. F.eks. nævner han, at det kunne være relevant, hvis nogle af de patienter der har fået den hurtige udredning bliver henvist til dem, hvis de har behov for psykologhjælp. Han bekendt er der dog ingen patienter der pt er kommet fordi de var blevet henvist via ordningen. Han nævner også, at der umiddelbart godt kunne være et potentiale i at Psykologteamet i større omfang henviste deres patienter til § 66-aftalen.

¹⁰ Repræsentanten fra UCL oplyste, at deres studievejledere ikke oplever forskel på adgange til lægelig vurdering på tværs af deres matrikler i fx Kolding, Vejle og Odense.

6.3 Aftaler om Hurtig udredning i andre regioner

Som led i evalueringen har VIVE afdækket, hvilke andre regioner der har indgået § 66-aftaler om hurtig udredning hos privatpraktiserende psykiatere. Målet har været at undersøge, hvilke § 66-ordninger der findes i andre regioner, i hvilket omfang disse er sammenlignelige med Hurtig udredning i Odense Kommune, samt om der findes erfaringer eller perspektiver, der er relevante at inddrage i de fremadrettede overvejelser. Undersøgelsen er blevet udført via identificering og gennemlæsning af de andre regioners § 66-aftaler samt gennem interview med repræsentanter fra de tre regioner (Region Sjælland, Midtjylland og Hovedstaden), der har indgået aftaler med alle eller en del af deres privatpraktiserende psykiatere. Endvidere har vi interviewet en repræsentant fra Foreningen af Speciallæger, der har været inde over udarbejdelsen af alle § 66-aftalerne.

6.3.1 Hurtig udredning i Odense Kommune sammenlignet med de øvrige regioners aftaler

§ 66-aftalerne i de forskellige regioner er relativt sammenlignelige, hvad angår målgruppe (de patienter, der ikke har en åbenlys psykisk lidelse af svær grad), honorering (to timers honorering) og fokus (på hurtig afklaring). Ordningerne deler med andre ord et mål om at lette adgangen til hurtig udredning for patienter, der ikke har en svær diagnose (og dermed er oplagte kandidater til lokalpsykiatrien) ved at reservere tider i de deltagende psykiaternes kalendere. Der er dog også nogle vigtige parametre, der adskiller aftalerne i regionerne.

Et parameter drejer sig om formålet med ordningen. Hovedmålsætningen i Region Syddanmark har koncentreret sig om at understøtte lægerne i almen praksis, mens det primære formål med ordningen i de andre regioner været at skabe et tættere samarbejde med psykiaterne for at aflaste *hospitalspsykiatrien*, der pga. udredningsgarantien har været sat under øget pres. Målgruppen for de andre regioner lader også, i højere grad end tilfældet er i Region Syddanmark, til at inkludere patienter med moderate psykiske lidelser, eller hvad der omtales som "gråzone"-patienter, hvor der er usikkerhed om, hvorvidt en patient bør tilknyttes regionspsykiatrien eller kan tilbagevises til primær sektoren.

Indgangen til psykiaterne er ligeledes et parameter, der adskiller ordningen i Odense fra ordningerne i de øvrige regioner. I de øvrige regioner er indgangen til ordningen den centrale visitationsenhed, hvor den regionale psykiatri sorterer i de henvisninger, der kommer fra almen praksis. Det betyder, at det er den centrale visitationsenhed frem for lægerne i almen praksis, der vurderer, hvem der skal tilses af en psykiater, og hvem der skal sendes direkte i lokalpsykiatrien (eller sendes retur til egen læge). De praktiserende læger spiller således ikke en aktiv rolle i de andre regioners ordninger, og derfor vurderes det også, at deres kendskab til de indgåede aftaler er meget begrænset.

Erfaringerne med de tre øvrige regioners § 66-ordninger bærer præg af, at der endnu ikke er udført egentlige evalueringer af de enkelte ordninger og deres effekter. Oplevelsen på tværs af interviewpersoner er dog, at ordningerne overordnet set er populære og udnyttes godt. Men der nævnes også udfordringer relateret til, at psykiaterne har:

- efterspurgt retningslinjer for, hvad der forventes af dem (i Region Sjælland)
- oplevet, at den afsatte tid til udredningssamtalen var for begrænset (i Region Sjælland)
- oplevet, at der var behov for mere end én samtale, særlig til unge under 25 år, der skal starte i medicinsk behandling (i Region Midtjylland)
- haft en del tomgangshonorarer, fordi patienterne ikke mødte op til deres aftaler (i Region Hovedstaden).

I både Region Sjælland og Midtjylland har man med udgangspunkt i de regionalt oplevede udfordringer revideret aftalerne. I Region Sjælland har speciallægerne bl.a. fået mere tid til samtalerne, og i Region Midtjylland, har man imødekommet behovet for flere tider, særligt til de unge. Behovet for flere tider er imødekommet ved, at de tre tider i kalenderen om ugen, der tidligere var afsat pr. psykiater, nu består af to tider, der er afsat til nye § 66-henvisninger (som den centrale visitation kan booke), og én tid, der er afsat som en "ledig tid", som psykiateren selv råder over til at kunne udføre opfølgningssamtaler med § 66-patienter.

På baggrund af sammenligningen med de andre regioner er det tydeligt, at det er svært at sammenligne ordningerne 1:1 og dermed at overføre erfaringer fra de andre ordninger til Region Syddanmark. Først og fremmest, fordi hospitalspsykiatrien og de centrale visitationscentraler styrer adgangen i de andre regioner, mens det i Region Syddanmark er almen praksis, der udvælger patienter til ordningen.

Aftalerne lader således til at opfylde forskellige umødte behov i regionerne vedrørende en speciallægevurdering. Fordelen ved Region Syddanmarks ordning er, at almen praksis' behov for en second opinion på patienter med psykisk sygdom bliver mødt. Fordelen ved de andre regioners ordninger lader til at være, at presset på hospitalspsykiatrien bliver lettet.

Det kræver dog en mere dybdegående undersøgelse af de andre regioners ordninger, hvis udbyttet af disse skal vurderes. Samtidig vil de opnåede fordele og ulemper afhænge af konteksten, fx hvor presset den regionale psykiatri er, og i hvor høj grad det er muligt at frigøre kapacitet hos privatpraktiserende psykiatere.

6.4 Opsamling

Hurtig udredning i Odense Kommune opleves som et relevant tilbud af de interviewede repræsentanter fra hhv. uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesforvaltningens psykologteam i Odense Kommune. To af de fem interviewpersoner kendte til ordningen forud for interviewet, og en enkelt har også opfordret en borger til at opsøge sin læge for at blive henvist. Der peges i forlængelse heraf på, at viden om ordningens eksistens og målgruppe kan være relevant for de fagpersoner fra uddannelsesinstitutioner og kommunale støttetilbud, der er i kontakt med målgruppen. Herudover vurderes det, at ordningen fungerer fint i sin nuværende form, og der opleves ingen behov for at ændre på det aktuelle setup.

