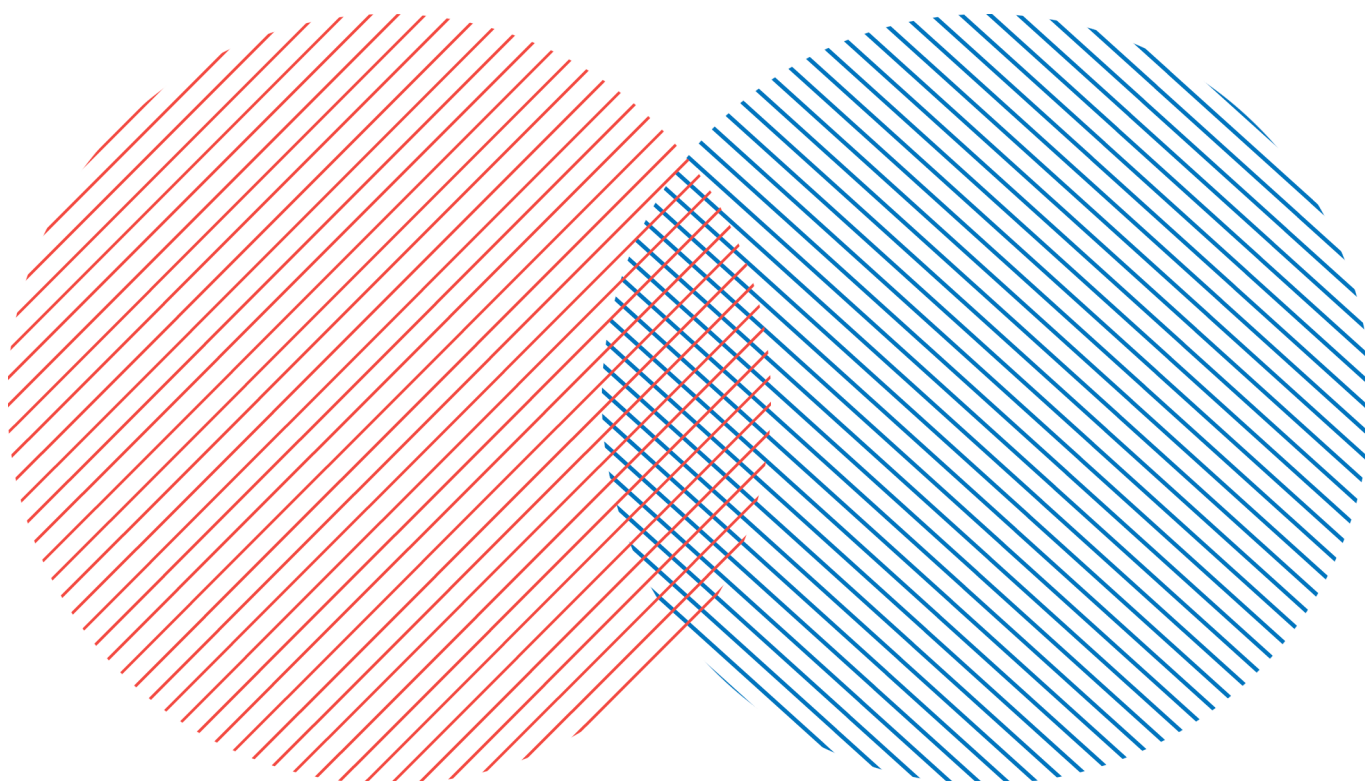




Bilagsrapport 2

Patienters oplevelse af Collaborative Care

Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af angst og depression i Region Sjælland

Marie Henriette Madsen, Marie Brandhøj Wiuff, Martin Sandberg Buch,
Jonas Wulff og Pernille Skovbo Rasmussen

*Patienters oplevelse af Collaborative Care – Afprøvning af et
tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af angst og depression i
Region Sjælland*

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-73-7

Projekt: 10113

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Denne rapport beskriver en undersøgelse foretaget i Region Sjælland af patienters oplevelse med Collaborative Care – et behandlingsforløb målrettet behandling af angst eller depression. Collaborative Care foregår i regi af den alment praktiserende læge, men med tilknytning og sparring fra behandlingspsykiatrien i regionen. Formålet er et styrket samarbejde mellem behandlingspsykiatrien og almen praksis og derved at tilbyde et bedre behandlingsforløb for patienter med let til moderat angst eller depression.

Collaborative Care er afprøvet i fire danske regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland) og er en del af satspuljeaftalen 2012-2015. Der er foretaget særskilte undersøgelser af patienters oplevelser med Collaborative Care-forløb i hver enkelt region. Denne rapport præsenterer udelukkende resultaterne fra undersøgelsen i Region Sjælland.

Patienters oplevelse med Collaborative Care er undersøgt via spørgeskemabesvarelser, fokusgruppinterview og enkeltmandsinterview. VIVE ønsker at takke alle patienter, som har deltaget i undersøgelsen og bidraget med deres perspektiv på det behandlingsforløb, som de har gennemlevet.

Undersøgelsen er gennemført af en lang række medarbejdere i VIVE. Jonas Wulff og Pernille Skovbo Rasmussen har gennemført tilrettelæggelsen og analysen af spørgeskemadata. Marie Brandhøj Wiuff har tilrettelagt og gennemført interviewundersøgelsen og har i samarbejde med Marie Henriette Madsen og Martin Sandberg Buch sammenskrevet afrapporteringen.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

2018

Indhold

Læsevejledning	5
1 Sammenfatning og konklusion	6
2 Introduktion til undersøgelsen	9
2.1 Collaborative Care (Shared Care) i Region Sjælland	9
2.2 Undersøgelsens design og metode	11
2.3 Patienter, der deltog i undersøgelsen	12
3 Behandlingsforløbets opstart	17
3.1 Opstarten af et SC-forløb	17
3.2 Ventetiden til behandlingsstart	18
3.3 Opsamling	18
4 Behandlingsforløb og -tilgang	20
4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse	20
4.2 Behandlingstilgangen	20
4.3 Pårørendeinddragelse	23
4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet	24
4.5 Opsamling	25
5 Kontakt til fagpersoner og fagpersonernes indbyrdes samarbejde	26
5.1 Relation til fagpersonerne	26
5.2 Patientens indflydelse på egen behandling	30
5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner	30
5.4 Opsamling	32
6 Udbytte af og tilfredshed med behandlingsforløbet	33
6.1 Udbytte og tilfredshed målt via Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)	33
6.2 Interviewpersonernes perspektiver	35
6.3 Opsamling	36
Litteratur	37

Læsevejledning

Denne bilagsrapport består af seks kapitler:

I *kapitel 1* opsummeres delundersøgelsens samlede resultater. Herefter udfoldes resultater knyttet til de enkelte dele af behandlingsforløbet.

I *kapitel 2* fremgår en introduktion til den anvendte model for Collaborative Care, som er anvendt i Region Sjælland, og til undersøgelsens design og metode.

Kapitel 3 præsenterer patienternes perspektiver på opstart.

Kapitel 4 omhandler patienternes perspektiv på selve behandlingsforløbet, herunder behandlingstilgangen og organiseringen af forløbet.

I *kapitel 5* præsenteres patienternes perspektiv på interaktionerne med de involverede fagpersoner og fagpersonernes indbyrdes samarbejde.

Kapitel 6 præsenterer patienternes tilfredshed og oplevede udbytte af behandlingen.

Denne undersøgelse er en ud af flere regionale undersøgelser af patienters perspektiver på Collaborative Care. De øvrige regionale undersøgelser er som denne præsenteret i særskilte bilagsrapporter (Petersen et al. 2018, Madsen, Wiuff et al. 2018, Madsen, Rahbæk et al. 2018) og de fire regionale analyser er sammenfattet i en hovedrapport (Madsen, Buch et al. 2018).

1 Sammenfatning og konklusion

Denne bilagsrapport præsenterer undersøgelsen af patienters perspektiv på behandlingsmodellen Collaborative Care i Region Sjælland (i denne region betegnet Shared Care – i det følgende SC). SC foregår i regi af almen praksis, hvor den praktiserende læge i samarbejde med erfarne sygeplejersker inden for psykiatri og kognitiv terapi (psykiatrisygeplejersker¹) sammen har ansvaret for behandlingen af patienter med let til middelsvær depression eller angst, panikangst, social fobi og somatoforme lidelser/funktionelle lidelser. Desuden er der tilknyttet en psykiater og en psykolog, som superviserer praktiserende læger og psykiatrisygeplejersker.

Formålet med undersøgelsen er:

At undersøge, hvordan patienter oplever behandlingen, organisering og udbyttet af Collaborative Care.

Som del af dette formål er der søgt svar på følgende spørgsmål:

- *Hvordan har patienterne oplevet opstartsfasen? Herunder:*
 - *opstartsfasen*
 - *ventetid til behandlingsstart.*
- *Hvordan har patienterne oplevet behandlingsforløbets forskellige dele? Herunder:*
 - *behandlingsforløbet*
 - *behandlingstilgangen.*
- *Hvordan har patienterne oplevet kontakten med fagpersoner samt fagpersonernes indbyrdes samarbejde?*
- *Hvordan er patienternes oplevede udbytte af behandlingen?*

Undersøgelsen baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse samt interview med patienter, som har deltaget i et SC-forløb.

Konklusion

Undersøgelsen af patienternes vurdering af SC i Region Sjælland viser en overordnet høj tilfredshed med den måde, som SC forløber på, behandlingstilgangen samt det oplevede udbytte.

Behandlingsforløbet kan enten varetages af en psykiatrisygeplejerske eller patientens egen læge. I de tilfælde, hvor psykiatrisygeplejersken er den primære fagperson, skal der bruges tid på at opbygge en tillidsfuld relation mellem patient og behandler. Samarbejdet mellem psykiatrisygeplejerske og patientens praktiserende læge opleves af nogle patienter som en tryghed, hvor andre oplever, at det er forvirrende.

Afslutningen af behandlingsforløbet bør være et særligt opmærksomhedspunkt. Dette gælder især i de behandlingsforløb, hvor psykiatrisygeplejersken er den primære fagperson, idet der ikke umiddelbart er mulighed for, at patienten kan genoptage kontakten efter endt behandlingsforløb.

Udbyttet af et SC-forløb beskrives af patienterne som større sygdomsforståelse, bedre evne til at genkende og reagere på symptomer samt at gennemføre hverdagsaktiviteter.

¹ I andre regioner betegnes disse Care Managers.

Oplevelsen af forløbets indhold og struktur

Langt størstedel af patienterne, der deltog i undersøgelsen, giver udtryk for at være tilfredse med både omfanget af behandlingsforløbet og den måde, det er forløbet på. De få patienter, som gav udtryk for en kritik af behandlingsforløbets organisering, pegede på, at intervallerne mellem samtalerne med den primære behandler (praktiserende læge eller psykiatrisygeplejerske) havde været for lange, og at afslutningen på behandlingsforløbet oplevedes for brat.

Nogle patienter oplevede afslutningen af SC-forløbet som utrygt og var bekymrede for, om de kunne klare sig på egen hånd. I den forbindelse er det et vigtigt fund, at patienter, som har gennemført behandlingsforløbet hos deres praktiserende læge, oplevede en mere tryk afslutning, fordi den praktiserende læge udgjorde den primære fagperson og fortsat var tilgængelig for patienterne efter behandlingsforløbets afslutning.

Patienterne giver overordnet set en positiv vurdering af indholdet af deres SC-forløb. Det gælder både på spørgsmål om, hvorvidt de har fået de nødvendige informationer om deres sygdom, om den primære fagperson har fulgt op på deres medicinske behandling, niveauet for pårørendeinddragelse og relationen til den fagperson, som har stået for deres behandlingsforløb.

