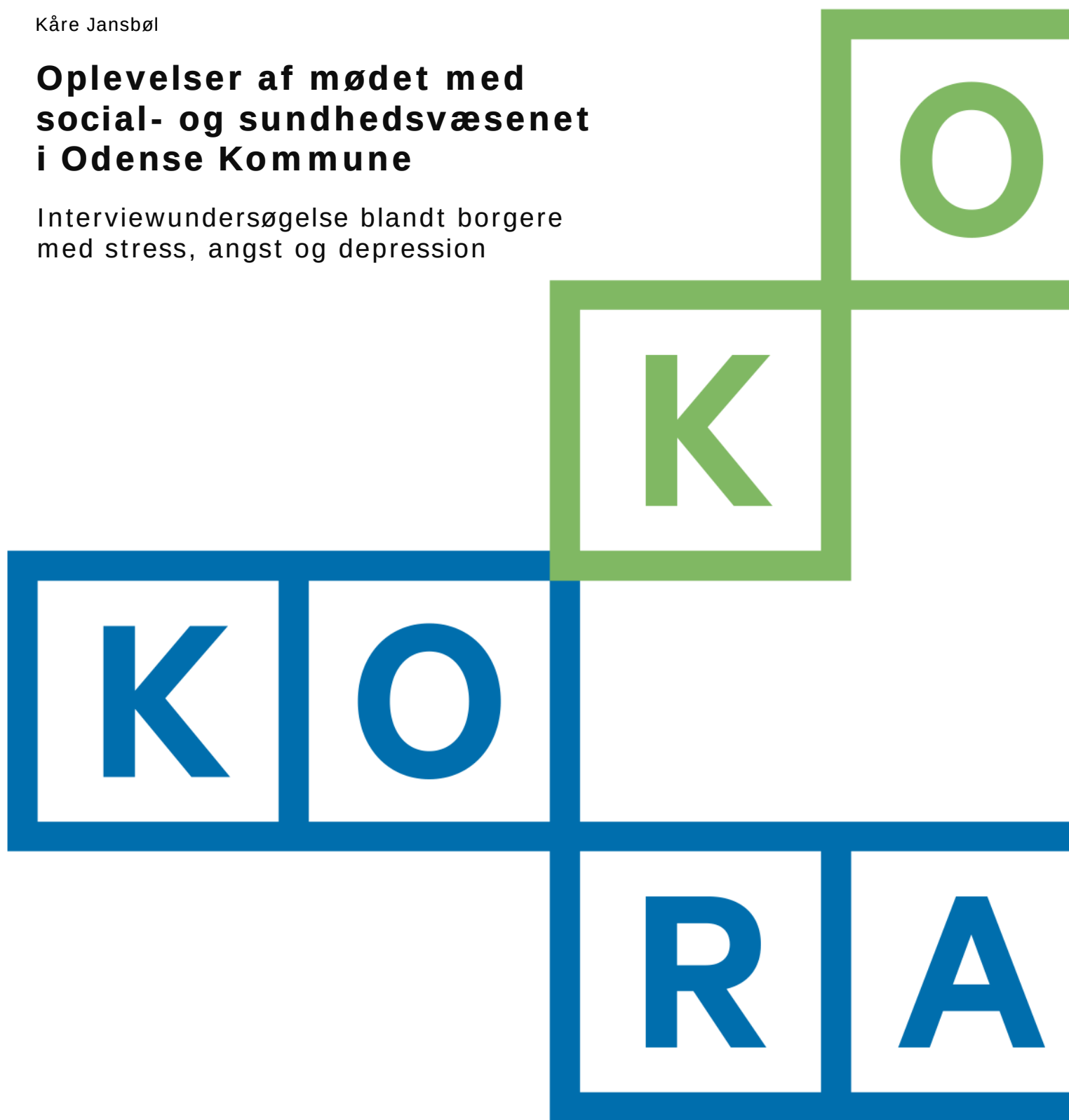


Kåre Jansbøl

Oplevelser af mødet med social- og sundhedsvæsenet i Odense Kommune

Interviewundersøgelse blandt borgere
med stress, angst og depression



Publikationen *Oplevelser af mødet med social- og sundhedsvæsenet i Odense Kommune* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-752-2

Projekt 3680

Oktober 2012

KORA

Det Nationale Institut for

Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



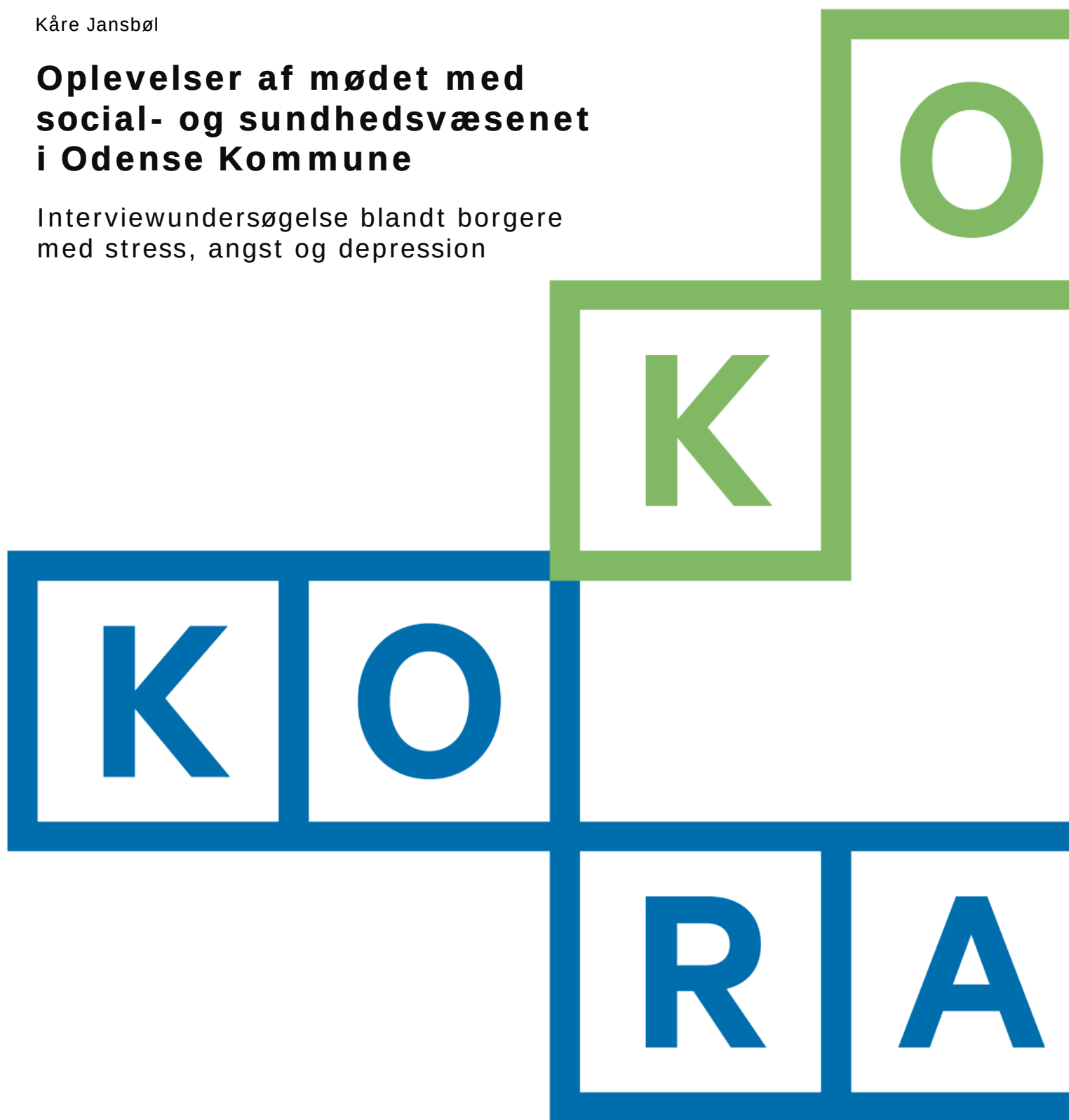
Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Kåre Jansbøl

Oplevelser af mødet med social- og sundhedsvæsenet i Odense Kommune

Interviewundersøgelse blandt borgere
med stress, angst og depression



Publikationen *Oplevelser af mødet med social- og sundhedsvæsenet i Odense Kommune* kan downloades fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-752-2