Sammenligningen mellem hurtig udredning i Odense og de tre øvrige regioners § 66-ordninger viser, at ordningerne har det samme grundlæggende formål om at muliggøre hurtigere udredning for patienter med lettere psykiatriske lidelser. Til gengæld er ordningerne grundlæggende forskellige, fordi de andre regioners ordninger er iværksat ud fra et ønske om at aflaste den regionale psykiatri, mens ordningen i Odense Kommune er sat i verden for at understøtte indsatsen hos praktiserende læger. De forskellige indgangsvinkler til hurtig udredning vurderes også at være afspejlet i, at målgruppen for de tre andre regioners ordninger i højere grad inkluderer patienter med moderate lidelser, end det er tilfældet i Odense.

Det fremgår videre, at der ikke er gennemført systematisk evaluering af ordningerne i de øvrige regioner. Der findes derfor ikke tilgængelig viden om ordningernes effekter, men de oplevede erfaringer er, at ordningerne understøtter formålene om hurtigere udredning og behandling samt aflastning af den regionale psykiatri.

7 Konklusioner og anbefalinger

Evalueringen har undersøgt den patientoplevede kvalitet, de involverede fagpersoners perspektiver samt de afledte effekter og omkostninger af Hurtig udredning i forhold til de henviste patienters forbrug af sundhedsydelse og deres beskæftigelsessituation. Endelig er der indhentet perspektiver fra uddannelsesinstitutioner, studenterrådgivning og beskæftigelsesområdet i Odense Kommune samt repræsentanter fra de tre øvrige regioner, der også har indgået § 66-aftaler omkring hurtig udredning hos privatpraktiserende psykiatere.

Evalueringens overordnede konklusioner er sammenfattet nedenfor, hvorefter der følger en diskussion af de opmærksomhedspunkter og anbefalinger evalueringen giver anledning til.

7.1 Overordnet konklusion og anbefaling

VIVEs evaluering finder overordnet, at Hurtig udredning opleves som et veletableret, relevant og virksomt tilbud af de patienter og fagpersoner, der har deltaget i evalueringen. Det er således en klar konklusion, at Hurtig udredning:

- giver de praktiserende læger hurtig adgang til relevant viden og vejledning, der opleves som en god hjælp til bedre at kunne håndtere de henviste patienters behandlingsforløb
- for patienterne fremstår generelt set som et relevant, hurtigt og sammenhængende tilbud, der opleves som en hjælp i deres videre forløb
- mindsker de henviste patienters forbrug af ydelser i den regionale psykiatri og på sygesikringsområdet i så stor grad, at der samlet set er realiseret en signifikant samfundsøkonomisk gevinst på ca. 1.150 kr. pr. henvist patient i første år efter henvisning.

VIVEs anbefaler med det afsæt, at Hurtig udredning videreføres, og at Region Syddanmark holder fast i ønsket om at udbrede ordningen på regionalt niveau.

7.2 Oplevet udbytte og Hurtig udrednings udmøntning

7.2.1 Relevans og udbytte

Patienterne begrundede særligt deres positive vurdering med, at det er betryggende at en uafhængig specialist kan kvalificere deres egen læges vurdering af deres tilstand. Det oplevede udbytte knytter sig for patienterne særligt til, at de og deres læge får hurtig adgang til en second opinion omkring deres diagnose/tilstand, deres evt. behov for medicin eller anden type af udredning og behandling. De fleste af evalueringens patienter vurderer videre, at de har været godt informeret om, hvad Hurtig udredning indebærer, samt at forløbet har været hurtigt og sammenhængende.

Ud af de 16 direkte involverede fagpersoner, der er interviewet til evalueringen, var der en enkelt praksislæge, der har haft dårlige erfaringer med Hurtig udredning og derfor er holdt op med at henvise patienter. De øvrige ti praksislægers og fem psykiateres positive vurderinger flugter med patienternes perspektiver, og oplevelsen blandt begge grupper er, at § 66-ordningen lever op til målsætningerne om, at:

- muliggøre en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af den praktiserende læges bud på patientens diagnose samt sværhedsgraden af denne og derved også en hurtigere og mere kvalificeret vurdering af den rette (medicinske) behandling

- psykiaternes tidlige vurdering gør det muligt for praksislægerne at hjælpe en del af patienterne hurtigere videre, så fx forværring af symptomer og sociale udfordringer imødegås
- psykiaternes udredning (fx i relation til patienter, der henvises med en angstproblematik) jævnligt bidrager til at afdække mulige personlighedsforstyrrelser, misbrugsproblematikker eller andre forhold, som er ukendte for patienten og/eller den praktiserende læge.

Psykiaternes tilbagemeldinger opleves endvidere som en god hjælp i de tilfælde, hvor praksislægerne skal henvise patienter til specialiseret udredning, samt i relation til attestarbejde målrettet det kommunale beskæftigelsesområde.

7.2.2 Udmøntning

Praksislæger og psykiatere er enige om, at Hurtig udredning er udmøntet godt, samt at de fleste henvisninger og tilbagemeldinger er gode og fyldestgørende nok. Den overordnede vurdering er også, at de opstillede inklusionskriterier, og de oplysninger hhv. praksislæger og psykiatere skal give hinanden i de enkelte patientforløb, er relevante.

Den generelle oplevelse er, at ordningen er nem at bruge, fordi den kører inden for de vante rammer for arbejdet med henvisning og kommunikation, samtidig med at Region Syddanmark er behjælpelig med koordinering af patienternes aftaler. Der er dog også læger, som fremadrettet ønsker mulighed for selv at kunne booke tid elektronisk, så de kan give patienten tiden med det samme og aftale den efterfølgende opfølgningstid.

Ifølge de fem psykiatere matcher den aftalte honorering deres gennemsnitlige tidsforbrug og giver god mulighed for at komme grundigt omkring patientens situation og give en fyldestgørende tilbagemelding til patientens læge. Samtidig vurderer psykiaterne ikke, som de i udgangspunktet frygtede, at deres ventetid er steget som følge af deltagelsen i Hurtig udredning.

7.3 Hurtig udrednings effekter, omkostninger og potentielle gevinster ved udbredelse på regionalt niveau

Registeranalysen viser, at patienterne har et signifikant større forbrug af psykiaterydelser som følge af deltagelsen i Hurtig udredning. Samtidig ses ingen signifikante reduktioner i Hurtig udrednings' patienters forbrug af overførselsindkomster og lægemidler sammenlignet med kontrolgruppen.