Patientens og behandleres relation og samarbejde

Det går igen i både spørgeskemaundersøgelsen og i interviewundersøgelsen, at patienterne overvejende har haft en god relation til deres primære behandler på parametre som fx tillid og respekt og oplevelsen af, at den primære behandler var god til at lytte og forstå patientens problemer. For de patienter, der havde den praktiserende læge som primær fagperson, var der allerede tale om en tillidsfuld relation, hvor der for patienter, som gennemførte behandlingsforløbet i samarbejde med en psykiatrisygeplejerske, først skulle bygges en relation op. God kemi, evnen til at lytte og forstå samt faglige kvalifikationer fremgår som basis for etablering af en tillidsfuld relation.

Samarbejdet mellem patient og primære fagperson er undersøgt, dels i relation til inddragelse af patienterne i egen behandling, dels om der har været en gensidig forståelse af henholdsvis patientens udfordringer og den primære fagpersons måde at arbejde med problemerne på. På disse parametre giver langt størstedelen af patienterne i undersøgelsen udtryk for en positiv oplevelse. Der er enkelte eksempler på misforståelser mellem behandler og patient samt situationer, hvor der ikke har været gensidig forståelse af patienternes problem og den måde, som den primære fagperson valgte at gå til problemerne på. Det giver en oplevelse af at være overladt til sig selv og et tab af den støtte, som den primære fagperson udgør.

Et kerneelement i SC er samarbejdet mellem den regionale psykiatri og almen praksis. I patientforløb, hvor den primære fagperson var en psykiatrisygeplejerske, havde patienterne ikke en konsistent oplevelse af samarbejdet mellem psykiatrisygeplejersken og den praktiserende læge. Nogle patienter efterspurgte et større samarbejde, og andre gav udtryk for, at dialogen mellem psykiatrisygeplejerske havde forvirret frem for at hjælpe dem. En gruppe af patienter havde imidlertid oplevet et tæt samarbejde mellem psykiatrisygeplejerske og praktiserende læge og fandt det betryggende, at egen læge fulgte med i behandlingsforløbet.

Tilfredshed og udbytte

Tilfredshed og udbytte blev i spørgeskemaundersøgelsen målt via det validerede spørgeskema CSQ-8. Her besvarer patienterne otte spørgsmål, og på baggrund af besvarelsenerne udregnes en samlet score mellem 8 og 32. I undersøgelsen i Region Sjælland ses en samlet score på 29, hvilket er højt sammenlignet med andre undersøgelser. Konkret nævner patienterne tilgangen med at op-

stille mål og udgangspunktet i lavpraktiske mål (fx tage elevatoren, gå i biografen, tage toget, prioritere imellem hverdagsaktiviteter) samt muligheden for at justere, ændre eller introducere medicinsk behandling som positive elementer. Dette medvirker ikke til, at patienterne er blevet kureret, og det er heller ikke et mål, som patienterne holder udbyttet af SC op imod. Til gengæld beskriver de patienter, som har oplevet et udbytte, at det er evnen til at mærke og genkende symptomer samt strategier for at reagere på dem, som giver en oplevelse af et udbytte. Dernæst fremhæver patienterne øget sygdomsforståelse, herunder forståelse af, hvad der udløser symptomer.

2 Introduktion til undersøgelsen

Denne bilagsrapport præsenterer undersøgelsen af patienternes perspektiv på behandlingsmodellen Collaborative Care i Region Sjælland. Samme type undersøgelse er gennemført i tilknytning til afprøvningen af Collaborative Care i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Undersøgelsen i de fire regioner havde alle samme formål, nemlig:

At undersøge, hvordan patienter oplever behandlingen, organisering og udbyttet af Collaborative Care.

Som del af dette formål er der søgt svar på følgende spørgsmål:

- *Hvordan har patienterne oplevet opstartsfasen? Herunder:*
 - *opstartsfasen*
 - *ventetid til behandlingsstart.*
- *Hvordan har patienterne oplevet behandlingsforløbets forskellige dele? Herunder:*
 - *behandlingsforløbet*
 - *behandlingstilgangen.*
- *Hvordan har patienterne oplevet kontakten med fagpersoner samt fagpersonernes indbyrdes samarbejde?*
- *Hvordan er patienternes oplevede udbytte af behandlingen?*

I denne bilagsrapport er hovedvægten lagt på at præsentere resultaterne af delundersøgelsen foretaget i Region Sjælland. Der er desuden udarbejdet en tværgående rapport², der samler resultaterne fra alle fire delundersøgelser. Her fremgår også en udførlig beskrivelse af Collaborative Care og af de anvendte metoder i de fire delundersøgelser. Med det formål, at bilagsrapporten skal kunne læses selvstændigt, fremgår der dog i det følgende en kort introduktion til den model af Collaborative Care, som er anvendt i Region Sjælland, til de anvendte metoder, samt hvilke patienter der indgik i denne delundersøgelse.

2.1 Collaborative Care (Shared Care) i Region Sjælland

Collaborative Care er en behandlingsmodel for patienter med angst, panikangst, social fobi og somatoforme lidelser/funktionelle lidelser let til middelsvær depression eller angst, panikangst, social fobi og somatoforme lidelser/funktionelle lidelser. Behandlingen foregår i regi af almen praksis, men med tilknytning til den regionale behandlingspsykiatri. De bærende principper i Collaborative Care er en multiprofessionel tilgang, en struktureret behandlingsplan, planlagt opfølgning og en forstærket interprofessionel kommunikation (Archer et al. 2012, Brinck-Claussen, Curth & Eplov 2014). Collaborative Care er allerede afprøvet i USA og England med gode resultater (Coventry et al. 2015, Archer et al. 2012, Richards et al. 2013), og i forskningsprojektet Collabri (Projekt Collabri³) afprøves en model for Collaborative Care tilpasset danske forhold.

I Region Sjælland har man anvendt betegnelsen Shared Care (i det følgende SC) i stedet for Collaborative Care, og denne betegnelse bruges i den resterende del af rapporten.

² Madsen, M.H., Buch, M.S., Petersen, A., Wiuff, M.B., Wulff, J. & Skovbo Rasmussen, P. 2018, *Patientersoplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til patienter med angst og depression*, VIVE, København

³ Se mere om projektet her: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projektcollabri/>

Organisering og tilknyttede fagpersoner

Et SC-forløb i Region Sjælland består af kognitiv terapi, psykoedukation samt medicin. Den kognitive terapi og psykoedukationen varetages enten af patientens egen praktiserende læge eller af en psykiatrisygeplejerske⁴ (i andre regioner bruges betegnelsen Care Manager). Den praktiserende læge og praksissygeplejersken har i fællesskab ansvar for overholdelse af de givne retningslinjer, behandlingsplan og eventuel monitorering af behandlingen. Endelig har den praktiserende læge behandlingsansvaret for medicinsk behandling og diagnostik, uanset om patientens primære fagperson er en psykiatrisygeplejerske eller den praktiserende læge selv.

I Region Sjælland var 23 praktiserende læger og 7 psykiatrisygeplejersker ansat i den regionale psykiatri og tilknyttet SC på undersøgelsestidspunktet. Der er desuden ansat en psykiater i en deltidstilling i Kompetencecenter for SC, Region Sjælland. Psykiateren foretager løbende sparring både med de praktiserende læger og psykiatrisygeplejerskerne om både medicinsk og terapeutisk behandling samt eventuel viderehenvisning til andet regi. I nogle tilfælde er psykiateren også på besøg hos i lægepraksis med henblik på at foretage diagnostiske interview, hvis der hersker tvivl om diagnose og behandling.

Visitation

Målgruppen for SC i Region Sjælland er patienter over 18 år, der behandles i almen praksis med lette til moderate depressive tilstande, angsttilstande, dissociative og somatoforme tilstande/funktionelle lidelser (se Tabel 2.1).

Tabel 2.1 Inklusions- og eksklusionskriterier for Collaborative Care i Region Sjælland

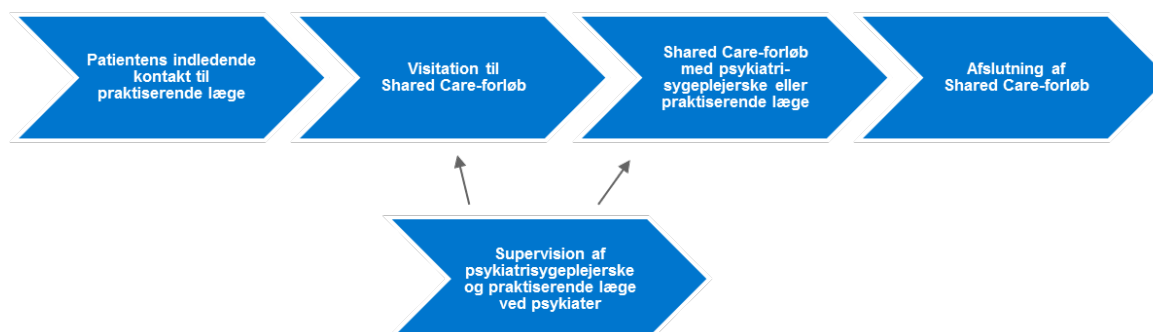
Inklusionskriterier
▪ 18+ ▪ Dansktalende ▪ Let til middelsvær depression, angst, dissociative og somatoforme lidelser
Eksklusionskriterier
▪ Opfylder ikke inklusionskriterier ▪ Psykose, mani eller svær personlighedsforstyrrelse ▪ Suicidal ▪ Demens ▪ Aktuelt afhængighedssyndrom ▪ Igangværende psykiatrisk behandling

Kilde: Skriftligt materiale om Shared Care, Region Sjælland.

Patienten visiteres via egen læge med afsæt i inklusionskriterierne. Hvis patienten takker ja til et SC-forløb, foretager en psykiatrisygeplejerske en vurderende samtale med patienten, som derefter konfererer med den tilknyttede psykiater om, hvorvidt patienten kan indgå i et SC-forløb. Herefter går forløbet i gang med primær tilknytning enten til en psykiatrisygeplejerske eller den praktiserende læge. Se en grafisk fremstilling af SC-forløbet i Figur 2.1.

⁴ Det er særligt for Region Sjælland, at den terapeutiske del af behandlingsforløbet også kan foretages af den praktiserende læge. I de øvrige regioner varetages denne del udelukkende af en Care Manager.

Figur 2.1 Et Shared Care-forløb



Behandlingsforløbet

Et SC-forløb består i hovedreglen af 10 samtaler med den tilknyttede psykiatrisygeplejerske eller den praktiserende læge. I de forløb, som psykiatrisygeplejersken er ansvarlig for, er vedkommende med i alle elementer af behandlingstilbuddet, dvs. diagnosticering og beslutning om, hvilken behandling patienten skal tilbydes, monitorering og revurdering af behandlingen samt afviklingen af selve behandlingen og patient- og pårørendeinddragelse. Psykiatrisygeplejersken er patientens støtteperson og i mange tilfælde den person, som patienten primært er i kontakt med.

Behandlingen, som patienten modtager, tilrettelægges ud fra et "stepped care"-princip, hvor den mindst indgribende, men dækkende behandling skal tilbydes. Det betyder, at patienter med forskellige sværhedsgrader af sygdom tilbydes forskellige former for behandling. Efter endt behandlingsforløb afsluttes patienten enten helt eller viderehenvises til anden udredning eller behandling.

2.2 Undersøgelsens design og metode

Undersøgelsen af patienternes perspektiv på Collaborative Care/Shared Care i de fire regioner udgør én delanalyse i et større forsknings- og evalueringsprojekt, der også fokuserer på behandlingseffekt, organisatoriske vilkår og konsekvenser for implementeringen af Collaborative Care/Shared Care i almen praksis samt de sundhedsøkonomiske konsekvenser heraf. Forskningsprojektet ledes af Region Hovedstadens Psykiatri⁵ og evalueres i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis⁶ og VIVE⁷.

De fire regionale undersøgelser af patienternes oplevelse af deres behandlingsforløb er baseret på en spørgeskemaundersøgelse samt kvalitative interview med deltagelse fra patienter, der har deltaget i et Collaborative Care-/Shared Care-forløb.