Projekt 3680

November 2012

KORA

Det Nationale Institut for

Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

Formål.....	4
Baggrund.....	4
Målgruppen.....	5
Metode for KORAs undersøgelse	6
Udvælgelse og rekruttering af informanter.....	6
Det narrative interview	6
Narrativ teori	7
Præsentation af informanterne	7
Resultater	9
Borgernes/patienternes beskrivelser af de centrale aktører i deres forløb	9
Kommunen	9
Egen læge	10
Psykolog.....	10
Privatpraktiserende psykiater	10
Distriktpspsykiatri, psykiatrisk skadestue og arbejdsmedicinsk klinik	11
Arbejdsgivere	11
Partnere/ægtefæller	11
Andre aktører.....	11
Beskrivelser af forløb.....	11
Forløb, som informanterne er tilfredse med	11
Forløb, som der er mindre tilfredshed med – kommunens overvældende krav.....	12
Forløb, der er mindre tilfredshed med – dårligt fungerende samarbejde mellem nogle af aktørerne	13
Forløb, som informanten ikke er tilfreds med – informanten som sin egen værste fjende..	14
Fremadrettede forslag.....	14
Bilag 1: Information om forskningsprojekt	16
Bilag 2: Spørgeguide til individuelle interviews	18
Litteratur	22

Formål

Odense Kommune er i gang med at planlægge og gennemføre "Projekt Integrated Care – et partnerskabsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og almen praksis omkring "den ældre medicinske patient" og "borgere med stress, angst og depression" (herefter betegnes dette projekt: Integrated Care). For at sikre, at projektet i videst muligt omfang inddrager perspektiver fra borgere/patienter med stress, angst og depression, har KORA fået til opgave at undersøge denne målgruppe.

Undersøgelsens formål er at undersøge:

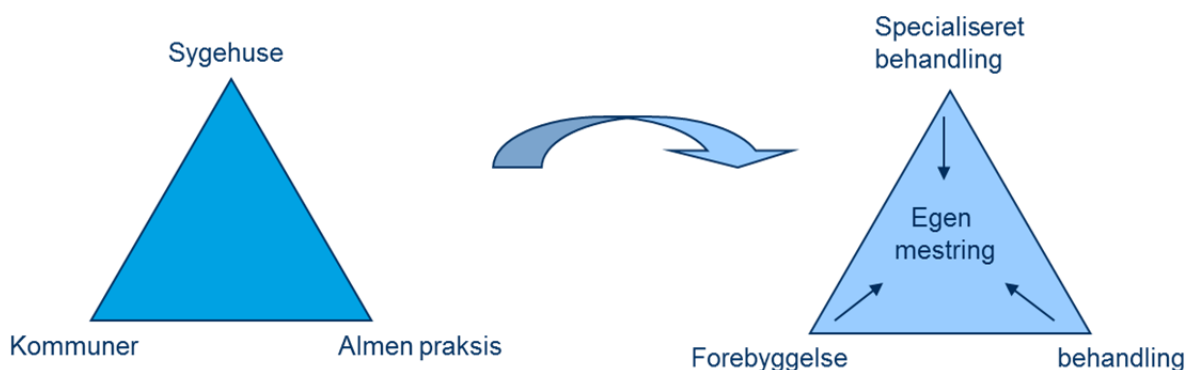
1. målgruppens oplevelse af problemer i kontakten med kommune og sundhedsvæsen i relation til sygemelding og behandling, koordinering, information, kommunikation mv.
2. målgruppens oplevelse af særlige positive kontakter med kommune og sundhedsvæsen i relation til sygemelding og behandling, koordinering, information, kommunikation mv.
3. målgruppens input til den fremtidige organisering af den kommunale indsats for borgere med stress, angst og depression.

Baggrund

Med sundhedsloven fra 2007 blev det obligatorisk for kommuner og regioner at indgå sundhedsaftaler om at skabe sammenhængende patientforløb. Formålet med loven er at sikre borgerne optimal og mest kosteffektiv behandling. Et af de centrale områder gælder forebyggelse, som kommunerne i vid udstrækning har fået ansvar for.

Formålet med projekt Integrated Care er – i tråd med sundhedsloven – "at bidrage med praktisk og anvendelig viden om, hvordan effektiv og tværgående samarbejde og koordinering af sundhedsvæsenet kan udvikles lokalt, regionalt og nationalt". I projektet indgår Region Syddanmark, alment praktiserende læger i Odense og Odense Kommune et forpligtende samarbejde i form af fælles ledelse, deling af data og fælles økonomiske incitamenter" (1). Tilsammen skal parterne udvikle en model for, hvordan nye løsninger med øget fokus på det borgernære sundhedsvæsen kan bidrage til at skabe sammenhængende patientforløb, så borgeren oplever at blive understøttet af ét samlet og proaktivt sundhedsvæsen. Formålet med projektet er samtidig, at borgerne i højere grad skal indgå og tage mere medansvar for egen sundhed (1). Den ønskede ændring illustreres med nedenstående figur 1.

Figur 1. Fra samarbejde byggede på stafetmodel til samarbejde byggede på Integrated Care



Kilde: Projektbeskrivelsen for Integrated Care (1).

Det fremgår videre af Odense Kommunes projektbeskrivelse, at størst mulig effekt forsøges skabt gennem afholdelse af tværsektorielle konferencer om de borgere, der på grundlag af en statistisk stratificering identificeres til at have den højeste risikoprofil (1). Det præciseres flere steder i projektbeskrivelsen, at formålet i sidste ende er at sikre borgerne optimal behandling samt styrkelse af borgernes handlemuligheder (hvilket betegnes "empowerment").

Målgruppen

Målgruppen for projekt Integrated Care er udvalgt, fordi den har stor volumen. Hvis indsatsen har effekt, kan det således give store samfundsmæssige og økonomiske gevinster, ligesom indsatsen også kan forøge borgernes/patienternes empowerment betydeligt.

I det samlede projekt Integrated Care består målgruppen af 2 grupper:

- Borgere/patienter med stress, angst og depression
- Ældre medicinske borgere/patienter.

I nærværende undersøgelse forholder vi os kun til den første målgruppe: borgere/patienter med stress, angst og depression.

Med afsæt i en publikation fra Dansk Sundhedsinstitut i 2012 (2), hvor de forskellige undergrupper til denne målgruppe opgøres, estimerer man i projektbeskrivelsen målgruppens volumen som følger:

Stress: Der er indikation for en stigning i andelen med lettere mentale helbredsproblemer i Danmark. 8,7 % af befolkningen angav i 2005, at de ofte føler sig stressede. Det svarer til at godt 10.000 borgere i Odense Kommune ofte føler sig stressede. Det skal bemærkes, at stress ikke er en officiel diagnose.

Angst: Ifølge Psykiatrifonden er der ca. 250.000 danskere, der lever med angst. Heri medregnet lettere, ikke behandlingskrævende tilstande. Omregnet vil der være ca. 8.860 i Odense Kommune.

Depression: Det skønnes, at 10 % af befolkningen i Danmark har en depression, hvis man medregner lette tilfælde. Andelen ser ud til at være moderat stigende. Dette vil for Odense Kommune svare til, at ca. 11.900 borgere i den erhvervsaktive alder har en depression. Hovedparten vil kunne opretholde deres daglige gøremål ved den rette behandling hos praktiserende læge kombineret med den rette støtte på arbejdspladsen.

Indlæggelser: Fra juni 2011 til maj 2012 har 348 personer været indlagt med enten angst, depression eller reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner på almenpsykiatrisk afdeling i Odense¹. De har i alt haft 425 indlæggelser og 6.840 sengedage.

Ambulante forløb: I perioden er der indenfor de samme diagnoser givet 7.665 ambulante ydelser. 1.912 nye cpr-numre er startet i behandling, og 1.934 har afsluttet behandling.

Debuterende patienter: Der er på landsplan hvert år 4.700 debuterende patienter med angst, heraf 4.100 i den erhvervsaktive alder, og 61.000 debuterende patienter med depression, heraf 49.600 i den erhvervsaktive alder. Omregnes DSIs tal for debuterende patienter til forhold gældende for Odense Kommune, får man nedenstående:

¹ Aktionsdiagnoser DF32, DF33, DF40, DF41, DF42, DF43.