Til gengæld ses signifikante reduktioner i forbruget af ambulante ydelser i den regionale psykiatri, sammenlignet med kontrolgruppen. På lidt længere sigt fremgår det videre, at patienterne i Hurtig udredning har signifikant færre psykiatriske indlæggelser og signifikant mindre forbrug af ydelser på sygesikringsområdet, sammenlignet med kontrolgruppen. De opnåede effekter og besparelser overstiger merforbruget af ydelser og udgifterne til psykiatere i Hurtig udredning, så der opnås en signifikant nettobesparelse på ca. 1.150 kr. pr. henvist patient, sammenlignet med kontrolgruppen.

Perspektiver for udbredelse af Hurtig udredning på regionalt niveau

Hvis ordningen udrulles i hele Region Syddanmark, kan der forventes omkring 2.400 yderligere udredninger om året, hvis behovet og psykiaterkapaciteten i resten af regionen svarer til erfaringen fra Odense Kommune. Fuld udmøntning vil dermed indebære ca. 3.000 årlige forløb, og hvis de signifikante effekter fra Odense Kommune holder i regionen som helhed, vil fuld udbredelse kunne forventes at give en samfundsøkonomisk besparelse i omegnen af 3,4-3,5 mio. kr. årligt i regionens udgifter.

7.4 Lokale og regionale perspektiver på Hurtig udredning

Perspektiver fra omkringliggende organisationer i Odense Kommune: De indhentede perspektiver på Hurtig udredning fra hhv. uddannelsesinstitutioner og beskæftigelsesforvaltningens psykologteam i Odense Kommune viser, at ordningen opleves relevant. Der peges på, at viden om ordningens eksistens og målgruppe kan være relevant for de fagpersoner fra uddannelsesinstitutioner og kommunale støttetilbud, der er i kontakt med patienter i målgruppen (først og fremmest yngre personer). Herudover vurderes det, at ordningen fungerer fint i sin nuværende form, og der opleves ingen behov for at ændre på det aktuelle setup.

Sammenligning med de øvrige regioners § 66-ordninger: Sammenligningen mellem hurtig udredning i Odense Kommune og de tre øvrige regioners § 66-ordninger viser, at ordningerne har det samme grundlæggende formål om at muliggøre hurtigere udredning for patienter med lettere psykiatriske lidelser. Til gengæld er ordningerne grundlæggende forskellige, fordi de andre regioners ordninger administreres af den regionale psykiatri, mens ordningen i Odense administreres af de praktiserende læger, der henviser direkte til udredning.

Det fremgår videre, at der ikke er gennemført systematisk evaluering af ordningerne i de øvrige regioner. Der findes derfor ikke tilgængelig viden om ordningernes effekter, men de oplevede erfaringer er, at ordningerne understøtter ønsket om at aflaste den regionale psykiatri og derved målet om hurtigere udredning og behandling af de omfattede patienter.

7.5 Fremadrettede opmærksomhedspunkter og anbefalinger

7.5.1 Opmærksomhedspunkter fra patientundersøgelsen

Flere patienter og fagpersoner foreslår uafhængigt af hinanden, at der fremadrettet udleveres en kort skriftlig information, der opsummerer aftalen og rammerne for denne, som en støtte til de henviste patienter. Argumentet er, at det for stress-, angst- og depressionsramte især i de akutte faser kan være svært at overskue og huske indgåede aftaler. Det er derfor VIVEs anbefaling, at der arbejdes videre med dette, hvis ordningen videreføres.

En del patienter har i varierende omfang oplevet, at samtalen med psykiater var lidt for overfladisk og generel, og at de ikke blev informeret godt nok om psykiaterens konklusioner og anbefalinger til det videre forløb. Med det afsæt anbefaler VIVE, at der fremadrettet sættes fokus på, hvordan psykiaterne (så vidt muligt) i alle deres samtaler sikrer en indledende dialog om formålet med samtalen og giver patienten et oplæg til samtalsforløbet. Endvidere anbefales fokus på den afsluttende dialog med patienten om psykiaterens konklusion og det oplæg, der sendes retur til patientens læge.

7.5.2 Evalueringens opmærksomhedspunkter til det videre arbejde med Hurtig udredning

Praksislæger og psykiateres fremadrettede opmærksomhedspunkter, knytter sig primært til, hvordan de gode elementer i ordningen kan bevares eller styrkes. Evalueringen giver, med afsæt i fagpersonernes tilbagemeldinger anledning til at pege på følgende opmærksomhedspunkter:

- Der er bred opbakning til at fastholde ordningens fokus på hurtig udredning af patienter med lette psykiatriske udfordringer, samt at der kun indgår én afklarings samtale i tilbuddet.

- Det er vigtigt, at deltagende psykiatere og praktiserende læger også fremadrettet er velinformerede om ordningens formål, målgrupper og henvisningskriterier, samt at de grundigt informerer patienterne om, at de ikke henvises til et behandlingsforløb men én samtale.
- Møder for fx det kommunale lægelaug eller nyhedsbreve fra praksiskonsulenter bør anvendes til at genopfriske læger og psykiateres viden om Hurtig udredning, så det undgås, at målgrupper og lignende ændres over tid.
- Der bør være særlig opmærksomhed på at informere nynedsatte læger og psykiatere om ordningen – og i lyset af, hvor meget man skal sætte sig ind som nynedsat, bør der informeres mere end én gang.
- Rammerne for henvisning af patienter, hvor egen læge mistænker mulig personlighedsforstyrrelse, kan med fordel præciseres. Afsættet for psykiaterne er, at det er ok at henvise sådanne patienter så længe formålet snævert forholder sig til at få en second opinion på, om og hvordan praksislægen kan gå videre med sin mistanke.
- Tolkningen af, hvordan akut forværring af sygdom skal tolkes i forhold til nyopstået sygdom, giver også anledning til tvivl, og i nogle tilfælde ikke optimale patientforløb. Der bør derfor arbejdes med at skabe en klarere forståelse for, hvordan dette inklusionskriterie skal tolkes. Dialog om, hvordan praksislægerne evt. kan forbedre beskrivelsen af, hvorfor de fx henviser patienter med en længere forudgående sygdomshistorik, kan også overvejes for at undgå afvisning fra psykiaternes side.