Spørgeskemaundersøgelsen er designet med henblik på at afdække, hvordan patienterne oplever de forskellige dele af deres behandlingsforløb. Det anvendte spørgeskema blev konstrueret specifikt til denne undersøgelse med henblik på at undersøge patienternes oplevelse af behandlingsforløbet opstart, selve behandlingsforløbet samt patienternes oplevede udbytte af behandlingsforløbet. Spørgeskemaet tager afsæt i validerede og afprøvede spørgsmål målrettet vurdering af patienters oplevelse af den behandling, de har modtaget (Attkisson, Zwick 1982, Nguyen, Attkisson & Stegner

⁵ Region Hovedstadens Psykiatri er desuden ansvarlig for effektanalysen.

⁶ Ansvarlig for organisationsanalysen.

⁷ Ansvarlig for analysen af patientoplevelset udbytte og den sundhedsøkonomiske analyse.

1983, Liu, Cassidy 2011)⁸. I Region Sjælland er spørgeskemaer udleveret og indsamlet af den praktiserende læge ved behandlingsforløbets afslutning.

Interviewene er gennemført som fokusgruppeinterview. Interviewene havde til formål at bidrage med en mere dybdegående forståelse af patienternes oplevelser baseret på udsagn fra en mindre gruppe af patienter. Både fokusgruppeinterview og telefoninterview tog afsæt i den samme spørgeguide, der omfattede spørgsmål om patienternes oplevelse af behandlingsforløbet (opstart, behandlingsperiode og afslutning), relation til behandler, behandlingsforløbets delelementer, egne behandlingsinitiativer og udbytte af forløbet⁹.

2.3 Patienter, der deltog i undersøgelsen

I dette afsnit fremgår oplysninger om, hvilke patienter der indgik i undersøgelsen i Region Sjælland. Her fremgår bl.a. de deltagende patienters køn, alder og sygdomsstatus, hvilket giver en overordnet karakteristik af de deltagende patienter. Hvad angår spørgeskemabesvarelsene er der ikke lavet bortfaldsanalyser, og det er derfor ikke muligt at afgøre, om der er tale om en særligt selekteret gruppe af patienter.

Oplysninger om de patienter, som deltog i interview, er alene baseret på de oplysninger, som patienterne har angivet i spørgeskemabesvarelsen, da der ikke blev spurgt ind til fx alder og diagnose i interviewene.

2.3.1 Patienterne i spørgeskemaundersøgelsen

Tabel 2.2 viser baggrundsdata for patienter i Region Sjælland, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen. I alt 342 patienter besvarede spørgeskemaet¹⁰, hvoraf 80 % var kvinder, og 20 % var mænd. Patienterne i spørgeskemaundersøgelsen var mellem 18 og 87 år. Aldersmæssigt er patienterne nogenlunde ligeligt fordelt i hver af alderskategorierne 21-30 år, 31-40 år, 41-50 år og 51-60 år (henholdsvis 18 %, 16 %, 21 % og 22 %). 20 % af patienterne er over 61 år, mens kun 3 % er under 20 år. 67 % af patienterne bor sammen med andre voksne.

⁸ En mere udførlig beskrivelse af spørgeskemaets konstruktion og indhold kan læses hovedrapportens afsnit 3.1.

⁹ En mere udførlig beskrivelse af interviewenes tilrettelæggelse og indhold kan læses i hovedrapportens afsnit 3.2.

¹⁰ Svarprocent ikke mulig at opgøre for Region Sjælland, da spørgeskemaerne blev udleveret af behandleren selv, og der er ikke lavet opgørelser over, hvor mange spørgeskemaer der blev udleveret i alt.

Tabel 2.2 Baggrundsdata for patienterne i spørgeskemaundersøgelsen, Region Sjælland

		Antal	Procent
Køn	Kvinde	273	80
	Mand	69	20
	Total	342	100
Alder	<20	9	3
	21-30	61	18
	31-40	55	16
	41-50	71	21
	51-60	75	22
	61-70	43	13
	>70	24	7
	Total	338	100
Bor sammen med andre voksne	Nej	114	33
	Ja	229	67
	Total	343	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Uddannelse og arbejdsmarkedstilknæytning

Af Tabel 2.3 fremgår det, at størstedelen af de patienter, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen, har en mellemlang videregående uddannelse (28 %). 17 % har en anden faglig uddannelse (fx lægesekretær, social- og sundhedsassistent), 9 % har en kort videregående uddannelse, mens 16 % alene har en folkeskoleeksamen og 15 % alene har en studenter- eller hf-eksamen. Kun 4 % har en lang videregående uddannelse.

Af Tabel 2.3 fremgår det yderligere, at hovedparten af patienterne i spørgeskemaundersøgelsen er i arbejde (ansat eller leder i offentlig/privat virksomhed, selvstændig erhvervsdrivende eller i anden stilling). Denne gruppe udgør 45 %. 10 % er under uddannelse, 34 % er uden for arbejdsmarkedet (alderspensionist eller efterlønsmodtager, arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering, førtidspensionist/kontakthjælp/bistandshjælp), og 10 % er langtidssygemeldte.

Tabel 2.3 Uddannelse og arbejdsmarkedstilkn ytning for patienterne i spørgeskemaundersøgelsen

		Antal	Procent
Højst gennemførte uddannelse	Folkeskole	55	16
	Studerter eller hf-eksamen	49	15
	Specialarbejder-/lærlinge-/elevuddannelse	37	11
	Anden faglig uddannelse (fx lægesekretær, social- og sundhedsassistent)	56	17
	Kort videregående uddannelse	29	9
	Mellemlang videregående uddannelse	95	28
	Lang videregående uddannelse	13	4
	Total	334	100
Arbejdsmarkedstilkn�ytning	Alderspensionist eller efterlønsmodtager	51	15
	Anden stilling	16	5
	Under uddannelse	33	10
	Ansæt i offentlig/privat virksomhed	123	36
	Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering	41	12
	Førtidspensionist/kontanthjælp/bistandshjælp	24	7
	Langtidssyg	32	10
	Leder i offentlig/privat virksomhed	5	1
	På barsel	4	1
	Selvstændigt erhvervsdrivende	9	3
	Total	338	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Sygdomsstatus og -historik

Tabel 2.4 viser patienternes angivelse af, hvorvidt de lider af angst, depression eller begge dele, samt om de lider af andre psykiske lidelser. 39 % af patienterne har angivet, at de har en angstdiagnose, 28 % en depressionsdiagnose, mens 33 % har angivet at have både en angst- og depressionsdiagnose. 7 % af de deltagende patienter angav, at de har en diagnosticeret psykisk lidelse ud over den, de blev behandlet for. Diagnoserne for disse personer fordeler sig således, at  n har ADD,  n har OCD, tre nævner belastningsreaktion, fire nævner personlighedsforstyrrelse, mens fem nævner stress, og resten er uoplyste.

Tabel 2.4 Patienternes angivelse af egen diagnose

		Antal	Procent
Diagnose	Angst	123	39
	Depression	90	28
	Angst og depression	104	33
	Total	317	100
Øvrige psykiske lidelser	Ja	22	7
	Nej	314	93
	Total	336	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

I spørgeskemaet blev patienterne også sp rgt, hvor længe de har haft en psykisk lidelse, og hvor meget deres psykiske lidelse fyldte i deres selvopfattelse på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet. Tabel 2.6 nedenfor viser, at lidt under en tredjedel af patienterne har haft symptomer i

under 1 år, mens lidt over en tredjedel har haft symptomer mellem 1-4 år. For flertallet var symptomer på en psykisk lidelse således en nyere erfaring. Omkring en femtedel af patienterne har angivet, at de har haft symptomer i mere end 10 år.

Tabel 2.5 Patienternes angivelse af hvor længe de har haft en psykisk lidelse, og hvor meget det fylder i patientens selvopfattelse

		Antal	Procent
Hvor længe har du haft en form for psykisk lidelse/symptomer på en psykisk lidelse?	Under 1 år	95	30
	1-4 år	107	35
	4-7 år	29	9
	7-10 år	22	7
	Over 10 år	59	19
	Total	312	100
Hvor meget fylder det netop nu* i din opfattelse af dig selv, at du har en psykisk lidelse?	Det fylder det hele	12	4
	Det fylder temmelig meget	52	15
	Det fylder en del	70	21
	Det fylder stadig mindre	108	32
	Det fylder utrolig lidt nu	93	28
	Total	335	100

Note: * Spørgeskemaet er i denne region besvaret, umiddelbart efter behandlingsforløbet er afsluttet.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

60 % af patienterne oplever, at det at have en psykisk lidelse kun fylder lidt eller stadig mindre på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet (henholdsvis 28 % og 32 %). 36 % oplever, at det fylder en del eller temmelig meget (henholdsvis 21 % og 15 %).

2.3.2 Patienterne i interviewundersøgelsen

22 patienter takkede ja til invitationen om at deltage i gruppeinterview i Region Sjælland. Heraf blev der afholdt tre gruppeinterview med i alt 18 patienter; 4 patienter meldte afbud eller dukkede ikke op til interview. Af Tabel 2.6 fremgår fordelingen og beskrivende data om de 18 patienter i de tre gruppeinterview.

Tabel 2.6 Fordeling og beskrivelse af patienter i de tre gruppeinterview

Interview	Antal patienter	Køn	Aldersspredning	Diagnose	Forløb hos psykiatrisygeplejerske eller egen læge
1	8	1 mand 7 kvinder	26-75	3 med angst 1 med depression 3 med angst og depression 1 har angivet andet	7 hos psykiatrisygeplejerske 1 hos egen læge
2	7	3 mænd 4 kvinder	43-73	1 med angst 3 med depression 3 med angst og depression	6 hos psykiatrisygeplejerske 1 hos egen læge
3	3	1 mand 2 kvinder	55-70	1 med angst 2 med depression	1 hos psykiatrisygeplejerske 2 hos egen læge
I alt	18	5 mænd 13 kvinder	26-75	5 med angst 6 med depression 6 med angst og depression 1 har angivet andet	14 hos psykiatrisygeplejerske 4 hos egen læge

Kilde: Interview- og spørgeskemadata, Region Sjælland.

Som det ses af tabellen, er fem af de interviewede patienter mænd, og 13 er kvinder. Fire af patienterne har været i forløb hos egen læge, mens resten har været hos en psykiatrisygeplejerske. Seks af de interviewede patienter havde en depressionsdiagnose, fem en angstdiagnose, seks både en angst- og depressionsdiagnose, og én har angivet andet. De interviewede patienter var mellem 26 og 75 år.

I forhold til karakteristika som køn, alder og diagnose finder vi, at interviewpersonerne overordnet set afspejler de patienter, der har besvaret spørgeskemaet (se Tabel 2.3). Eftersom det er formålet med fokusgruppeinterviewene at søge forskellige, men dybdegående perspektiver på et SC-forløb, så er det ønskværdigt, at interviewdeltagerne dækker de væsentligste kategorier af mulige patienter. Den kvantitative fordeling på enkelte parametre er mindre vigtig. Derfor er det vurderingen, at de patienter, som deltog i interviewene, tilsammen udgør et passende sæt af karakteristika i forhold til at afdække undersøgelsens spørgsmål.

3 Behandlingsforløbets opstart

I dette kapitel besvares spørgsmålet, hvordan patienter har oplevet opstarten til et SC-forløb. Da spørgeskemaet fokuserer på selve behandlingsforløbet, er der ikke spørgeskemadata om oplevelsen af den første kontakt med den praktiserende læge og oplevelsen af visitationsprocessen. Disse elementer er derfor alene belyst i interviewundersøgelsen. I spørgeskemaet blev der imidlertid spurgt ind til ventetid til behandlingsopstart, hvilket også beskrives i dette kapitel.