Antal og andel af borgere med debuterende angst eller depression (diagnostiserede) i den erhvervsaktive alder (19-64 år) berørt af sygedagpenge, kontanthjælp, førtidspension i året, efter diagnosen er stillet.					
	Antal borgere med debuterende diagnose (landsplan)	Antal borgere med debuterende diagnose (Odense Kommune)*	Andel borgere berørt af sygedagpenge i året efter diagnosen	Andel borgere berørt af kontanthjælp i året efter diagnosen	Andel borgere berørt af førtidspension i året efter diagnosen
Angsttilstand	4.100	145	27%	14%	7%
Depression	49.600	1.758	38%	21%	6%
I alt	53.700	1.903	33%	18%	7%

*) Antagelse: Odense Kommune følger langsgennemsnittet. Odense Kommune udgør 3,5% (118.645 borgere ud af 3.348.218 (2010-tal) af den danske befolkning mellem 19-64 år.

	Antal Odense-borgere berørt af sygedagpenge i året efter diagnosen.	Antal Odense-borgere berørt af kontanthjælp i året efter diagnosen.	Antal Odense-borgere berørt af førtidspension i året efter diagnosen.	Antal Odense-borgere i alt berørt af en overførselsindkomst i året efter diagnosen.
Angsttilstand	40	20	10	69
Depression	659	366	112	1.137
I alt	699	385	122	1.206

Kilde: Scenarier for bedre psykiatrisk behandling, DSI.

En manuel optælling har vist, at ca. halvdelen af de borgere, som kommunen er i kontakt med vedr. sygedagpenge, er sygemeldte pga. stress, angst eller depression. Der er ca. 100 nye henvendelser om ugen. Dvs. 50 nye borgere i målgruppen om ugen.

Metode for KORAs undersøgelse

Udvælgelse og rekruttering af informanter

I undersøgelsen indgik borgere, som har haft kontakt til jobcenteret i Odense Kommune, og som er – eller indtil for nyligt har været – sygemeldt med stress, angst eller depression. Der blev udvalgt 10 informanter. 7 borgere blev interviewet individuelt, og 3 borgere blev interviewet i et fokusgruppeinterview.

Borgerinterviewene blev suppleret med et fokusgruppeinterview med 4 fagprofessionelle fra kommune og sundhedsvæsen. 2 var socialrådgivere og 2 socialmedicinske læger. Formålet med dette interview var at styrke indsigten i borgernes forløb. Fagpersonerne diskuterede borgernes/patienternes fortællinger og vurderede, hvem og hvordan de involverede aktører eventuelt kunne have forbedret forløbet.

Det narrative interview

Målgruppens oplevelser blev bragt frem gennem narrative interviews. I det narrative interview får interviewpersonen/informanten mulighed for selv at vælge, hvordan de fortæller deres historie. Informanterne sætter deres oplevelser af sundhed, sygdom, arbejde, arbejdsløshed mm. ind i de forståelsesrammer, som de selv oplever som mest relevante. I nærværende interviews var informanterne fx med til at bestemme, hvad de forstod ved et centralt begreb som "dit forløb". Det narrative interview giver (hvis det er veludført) særlig god adgang til informanternes egne begreber og egne forståelser af de forhold, der tales om (3,4).

I praksis foregik interviewene således: Intervieweren forklarede informanterne, hvad interviewet skulle bruges til, samt at fokus lå på informantens egne oplevelser af sammenhænge mellem de forskellige aktører i deres forløb. Det blev understøttet, at informanterne ikke kunne sige noget forkert, og at intervieweren undervejs ville stille opklarende spørgsmål især om gode og problematiske oplevelser af sammenhængene i informantens forløb. Endelig forklarede intervieweren, at interviewene blev optaget, og at informanterne efterfølgende ville blive anonymiserede. Inden interviewet startede, underskrev informanterne en samtykkeerklæring (se bilag 1). Derefter startede interviewet med, at intervieweren opfordrede informanten eller informanterne til at "fortælle om deres forløb". Under interviewet stillede intervieweren spørgsmål om informanternes historier, samt sørgede for at informanterne svarede på spørgsmålene i interviewguiden (se bilag 2).

Narrativ teori

Narrative interviews tilhører en teori, som giver et særligt greb om datamaterialet (3-5). Teorien kan kort beskrives som en række antagelser om mennesker:

- For at forstå sig selv og sine omgivelser, sætter mennesker typisk handlinger og udtalelser ind i fortællinger eller "narrativer". Handlinger og udtalelser placeres dermed som elementer i større fortællinger/narrativer, som ofte – men ikke altid – har forløb og pointe.
- Individet udvikler og anvender narrativer i samspil med de fællesskaber, som er betydningsfulde for dem.
- Narrativ teori og metode kan anvendes terapeutisk. Ved at ændre individers narrativer, kan man få individer til at ændre adfærd og holdninger. Sygeplejersker, psykologer og sagsbehandlere kan fx benytte narrativ metode, når de får deres klient til at ændre opfattelse af klientens fastlåste situation, således at klienten efterfølgende kan handle mere hensigtsmæssigt (6).
- Narrativ teori og metode kan anvendes analytisk. Formålet her er ikke at hjælpe informanterne, men derimod at forstå informanternes oplevelser gennem analyse af deres udtalelser og handlinger.

I dette notat anvendes narrativ teori analytisk til at give indblik i informanternes forståelse af sammenhænge i deres forløb og sygdomsforløb.

Præsentation af informanterne

I nedenstående tabel 1 fremstilles nogle centrale forhold vedrørende informanterne. Forholdene uddybes i teksten.

Tabel 1. Informanternes fortælling om deres forløb og deres tilknytning til arbejdsmarkedet

Køn	Alder	Første myndighedskontakt angående forløb	Nuværende status	Beskrivelse af egen sygdom	Sundhedsaktører i forløb
Mand	44	Egen læge: 2009.	Sygemeldt på ubestemt tid.	Ingen arbejdsevne, personlighedsændring. Endelig diagnose afventes.	Psykiater. Arbejdsmedicinsk klinik, egen læge, psykolog. Sundhedsforsikring.
Kvinde	39	Egen læge: 2008.	Delvis raskmelding.	Angst, depression, måske psykotiske episoder.	Psykiater, egen læge psykolog, sundhedsforsikring.
Mand	55	Egen læge: 1994.	Delvis raskmelding.	Depression, angst, psykotiske episoder.	Psykiater, DP, psykiatrisk skadestue, egen læge, psykolog.
Mand	53	Egen læge, psykolog: juni 2011.	Delvis raskmelding.	Stress.	Egen læge, psykolog, sundhedsforsikring.
Kvinde	49	Egen læge: sept. 2011, psykolog.	Delvis raskmelding.	Måske stress.	Egen læge, psykolog.
Kvinde	43	Egen læge: januar 2012.	Delvis raskmelding.	Måske stress.	Egen læge.
Kvinde	22	Egen læge: 1999.	Under uddannelse.	Depression, psykotiske episoder.	Egen læge, psykolog, psykiater, psykiatrisk skadestue, Diamanten.
Kvinde	50	Egen læge, psykolog: marts 2012.	Delvis raskmelding og sikker på at vende tilbage til job.	Stress.	Egen læge, psykolog.
Mand	52	Hospital til obs. For blodprop: februar 2011.	Delvis raskmelding og sikker på at vende tilbage til job.	Depression, personlighedsændring. Endelig diagnose afventes.	Egen læge, psykolog, psykiater, Arbejdsmedicinsk klinik, sundhedsforsikring.
Kvinde	46	Egen læge, psykolog: oktober 2011.	I arbejde efter delvis raskmelding.	Depression.	Egen læge, psykolog.

Note 1: Oplysninger bygger på informanternes egne udtalelser.

Den anden kolonne viser, at alle informanterne tilhører den arbejdsdygtige del af befolkningen. Flertallet er omkring 50 år gamle, og kun en er under 25.

Tredje kolonne viser, at flertallet af informanterne starter deres forløb hos egen læge. 4 starter umiddelbart derefter i behandling ved psykolog. En af dem – informant 10 – betalte selv for sin behandling. De andre fik deres behandling fuldt betalt gennem sundhedsforsikringer. De øvrige, som har modtaget psykologbehandling, har modtaget den som del af behandling ved distriktpsykiatrien eller Arbejdsmedicinsk Klinik.