7.5.3 Evalueringens opmærksomhedspunkter ved udbredelse på regionalt niveau

Region Syddanmark er allerede langt i deres overvejelser om at etablere et elektronisk bookingsystem. En del læger i Odense nævner desuden selv, at de ønsker denne mulighed fremadrettet, og hvis ordningen udbredes til hele regionen, vil et sådant system være en nødvendighed for at kunne håndtere de forventede 3.000 forløb pr. år. På baggrund af fagpersonernes tilbagemeldinger fremstår det som relevante opmærksomhedspunkter, at et fremtidigt elektronisk system bør kunne tage hensyn til at:

- for nogle patienter betyder transporten mere end ventetiden på at komme til. Det ses derfor som en fordel, hvis bookingsystemet kan indrettes på en måde, så det understøtter størst mulig geografisk nærhed mellem patienten og den psykiater, de bliver sat til hos. Dette vurderes at have betydning for deltagelse og fremmøde
- systemet helst skal være enkelt at bruge for de praktiserende læger og muliggøre, at patienten med det samme får klarhed over tidspunktet for aftalen hos psykiater
- systemet bør indeholde mulighed for at sende en påmindelses-SMS til patienter et par dage inden deres aftale for at mindske frafald og udbetaling af tomgangshonorarer.

Det fremstår endvidere som et vigtigt opmærksomhedspunkt at fastholde en klar målgruppe og informere via flere kanaler og ad flere omgange om ordningen til de praksislæger og psykiatere, for hvem ordningen er ny.

Endelig vil det være vigtigt med opmærksomhed på, hvorvidt der regionalt, så vel som lokalt, er tilstrækkelig kapacitet nok blandt de praktiserende psykiatere, og vurdere, om der evt. er behov for at udvide kapaciteten – eller justere ordningen – fx i forhold til, hvor lang tid der kan forventes at gå fra henvisning til udredningssamtale.

Litteratur

- D'Agostino, R.B. (1998). Propensity score methods for bias reduction in the comparison of a treatment to a non-randomized control group. *Statistics in Medicine*, 17, 2265-2281.
- Damsbo, N. (2007). Depression i almen praksis. *Månedsskriftet for Praktisk Lægegerning*, 85(4), 385-394.
- Dansk Selskab for Almen Medicin (2010). *Klinisk vejledning for almen praksis. Angsttilstande: Diagnostik og behandling*. København: Dansk Selskab for Almen Medicin.
- Flachs, E.M., Eriksen, L., Koch, M.B., Ryd, J.T., Dibba, E., Skov-Ettrup L. & Juel, K. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Praksisafdelingen, Region Syddanmark (2016). *Pilotprojekt vedr. hurtig psykiatrisk udredning i Odense Kommune. Minievaluering af 2-årig forsøgsperiode*. Vejle: Region Syddanmark.
- Rubin, D.B. (1997). Estimating Causal Effects from Large Data Sets Using Propensity Scores. *Annals of Internal Medicine*, 127(8), 757-763.

Bilag 1 Evalueringens datagrundlag og metoder

Evalueringen undersøger for det første patienter og de direkte involverede fagpersoners perspektiver på 'hurtig udredning' med afsæt i interview¹¹ og et elektronisk survey. For det andet undersøges ordningens betydning for patienternes beskæftigelse og forbrug af social- og sundhedsydelser via en sundhedsøkonomisk register og effektanalyse. For det tredje er der gennemført interview med repræsentanter fra a) lokale uddannelsesinstitutioner, b) beskæftigelsesområdet i Odense Kommune og c) repræsentanter fra andre regioner for at få viden om den kontekst, hurtig udredning befinder sig i, samt i hvilket omfang ordningen opleves som et relevant tilbud.

Datagrundlag og fremgangsmåde for de enkelte elementer præsenteres i den nedenstående afsnit.

Delopgave 1: Patienternes perspektiver på 'hurtig udredning'

Patienternes udbytte og perspektiver på 'hurtig udredning' er undersøgt via et elektronisk spørgeskema og kvalitative interview.

Elektronisk spørgeskema

Den elektroniske spørgeskemaundersøgelse omfatter alle patienter, der fra januar 2018 til februar 2019 har været henvist til 'hurtig udredning'. Spørgeskemaet undersøger:

- Hvordan patienter oplever muligheden for hurtig psykiatrisk udredning, herunder:
 - Hvordan patienterne bliver informeret om ordningen, og i hvilket omfang patienterne oplever informationen som tilstrækkelig
 - Hvilke forventninger patienterne har til udbyttet af hurtig psykiatrisk udredning, og i hvilken grad forventningerne indfries

- Hvilken betydning hurtig udredning og den efterfølgende behandling opleves at have for:
 - Patientens egen forståelse af sit sygdomsbillede, oplevelse af at have handlemuligheder og mulighed for at bevare/genvinde sit funktionsniveau
 - Forløbet hos egen læge og lægens forståelse for patientens sygdomsbillede
 - Graden af inddragelse i behandlingsforløbet
 - Den kommunale sagsbehandling i forbindelse med sygemelding
 - Fastholdelse i uddannelse for de patienter, der er under uddannelse

Spørgeskemaet er udarbejdet i SurveyXact og pilottestet i samarbejde mellem VIVE og Region Syddanmark. Det færdigudviklede skema er herefter udsendt af Region Syddanmark, til de relevante patienters e-Boks. Der blev udsendt en reminder 10 dage efter første udsendelse, og undersøgelsen blev lukket en uge senere.

Spørgeskemapopulationen og patienternes baggrundskarakteristika

Spørgeskemapopulationen og svarprocenten er sammenfattet i Bilagstabel 1.1.

¹¹ Alle evalueringens interview er gennemført af Martin Sandberg Buch og/eller Maya Christiane Flensburg Jensen

Bilagstabel 1.1 Spørgeskemaets respondenter

Antal udsendte spørgeskemaer	Antal fulde besvarelser	Svarprocent
774	258*	33

Note: * Herudover har 55 patienter afleveret delvise besvarelser.

Som det fremgår af Bilagstabel 1.1, har 258 ud af 774 mulige patienter fuldført hele spørgeskemaet, mens yderligere 55 har afleveret delvise besvarelser. Da næsten alle de patienter, der har afgivet delvise besvarelser er faldet fra i starten af spørgeskemaet, har vi valgt kun at analysere de fulde besvarelser, hvilket giver en svarprocent på 33 %.

Den relativt lave svarprocent skyldes formentlig, at henvisningen til hurtig udredning for en stor del af respondenterne ligger mere end et halvt år tilbage i tiden, samtidig med at indholdet i form af én samtale hos en psykiater alt andet lige repræsenterer en lille del af patienternes samlede kontakt med sundhedsvæsenet.

Den lave svarprocent betyder også, at spørgeskemaets resultater skal tolkes med forsigtighed. Fx kan det ikke udelukkes, at de patienter, der har svaret adskiller sig fra den øvrige gruppe af patienter, i forhold til hvor svært deres sygdomsforløb har været, eller hvor tilfredse de er med udbyttet.