3.1 Opstarten af et SC-forløb

Af interviewene fremgår det, at patienterne er blevet introduceret til SC-forløbet gennem egen læge, hvortil de har henvendt sig, fordi de havde det dårligt. En enkelt patient fortalte, at han havde henvendt sig til lægen i anden sammenhæng, men at det kom frem, at han havde det lidt dårligt. Derfor lavede lægen en depressionstest på ham og præsenterede ham for SC-forløbet. En anden patient fortalte, at han skiftede læge, fordi han ikke syntes, at lægen var så god og 'brugte for mange piller'. Patientens nye læge havde introduceret ham for SC-forløbet. For flere af de interviewede patienter er det ikke nødvendigvis den første snak, de har haft med egen læge om psykisk sårbarhed. Enkelte fortalte, at de i en årrække har haft depressions-, angst- eller stressproblematikker inde på livet, og i den forbindelse har set lægen og/eller været i andre forløb, fx hos psykolog.

Et par patienter fortalte, at de havde en oplevelse af, at lægen indledningsvis skulle vurdere, om de kunne indgå i et SC-forløb. Andre fortalte, at denne vurdering foregik i forbindelse med første samtale med psykiatrisygeplejersken. I begge situationer har det givet en fornemmelse af at skulle 'godkendes', idet man hverken måtte være for lidt eller for meget syg. Som én af patienterne beskriver i nedenstående citat, så har det for nogen givet anledning til lidt nervøsitet omkring, hvorvidt de kunne få den tilbudte hjælp eller ej:

"Symptomerne skulle være sådan mainstream. Jeg kan ikke engang huske det, men det var noget med, at de [symptomerne, red.] ikke måtte være for viklet ind i hinanden. [...] Der var i hvert fald noget med, at man sad og tænkte: 'Bare jeg nu passer ind'". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Flertallet af de interviewede patienter oplevede, at deres egen læge var god til at lytte til dem og forstå, hvad det var for problemer, de havde. Én af patienterne tilskriver dette, at de læger, som har valgt at indgå i sådan et projekt, har fået særlige kurser. Til forskel fra en tidligere læge oplevede hun sin nuværende læge 'som meget mere forstående'. En enkelt af de interviewede patienter oplevede slet ikke at blive taget alvorligt ved den første samtale med egen læge, men hun kom i et forløb hos en psykiatrisygeplejerske, hvilket var en positiv oplevelse.

Det er forskelligt, hvor meget information egen læge har givet om SC-forløbet til de interviewede patienter. I nogle tilfælde har lægen fortalt om forløbets omfang (10 samtaler), hvilken terapiform der blev taget afsæt i (kognitiv terapi), at man skulle opstille egne mål under forløbet, samt at der var et samarbejde med psykiatrien. Nogle fortæller, at de også fik en folder. To af de patienter, som har været i SC-forløb hos egen læge, fortæller, at lægen ikke fortalte, at det var et særligt forløb. De to andre med forløb hos egen læge blev derimod introduceret til, at det var et særligt forløb med hyppige samtaler og med en psykiatrisygeplejerske knyttet op til lægen for at give denne sparring.

I interviewene er patienterne blevet spurgt ind til, hvad der motiverede dem til at indgå i et SC-forløb. Her fremgik følgende:

- Lægen anbefalede det
- Vurdering af, at det var et brugbart tilbud
 - Det var noget nyt
 - Det var et alternativ til andre behandlingsforløb, som man ikke havde oplevet som virksomt, fx medicinsk behandling eller psykologbehandling
 - Det er kognitiv adfærdsterapi, som er afprøvet og påvist at kunne hjælpe
- Vurdering af at det var praktisk overskueligt
 - Det foregik lokalt/hos egen læge
 - Det var gratis
 - Der var relativ kort ventetid i forhold til at komme i gang med behandlingen
- Der skal ikke være noget, der er uforsøgt, hvis det viser sig at kunne hjælpe
- Man er taknemmelig for at kunne få noget hjælp. Nogle giver udtryk for, at de havde sagt ja til hvad som helst i den givne situation.

Der er således både tale om patienter, som har taget bevidst stilling til selve behandlingstilgangen og den praktiske tilrettelæggelse af forløbet, og om patienter, som har ladet sig guide af den praktiserende læge eller set sig nødsaget til at tage imod hvilken som helst form for hjælp. Den førnævnte information i starten af behandlingsforløbet er således vigtig, men det er også værd at bemærke, at tillid til den praktiserende læges anbefalinger er af væsentlig betydning i startfasen af et SC-forløb.

3.2 Ventetiden til behandlingsstart

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at patienterne i gennemsnit ventede i 2,8 uger på at komme til samtale efter henvendelsen hos egen læge. Spredningen i patienternes angivelser af ventetiden er 0-52 uger; der er dog kun en respondent, som har angivet 52 uger, og dette må derfor betragtes som en outlier. I alt angiver 96 % af patienterne, at de finder ventetiden på at komme i gang med samtaler/behandling acceptabel, mens 4 % af patienterne ikke synes, at ventetiden er acceptabel (data ikke vist). Der kan identificeres en signifikant sammenhæng mellem den reelle ventetid, og hvorvidt ventetiden betragtes som acceptabel ($p=0,000$). Respondenter der oplevede ventetiden som acceptabel, ventede i gennemsnit ventede 2,5 uger på at komme til samtale, mens personer, der oplevede den som uacceptabel, ventede i gennemsnit 11,2 uger.

De interviewede patienter angav ventetider fra 2-3 dage og op til 4 uger; dog havde flertallet ventet 1-2 uger. Interviewpersonerne havde en oplevelse af, at ventetiden – uanset de beskrevne tids-spænd fra første samtale med egen læge til opstart i SC-forløb – havde været kort, og flere sammenlignede med den betydeligt længere ventetid, der er på at komme i psykologbehandling.

3.3 Opsamling

Opstartsfasen forud for behandlingsforløbet starter med en konsultation, hvor patienten er blevet introduceret til SC-forløbet af deres praktiserende læge. Nogle patienter har henvendt sig med psykiske symptomer, hvor andre har henvendt sig af andre årsager og undervejs i konsultationen blevet klar over, at der kunne være tale om underliggende psykiske symptomer. Nogle patienter havde en oplevelse af at skulle testes for, om de passede ind i målgruppen for SC – en situation, som de oplevede som ubehagelig.

Patienternes motivation for at deltage i forløbet var enten, at lægen anbefalede det, at det virkede praktisk overskueligt (gratis, hos egen læge, kort ventetid), eller at de vurderede, at det var et brugbart tilbud eller alternativ til andre forløb, som patienterne havde prøvet tidligere. Ventetiden var i gennemsnit 2,8 uger. Størstedelen af patienterne vurderede ventetiden som acceptabel, dog med en klar sammenhæng mellem lang ventetid og en oplevelse af, at ventetiden havde været for lang.

4 Behandlingsforløb og -tilgang

Dette kapitel omhandler patienternes perspektiv på behandlingsforløbets struktur og omfang samt behandlingstilgangen i form af medicinsk og kognitiv behandling. Endelig berøres patienternes perspektiv på behandlingsforløbets afslutning. Kapitlet er baseret både på spørgeskemadata og interviewmateriale, dog med den undtagelse, at det kun er patienter, som har deltaget i interview, der har forholdt til den kognitive del af behandlingen.

4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at patienterne i gennemsnit deltog i ni samtaler i forbindelse med deres behandling med en spredning på 0-30 samtaler. Tabel 4.1 nedenfor viser patienternes tilfredshed med omfanget af den behandling, de har fået i SC-forløbene. Det fremgår, at stort set alle patienterne (96 %) vurderer sig meget tilfredse eller nogenlunde tilfredse med omfanget af behandlingen, mens det kun er 4 %, der har valgt de negative svarkategorier.

Tabel 4.1 Patienternes tilfredshed med mængden af hjælp, de modtog i deres behandlingsforløb, angivet i procent og antal

	Bedst mulige vurdering			Dårligst mulige vurdering		Total	Antal
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	76	20	1	3	100	338	

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Flertallet af de interviewede patienter fortæller, at de fik stillet maksimalt 10 samtaler i udsigt. Enkelte patienter fortæller, at de første syv mødegange blev lagt fast ved første møde. For andre er mødegangene blevet aftalt fra gang til gang efter behov. Én af de patienter, som havde været i forløb hos egen læge, fortæller, at der kun var to samtaler med lægen, hvorefter han blev henvist til en psykiater.

Flere af de interviewede patienter fortæller, at intervallerne mellem møderne var kortere i starten for så at blive længere mod slutningen af forløbet. En enkelt fortæller, at hun startede med at mødes med psykiatrisygeplejersken to gange om ugen. Hovedparten fortæller dog om 1 eller 2 ugers intervaller i opstarten, hvorefter der mod slutningen af forløbet gik længere mellem mødegangene. Som én af patienterne pointerer, så fungerede de længere intervaller mod slutningen af forløbet som en afprøvning af, hvordan det ville gå, når patienten skulle være på egen hånd efter forløbets afslutning. For denne patient gav det en tro på, at hun kunne klare sig uden at komme hos psykiatrisygeplejersken. Et par af patienterne giver udtryk for, at de syntes, der generelt var for langt imellem møderne – fx over en måned, hvilket de oplevede skyldtes travlhed hos psykiatrisygeplejersken, og fordi denne skulle holde ferie.

4.2 Behandlingstilgangen

Et SC-forløb består som nævnt i introduktionen både af medicinsk og terapeutisk behandling. Patienternes perspektiv på disse elementer af SC-forløbet fremgår i det følgende.

4.2.1 Information om sygdom og behandling

En del af behandlingen består i at inddrage patienten i eget forløb og fremme deres forståelse for den lidelse, de har. Patienterne blev i spørgeskemaet spurgt, om de oplevede at have fået de informationer om deres sygdom og behandling, som de havde brug for. Af Tabel 4.2 fremgår det, at patienterne har en meget positiv vurdering af den information, de har fået om egen sygdom, idet 82 % har vurderet, at de 'I høj grad' har fået den information om deres sygdom og behandling, som de havde brug for.

Tabel 4.2 Patienternes vurdering af den information, de har modtaget om deres sygdom og behandling

	I høj grad (%)	I nogen grad (%)	I mindre grad (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Har du fået de informationer om din sygdom og behandling, som du har brug for?	82	16	1	1	100	341

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

De patienter, som deltog i interviewene, fortæller endvidere, at de som del af forløbet har skullet udfylde en test, der vurderer graden af depression/angst. Hovedparten oplevede at blive testet ved opstart, midtvejs og til slut i forløbet, mens enkelte oplevede at blive testet efter hver samtale. Patienterne beskriver de løbende test som meningsfulde og en fin måde for både behandler og patient at følge med i, om der sker en bedring. Det kan man ikke nødvendigvis selv se, som én af patienterne uddyber i følgende citat:

"Også for ens egen skyld, så man kan se ... fordi det har været over et langt forløb, men så kan man se det på skemaet: Hold da op – havde jeg det så dårligt?". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

4.2.2 Medicinsk behandling

I Tabel 4.3 ses patienternes besvarelse på spørgsmålet om, hvorvidt psykiatrisygeplejerske eller praktiserende læge har fulgt op på deres medicinske behandling. Der skal tages forbehold for tolkningen af dette spørgsmål, da patienterne i spørgeskemaet ikke er blevet spurgt, om de får medicin. Det er kun 219 af de 343 patienter i spørgeskemaundersøgelsen, som har svaret på dette spørgsmål. Heraf har lidt under halvdelen har svaret, at behandlerne 'I høj grad' har fulgt op på den medicinske behandling – og knap 30 % 'I nogen grad'. Hvis spørgsmålet kun er besvaret af dem, der har fået medicinsk behandling, så burde det i princippet være alle, som i én eller anden grad har oplevet, at der er blevet fulgt op på medicinen. Vi kan imidlertid ikke udelukke, at nogle af dem, der ikke har fået medicin, har svaret 'Slet ikke', og så tegner besvarelserne et mere negativt billede, end det faktisk er tilfældet.