Man bør lægge mærke til, at "dit forløb" ifølge informanterne starter på meget forskellige tidspunkter. Der er således ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem det, man kunne kalde et "formelt starttidspunkt", som aktørerne omkring informanterne muligvis kan fastlægge entydigt, og den "start på mit forløb" som informanterne omtaler.

Fjerde kolonne viser informanternes nuværende status. Alle har været sygemeldte og delvist sygemeldte. 3 er vendt tilbage til arbejde, en er under uddannelse og en kommer efter eget udsagn sandsynligvis ikke i arbejde mere.

Femte kolonne viser det, informanterne omtaler som deres diagnoser. Der er tale om depression, angst, stress, psykose, og personlighedsændring. Igen skal det understreges, at oplysningerne stammer fra informanterne. 2 angiver, at de har fået diagnoser, og at deres diagnose endnu ikke er afgjort, hvilket måske kan være selvmodsigende.

Sjette kolonne angiver de aktører, informanterne næver at have været i kontakt med i forbindelse med deres forløb.

Det er væsentligt at omtale informanternes subjektive årsagsforklaringer af deres psykiske lidelser (fremgår ikke af tabel 1²). Alle informanterne angav flere årsager, som tilsammen udløste lidelsen. Nogle angav en personlig skrøbelighed som delvis årsagsforklaring. Denne skrøbelighed kunne være relateret til informantens opvækst. En anden forklaring, som alle angav, var forskellige former for arbejdsbelastning. De belastende arbejdsforhold varede fra 3 måneders arbejdsbelastning over belastningsperioder på omkring 3/4 år til 3 informanternes flere år lange periode med belastende arbejde. Andre af de omtalte belastende situationer var relativt kortvarige og afgrænsede hændelser – fx en somatisk sygdom eller en specifik hændelse på arbejdet. 3 angiver endvidere somatiske årsager til opdagelsen eller udløsningen af deres psykiske lidelse.

Man bør her lægge mærke til, at begrebet "dit forløb" – som alle informanter blev bedt om at beskrive i egne ord – ifølge informanterne har meget forskellige årsager og dermed også meget forskellige forløb.

Tabellens rækker indeholder de 10 informanter. En måde at skabe overblik over informanterne kan være gennem opdeling i grupper. Materialet lægger i min analytiske forståelse op til tentativ skelnen mellem 3 grupper:

- Den ene gruppe består af tabellens øverste 6 informanter, som ikke er i arbejde og ifølge egen fortælling ikke umiddelbart har udsigt til at vende tilbage til et bestemt arbejde eller få ansættelse i et bestemt arbejde. Gruppen er heterogen i forhold til diagnoser. Flere har stress, hvilket er en diagnose, der anvendes af alment praktiserende læger, men ikke optræder i den almindeligst anvendte diagnostiske manual for psykiatrien, WHO ICD-10 (7). En informant har ifølge ham selv diagnosen personlighedsændring.
- Den næste gruppe består af et menneske, der er i uddannelse.
- Den tredje gruppe består af de 3 mennesker placeret nederst i tabellen. De er ifølge egen fortælling sikre på at kunne vende tilbage til den arbejdsplads, som de var på før deres forløb. Det er værd at lægge mærke til, at en af de 3 i arbejde har en relativt alvorlig psykisk lidelse. På trods heraf har informanten fastholdt sit arbejde. Gruppen er således heterogen i forhold til

² Ved ikke at fremstille borgernes forklaringer af årsagerne til deres lidelser i figur 1 sikres det, at data ikke er personhenførbare.

lidelsernes sværhedsgrad, idet den indeholder såvel mennesker med lettere som noget sværere psykiske problemstillinger.

Resultater

Borgernes/patienternes beskrivelser af de centrale aktører i deres forløb

Når informanterne taler om deres "forløb", spiller *kommunen*, forskellige aktører i *sundhedsvæsenet*, *arbejdsgiverne*, samt informantens *partner/ægtefælle* de vigtigste roller.

Kommunen

Kommunen indbefatter i informanternes fortællinger Jobcenter, RevaHuset og kommunale sagsbehandlere. I fortællingerne fremstår kommunen som en kontrolinstans i forhold til informanternes rettigheder og pligter i forhold til arbejdsmarked og informanternes ydelser. Derimod ser man i interviewene ingen kommentarer angående kommunens rolle som aktør i forhold til forebyggelse. Dette er vigtigt i denne sammenhæng, idet projekt Integrated Care netop tildeler kommunen en sådan aktiv rolle i forhold til borgerens forløb.

Ingen af informanterne ser ud til at opfatte kommunen som en central aktør i deres sygdomsforløb. Ser man bort fra én udtalelse – som jeg kommer tilbage til – omtalte borgerne/patienterne i disse 10 interviews ikke kommunen som en aktør med betydning for deres sundhed. Konkret kan man bemærke følgende:

- Informanterne giver ikke udtryk for, at kommunen har haft forebyggende opgaver i forhold til deres forløb
- Informanterne giver ikke udtryk for, at deres eget forløb kunne have været bedre, hvis kommunen havde varetaget forebyggelse
- Informanterne giver ikke udtryk for, at kommunen fremadrettet bør have forbyggende opgaver i forhold til deres eller andres forløb.

Derimod giver flere informanter udtryk for, at den sundhedsfaglige del af deres pleje ikke er kommunens anliggende.

- Flere informanter udtrykker mistillid til kommunen i forhold til indblanding i deres sundhedsforhold. Dette kommer jeg tilbage til i de næste afsnit.

Flere informanter giver udtryk for, at kommunens sagsbehandlere bør kende mere til psykisk sygdom, end de gør. Informanterne hævder, at sagsbehandlerne ikke ville presse psykisk belastede personer som dem selv så hårdt til at komme i jobtræning, udfylde formularer eller møde op til møder, hvis sagsbehandlerne havde mere indsigt i, hvad disse lidelser indebærer.

Undtagelsen, hvor en informant omtaler kommunen som en potentiel aktør i forhold til sundhed, stammer fra en udtalelse. Efter at have sagt, at stressede patienter/borgere som informanten selv har fået muligheder for gratis adgang til psykologer, siger informanten:

"Jeg kan ikke forstå, at der ikke er psykolog tilknyttet jobcenter".

Den eneste omtale af kommunerne som en aktør i forhold til informanternes sundhed angår således ønsket om at få bedre og gratis adgang til psykolog.

I forhold til projekt Integrated Care forekommer det vigtigt, at borgerne/patienterne ikke omtaler kommunen som en aktør i forhold til deres sygdom, idet Integrated Care bygger på en antagelse om, at kommunen har en sådan rolle. Der ser således ud til at være uoverensstemmelse mellem på den ene side borgernes/patienternes forventninger til kommunen og på den anden side forventningerne fra aktørerne i Integrated Care.

Egen læge

Egen læge er central i alle fortællinger og har flere forskellige roller i forhold til patienten og dennes forløb. I informanternes fortællinger giver egen læge rollerne som *diagnostiker*, *behandler* samt *ansvarlig for patientens samlede sygdomsforløb*.

Alle informanter er ifølge deres egne udsagn blevet *diagnosticeret* ved egen læge. Diagnoserne angiver både, hvordan patienternes lidelse skal behandles, og hvilke rettigheder og pligter informanterne har i forhold til ydelser og arbejde.

Flere af informanterne oplever, at egen læge ikke har været dygtig nok til at diagnosticere dem. Det klareste eksempel angår en diagnose, som egen læge vurderede til at være depression og behandlede med antidepressiv medicin. Lægen rådgav informanten til at fortsætte med at arbejde. Men efterfølgende udredning ved psykiater og arbejdsmedicinsk klinik viste, at informantens diagnose snarere var nedslidning, hvilket arbejdet forværrede. Informanten fortæller dog også, at den endelige diagnose ikke er fastlagt, ligesom han siger, at nedslidning ikke er en diagnose, der gælder for hans type arbejde. Informantens historie fremstår således ikke entydig.