Det fremgår af Bilagstabel 1.2 og Bilagstabel 1.3, at ca. 2/3 af respondenterne er kvinder, samt at 68 % er i gruppen af 18-40-årige:

Bilagstabel 1.2 Kønsfordeling

Køn	Antal	Procent
Kvinde	174	67
Mand	84	33
I alt	258	100

Bilagstabel 1.3 Aldersfordeling

Alder	Antal	Procent
18-29 år	125	48
30-39 år	49	19
40-49 år	43	17
50-59 år	25	10
60-69 år	12	5
70-79 år	4	2
I alt	258	100

Det fremgår videre af Bilagstabel 1.4, at uddannelsesniveaueet blandt respondenterne er højt med 51 %, som angiver videregående uddannelse:

Bilagstabel 1.4 Uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau	Antal	Procent
Grundskole (op til 10 års skolegang)	20	8
Gymnasial uddannelse (STX, HTX, HHX, HF)	56	22
Erhvervsfaglig uddannelse/faglært	38	15
Videregående uddannelse	131	51
Andet	13	5
I alt	258	100

Bilagstabel 1.5 viser respondenternes beskæftigelsessituation:

Bilagstabel 1.5 Beskæftigelse

Beskæftigelse	Antal	Procent
I beskæftigelse	58	22
Ledig	25	10
Sygemeldt fra job	49	19
Sygemeldt fra ledighed	29	11
Under uddannelse	77	30
Andet (fx pensionist)	20	8
I alt	258	100

Det fremgår, at i alt 52 % svarer, at de enten er i beskæftigelse eller under uddannelse, mens i alt 39 % er ledige eller sygemeldte. Endelig er der 8 %, som angiver andet – fx i form af, at de er pensionister eller forældreledige.

Den store andel af yngre respondenter er også afspejlet i angivelsen af civilstatus jf. Bilagstabel 1.6, hvor det fremgår, at 45 % er gift eller samboende, 15 % har en fast partner men bor alene, mens de resterende 41 % angiver, at de er single:

Bilagstabel 1.6 Civilstatus

Civilstatus	Antal	Procent
Gift/samboende	115	45
Kæreste/partner (ikke samboende)	38	15
Single	105	41
I alt	258	100

Kvalitativ interviewundersøgelse

Der er gennemført ti kvalitative interview med patienter, der har været henvist til hurtig udredning. Patienterne er inviteret til interview via spørgeskemaet. 109 patienter takkede ja til interview og udvælgelsen skete ud fra et ønske om at sikre repræsentativitet i forhold til køn og alder, type af beskæftigelse og baggrund for henvisning til hurtig udredning, som angivet i Bilagstabel 1.7:

Bilagstabel 1.7 Fordeling af interviewede patienter

Køn og alder	Beskæftigelse	Baggrund for henvisning
Kvinde 70 år	Pensionist	Depression – vurdering af sværhedsgrad
Kvinde 51	I arbejde	Udredning for depression
Kvinde 50 år	I arbejde	Udredning af depression
Kvinde 45 år	I arbejde	Udredning for stress vs. depression
Kvinde 28 år	Udelukket fra studie pga. manglende fremdrift/Ledig	Kendt med angst og depression. Vurdering af behov for henvisning til regional psykiatri
Kvinde 26 år	Studerende	Udredning for angst
Kvinde 24 år	Studerende	Udredning for angst
Mand 44 år	Langtidssygemeldt	Vurdering af stress vs. depression
Mand 38 år	I arbejde	Udredning for depression efter to stresssygemeldinger
Mand 25 år	Studerende	Udredning for depression

Patienterne er kontaktet telefonisk, og de, der har sagt ja til at deltage i interview, har fået mundtlig information om undersøgelsen og VIVEs håndtering af de indsamlede data i forbindelse med interviewets afholdelse. Interviewene er afholdt over telefon, de har taget fra 20-50 minutter og er optaget elektronisk. Via gennemlytning af optagelsen er der udarbejdet et udførligt referat som afsæt for efterfølgende analyse og citater. Citaterne angives anonymt, og vi har enkelte casebokse, hvor der er indsat fiktive navne, for at gøre teksten mere læsevenlig.

Interviewene har været tilrettelagt efter de samme temaer som det elektroniske spørgeskema og bruges til at forstå og nuancere tendenserne i spørgeskemaet. Formålet er således at undersøge, hvornår og hvorfor/hvorfor ikke patienter oplever, at henvisning til 'hurtig udredning' gør en positiv forskel for deres forløb i social-, uddannelses- og sundhedsvæsenet samt at identificere patienternes evt. bud på, hvordan ordningen kan forbedres.

Delopgave 2: Fagpersoners perspektiver på hurtig psykiatrisk udredning:

VIVE har interviewet et udvalg af de fagpersoner, som er involveret i forløb med patienter, der har været henvist til hurtig psykiatrisk udredning, samt et udvalg af repræsentanter fra henholdsvis uddannelsesinstitutioner og det kommunale beskæftigelsesområde, som angivet i Bilagstabel 1.8 nedenfor:

Bilagstabel 1.8 Oversigt over evalueringens interview med fagpersoner

	Antal	Et interviewform	Varighed
Praktiserende læger	11	Et face-to-face-gruppeinterview med tre praksislæger Otte individuelle telefoninterview	Gruppeinterview 70 minutter Telefoninterview 20-40 minutter
Privatpraktiserende psykiatere	5	Et gruppeinterview	2 timer
Det kommunale beskæftigelsesområde – kommunalt psykologteam	3	Individuelle telefoninterview	30-40 minutter
Uddannelsesinstitutioner og studenterrådgivning	3	Individuelle telefoninterview	30-40 minutter
Repræsentanter fra andre regioner	3	Individuelle telefoninterview	30-40 minutter

Blandt de direkte involverede fagpersoner er det prioriteret at interviewe alle de fem psykiatere¹², der deltager i ordningen, samt 11 af de ca. 100 deltagende praktiserende læger. De praktiserende læger er rekrutteret til interview af Praksisafdelingen i Region Syddanmark med afsæt i udvælgelseskriterier opstillet af VIVE. Praksislægerne er således valgt strategisk ud fra et ønske om, at solo og flerlægepraksis er ca. ligeligt repræsenteret, samt at læger med gennemsnitligt mange og få henvisninger til 'hurtig udredning' er repræsenteret.

Psykiatere og læger er interviewet om:

- Deres erfaringer med henvisning og udredning, samt hvilke muligheder og udfordringer de forbinder med dette
- hvem der får del i den viden, der skabes via psykiaternes udredninger, og hvad denne viden anvendes til i patienternes videre forløb
- hvilken betydning den hurtige udredning har for samarbejdet mellem de involverede parter
- i hvilket omfang indsatsen opleves at understøtte patienternes forløb i beskæftigelsesforvaltningen/uddannelsessystemet, samt hvilke muligheder der ses for dette fremadrettet
- hvordan patienterne informeres om ordningen, og hvorvidt ordningen opleves at understøtte et hurtigt og sammenhængende forløb.