Tabel 4.3 Patienters vurdering af fagpersoners opfølgning på medicinsk behandling

	I høj grad (%)	I nogen grad (%)	I mindre grad (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Har praksispersonalet/Care Manager fulgt op på din medicinske behandling? (fx omkring virkning og bivirkninger)*	46	29	8	17	100	219

Note: Det samlede antal besvarelser på dette spørgsmål er lav, da en del har undladt at svare med begrundelsen 'bruger ingen medicin'.

Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålene i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

I interviewene fortalte patienterne, at psykiatrisygeplejersken eller egen læge typisk har foreslået medicin på et tidspunkt i forløbet og har orienteret patienten om, at de ville vende dette med psykiateren tilknyttet projektet (for de praktiserende lægers vedkommende kunne det også være én af psykiatrisygeplejerskerne). Hvis patienten accepterede at afprøve medicin, var det egen læge, der udskrev medicinen.

Blandt de patienter, som deltog i interview, var der ingen, som var fuldstændigt afvisende over for medicinsk behandling. Alligevel beskrev de forskellige præferencer for, hvornår i forløbet de ønskede at afprøve medicinsk behandling og også nogen forskel i, hvornår medicinsk behandling blev introduceret i deres konkrete forløb. En enkelt patient fortæller, at hun på et tidspunkt i forløbet fik det rigtig dårligt og selv var klar over, at hun skulle have medicin. Denne patient beskrev, at hun oplevede, at der gik for lang tid, før hun blev tilbudt medicinsk behandling. Patientens indtryk var, at de tilknyttede fagpersoner først var interesserede i at finde ud af, hvor meget den kognitive behandling kunne rykke, før de tilbød medicinsk behandling. En anden patient satte omvendt pris på, at man ikke tilbydes medicin som det første, men at der foretages en vurdering af, hvordan patienten responderer på den kognitive behandling. Enkelte patienter var i medicinsk behandling helt fra start af forløbet, hvilket en af patienterne vurderede som en forudsætning for, at han havde fået noget ud af den kognitive behandling.

Flere af patienterne i forløb hos en psykiatrisygeplejerske beskrev en oplevelse af, at psykiatrisygeplejerskerne havde stor ekspertise i og kendskab til, hvordan forskellige medicinske præparater virker på forskellige symptomer og lidelser, og at patienterne derfor var trygge ved, at de fik den medicin, der passede lige præcis til den situation, de stod i. En sådan ekspertise oplevede de ikke, at egen læge besad i samme grad.

4.2.3 Kognitiv adfærdsterapi og anvendte redskaber i SC-forløbet

I interviewene fortæller patienterne, at deres forløb har taget afsæt i kognitiv adfærdsterapi med fokus på at ændre tanker og handlinger. Et par af patienterne i forløb hos egen læge og med angstproblematikker refererer til den kognitive diamant¹¹ som et redskab, de er blevet introduceret til i forhold til at håndtere angstanfald. Som led i behandlingen har de arbejdet med at opstille mål for deres forløb, som blev vurderet fra gang til gang og med tilknyttede opgaver. Én af patienterne fortæller følgende om det at opstille egen mål for behandlingsforløbet:

"Jeg kan godt lide det der med, at vi talte om mål og delmål fra gang til gang. Sådan så man ikke bare gik hjem oppe fra lægen og tænker: 'Nu har jeg været til det møde der, hvad så?'. Nu blev man ligesom sådan – man var forpligtet. Det følte jeg. Man skulle

¹¹ Den kognitive diamant beskriver i korte træk samspillet mellem tanker, følelser, kropslige symptomer og adfærd.

også tage hånd om sig selv i stedet for bare at lade stå til, men det er jo ikke altid lige nemt. For mit vedkommende følte jeg, at jeg havde en god støtte i ham [egen læge, red.]". (Patient i forløb hos egen læge)

Patienten beskriver her, hvordan de opstillede mål og arbejdet med dem imellem samtalerne var aktiverende og gav en følelse af medansvar for behandlingsforløbet. I tråd hermed gav andre patienter udtryk for, at det hjalp dem meget, at der som del af behandlingen blev taget udgangspunkt i meget lavpraktiske og hverdagsagtige ting såsom at øve sig i at tage elevatoren, gå i biografen, tage toget, føre lister over og prioritere hverdagsaktiviteter mv. Sådanne konkrete opgaver var med til at understøtte patienterne i at ændre på handlemåder og vaner, og patienter fremhæver, at behandlerne fra gang til gang medvirkede til at sætte fokus på de fremskridt, der skete. Dette blev bl.a. gjort ved at vurdere de opstillede mål på en skala fra 1-10.

Et par af patienterne nævner også, at det har været givtigt at få redskaber til at aflæse egne reaktioner og signaler for derved bedre at kunne håndtere deres psykiske sårbarhed og passe på sig selv, som én uddyber i følgende citat:

"Det med at lære, at det gør ikke noget, at man ikke er verdensmester. [...] Man må godt være sårbar. Det er okay at passe på sig selv og måske ikke udsætte sig for de ting [der trækker ens psykiske sårbarhed, red.] i stedet for at sige, at det skal jeg kunne klare. De behøver jeg ikke kunne klare mere. Jeg lader være med at gøre det. Så udsætter man sig heller ikke for den angst". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

4.3 Pårørendeinddragelse

I spørgeskemaet er patienterne også blevet spurgt til pårørendes inddragelse i behandlingen. Som det ses af Tabel 4.4 nedenfor, oplevede 62 % af patienterne, at deres pårørende blev inddraget i passende grad i deres behandling. Svarene siger imidlertid ikke noget om graden af de pårørendes inddragelse, men alene om det har været det rette niveau. Vurderingen 'passende' kan således dække over høj såvel som lav grad af inddragelse. Hertil kommer, at en stor andel har svaret 'Ved ikke'. Hvad dette 'Ved ikke' dækker over, er det ikke muligt at vurdere, men det synes rimeligt at antage, at patienterne har haft svært ved enten at vurdere, om deres pårørende blev inddraget i rette omfang, og/eller ved at forstå spørgsmålet.

Tabel 4.4 Patienternes vurdering af pårørendes inddragelse i behandlingen

	For meget (%)	Passende (%)	For lidt (%)	Ved ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
I hvilket omfang er dine pårørende blevet inddraget i din behandling?	0	62	5	33	100	339

Note: Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålet i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Det er forskelligt, i hvilken grad patienterne havde oplevet, at deres pårørende var blevet inddraget i patienternes forløb. Nogle fortalte, at pårørende var et tema, der blev talt om i samtalen med behandleren, og flere havde involveret deres pårørende ved at fortælle, hvad de havde talt med egen læge/psykiatrisygeplejerske om. Én patient havde oplevet, at psykiatrisygeplejersken havde tilbudt at tage en telefonsamtale med de pårørende; andre at behandleren havde opfordret til at tage en

pårørende med til en samtale. I følgende citat fremgår det, hvor stor betydning det havde for én af patienterne, at psykiatrisygeplejersken foreslog at tage pårørende med til én af samtalerne:

"En dag siger hun [psykiatrisygeplejersken, red.] til mig: 'Ved du hvad, hvis du ikke kan snakke med dem derhjemme, så tag dem med'. Der kan jeg godt sige dig, der sprang proppen. Jeg havde min datter at snakke med i telefonen, men min mand lukkede fuldstændig af. Men da de så kom herop, så kan jeg godt sige jer, så fik hun [psykiatrisygeplejersken, red.] lukket op for noget. Kemi'en derhjemme er blevet meget bedre. [...] Det var simpelthen så pragtfuldt. Jeg troede, at de skulle høre, hvordan [psykiatrisygeplejersken, red.] og jeg havde det sammen, men næ, der blev sagt: 'Hvordan har I det?'. Og så sprang proppen. Det var rigtig dejligt". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Patienten oplevede, at psykiatrisygeplejerskens måde at inddrage de pårørende i samtalen skabte forløsning for alle. En anden patient havde også haft sin mand med til én af samtalerne med egen læge, men oplevede ikke, at det ændrede på mandens forståelse. Generelt set havde de interviewede patienter dog oplevet den måde, deres pårørende har været inddraget på, som passende.

4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet

Flertallet af de interviewede patienter vurderede, at behandlingsforløbet med de 10 samtaler var tilstrækkeligt, og de ikke behøvede yderligere behandling. Enkelte oplevede, at de ikke var helt klar til at afslutte behandlingsforløbet og var nervøse for, hvordan det ville gå dem uden de jævnlige samtaler med psykiatrisygeplejersken. Én fortæller, at forløbet var for kort, og hun derfor efterfølgende måtte til psykolog. En anden fik mulighed for at få 2 x 10 samtaler (dvs. et ekstra SC-forløb hos psykiatrisygeplejersken), fordi hendes depression ikke var klinget af. På interviewtidspunktet var afslutningen af denne patients andet forløb nært forstående, hvilket gav anledning til bekymring:

"Man føler lidt, man sejler, for hvem skal man hente hjælp hos, hvis det ikke fungerer så godt, når jeg først kommer ud i den rigtige verden?". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Denne usikkerhed mente flere kunne afhjælpes, hvis der var muligheden for at have en opfølgende samtale – eventuelt over telefon – et stykke tid, efter forløbet med de 10 samtaler var afsluttet.

En af de patienter, der har gået i et forløb hos egen læge, oplevede afslutningen anderledes:

"Vi aftalte, at hvis det nu var, så kunne man altid tale sammen. Det behøvede ikke at være i det her regi. Jeg var jo stadigvæk patient, og vi kendte hinanden, og det var trygt og godt". (Patient i forløb hos egen læge)

Selvom denne patient blev stillet et bestemt antal samtaler med egen læge i udsigt, kunne hun efterfølgende kontakte lægen og på den måde forlænge forløbet lidt, hvis hun fandt behov for det. Patienterne i forløb hos psykiatrisygeplejersken kunne også tage kontakt til deres egen læge, men da det ikke var lægen, der havde været primær fagperson i SC-forløbet, virkede afslutningen mere definitiv, og det var ikke så naturligt for disse patienter at bruge egen læge til opfølgende snakke.

4.5 Opsamling

SC-forløbene har med få undtagelser inkluderet 10 konsultationer, som er tilrettelagt med udgangspunkt i patienternes sygdomsbillede og progressionen i patienternes tilstand igennem forløbet.

Patienterne giver overordnet set en positiv vurdering af indholdet af deres SC-forløb. Det gælder både på spørgsmål om, hvorvidt de har fået de nødvendige informationer om deres sygdom, om deres behandler har fulgt op på deres medicinske behandling, og om niveauet for pårørendeinddragelse og brugbarheden af de konkrete redskaber til mestring af hverdagen, de har fået som del af den terapeutiske del af behandlingen.

For nogle er der usikkerhed forbundet med at skulle afslutte forløbet, og her opleves afslutningen af forløb hos psykiatrisygeplejersken som mere brat end forløb varetaget af den praktiserende læge. Alle patienter har mulighed for at kontakte lægen efter forløbets afslutning, men det opleves kun som en forlængelse af behandlingsforløbet blandt dem, som har haft den praktiserende læge som primær fagperson i SC-forløbet. Det peger på, at der kan være et behov for særlig opmærksomhed på opfølgningen blandt de patienter, som har været i forløb hos en psykiatrisygeplejerske.

5 Kontakt til fagpersoner og fagpersonernes indbyrdes samarbejde

Dette kapitel handler om patienternes oplevelse af kontakten til de primære behandlere samt arbejdsdeling og samarbejde mellem de tilknyttede fagpersoner. Kapitlet er på samme måde som det foregående kapitel baseret både på interviewmateriale og spørgeskemadata.

5.1 Relation til fagpersonerne

I Region Sjælland har patienterne været i et SC-forløb enten ved egen læge eller en psykiatrisygeplejerske. Af Tabel 5.1 fremgår det, at 66 % af patienterne har været i behandlingsforløb hos en psykiatrisygeplejerske og 31 % hos egen læge. Resten (4 %) har angivet, at de i deres forløb mest har talt med andre fagpersoner.