Behandling ved egen læge har ifølge informanterne udelukkende været medicinsk. Ingen af informanterne fortæller således om formaliserede samtaler eller samtaleforløb ved egen læge (hvilket ca. halvdelen af danske læger kan tilbyde og modtager honorar for (8)). Men alle fortæller, at egen læge har rådgivet og vejledt i forhold til håndtering af sygdom samt håndtering af forløb og kontakt med andre institutioner.

Nogle informanter er tilfredse med egen læges *ansvar for det samlede forløb*. En fortæller fx, at egen læge har hjulpet med anmeldelse af arbejdsskade og kontakt til arbejdsgiver, jobcenter og kommunen. Andre informanter er kritiske overfor egen læges håndtering af deres forløb. En mener fx, at egen læge blot har udleveret medicin uden at følge op hverken med samtaleterapi, vurderinger af medicinens effekt eller henvisning til andre behandlere.

Flere informanter bemærker også, at lægen har en kontrolfunktion. En siger således, at "*man jo skal have lægeerklæringer hele tiden*", for at kunne oppebære ret til offentlige ydelser.

Psykolog

De fleste af informanterne har gået til behandlingsforløb ved psykolog, enten en gang eller i flere omgange. Alle, som har gået til psykolog, er positive overfor psykologens behandling, og ingen af dem har kritiske bemærkninger eller historier om psykolog. Dette er bemærkelsesværdigt, da de fleste andre aktører i informanternes forløb får kritiske ord med på vejen.

Flere angiver psykologen som den vigtigste i deres forløb.

Flere mener, at de og andre med deres lidelser burde have adgang til mere hjælp ved psykolog. Intervieweren spurgte de informanter, som ytrede ønske om mere psykologhjælp, om de havde overvejet selv at betale for psykolog. En svarede, at hun slet ikke havde råd. De øvrige mente, at de kunne prioritere behandlingen ved psykolog, hvis de havde villet, men det mente de ikke, at de havde behov for. Samtidig udtrykte nogle, at denne udgift ikke burde være deres.

Der er således kun en informant, som selv har betalt for psykolog.

Den eneste, som ikke har været ved psykolog i forbindelse med sit forløb, udtalte, at hun ikke på nuværende tidspunkt havde lyst eller overskud til det arbejde med sig selv, hvilket hun mente, behandling ved en psykolog ville medføre.

Privatpraktiserende psykiater

Halvdelen af informanterne har været ved privatpraktiserende psykiater. 2 oplevede ventetiden som et alvorligt problem. En af dem var samtidig meget skeptisk overfor den medicin, som hendes første psykiater gav hende. Hun skiftede derfor til en anden og efter hendes udsagn bedre psykiater. Denne informant var en af flere, som ikke fik deres forventninger om samtaleterapi opfyldt hos psykiateren.

Distriktspsykiatri, psykiatrisk skadestue og arbejdsmedicinsk klinik

Flere informanter har været i behandling i distriktspsykiatrien og/eller psykiatrisk skadestue. Alle oplever, at psykiaterne fra sygehusene har kontakt til kommunen. En fortæller fx, at hendes psykiater kontaktede kommunen for at ændre en aktiveringsplan for hende. 2 har endvidere været i behandling på arbejdsmedicinsk klinik.

Arbejdsgivere

De fleste fortællinger viser, at arbejdsgiverene har deltaget aktivt og positivt i forløbene. Ingen beskriver arbejdsgiverne direkte negativt i forhold til eget forløb. De manglende negative beskrivelser af arbejdsgiveren skal ses på baggrund af det faktum, at der optræder eksempler på konflikter med chef eller bestemte kollegaer, samt at informanternes psykiske lidelser alle er nært knyttet til deres arbejdsplads.

Partnere/ægtefæller

I fortællingerne spiller informanternes partnere en fremtrædende rolle. 2 mænd udtaler, at deres partner var den, som mest af alle sørgede for at sikre et velfungerende forløb. 2 kvinder roser deres mænd for deres støtte. Partnere hjælper således med støtte og opbakning under forløbet, ligesom flere har hjulpet med at udfylde papirer og rådgivet i forhold til, hvad der skal siges og gøres i forhold til de forskellige aktører i forløbet. Flere informanter giver udtryk for, at deres forløb har været en udfordring og belastning for deres forhold. En informant har mistet sin kæreste under forløbet.

Andre aktører

2 informanter nævner fagforeninger som aktive i deres forløb.

De informanter, for hvem arbejdsgiveren har tegnet sundhedsforsikringer, forbinder sundhedsforsikringen stærkt med arbejdsgiveren.

Ingen nævner at have haft kontakt til patientforeninger.

Beskrivelser af forløb

I det følgende vil jeg beskrive og analysere informanternes fortællinger om deres forløb. I det første afsnit beskrives forløb, som informanterne ifølge deres beskrivelser er tilfredse med. I de derefter følgende 3 afsnit beskrives forskellige aspekter af forløb, som informanterne beskriver som mindre tilfredsstillende.

Forløb, som informanterne er tilfredse med

3 informanter fortæller om forløb, der i det store hele har været velfungerende. I disse forløb har informanten lavet aftaler med arbejdsgiver, kommune og behandlere. Aftalerne er i det store hele blevet gennemført, således at informanterne har kunnet vende tilbage til en situation, der svarer til situationen før forløbet. Den ene af dem havde i en længere periode været bekymret for, om hun var deprimeret. En belastende periode på arbejdet udløste ekstrem træthed, og hun kontaktede egen læge. Lægen testede hende til at have en depression. Lægen udskrev medicin og foreslog en psykolog, som hun opsøgte og selv betalte. Informanten fik samtidig en aftale i stand med arbejdsgiver om sygemelding og gradvis tilbagevenden til arbejdet. Hun gennemførte det planlagte forløb og er nu i arbejde. En anden informants historie følger samme forløb: En belastende arbejdsperiode medførte stress, som der søgtes læge for. Med arbejdsgiver og kommune aftaltes en sygemelding med gradvis tilbagevenden til arbejdet. Sundhedsforsikringen betalte for psykolog. Den sidste af disse 3 informanternes forløb er mere kompliceret. Informanten havde gennem flere år et nedslidende arbejde. Han blev sygemeldt og aftalte med kommune og arbejdsgiver en gradvis tilbagevenden til arbejdet. Hans sundhedsforsikring betalte for psykolog. Informanten gik også hos psykiater. Efter tilbagevenden til arbejdet tog det nogen tid, før han fik arbejdsopgaver, der ikke var nedslidende på samme måde. Informanten oplevede derfor nok en sygemelding, hvor der igen

blev aftalt gradvis tilbagevenden med arbejdsgiver og kommune. Samtidig modtog han behandling ved psykiater og arbejdsmedicinsk klinik. Informanten vendte derefter tilbage til samme arbejdsplads, men med nye opgaver.

Overordnet set kan man sige, at alle 3 fortællinger starter med, at informanten er i arbejde. Derefter bliver de syge, modtager behandling og aftaler tilbagevenden til arbejde med arbejdsgiver og kommune. Alle 3 fortællinger slutter med, at informanten vender tilbage til arbejdet.

Forløb, som der er mindre tilfredshed med – kommunens overvældende krav

De øvrige 7 informanter fortæller om forløb, som de er mindre tilfredse med. Informanterne fremstiller i disse beskrivelser nogle eller flere af de involverede aktører som mindre dygtige til at støtte positivt op om deres forløb. I dette afsnit fokuserer jeg på kommunen og på det problem, som de fleste omtalte, nemlig den efter deres mening for store mængde af formularer og møder som de skulle deltage i.

Flere informanter gav klart udtryk for, at kommunen ikke hjalp dem, men tværtimod var en del af deres problem. En var så frustreret over den måde, hun "blev behandlet" i jobcenter og kommunen, at hun syntes, at hun burde have en advokat, der varetog hendes interesser. Flere udtrykte frustrationen over at "blive behandlet" gennem fordømmelse af det faktum, at de i deres psykiske tilstand skulle udfylde skemaer, møde op på kontorer og besvare spørgsmål. Denne modstand illustrerer nedenstående interviewuddrag:

Denne informant var forarget over de mængder af papir, som han skulle udfylde og sende til kommunen i forbindelse med sit sygdomsforløb. Han mente, at hans stressede tilstand gjorde, at han ikke kunne udføre den slags. Intervieweren spurgte, hvordan han havde løst problemet. Informanten svarede, at hans kone og fagforening havde hjulpet. Derefter gentog han, at det var urimeligt, at han skulle svare på "alt det, når jeg havde det sådan":

- Interviewer (S): *Kunne du have spurgt dem på jobcenteret om at hjælpe dig med at udfylde skemaerne?*
- Informant (I): *Nej! Det er jo dem, der sender dem!*
- S: *Men netop derfor ved de også, hvad der skal stå.*
- I: *Men der vil du nok føle, at det vil blive udfyldt, som det passer dem bedst, og det er ikke nødvendigvis, som det passer patienten bedst.*

Informanten stoler således ikke på jobcenteret.