Repræsentanterne fra henholdsvis uddannelsessystemet og det kommunale beskæftigelsesområde er udvalgt på baggrund dialog med de interviewede patienter og fagpersoner, samt de henviste patienters karakteristika – som er kendetegnet ved en stor overvægt af unge mennesker, der er under uddannelse, sygemeldte eller ledige.

Interview med repræsentanter fra de øvrige tre regioner er gennemført med de fagpersoner, der lokalt fungerer som tovholdere for den enkelte regions § 66-aftaler om hurtig udredning. Med afsæt i interviewene har vi desuden fået tilsendt relevant skriftligt materiale, der beskriver de forskellige ordninger, samt de erfaringer, der er indsamlet om dem.

Alle interview er optaget elektronisk, og der er udarbejdet udførlige referater, som efterfølgende er kondenseret og anvendt som afsæt for analyse og citater.

Delopgave 3: Effekter og omkostninger:

Design

Effekt- og omkostningsanalysen er baseret på et case-kontrol-design, hvor en gruppe af kontrolpatienter er matchet til patienterne i 'hurtig udredning'. Der anvendes eksakt matching på køn, alder og året for indeksperioden samt en mere detaljeret propensity score matching i to trin til at finde de kontroller, som ligner patienterne i 'hurtig udredning' mest muligt.

Propensity scoren er den modelberegnete sandsynlighed for, at en person indgår i 'hurtig udredning'. Matchingen finder de personer i kontrolgruppen, som med deres propensity score ligger tættest på en patient i 'hurtig udredning'. I praksis er sandsynligheden konverteret til log(odds) for en mere jævn fordeling af propensity-scoren.

¹² Svarende til samtlige privatpraktiserende psykiatere, der er nedsat i Odense.

Data

Datagrundlaget kommer fra følgende registre: Landspatientregistret for somatik og psykiatri (LPR og LPR-PSYK), Sygesikringsregistret (SSSY), Lægemedeldatabasen (LMDB), Uddannelsesstatistikken (UDDA), DREAM-databasen, Arbejdsklassifikationsmodulet (AKM) samt befolkningsregistret (BEF).

Interventionsgruppe

Gruppen af patienter i 'hurtig udredning' er identificeret ved en særlig kode i Sygesikringsregisteret, som angiver en 'hurtig udredning'. Tidspunktet for udredningen er identificeret ved honorarugen svarende til variabelen HONUGE i Sygesikringsregistret. Den tilknyttede tidsangivelse for den sidste forudgående kontakt hos egen læge inden udredningen udgør indeksugen. Ventetiden kan være underestimeret, hvis patienten har en kontakt efter henvisningen men inden udredningen. Omvendt bliver ventetiden overestimeret, hvis patienter kommer til udredning i samme uge som kontakten hos egen læge.

Kontrolgruppe

For at kunne estimere en effekt af Hurtig Udredning skal patienterne i hurtig udredning sammenlignes med en kontrolgruppe af tilsvarende patienter, som ikke er inkluderet i hurtig udredning, men som kunne have været det, hvis hurtig udredning var en mulighed for dem. Da hurtig udredning kun er tilbudt i Odense Kommune kan tilsvarende patienter samples til kontrolgruppen fra resten af landet. Personer med bopæl i Odense Kommune indgår dermed *ikke* i kontrolgruppen. Ved at ekskludere Odense undgås det, at gruppen af potentielle kontroller bliver forurenede af personer, hvor lægen har haft mulighed for at henvise til hurtig udredning, men har vurderet, at patienten ikke var i målgruppen.

Kontroller indgår fra hele landet. Det betyder, at der også kan indgå kontroller, som har haft gavn af et lignende § 66-forløb, som udbydes enkelte andre steder. Denne indsatsstype har meget tilfælles med hurtig udredning i Region Syddanmark. Ved at tillade denne type konkurrerende forløb opnås konservative effektestimater, som tester effekten af hurtig udredning over for det samlede billede af eksisterende tilbud til målgruppen.

Puljen af potentielle kontroller er i første omgang identificeret som alle de personer, der:

- er testet psykometrisk hos egen læge (SSSY:SPECIALE=802149)
- har modtaget samtaleterapi hos egen læge (SSSY:SPECIALE: 806101)
- har haft en kontakt i psykiatrien (CPR i LPR-PSYK)
- har haft en kontakt hos psykiater (SSSY:SPEC2=24)
- har haft en kontakt hos en psykolog (SSSY:SPEC2=63)
- har afhentet receptpligtig medicin mod angst eller depression (SSRI/SNRI, ATC=N06AB/X).

Disse seks situationer er typiske for forskellige trin i udredningen og behandlingen af gruppen af patienter med let-moderat stress, angst eller depression (Dansk Selskab for Almen Medicin 2010, Damsbo 2007), som er målgruppen for hurtig udredning. Behandlingen af disse patienter er tilrettelagt efter stepped-care-princippet, hvor langt de fleste behandlinger sker i primærsektoren hos almen praksis, psykiater og psykolog med samtaleterapi og farmakologisk behandling. Disse brede kriterier fanger ~1,7 mio. danskere i perioden 2014-2018. Den kombinerede årlige incidens af stress, angst og depression producerer ikke 1,7 mio. relevante cases (Flachs et al 2015). En stor del af

disse personer er derfor ikke relevante som sammenligningsgrundlag, men vil i stedet være observeret med ét af seks kriterier af andre årsager end debut med let-moderat stress, angst eller depression.

Hver af disse ~1,7 mio. personer kan indgå med flere end én potentiel indeksepisode. Blandt patienterne i hurtig udredning er indeksepisoden den sidste kontakt hos egen læge inden hurtig udredning hos psykiater. Kontrollerne skal samples på et tidspunkt, som emulerer indeksepisoderne for patienterne i hurtig udredning. Puljen af kontroller er derfor reduceret til ~210.000 personer med ~300.000 potentielle kontrolepisoder ved at anvende en række kriterier med hensyn til rækkefølgen på kontakter, intervaller mellem kontakter og en betingelse om forudgående kontakt med egen læge. Gyldige episoder er for kontrollerne defineret som følger:

- Samtaleterapi hos egen læge: første samtaleterapi inden for 45 dage
- SSRI/SNRI: første receptafhentning inden for 45 dage
- Psykometrisk test hos egen læge: første registrerede test inden for 90 dage
- Psykiatrisk behandling: første kontakt indenfor 30 dage
- Psykiater: første konsultation inden for 45 dage
- Psykolog: første konsultation inden for 30 dage.