Tabel 5.1 Patienternes angivelse af, hvilke fagpersoner de har talt mest med i deres behandlingsforløb. Antal og procent

	Antal	Procent
Psykiatrisk sygeplejerske/Care Manager	223	66
Egen praktiserende læge	106	31
Psykolog (privatpraktiserende)	4	1
Sygeplejerske hos egen læge	3	1
Psykiater (privatpraktiserende)	2	1
Andet personale	2	1
Total	340	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Uanset om patienterne har gået i forløb hos egen læge eller psykiatrisygeplejerske, har samtalerne foregået i lokaler hos patientens egen læge. Det vurderer de interviewede patienter som en fin lokalitet, dels fordi de kender stedet, dels fordi egen læge har til huse forholdsvis tæt på patienterne bopæl. Flere fremhæver, at hvis de skulle til en anden by, så ville de ikke komme afsted, idet det i sig selv kunne være en overvindelse bare at komme op til lægen og mødes med psykiatrisygeplejersken.

Relationen mellem patienten og den primære fagperson har væsentlig betydning for, hvordan behandlingen opleves. Som elementer af en god relation er patienterne blevet spurgt ind til, hvorvidt der opleves en oprigtig interesse for patientens situation, om behandleren er god til at lytte til og forstå patienten, og om der opleves at være gensidig respekt mellem behandler og patient. Tabel 5.2 nedenfor viser en generel positiv oplevelse af disse aspekter af patienternes relation til deres behandler, idet 89 % angiver, at deres behandler har været *'Meget interesseret'* i at hjælpe, 91 % at der *'Helt sikkert'* har været gensidig respekt og tillid, og 93 % har svaret, at behandleren har været enten *'Fremragende'* eller *'God'* til at lytte og forstå de problemer, som patienten havde.

Tabel 5.2 Patienternes vurdering af den gensidige relation til behandleren (procent og samlet antal)

Patienternes vurdering af relation til behandleren						
	Meget interesseret (%)	Interesseret (%)	Lidt uinteresset (%)	Meget uinteresset (%)	Total (%)	Antal (n)
Tænk på den person, du har arbejdet tættest med i forløbet. Hvor interesseret har den person været i at hjælpe dig?	89	10	0	1	100	343
	Helt sikkert (%)	Ja, stort set (%)	Egentlig ikke (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Har der været gensidig respekt og tillid mellem dig og personen?	91	8	1	0	100	343
	Fremragende (%)	God (%)	Nogenlunde (%)	Ringe (%)	Total (%)	Antal (n)
Hvordan har personen været til at lytte og forstå dine problemer?	73	25	2	0	100	343

Note: Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålene i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

For de patienter, som havde været i forløb hos en psykiatrisygeplejerske, har der været tale om en ny relation, som skulle etableres. Her bidrager interviewene til at belyse, hvad der har været udslagsgivende for en god og tillidsfuld relation. Flere af interviewpersonerne beskrev, at tilliden til psykiatrisygeplejersken kom ret hurtigt og for nogle allerede ved første samtale. Adspurgte, hvad der har betydning for, om der opstår tillid til psykiatrisygeplejersken – som er en person, man ikke kender på forhånd – nævnte patienterne bl.a., at psykiatrisygeplejersken var behagelig at snakke med, god til at lytte, empatisk, stille og rolig, sød og nærværende. En af patienterne fortalte, at tillid til psykiatrisygeplejersken var noget, hun besluttede sig for at have, fordi det var afgørende for at kunne blive hjulpet. En anden patient fortalte, at psykiatrisygeplejersken var tillidsvækkende, fordi hun udstråede, at hun havde viden om de problemer, han kom med:

"Hun kunne nærmest fortælle mig om mig selv, før jeg overhovedet havde åbnet munden. Der er ting, der er typiske". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Flere andre patienter fortalte tilsvarende om, at psykiatrisygeplejersken gav dem opmærksomhed på, at andre havde lignende symptomer – og fjernede derved en følelse af at være alene om sine udfordringer. Andre fortalte, hvordan psykiatrisygeplejersken anerkendte de problemer, de havde, hvilket gav en følelse af at være ok. Eksempelvis fortalte en patient, hvordan hun opfattede sig selv som 'fuldstændig skør', fordi hun ikke kunne tage et glas vand fra en bestemt vandhane (det var ved denne vandhane, hun havde fået et angstanfald). Som det fremgår af efterfølgende citat, fik responsen fra psykiatrisygeplejersken patienten til at føle sig mindre 'mærkelig':

"Så jeg kommer aldrig til at drikke et glas vand i køkkenet igen. Og det synes hun [psykiatrisygeplejersken, red.] var okay. Hun syntes ikke, at jeg var fjollet, fordi jeg ikke gjorde det. [...] Det var bare rigtig rart, at hun ikke syntes, jeg var mærkelig, fordi jeg sagde det". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Patienterne brugte også betegnelser som 'en god lærer' og 'en god bullshit-detektor' om psykiatrisygeplejersken. At være en god lærer omfattede ifølge en af patienterne, at psykiatrisygeplejersken formåede at binde samtalerne sammen og hver gang tog afsæt i, hvad der var blevet talt om ved

sidste samtale, og hvordan det var gået i mellemtiden. At være en god bullshit-detektor handlede om, at man ikke bare fik lov til at tale uden om de emner, der var rigtig svære og gjorde ondt, men var vigtige at komme omkring for at få det bedre. I den forbindelse nævnte en af de patienter, som var i forløb hos egen læge, at denne læge havde samme evne:

"Jeg er rigtig god til at snakke udenom. Det kan hun [egen læge, red.] altså stoppe". (Patient i forløb hos egen læge)

En anden patient fortalte, at hun i første omgang ikke følte, at psykiatrisygeplejersken lyttede til hende, når hun fx fortalte, at noget var synd for hende. Patienten kunne dog efterfølgende se, at det hjalp at blive udfordret på den selvopfattelse, og at forslag fra psykiatrisygeplejersken om at gøre nogle ting lidt anderledes i hverdagen fungerede og gav hende et nødvendigt skub:

"Hvor hun netop slog ned på det ved at sige: 'Nej, nej det er ikke spor slemt for dig, du skal bare tage opvasken kl. 7 i stedet for kl. 8'. Hvor jeg tænkte: 'Du vil slet ikke høre på mig'. Men der går man jo hjem og tager den opvask kl. 7 i stedet for kl. 8, og så virker det jo. Hvor jeg synes, at hun var enorm skarp på lige at finde den grænse, hvor hun ikke vælter mig omkuld". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

De patienter, som havde været i forløb hos egen læge, fortalte overordnet også om en god relation. Det særlige var her, at de i forvejen kendte deres læge, og lægen kendte dem. Dette forudgående kendskab betød, at tilliden allerede var etableret:

"For mig er det nemt. Jeg kender den læge og er kommet der i forbindelse med noget væggtab en gang om måneden igennem jeg ved ikke hvor lang tid. Og hun har hele tiden været inde over den der angst. Jeg stoler på, at hun vil mig det bedste". (Patient i forløb hos egen læge)

Ud over at lægen kender patienten, fordi hun er kommet af andre grunde, fremgår det af ovenstående citat, at psykiske udfordringer har været et tema i tidligere samtaler, inden SC-forløbet startede. Dette var også kendetegnende for andre af de interviewede patienter i forløb hos egen læge. Hverken relationen eller emnet for samtalerne var således nye mellem patienter og egen læge, hvilket gør opstarten – og som tidligere nævnt også afslutningen – på forløbet anderledes sammenlignet med de patienter, der er i forløb hos en psykiatrisygeplejerske.

Behandlerens forståelse for patientens situation

En del af oplevelsen af en god behandling er, at der er sammenhæng mellem forståelsen af patientens problem/situation og den behandling, der gives for at lindre patientens situation. Patienterne blev derfor spurgt, om de oplevede, at det personale, der var tilknyttet deres behandling, 1) forstod deres problemer og 2) forstod, hvilken form for hjælp patienten havde brug for.

Tabel 5.3 vidner om en høj grad af indlevelse og forståelse fra behandlernes side. Stort set alle patienter (99 %) vurderer fagpersonernes indsats for at forstå deres problemer som 'Fremragende' eller 'God', og 93 % har angivet, at egen læge/psykiatrisygeplejerske 'Helt bestemt' forstod, hvilken form for hjælp de havde brug for.

Tabel 5.3 Patienternes oplevelse af fagpersonernes forståelse for deres situation

Patienternes oplevelse af fagpersonernes forståelse for deres situation						
	Fremragende	God	Nogenlunde	Ring	Total	Antal
Hvordan var den indsats, som personalet i lægepraksis/Care Manager gjorde for at forstå de problemer, du kom med?	71	28	1	0	100	340
	Helt bestemt	Kun delvist	Ikke helt	Slet ikke	Total	Antal
Forstod personalet i lægepraksis/Care Manager, hvilken form for hjælp du havde brug for?	93	2	5	0	100	339

Note: Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålene i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Et andet element, der kan påvirke både relationen mellem patient og behandler, og om patienten følger behandlingen, er, om behandlingen opleves som meningsfuld. Patienterne blev derfor spurgt, om de kunne forstå de måder, fagpersonerne ville arbejde med deres problemer på, og hvorvidt de var enige i tilgangen. Af Tabel 5.4 fremgår, at størstedelen af patienterne har haft en god forståelse for den måde, behandlerne ville arbejde med deres problemer på, idet 98 % enten har svaret *'Helt sikkert'* eller *'Ja, stort set'* på spørgsmålet. 74 % har angivet at være *'Helt enige'* i den måde, som behandlerne ville arbejde med deres problemer på, mens 24 % har været *'Lidt uenige'* eller *'Helt uenige'*.

Tabel 5.4 Patienternes vurdering af behandlernes måde at arbejde med deres problemer på (procent og antal)

Patienternes forståelse af og enighed med primære behandles behandlingstilgang						
	Helt sikkert (%)	Ja, stort set (%)	Egentlig ikke (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Kunne du forstå de måder, som praksispersonalet/Care Manager ville arbejde med dine problemer på?	63	35	2	0	100	343
	Helt enig (%)	Nogenlunde enig (%)	Lidt uenig (%)	Helt uenig (%)	Total (%)	Antal (n)
Har du generelt været enig i de måder, som praksispersonalet/Care Manager ville arbejde med dine problemer på?	74	2	19	5	100	341

Note: Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålene i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

De interviewede patienter oplevede generelt, at behandlerne havde forståelse for deres problemer, var lyttende og nærværende. Hovedparten af patienterne havde oplevet en god, tillidsfuld og ligeværdig relation til deres behandler, og det havde været vigtigt for patienterne, for at de kunne åbne op om deres problemer.

5.2 Patientens indflydelse på egen behandling

I spørgeskemaet er patienterne også blevet spurgt til deres oplevelse af indflydelse på egen behandling. Af Tabel 5.5 fremgår det, at hovedparten (95 %) har fundet omfanget af indflydelse på egen behandling passende.

Tabel 5.5 Patienternes vurdering af indflydelse på i behandlingen

	For meget	Passende	For lidt	Ved ikke	Procent	Antal
I hvilket omfang har du indflydelse på din behandling?	0	95	1	4	100	339

Note: Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålet i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Patienterne i interviewene havde ligeledes oplevet, at behandlingen blev tilpasset de konkrete udfordringer, de hver især havde. Hvis man til en af samtalerne havde et problem eller havde haft det dårligt, så blev det taget op. En af patienterne fortalte også, at hun og egen læge justerede hendes mål for behandlingsforløbet til et mere ambitiøst niveau, fordi hun fik det meget bedre. En anden patient fornemmede, at nok havde psykiatrisygeplejersken en dagsorden for hver mødegang, men at der var forholdsvis vide rammer for, hvad denne dagsorden kunne rumme. Det gav også denne patient en fornemmelse af en høj grad af tilpasning af forløbet, men med fokus på, at man kom omkring forskellige ting fra gang til gang.