Informanten var også kritisk overfor, at han skulle deltage i møder mellem kommune og arbejdsgiver, samt at han skulle angive oplysninger vedrørende arbejdsgiverens forhold i forbindelse med hans ansættelse.

- I: *Det var jo helt meningsløst!*
- S: *Du skulle vel være med til møderne, for at du kunne vide, hvad i 3, arbejdsgiveren, dig og jobcenteret, aftalte?*
- I: *Jeg har jo ingen anelse om, hvad arbejdsgiveren får udbetalt eller skal gøre. Jeg ved kun, hvad vi har aftalt, at jeg skal.*
- S: *Blev der lagt en plan for dig, hvor alle de forskellige parter var med?*
- I: *Det eneste var en opstartsplan. Det er jo jobcenteret, der har lavet den og sagt: "Man starter sådan", bum! Og så bliver det bygget op efter et skema. Og det er det!*
- S: *Blev planen fulgt?*
- I: *Ikke helt. Jeg justerede den ned en enkelt gang. Jeg kunne ikke være med til at gå så hurtigt frem, fordi så måtte jeg sygemelde mig bagefter.*

Informanten beskriver, at når jobcenteret lægger en plan, så foregår det efter et skema – hen over hovedet på ham. Det faktum, at han justerede planen, forandrer ikke hans syn på planen som stiv. Når han inddrages i forhold vedrørende ham, arbejdsgiveren og jobcenteret, afviser han dette som relevant for ham og hans forløb.

Det fremgår – også af andre interviews – at flere informanter er yderst kritiske overfor den rolle, som kommunen har i forhold til dem og deres forløb. Kommunen omtales således ofte mere som en over-bureaukratisk kontrolinstans end som en samarbejdspartner i forhold til borgerens forløb.

Forløb, der er mindre tilfredshed med – dårligt fungerende samarbejde mellem nogle af aktørerne

Flere informanter beskrev situationer, hvor aktørerne i deres forløb modsagde eller modarbejdede hinanden.

Flere angav, at deres læge, psykiater og/eller psykolog havde anbefalet dem at slappe af, hvorimod jobcenteret krævede, at de arbejdede, mødte op til kurser eller lignende. I informanternes fremstilling var disse anbefalinger og krav ikke forenelige. Nogle hævdede, at en sundhedsfaglig person havde anbefalet dem ikke at arbejde eller søge arbejde. En informant fortalte fx, at distriktskykiatrien havde kontaktet jobcenteret for at bede dem ikke sætte informanten i aktivering, hvilket jobcenteret efterkom. En anden informant angav, at hendes egen læge havde anbefalet hende ikke at deltage i et kursus udbudt af jobcenteret, idet deltagelsen angiveligt ville forværre hendes psykiske tilstand. En tredje fortalte, at hendes læge havde frarådet hende at søge arbejde, før hendes symptomer var bedrede.

Der var også informanter, som brugte informationer fra kommunen i forhold til deres behandling. En fortalte fx, at han havde måttet undslå sig for at deltage i samtaleterapi i distriktskykiatrien, idet han i så tilfælde ikke kunne tage arbejde, hvis han skulle få et arbejde tilbudt. I hans fortælling blev det således umuligt at deltage i behandlingen, fordi det ville være i modstrid med formålet med hans forløb, nemlig at få arbejde.

Det er her værd at bemærke, at sociallæger og sagsbehandlere ved fokusgruppeinterviewet med fagpersonerne fortalte, at der blandt sagsbehandlere, alment praktiserende læger og psykiatere er bred enighed om behandlingen for stress, angst og depression. Fagfolkene understregede, at der er evidens for, at det for langt de fleste deprimerede, angste eller stressede gælder om at fastholde deres tilknytning til arbejdsmarkedet, både af hensyn til deres evner for at forsørge sig selv og af hensyn til bedring af deres symptomer. Dette passede ifølge fagfolkene også på de fleste af informanternes forløb. På dette punkt var der således uoverensstemmelse mellem fagfolkenes udsagn om behandlingen af stress, angst og depression og informanternes mest udbredte opfattelse af den bedste kur for deres lidelser. Samtidig var der heller ikke overensstemmelse mellem fagfolkenes udsagn om, hvad behandlere generelt fortæller patienter angående stress, angst og depression – nemlig at patienterne bør fastholde deres tilknytning til arbejdet mest muligt – og flere informanternes udsagn om, hvad deres behandlere havde fortalt dem, nemlig at de skulle "slappe af". Ifølge informanterne havde nogle af deres behandlere endog rådgivet om at udskyde kontakt til arbejdsmarkedet.

Fagpersonerne vurderede også konkrete forløb anderledes end borgeren/patienten selv. Et eksempel herpå kan være en informant, hvor fagpersonerne vurderede, at denne informants egen læge og psykiatere burde have anvendt mere samtaleterapi. Fagpersonerne mente også, at informanten ikke blev inddraget nok i sit eget forløb, og at informanten selv ikke var så aktiv, som han med fordel havde kunnet være.

Opsummerende kan man sige, at oplevet fra borgere/patienters perspektiv ser det ikke altid ud til, at de centrale aktører er enige om, hvad der skal gøres i deres forløb. Oplevelsen kan skyldes virkeligt eksisterende uenigheder mellem konkrete behandlere eller institutioner. Men den kan også skyldes borgere/patienters tolkninger, som ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med fagpersoners tolkninger. Som ovenfor antydnet har borgere/informanter og fagfolk således ikke nødvendigvis altid samme oplevelse af eller samme mål med borgerens/patientens forløb.

Forløb, som informanten ikke er tilfreds med – informanten som sin egen værste fjende

Nogle informanter beskrev situationer, hvor de i visse situationer havde forvaltet deres forløb dårligt. Nogle af disse informanter var selv både klar over dette og ulykkelige over, at de ikke havde taget godt vare på sig selv. Andre så ikke ud til at være klar over dette problem. Jeg illustrerer problemstillingen med 2 eksempler.

Det første er fra en informant, som fortalte, at han havde opsøgt og fået hjælp hos læge og psykiater. Hjælpen virkede imidlertid ikke ret godt, så han måtte sygemelde sig for en længere periode. Informanten var i denne periode deprimeret, havde selvmordstanker og kunne ikke sove. Den manglende søvn forværrede hans tilstand, som igen gjorde, at han ikke kunne sove. Han fik derfor både antidepressiv medicin og sovemedicin. Sovemedicinen tog han imidlertid ikke før langt senere. Da han endelig tog sovemedicinen, sov han næsten konstant i flere dage og havde det efterfølgende væsentligt bedre.

Det er her interessant, at informanten ikke - heller ikke da han fortalte mig sin historie – lagde mærke til, at hans handlinger havde modvirket den hjælp, han fik. Han så derfor ikke den sovemedicin, han havde fået, som en del af løsningen. Derimod oplevede han, at behandlerne ikke kunne hjælpe ham.

Det andet eksempel er fra en informant, som beskrev for mig, hvordan hendes situation gradvist var blevet mere og mere håbløs. Der var flere behandlere involveret i hendes forløb, og hun oplevede, at de modsagde hinanden, hvorfor hun ikke vidste, hvem hun skulle følge. Jeg spurgte, om hendes læge på det tidspunkt, hun omtalte, havde hjulpet hende.

I: *Ja, det er rigtigt. Jeg ved, at det havde hjulpet, hvis jeg havde accepteret, at systemet omkring mig havde hjulpet mig eller havde givet mig nogle spark i forhold til at sige: "Du er gået ned, slap dog af!"*

S: *Hvem er det, du tænker på?*

I: *Lægen og sagsbehandleren, jobkonsulenter (græder).*

De 2 cases antyder, at nogle borgere/patienter med psykiske lidelser har vanskeligt ved at håndtere deres forløb, og at vanskelighederne bl.a. kan give sig udtryk i, at de ikke modtager den hjælp, som aktørerne omkring dem yder i forhold til at komme videre i deres forløb.