Kriterierne for kontaktfrie perioder er sat, så kontakter midt i et længere forløb så vidt muligt ekskluderes. Samtidig skal den kontaktfrie periode minimeres, så kontrolgruppen ikke per definition får et kunstigt lavt forbrug af sundhedsydelse. Tidspunktet for kontrolepisoden er tidspunktet for den seneste kontakt hos egen læge, inden det pågældende kriterie opfyldes. Den forudgående kontakt til egen læge skal have ligget inden for 60 dage.

Propensity score matching

Denne pulje af ~300.000 mulige kontrolepisoder er derefter reduceret til én per individ (210.000) ved kun at vælge dén episode hos hver patient, der mest ligner forløbsstarten hos patienterne i 'hurtig udredning'. En grov propensity score matching (Rubin 1997, D'Agostino 1998) er anvendt til at reducere puljen yderligere (25:1). Disse patienter er derefter reduceret til 7662 (3:1) ved hjælp af en detaljeret propensity score matching baseret på en række kontrolvariable fra Sygesikringsregistret, Landspatientregistret, DREAM-forløbsdatabasen og Lægemedeldatabasen. Propensity score matchingen er foretaget i to trin for at kunne beregnes inden for en rimelig tid. I den første kørsel anvendes en bred kaliper på +/- 0.5 log(odds) og kun sociodemografiske variable. I den endelige matching anvendes alle matching-faktorer. Det første match sikrer, at sammenligningsgrupperne overordnet ligner hinanden på baggrundsfaktorer som køn, alder, uddannelse, indkomst, familieforhold og beskæftigelse. Det næste match sikrer, at kontrollerne også ligner patienterne i hurtig udredning på de helbredsmæssige parametre og på de variable, som måles i de tre måneder op til indeksepisoden.

Der er ikke anvendt vægte eller tilbagelægning ved matching af kontroller, da populationen af mulige kontroller er stor nok til at levere unikke kontroller med et godt match.

Balancen mellem kontrolgruppen og patienterne i 'hurtig udredning fremgår af tabellen nedenfor. Tabellen viser også balancen mellem den groft udvalgte kontrolgruppen og patienterne i 'hurtig udredning'. Tabellen viser den standardiserede forskel mellem grupperne. Den standardiserede forskel findes ved at trække gennemsnittet for kontrolgruppen fra gennemsnittet for patienterne i 'hurtig udredning' og derefter dividere med standardafvigelsen på den givne variable.

I Bilagstabel 1.9 ses fordelingen af propensity scores for patienter i hurtig udredning samt for kontrolgruppen før og efter det endelige 3:1 match. Der er en høj grad af overensstemmelse mellem propensity scores efter den endelige matching.

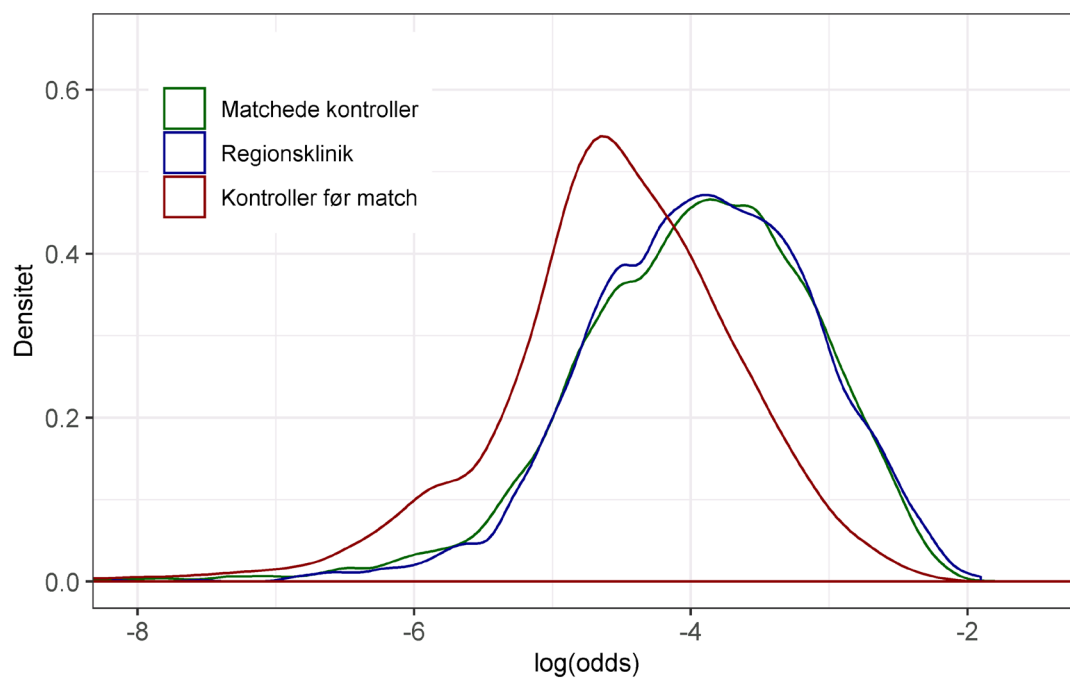
Bilagstabel 1.9 Sammenligning af patienter i hurtig udredning og matchede kontroller