En enkelt patient fortalte dog om en mindre behagelig ændring i planerne for hendes behandlingsforløb, hvor psykiatrisygeplejersken såede tvivl om, hvorvidt hun kunne hjælpe patienten og meddelte, at hun ville tale med en psykiater om det. Som det fremgår af følgende citat, var det ikke en rar situation:

"Det var frygteligt. Hun sagde, at i virkeligheden kunne det godt være, at jeg havde en livskrise og ikke bare det her angst. Og det var ikke sikkert, at hun så kunne hjælpe mig ud af den. Det synes jeg var forfærdeligt, for jeg syntes, hun var min redningskvinde".
(Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

I denne situation lades patienten uden for indflydelse og bliver fx ikke spurgt, om hun oplever, at psykiatrisygeplejersken hjælper hende. Som det fremgår af citatet, oplevede patienten psykiatrisygeplejersken som sin 'redningskvinde', og til stor lettelse for patienten fortsatte forløbet hun i forløbet med psykiatrisygeplejersken.

5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner

Arbejdsdeling og samarbejde mellem de tilknyttede fagpersoner er kun undersøgt i interviewene. Her fremgår det, at patienter, som havde været i forløb hos en psykiatrisygeplejerske, havde forskellige oplevelser af samarbejdet mellem psykiatrisygeplejerske og praktiserende læger. Flere fortalte, at de havde en klar fornemmelse af, at psykiatrisygeplejersken talte med egen læge og i nogle tilfælde også en psykiater om deres forløb – fx omkring medicin. Det oplever patienterne som beroliggende og efterlod et professionelt indtryk af det behandlingsforløb, de indgik i. Én af patienterne forklarede også, at det var en fordel, at lægen blev inddraget, da det jo er lægen, der er tilbage, når forløbet med psykiatrisygeplejersken afsluttes.

Andre fortalte derimod, at de ikke havde indtryk af, at der havde været nogen kommunikation mellem psykiatrisygeplejersken og egen læge, til trods for at samtalerne foregik hos egen læge. En af patienterne havde henvendt sig til egen læge, fordi han ikke var tilfreds med forløbet hos psykiatrisygeplejersken – og fortalte:

*"Det var nærmest, som om hun [egen læge, red.] ikke rigtig vidste, hvad der foregik".
(Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske).*

En anden patient havde indtryk af, at den eneste kommunikation, der var mellem psykiatrisygeplejersken og egen læge, foregik via det, psykiatrisygeplejersken skrev om forløbet i lægens journal.

De patienter, der havde været i forløb hos psykiatrisygeplejersken, havde typisk ikke selv været i kontakt med den praktiserende læge. Kun hvis der skulle foretages ændringer i medicinen, havde denne gruppe patienter været i kontakt med den praktiserende læge. Initiativet til medicinændringer kunne enten komme fra den praktiserende læge, psykiatrisygeplejersken eller patienten selv, og herefter havde forløbet typisk været sådan, at læge eller psykiatrisygeplejerske drøftede medicinen med den tilknyttede psykiater, hvorefter den praktiserende læge herefter udskrev medicinen. Der var dog også et eksempel på, hvordan en praktiserende læge havde drøftet medicinændringer med psykiateren uden at inddrage patienten, og at patienten havde en oplevelse af, at ændringerne blev præsenteret på en uhensigtsmæssig måde. Endelig er der et eksempel på en patient i et forløb hos en psykiatrisygeplejerske, som havde haft en oplevelse af, at den praktiserende læge var for dårligt informeret om vedkommendes forløb og derfor selv valgte at gå i dialog med den praktiserende læge. Den valgte arbejdsdeling, hvor en psykiatrisygeplejerske er ansvarlig for en del af behandlingen, mens den praktiserende læge er ansvarlig for en anden del, giver altså anledning til flere dilemmaer set fra et patientperspektiv. Herunder hører eksempelvis, om den rette information videregives mellem fagpersonerne (af hensyn til patienternes tryghed såvel som fagpersonernes mulighed for at agere fagligt korrekt), og om beslutninger risikerer at blive truffet hen over hovedet på patienterne.

Tre af de interviewede patienter, der har været i et forløb hos egen læge, er blevet informeret om, at egen læge ville få supervision hos en psykiatrisygeplejerske, og det har de fundet betryggende. Som én af patienterne siger:

"Det synes jeg er helt fint. Så er der to, der kan finde ud af at gøre noget godt". (Patient i forløb hos egen læge)

En anden patient, der ligeledes var informeret om, at lægen ind imellem har talt med en psykiater, havde ikke en fornemmelse af, at det gjorde noget godt for hendes forløb. Hun havde eksempelvis oplevet, at lægen – efter at have talt med psykiateren – pludselig meddelte over telefonen, at hun skulle tage noget andet medicin samme aften. Som patienten her uddyber, var det ikke hensigtsmæssigt:

"Så gik jeg fuldstændig i panik. Så gik det galt igen". (Patient i forløb hos egen læge)

Den fjerde patient i forløb hos egen læge var som nævnt kun til ganske få samtaler hos egen læge, hvorefter han blev henvist til en psykiater. Egen læge ville dog gerne følge med i forløbet, hvorfor patienten havde en samtale med egen læge ca. en gang om måneden.

Enkelte patienter fortæller om, at enten psykiatrisygeplejersken eller egen læge har været behjælpelig med kontakten til kommunale sagsbehandlere, studie eller jobcentre. Eksempelvis fortæller en

patient – som er studerende, at psykiatrisygeplejersken hjalp med at formulere en skrivelse til studievejledningen om hendes situation. En anden fortæller, at egen læge hjalp med at 'sætte bremsen i', så han ikke en uge efter afsluttet SC-forløb skulle tilbage på job på fuld tid. Andre fortalte, at der ikke havde været nogen kontakt og heller ikke havde fundet det nødvendigt, fordi forløbet med fx psykiatrisygeplejersken og tiltag fra kommunalt regi spillede fint sammen.

5.4 Opsamling

De patienter, der har haft et forløb hos deres praktiserende læge, har typisk allerede etableret den gode og tillidsfulde relation til deres behandler. Blandt de patienter, der havde haft forløb hos en psykiatrisygeplejerske, skulle denne relation bygges op ved behandlingsforløbets start. Ifølge patienterne i denne undersøgelse blev denne relation etableret både i kraft af patienternes egen åbenhed og vilje samt fagpersonens ageren og professionalisme i konsultationerne, herunder:

- at de var lyttende, forstående/anerkendende, nærværende eller rolige.
- at de havde viden om de typiske symptomer og viden om medicinsk behandling, og evne til at gennemskue og udfordre patienternes selvopfattelse.
- At de fulgte op på tidligere aftaler og på, hvordan det er gået imellem konsultationer.

Tillid og gode relationer er altså ifølge denne undersøgelse et resultat af en gensidig indsats – særligt i starten af et behandlingsforløb.

Størstedelen af patienterne i undersøgelsen har angivet, at de er tilfredse med den fagperson, som har stået for deres behandling. Det er kun få af de interviewede patienter, som beskriver dårlige oplevelser med deres behandler i forløbet, og her handler det primært om oplevelsen af en diskrepans mellem patientens og den primære behandlers vurdering af, hvordan behandlingsforløbet skal fortsætte, og en oplevelse af at miste indflydelse på behandlingsforløbet.

Patienternes oplevelse af samarbejdet mellem fagpersonerne varierer noget, og der er hverken en konsistent oplevelse af, at der har været et samarbejde, eller at et eventuelt samarbejde har været gavnligt.

1. Nogle har haft indtryk af, at der var samarbejde og dialog mellem fagpersoner, og at det var betryggende og nyttigt.
2. Nogle har haft indtryk af, at der var samarbejde og dialog mellem fagpersoner, men at det bidrog til et forvirret forløb.
3. Nogle har haft indtryk af, at der ikke var et samarbejde mellem fagpersoner, men at det var et behov og ønske hos patienten.

6 Udbytte af og tilfredshed med behandlingsforløbet

Af dette kapitel fremgår patienternes oplevelse af det behandlingsforløb, som de har gennemgået. Til dette formål er der i spørgeskemaundersøgelsen brugt et valideret sæt af spørgsmål (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8), som belyser patienternes vurderede tilfredshed med og udbytte af behandlingen. Besvarelsene på de i alt otte spørgsmål er omregnet til en samlet score mellem 8 og 32, som udgør et mål for patienternes tilfredshed¹². Kapitlet indledes med en gennemgang af patienternes besvarelser på disse spørgsmål samt en analyse af, hvad der karakteriserer de patienter, som har angivet en lav samlet score på CSQ-8.

I interviewene er patienterne ligeledes blevet spurgt, hvordan de vurderer udbyttet af at have deltaget i et SC-forløb, herunder om de er blevet bedre til at tackle eller løse deres problemer. Interviewene supplerer således spørgeskemadata, idet de bidrager med nogle beskrivelser af, hvordan og i hvilke situationer SC-forløbene har bidraget til patienternes hverdag og evne til at mestre deres sygdom. Denne analyse er fremstillet i afsnit 6.2.

6.1 Udbytte og tilfredshed målt via Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Tabel 6.1 viser, at patienterne i Region Sjælland gennemsnitligt scorer højt på det samlede CSQ-8 mål. Patienterne i spørgeskemaundersøgelsen har i gennemsnit en score på 29.

Tabel 6.1 Samlet score på Client Satisfaction Questionnaire 8-item, CSQ-8

Variable	Gennemsnit	Min-max score	Standard afvigelse	Antal
Sum CSQ8	29	11-32	3.36	333

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Til sammenligning har man i et australsk studie blandt patienter med depressive symptomer, hvor man har afprøvet forskellige internetbaserede behandlingstilgange, fundet, at patienterne samlet set har scoret mellem 20 og 23 på CSQ-8 (Donker et al. 2013). I et dansk studie blandt patienter i misbrugsbehandling – hvoraf en stor andel også har samtidige psykiske lidelser – fandt man en højere gennemsnitlig patienttilfredshed i tråd med den, vi finder i vores undersøgelse, idet man her fandt, at patienterne scorede henholdsvis 23, 27 og 28 i gennemsnit, alt efter hvilken interventionsgruppe de havde deltaget i (Thylstrup 2011).

Tabel 6.2 illustrerer patienternes besvarelser på i alt otte spørgsmål tilsammen på CSQ-8.

¹² I hovedrapportens afsnit 3.1 fremgår en detaljeret beskrivelse af CSQ-8 samt beregning af den samlede score.

Tabel 6.2 Patienternes vurdering af den modtagne behandling (CSQ-8). Procent og antal

	Bedst mulige vurdering		Dårligst mulige vurdering		Total	Antal
	4)	3)	2)	1)		
Hvad synes du om kvaliteten af den behandling, du har fået?	66	31	2	0	100	341
Har du fået den behandling, du ønskede?	63	33	3	1	100	341
I hvor høj grad har behandlingen opfyldt dine behov?	45	49	5	1	100	341
Ville du anbefale behandlingen til en ven med samme problemer?	70	24	1	5	100	337
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	76	20	1	3	100	338
Har behandlingen hjulpet dig til at kunne løse dine problemer?	78	20	2	0	100	339
Alt i alt, hvor tilfreds er du med behandlingen?	79	19	1	1	100	337
Hvis du skulle søge hjælp en anden gang, ville du så søge samme behandling?	62	30	3	5	100	340

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Det fremgår af tabellen, at spørgsmålene generelt er vurderet ganske positivt af patienterne, idet størstedelen af besvarelserne på alle otte spørgsmål er angivet med den bedst mulige vurdering. Således har eksempelvis 79 % af patienterne vurderet, at de alt i alt er *'Meget tilfredse'* med den hjælp, de har modtaget, og 78 % af patienterne har angivet *'Ja, meget'* på spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet dem til at kunne løse deres problemer. Også på spørgsmålet om tilfredshed med mængden af den hjælp, de har fået, har langt størstedelen af patienterne angivet den bedst mulige vurdering (76 % har angivet *'Meget tilfreds'*). På spørgsmålet om, i hvor høj grad behandlingen har opfyldt alle patientens behov, har en anelse færre patienter angivet den bedst mulige vurdering ud af de i alt fire mulige svar, idet 45 % har angivet, at *'Alle behov er opfyldt'*, mens 49 % har angivet, at *'De fleste behov er opfyldt'*, og 6 % at *'Kun få behov er opfyldt'* eller *'Ingen behov er opfyldt'*.