Fremadrettede forslag

Afslutningsvis vil jeg fremdrage og fremanalysere nogle pointer, som efter min vurdering er særligt relevante i forbindelse med det kommende projekt Integrated Care. Her er det naturligvis vigtigt at være opmærksom på, at undersøgelsen blot bygger på interviews med 10 borgere/patienter. Der er derfor tale om forslag, ikke egentlige anbefalinger.

Informanterne ser ikke ud til at opfatte kommunen og jobcenteret som en aktør i forhold til deres sygdomsforløb på anden måde end som en kontrollerende instans i forhold til ydelser. Succes med projekt Integrated Care i forudsætter sandsynligvis, at man kan overbevise borgere/informanter om, at kommunen også kan spille en positiv rolle for dem i forhold til deres sygdomsforløb, forebyggelse og genoptræning. Dette er sandsynligvis især vigtigt i forhold til at nå målsætningen om, at borgerne skal opleve empowerment gennem projektet.

Måske understreges vigtigheden af at overbevise borgerne om, at kommunen kan være en central medspiller i såvel arbejdsmarkedsforløb som sygdomsforløb, af et faktum i datamaterialet. Det forholder sig således sådan, at de 3 borgere/patienter, som omtaler kommunen positivt, også er kommet i arbejde. Derimod er de 6 borgere/patienter, som altovervejende omtaler kommunen negativt, ikke i arbejde. Der ser således ud til at være sammenhæng mellem tilknytning til arbejdsmarkedet og positiv oplevelse af forløb.

Det er tydeligt, at egen læge fylder meget i informanternes fortællinger, både positivt og negativt. I forhold til succesfuld inddragelse af borgerne/patienterne i projekt Integrated Care bør man nok i særlig grad overveje, hvordan kontakten mellem borger/patient og egen læge kan optimeres. Forbedret samarbejde mellem kommune/jobcenter og egen læge er sandsynligvis ekstremt vigtig.

Ovenfor er det blevet vist, at borgere/informanter med stress, angst eller depression ikke altid tolker deres behandleres forslag og hjælp på samme måde som fagfolk. Det er også blevet vist, at nogle informanter ikke modtager den tilbudte hjælp, sandsynligvis fordi de i deres vanskelige situation ikke evner at gøre dette. Hvis dette ikke blot gælder for nogle af informanterne i denne undersøgelse, men også er repræsentativt for betydelige dele af målgruppen, vil det være vigtigt at overveje i forbindelse med projekt Integrated Care. Man bør nok tænke over, hvem og hvordan aktørerne i Integrated Care opsporer de mennesker, som på bestemte tidspunkter af deres forløb har nedsatte evner til at modtage hjælp. Man bør også overveje, hvordan man tilbyder disse mennesker hjælp, således at de modtager hjælpen.

Psykologerne ser ud til at være meget værdsatte af informanterne. Informanterne efterspørger således billigere adgang til psykolog. Set fra patienternes perspektiv fremstår psykologer som en værdsat behandler. Dette faktum kan sandsynligvis udnyttes til at forbedre alliance og samarbejde mellem borger/patient og kommunen. Hvis man eksempelvis fulgte en af informanternes forslag om at tilknytte psykologer til jobcenteret, ville borgere/patienter sandsynligvis i højere grad opfatte kommunen som en medspiller i forhold til borgernes/patienternes samlede forløb – herunder også deres sygdom.

Bilag 1: Information om forskningsprojekt

Mit navn er Kåre Jansbøl.

Jeg er ansat som projektleder i Kommuners og Regioners Analyse- og Forskningsinstitut. Jeg er i gang med en interviewundersøgelse blandt borgere med stress, angst og depression i Odense.

Jeg har bedt dig om lov til at lave et interview med dig.

Formålet med projektet er at skabe viden om borgeres oplevelser af sammenhænge i deres forløb. Projektet skal bruges af Odense Kommune til at forbedre sammenhænge i forløb for borgere med stress, angst og depression.

Du skal vide at:

- Det er frivilligt, om du vil deltage
- Du kan når som helst og uden begrundelse fortryde, selvom du har sagt ja.
- Som deltager er du anonym. Jeg må ikke gengive det, jeg har set eller hørt i en form, hvor du kan genkendes.
- Alle oplysninger bliver behandlet strengt fortroligt og opbevaret et sikkert sted.

Ud over undertegnede arbejder også Jessica Larsen med projektet. Hun vil også få adgang til data. Jessica Larsen behandler også data strengt fortroligt og sikrer din anonymitet.

Projektet er finansieret af Odense Kommune

Studiet munder ud i en rapport. Kontakt mig, hvis du ønsker den tilsendt. Hvis du gerne vil se den fulde projektbeskrivelse, er du også velkommen til at kontakte mig.

Med venlig hilsen

Kåre Jansbøl
Projektleder

Tlf: 35 29 84 09, 40 57 58 53

E-mail: kja@dsi.dk

Samtykkeerklæring / fuldmagt

Jeg bekræfter hermed at have modtaget information om projektet 3680. Interviewundersøgelse blandt borgere med stress, angst og depression: Oplevelser af mødet med social- og sundhedsvæsen i Odense Kommune, skriftligt såvel som mundtligt. Jeg siger ja til at deltage i den beskrevne undersøgelse.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg – når son helst – kan trække mit tilsagn tilbage.

Jeg er informeret om, at alle oplysninger bliver behandlet fortroligt.

Denne fuldmagt gælder kun oplysninger, som har direkte relation til undersøgelsen, og jeg kan til enhver tid trække den tilbage.

Udfyldes af informanten

Underskrift _____

Navn: _____

Dato 6/9-2012

Udfyldes af medarbejder fra Institutet

Underskrift _____

Navn _____

Dato 6/9-2012

Bilag 2: Spørgeguide til individuelle interviews

Byde velkommen.

Præsentation af KJA: Antropolog og forsker ved DSI (Dansk sundhedsinstitut), som laver forskning og rådgivning indenfor sundhedsvæsenet

Samtykkebrev med kort info om projektet og interviewet udleveres til underskrift.

Om projektet

Dit input til at forbedre indsatsen i kommune og sundhedsvæsen for borgere der er sygemeldt med stress, angst eller depression. Uddyb evt. – fx med ønsket om at skabe sammenhæng.

Derfor vil vi gerne have borgernes (og pårørende hvis til stede) personlige fortælling om deres sygdomsforløb, og hvad der var godt og skidt i deres møde med de forskellige fagpersoner mv., der har været involveret.

På baggrund af dit og andre interviews skal jeg samle de vigtigste pointer og give dem videre til kommunen i en rapport, så de bedre kan tilrettelægge arbejdet, sådan at borgerne får en god og sammenhængende service.

Din deltagelse

Du er blevet tilbudt at deltage, fordi du har et længere forløb bag dig med mange forskellige kontakter til kommunen og sundhedsvæsenet og dermed har vigtige erfaringer at videregive. Vi vil gerne høre om både positive og negative oplevelser.

Interviewet har ikke noget med din sag at gøre, og det har ingen betydning for dit forløb, om du siger ja eller nej til at være med i interviewet.

Info vedr. tavshedspligt

Materialet bliver anonymiseret, så dit navn og dine data ikke kommer til at fremgå af den endelige rapport.

Om interviewet

Varighed 1-2 timer

Først din historie om din sygdom fra start til nu

Opfølgende spørgsmål bagefter

Ingen rigtige eller forkerte svar

Båndoptagelse og transskribering

Retten til at afbryde interviewet

Spørgsmål inden vi starter?

Interviewet

Personlige oplysninger

Fortæl lidt om dig selv...

Alder, uddannelse, arbejde, boligforhold, pårørende der har deltaget i forløbet.

Dit forløb

Fortæl om dit forløb fra du blev klar over, at der skulle gøres noget ifm. med dine symptomer på stress/angst/depression. Hvad gjorde du? Hvad skete der? Osv.

I denne del af interviewet fortæller borgeren sin historie med et minimum af afbrydelser. Det, vi ønsker at opnå med det narrative interview, er patientens historie, som han/hun husker den og ønsker at fortælle den med de huller og uregelmæssigheder, der måtte være. Ved for store omveje vil man dog lede borgeren til de dele af historien, der har relevans for interviewet. Inden de opfølgende spørgsmål stiller jeg evt. nogle opklarende spørgsmål til dele af borgerens historie, som ikke blev så grundigt beskrevet.

Opfølgende spørgsmål

Nedenstående spørgsmål vil blive tilpasset borgerens fortælling om eget forløb – fx ift. hvilke aktører, der har været involveret. Nogle spørgsmål vil dermed være besvaret i borgerens fortælling og springes dermed over. Andre spørgsmål kan blive byttet rundt og få en anden ordlyd, så de passer bedre ind i samtalen. Spørgsmål i parentes og vedr. kommunens samarbejde med arbejdspladsen stilles kun til de borgere i undersøgelsen, for hvem dette er relevant.

1. Sammenhæng overordnet (dette spørgsmål kan evt. lægges til sidst i interviewet)

Man taler meget om, at der skal være sammenhæng i borgernes sygdomsforløb.

- Hvad er sammenhæng for dig, når du tænker på dit eget forløb, som du har beskrevet det her?
- Hvad giver sammenhæng eller manglende sammenhæng efter din mening?
- Hvorfor?
- Hvilke konsekvenser har det i et forløb som dit?
- Hvornår er det vigtigt/mindre vigtigt, at der er denne sammenhæng?
- Hvem skal have ansvaret for at skabe sammenhæng?

2. Tilbud og behandling

- Har du fået den hjælp og de tilbud fra kommunen, læge/sygehus og din arbejdsplads, du har haft behov for?
- Har du fået dem på det rigtige tidspunkt? (jf. ventetider)
- Hvilke andre tilbud ville du gerne have haft?
- Hvilke konsekvenser mener du, at disse andre tilbud ville have haft for dit forløb?
- Synes du, at dine behov og ønsker til forløbet er blevet tilgodeset?
- Er der blevet stillet krav til dig, som du havde svært ved at opfylde?
- Har du været tryk ved, at din arbejdsplads blev inddraget i dit forløb? Hvad har det konkret betydet for dig?

Suppler evt. med gode og dårlige eksempler til spørgsmålene.

Kom gerne med bud på, hvordan tilbuddene til mennesker i din situation kunne gøres bedre.

3. Aktører (aktører specificeres i forhold til fortælling om forløb)

- Overordnet, hvor mange aktører (specificer jf. fortælling) har du været i kontakt med under dit forløb? Er du tilfreds med det?
- Har du haft indtryk af, at de forskellige aktører (i kommune, sundhedsvæsen og evt. på din arbejdsplads) har haft de rette kompetencer?
- Hvem har været den vigtigste aktør i dit forløb? Hvorfor? (beskriv fx særligt ansvarsområde, personlig betydning mv.)
- Hvem har overblik over dit samlede forløb i kommune og sundhedsvæsen? Har det fungeret efter hensigten efter din mening?
- Er der nogen steder, hvor du har mødt skiftende aktører (sagsbehandlere, læger mv.)? Hvad har det betydet for dig?
- Vurderer du, at det har haft konsekvenser for dit forløb? På hvilken måde?
- Er der andre end folk i kommunen, sundhedsvæsenet (og på din arbejdsplads), som har hjulpet dig i dit forløb? (fx fagforening, alternativ behandler etc.) Hvordan?

Suppler evt. med gode og dårlige eksempler til spørgsmålene.

Kom gerne med bud på, hvordan de involverede aktører kunne have hjulpet dig bedre.

4. Koordinering & samarbejde

- Hvordan er dit indtryk af samarbejdet mellem de forskellige aktører i dit forløb? (specificeres jf. fortælling)
- Havde de de oplysninger om dig som de skulle bruge? (spørge specifikt til kommune, sundhedspersoner, evt. arbejdsplads)
- Var det din opfattelse, at den enkelte aktør havde indsigt i, hvad der skete hos de øvrige aktører? (specificeres jf. fortælling)
- Blev der lagt en plan for dig, som omfattede alle aktører? Blev den fulgt?

Suppler evt. med gode og dårlige eksempler

Kom gerne med bud på, hvad der kunne gøre koordinering og samarbejde bedre.

5. Information

- Har du fået tilstrækkelig med information i dit forløb? (Om din sygdom, sygemelding, arbejde, behandling, sagsbehandling i kommunen mv.)
- Hvordan har du gjort brug af denne information?
- Er der nogen aktører, der har været særlig gode til at give dig relevant information?
- Har du hele tiden vidst, hvad der skulle ske fremover? Er det vigtigt, at man ved det?
- Hvad gør du, når du ikke ved, hvad det næste skridt er, eller når du er usikker på noget?
- Har du søgt eller fået information andre steder? Hvor?

Suppler evt. med gode og dårlige eksempler

Kom gerne med bud på, hvad der kunne gøres bedre ift. information.

6. Kommunikation og inddragelse

- Hvordan har kommunikationen mellem dig og kommunen/sundhedsvæsenet/arbejdsplads generelt været?
- Har der været respekt omkring dig og dit forløb?
- Har du givet klart udtryk for dine ønsker og behov hos de forskellige aktører i dit forløb? (specificer jf. fortælling)
- Er der blevet lyttet til dine ønsker og behov?
- Er du blevet tilstrækkeligt inddraget i de beslutninger, der er blevet truffet i dit forløb (i tilknytning til din sygemelding, behandling mv.)
- Føler du, at du kan stille spørgsmål, bede om information, sige hvordan du har det?
- Er der nogen aktører, der har været særlig gode til at lytte til dig og tage dig med i beslutningerne omkring dit forløb?
- Er pårørende blevet inddraget? Hvordan? Hvad har det betydet for dig?

Suppler evt. med gode og dårlige eksempler

Kom gerne med bud på, hvad der kunne gøres bedre ift. kommunikation og inddragelse.

7. Overordnet vurdering af forløb og ideer til forbedring

- Når du ser tilbage på dit forløb, hvad har så været den bedste oplevelse? Og hvad har været den værste oplevelse? Hvorfor?
- Synes du generelt, at dit forløb har været godt planlagt og koordineret? (videregivelse af information, samarbejde afd. i mellem, kommunikation mellem personalegrupper?)
- Er der noget, du selv gerne ville have gjort anderledes?
- Er der noget, du ville ønske, at andre havde gjort anderledes? (egen læge, hospitalspersonale osv.). Var der noget, du savnede?
- Har du forslag til, hvordan kunne man have gjort forløbet bedre eller nemmere for dig?
- Ved du, hvad der skal ske fremover?
- Har du tillid til, at du i fremtiden vil få den hjælp du har brug for fra kommune, sundhedsvæsen (og din arbejdsplads)? (ift. behandling og selvoplevet bedring af tilstand, genopretning af arbejdsevne, tilbagevenden til job eller andre jobmuligheder, økonomi, forebyggelse af tilbagefald)

8. Afslutning

Afsluttende kommentarer eller spørgsmål.

Tak fordi du ville være med.

Tilbyde notat, som udarbejdes til kommunen.

Litteratur

- (1) Odense Kommune. Projektforslag for Projekt Integrated Care - et partnerskabsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og almen praksis omkring "den ældre medicinske patient" og "borgere med stress, angst og depression" (Version 28. sept. - upubliceret materiale). Odense: Odense Kommune; 2012.
- (2) Christensen J, Tybring CD. Scenarier for bedre psykiatrisk behandling: Behandling efter referenceprogrammerne - hvad koster det for voksne med debuterende angsttilstande, depression og skizofreni? (DSI rapport, 2012.06). København: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.
- (3) Mattingly C. Healing Dramas & Clinical Plots. Narrative Structure of Experience. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
- (4) Mattingly C, Juul Jensen U. Narrative, Self and Social Practice. Århus: Philosophia; 2009.
- (5) Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk. 2nd ed. København: Hans Reitzel; 2009.
- (6) Payne M. Narrativ terapi: teori og praksis. [Virum]: Dansk Psykologisk Forlag; 2011.
- (7) World Health Organization. Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. WHO ICD-10 - psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser: klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard; 1994.
- (8) Blinkenberg S. Distriktpsykiatri: en lærebog. København: Hans Reitzel; 2002.