Matching-faktor	Hurtig udredning (A)		Kontroller, 25:1 (C)		Sammenligning: A vs C		Matchede kontroller, 3:1 (B)		Sammenligning: A vs B		
	Gns./N	SD/%	Gns./N	SD/%	p-værdi	Std. forskel	Gns./N	SD/%	p-værdi	Std. forskel	
N	2.555		23.754				7.662				
År for indeksepisode	2.016.4	1.2	2.016.4	1.3	0.106	-0.040	2.016.4	1.2	0.576	0.012	
Alder	33.8	13.8	34.9	14.4	0.001	0.076	33.8	13.7	0.938	-0.006	
Køn	Kvinde	1.559	61.0	14.479	61.0			4.638	60.5		
	Mand	996	39.0	9.275	39.0	0.950	0.001	3.024	39.5	0.648	0.010
Civilstatus	Enlig	1.738	68.0	15.340	64.6		-0.074	5.242	68.4		0.009
	Samlevende	540	21.1	5.538	23.3		0.053	1.598	20.9		-0.007
	Gift	277	10.8	2.876	12.1	0.002	0.041	822	10.7	0.930	-0.004
Antal børn	0.7	1.0	0.7	1.0	0.400	0.017	0.7	1.0	0.889	-0.003	
Uddannelse	Grundskole	716	28.0	6.740	28.4		0.008	2.165	28.3		0.005
	Gym. og EUD	1.155	45.2	10.577	44.5		-0.014	3.451	45.0		-0.003
	KVU	80	3.1	752	3.2		0.002	241	3.1		0.001
	MVU	428	16.8	3.967	16.7		-0.001	1.296	16.9		0.004
	LVU	144	5.6	1.390	5.9		0.009	425	5.5		-0.004
	Ukendt	32	1.3	328	1.4	0.976	0.012	84	1.1	0.992	-0.014
Beskæftigelse og overførselsindkomster											
<i>Antal uger med en overførsel i året op til indeksepisoden</i>											
I lønnet beskæftigelse	25.5	23.2	25.6	24.7	0.875	0.007	25.2	24.9	0.207	-0.013	
Sygedagpenge	4.5	10.4	4.1	10.9	0.131	-0.041	4.6	11.8	0.766	0.009	
Dagpenge	2.6	8.6	2.6	8.7	0.926	-0.006	2.7	9.0	0.545	0.009	
Kontanthjælp	5.8	15.1	5.4	15.3	0.065	-0.022	5.8	16.0	0.708	0.003	
SU-modtager	15.6	22.2	14.1	22.3	0.000	-0.069	15.5	23.1	0.258	-0.007	
Folkepension og efterløn	1.7	9.2	2.1	10.9	0.108	0.051	1.5	9.0	0.173	-0.021	
Fleksjob	3.6	12.8	4.1	14.4	0.634	0.041	3.5	13.4	0.176	-0.009	
Førtidspension	1.3	8.2	1.8	9.9	0.031	0.056	1.3	8.8	0.640	-0.001	
<i>Antal uger med en overførsel i de tre måneder op til indeksepisoden</i>											
I lønnet beskæftigelse	5.9	6.2	6.0	6.5	0.954	0.012	5.8	6.5	0.175	-0.012	
Sygedagpenge	1.8	4.0	1.7	4.0	0.737	-0.042	1.9	4.3	0.085	0.014	
Dagpenge	0.5	2.2	0.5	2.3	0.854	0.006	0.5	2.2	0.765	0.000	
Kontanthjælp	1.6	4.2	1.5	4.3	0.029	-0.026	1.6	4.4	0.374	0.001	
SU-modtager	3.8	5.7	3.4	5.8	0.000	-0.063	3.8	6.0	0.431	-0.003	
Folkepension og efterløn	0.4	2.3	0.5	2.7	0.110	0.051	0.4	2.3	0.173	-0.020	
Fleksjob	1.0	3.4	1.1	3.8	0.716	0.031	1.0	3.6	0.196	-0.008	
Førtidspension	0.3	2.0	0.4	2.4	0.041	0.056	0.3	2.2	0.576	-0.001	
<i>I året op til indeksepisoden</i>											

Matching-faktor	Hurtig udredning (A)		Kontroller, 25:1 (C)		Sammenligning: A vs C		Matchede kontroller, 3:1 (B)		Sammenligning: A vs B	
	Gns./N	SD/%	Gns./N	SD/%	p-værdi	Std. forskel	Gns./N	SD/%	p-værdi	Std. forskel
Sygesikringsdækkede udgifter (ekskl. egen læge, psykiater og psykolog)	1.148.0	1.991.0	1.102.5	2.084.1	0.001	-0.023	1.102.5	2.084.1	0.001	-0.023
<i>Fire år op til indeksepisoden</i>										
Andel med en ambulans forløb eller indlæggelser										
Ambulant somatisk forløb	1.551	60.7	14.221	59.9	0.412	-0.017	4.564	59.6	0.300	-0.024
Indlæggelse, somatik	540	21.1	5.635	23.7	0.003	0.063	1.592	20.8	0.694	-0.009
Ambulant psykiatrisk behandling	270	10.6	2619	11.0	0.482	0.015	804	10.5	0.911	-0.003
Psykiatrisk indlæggelse	53	2.1	577	2.4	0.265	0.025	152	2.0	0.776	-0.006
Antal										
Ambulant somatisk besøg	5.8	6.6	4.8	6.1	0.000	-0.145	5.6	6.8	0.093	-0.030
Somatiske indlæggelser	0.5	1.4	0.6	1.9	0.002	0.084	0.5	1.4	0.760	-0.008
Ambulant psykiatrisk behandling	1.2	6.9	1.7	10.1	0.349	0.079	1.2	6.7	0.988	0.006
Omkostninger (1000 kr.; tre år op til indeksepisode)										
Ambulant psykiatri	2.0	11.0	2.8	14.8	0.073	0.075	2.0	10.0	0.232	0.006
Psykiatrisk indlæggelse	1.2	15.8	1.9	26.3	0.141	0.042	1.0	13.8	0.357	-0.015
Diagnoser (ICD-10) observeret i fire år op til inklusion										
R10	165	6.5	477	6.2	0.672	-0.010	477	6.2	0.672	-0.010
S60	75	2.9	217	2.8	0.784	-0.006	217	2.8	0.784	-0.006
S61	90	3.5	249	3.2	0.503	-0.015	249	3.2	0.503	-0.015
S93	81	3.2	236	3.1	0.818	-0.005	236	3.1	0.818	-0.005
M54	67	2.6	215	2.8	0.625	0.011	215	2.8	0.625	0.011
M79	48	1.9	132	1.7	0.602	-0.012	132	1.7	0.602	-0.012
S83	53	2.1	155	2.0	0.871	-0.004	155	2.0	0.871	-0.004
R52	52	2.0	148	1.9	0.742	-0.007	148	1.9	0.742	-0.007
R07	47	1.8	149	1.9	0.739	0.008	149	1.9	0.739	0.008
F1	33	1.3	96	1.3	0.878	-0.003	96	1.3	0.878	-0.003
F2	5	0.2	14	0.2	0.895	-0.003	14	0.2	0.895	-0.003
F32	44	1.7	136	1.8	0.862	0.004	136	1.8	0.862	0.004
F33	14	0.5	43	0.6	0.939	0.002	43	0.6	0.939	0.002
F40	13	0.5	41	0.5	0.875	0.004	41	0.5	0.875	0.004
F41	37	1.4	107	1.4	0.846	-0.004	107	1.4	0.846	-0.004
F42	6	0.2	16	0.2	0.805	-0.005	16	0.2	0.805	-0.005
F43	141	5.5	428	5.6	0.901	0.003	428	5.6	0.901	0.003

Note: Kategoriske variable er testet med χ^2 , numeriske variable er testet med den rank-baserede Mann-Whitney-Wilcoxon-test. Den standardiserede forskel udtrykker forskellen på de to sammenligningsgrupper målt i standardafvigelse. Ud over parametrene i tabellen er matchingen også baseret på forbruget af de mest udbredte receptpligtige lægemidler (ATC, niveau 4). Denne opgørelse er udeladt af diskretionshensyn. Den opnåede balance svarer til balancen på de viste parametre. Diagnosegrupper afspejler de mest udbredte somatiske diagnoser for patientgruppen og de relevante psykiatriske diagnosegrupper.

Bilagsfigur 1.1 Fordeling af propensity scores før og efter endelig matching



Bilag 2 § 66-aftale om Hurtig udredning