Endelig kan det bemærkes, at spørgsmålet om, hvorvidt patienten ville søge samme behandling, hvis vedkommende skulle søge hjælp en anden gang, er det spørgsmål, som samlet set besvares mindst positivt. Her angiver i alt 8 %, at de *'Helt sikkert ikke'* ville søge samme hjælp, eller *'Det tror jeg ikke'*, mens den resterende majoritet på 92 % har angivet *'Helt sikkert'* eller *'Ja, det tror jeg'* på spørgsmålet om, hvorvidt de ville søge samme hjælp en anden gang.

Karakteristika for patienter med lav CSQ-8 score

Ser man på de patienter, som vi har undersøgt, er der forskel på den måde, hvorpå forskellige grupper af patienter/borgere vurderer den behandling, de har modtaget. Således er det undersøgt, om der er forskel på patienternes tilfredshed med behandlingen i forhold til køn, aldersgruppe, diagnose, om man har flere samtidige diagnoser eller ej, og om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske.

Analyserne viser ingen forskelle på det samlede CSQ-8 mål afhængig af køn, alder, diagnose, flere samtidige diagnoser, eller om man har haft mest kontakt med egen læge eller psykiatrisygeplejerske. Ser man derimod på de enkelte spørgsmål, der indgår i CSQ-8 skalaen, kan vi se signifikante forskelle på patienter, som henholdsvis har angivet og ikke har angivet at have andre samtidige diagnoser. På spørgsmålene om oplevelse af kvaliteten af den modtagne behandling ($p=0,03$), på om behandlingen opfyldte borgerens behov ($p=0,01$), på mængden af modtaget behandling ($p=0,04$) og på om behandlingen har hjulpet til at løse nogle problemer ($p=0,00$), angiver borgere med andre samtidige psykiske diagnoser at være mindre tilfredse end borgere, som ikke angiver

andre samtidige diagnoser. Der viser sig ingen forskelle på tværs af køn og aldersgrupper på de enkelte items.

Tabel 6.3 nedenfor illustrerer, hvordan forskellen viser sig på spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet til at løse problemer.

Tabel 6.3 Patienternes angivelse af, hvorvidt behandlingen har hjulpet til at løse problemer, fordelt på om patienterne har andre samtidige psykiske lidelser eller ej. Procent (antal)

	Har flere psykiatriske diagnoser		Har ikke andre diagnosticerede psykiske lidelser end angst/depression	
Ja, behandlingen har hjulpet til at løse problemer	52 %	(11)	80 %	(241)
Nej/kun i mindre grad har behandlingen hjulpet til at løse problemer	48 %	(10)	20 %	(62)
	100 %	(21)	100 %	(303)

Kilde: Spørgeskemadata, Region Sjælland.

Resultatet forekommer intuitivt forståeligt, idet borgere med flere samtidige udfordringer formentlig også har behov for mere komplekst sammensatte behandlingsbehov, som kan være sværere at opfylde i SC-forløb. De borgere, som angiver at have flere samtidige psykiatriske lidelser, er desuden også de borgere, som angiver, at sygdommen for tiden fylder mest i deres hverdag ($p=0,02$), og således har denne gruppe borgere formentlig tungere vanskeligheder, som det kan tage længere tid at arbejde med.

For at få lidt mere indblik i, hvad der karakteriserer de få respondenter, som har udtrykt sig mindre positivt på CSQ-8 spørgsmålene, er der foretaget særskilt analyse af de patienter, som har scoret lavt på minimum halvdelen af CSQ-8 spørgsmålene. Denne relativt lille gruppe af respondenter er overvejende kendetegnet ved at have lidt færre samtaler, ved at være i behandling hos egen læge frem for psykiatrisygeplejerske, og ved at angive, at de ikke har fået tilstrækkelig information og at være delvist uenige i den måde, som personalet ville arbejde med borgerens problemer på. Det er dog vigtigt at understrege, at det ikke er muligt at afgøre kausaliteten i disse sammenhænge, idet der er tale om en tværseksundersøgelse.

6.2 Interviewpersonernes perspektiver

Spørgeskemaundersøgelsen tyder på en overordnet høj tilfredshed med SC-behandlingsforløbet, hvilket også afspejler sig i interviewene. Hovedparten af de interviewede patienter gav udtryk for stor tilfredshed med forløbet og beskrev det som et godt koncept. Patienterne havde ikke nødvendigvis en oplevelse af, at forløbet havde kureret dem, og enkelte havde haft behov for yderligere behandling. Flertallet fortalte dog, at forløbet havde hjulpet dem til at håndtere deres symptomer og undgå tilbagefald. Eksempelvis fortalte nogle patienter, at de var blevet bedre til at lytte til sig selv og tidligt mærke, hvis de fik det dårligt og handle på det, før det udviklede sig. Flere af patienterne fortalte, at forløbet havde medvirket til, at de var blevet opmærksomme på, hvad der kunne udløse symptomer og undgå at udsatte sig selv for visse situationer. Andre fortalte, at forløbet havde givet dem en accept af, at de måske ikke kom af med deres lidelse, men skulle lære at leve med den, og det havde SC-forløbet givet dem redskaber til:

"Der har jeg fået nogle værktøjer løbende, der normalt gør, at jeg kan blive siddende på hesten selv". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Flere nævnte, at det havde været tilfredsstillende, at justering, ændring eller introduktion af medicin har været tænkt ind i forløbet som ét blandt flere elementer i behandlingsforløbet. Flertallet af de interviewede patienter vil helt klart anbefale forløbet til andre i en lignende situation, men anførte også, at det er svært at gennemskue, hvilke læger der tilbyder forløbet.

To af de interviewede patienter havde ikke oplevet, at SC-forløbet havde hjulpet dem. Den ene af beskrev, at forskellige fagpersoner både inden og under SC-forløbet har haft forskellige meninger om, hvilke diagnoser (op til tre) hun havde. Den anden patient havde oplevet, at hun var så dårlig, at hun ikke kunne overkomme eller forstå de opgaver, som psykiatrisygeplejersken stillede hende fra gang til gang. I det gruppeinterview, hvor denne patient deltog, diskuterede de, om SC-forløbet bedst egner sig til patienter med let eller moderat angst og depression, og patienter som har et vist overskud til at ændre på deres situation. Som én af patienterne udtrykte det:

"Når man er på vej op, profiterer man af det [SC-forløbet, red.]. (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Flere af patienterne understregede desuden, at man som patient skal være indstillet på og kunne overkomme at arbejde med de opgaver, som indgår i den kognitive adfærdsterapi. En af patienterne uddybede det således:

"Hvis du ikke er en lille smule oppe, så har du ikke overskud til at være med videre [i behandlingsforløbet, red.]. Det giver simpelthen ikke mening, de ting man sidder og taler om". (Patient i forløb hos psykiatrisygeplejerske)

Patienten beskrev, at hun ikke kunne magte de opgaver, som psykiatrisygeplejersken stillede hende, og ikke forstod, hvad hun skulle bruge dem til. Dette bebrejdede patienten sig selv, mens de øvrige interviewdeltagere mente, at der i forløbet burde være blevet taget stilling til, om hun profitede af behandlingen, eller om der havde været brug for noget andet.

6.3 Opsamling

Patienter i Region Sjælland scorer højt (29 ud af 32) på CSQ-8 skalaen, som måler patienternes tilfredshed med SC-forløbet. De patienter, som har oplevet et positivt udbytte af forløbet, oplever ikke, at de er blevet kureret. De nævner derimod en forbedret evne til at håndtere sygdommen som et væsentligt udbytte af deres SC-forløb. Evnen til sygdomshåndtering består ifølge patienterne af følgende elementer:

- Bedre evne til at mærke, hvis de får det dårligt og genkende symptomerne tidligt, og dermed bedre evne til at reagere på dem og undgå tilbagefald.
- Bedre forståelse for, hvad der udløser symptomer, og derved mulighed for at undgå bestemte situationer.
- Forståelse for og accept af, at det måske er en permanent lidelse, som de skal lære at håndtere.

Spørgeskemaundersøgelsen tyder på, at patienter med flere samtidige diagnoser har angivet lavere tilfredshed med SC-forløbet end patienter, som enten lider af angst eller depression. Patienter, som beskriver forløb uden udbytte, begrundede det med, at de var så dårlige, at de ikke kunne forstå eller arbejde med de opgaver, der blev stillet i forløbet, eller at der var uklarhed omkring patientens diagnose, og dermed hvilken behandling de skulle tilbydes. Patienterne fremhæver også, at hvis man skal profitere af forløbet og ikke opleve det som en stressfaktor, så skal man have et vist overskud fra start.

Litteratur

- Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C. & Coventry, P. 2012, "Collaborative care for depression and anxiety problems", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. Oct 17, no. 10, pp. CD006525-doi: 10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- Attkisson, C.C. & Zwick, R. 1982, "The client satisfaction questionnaire (CSQ). Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome", *Evaluation and Program Planning*, vol. 5, no. 3, pp. 233-237.
- Brinck-Claussen, U.Ø, Curth, N.K. & Eplov, L.F. 2014, *Collabri-modellen. November 2014*, Region Hovedstadens Psykiatri, København.
- Coventry, P., Lovell, K., Dickens, C., Bower, P., Chew-Graham, C., McElvenny, D., Hann, M., Cherrington, A., Garrett, C., Gibbons, C.J., Baguley, C., Roughley, K., Adeyemi, I., Reeves, D., Waheed, W. & Gask, L. 2015, "Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease", *BMJ*, , no. Feb 16, pp. 350:h638-doi: 10.1136/bmj.h638.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., Christensen, H. & Griffiths, K.M. 2013, "Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled non-inferiority trial", *Journal of medical Internet research*, vol. 15, no. 5, pp. e82-doi: 10.2196/jmir.2307.
- Liu, P. & Cassidy, E. 2011, *Client Satisfaction Survey 2010-11 Calgary Zone Report*, Alberta Health Services, Edmonton, Alberta.
- Madsen, M.H., Buch, M.S., Petersen, A., Wiuff, M.B., Wulff, J. & Skovbo Rasmussen, P. 2018, *Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til patienter med angst og depression*, VIVE, København.
- Madsen, M.H., Rahbæk, M.Ø, Wiuff, M.B., Buch, M.S., Wulff, J. & Skovbo Rasmussen, P. 2018, *Bilagsrapport 4: Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af patienter med angst og depression i Region Nordjylland*, VIVE, København.
- Madsen, M.H., Wiuff, M.B., Buch, M.S., Wulff, J. & Skovbo Rasmussen, P. 2018, *Bilagsrapport 3: Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af patienter med angst og depression i Region Midtjylland*, VIVE, København.
- Nguyen, T.D., Attkisson, C.C. & Stegner, B.L. 1983, "Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire", *Evaluation and program planning*, vol. 6, no. 3-4, pp. 299-313.
- Petersen, A., Buch, M.S., Wulff, J., Skovbo Rasmussen, P. & Madsen, M.H. 2018, *Bilagsrapport 1: Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af patienter med angst og depression i Region Hovedstaden*, VIVE, København.
- Richards, D., Hill, J.J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., Cape, J., Pilling, S., Araya, R., Kessler, D., Bland, J., Green, C., Gilbody, S., Lewis, G., Manning, C., Hughes-Morley,

A. & Barkham, M. 2013, "Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial", *BMJ*, vol. Aug 19, no. 347, pp. f4913-doi: 10.1136/bmj.f4913.

Thylstrup, B. 2011, "Numbers and narratives. Relations between patient satisfaction, retention, outcome and program factors in outpatient substance abuse treatment", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 28, no. 5-6, pp. 471-486.



DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD