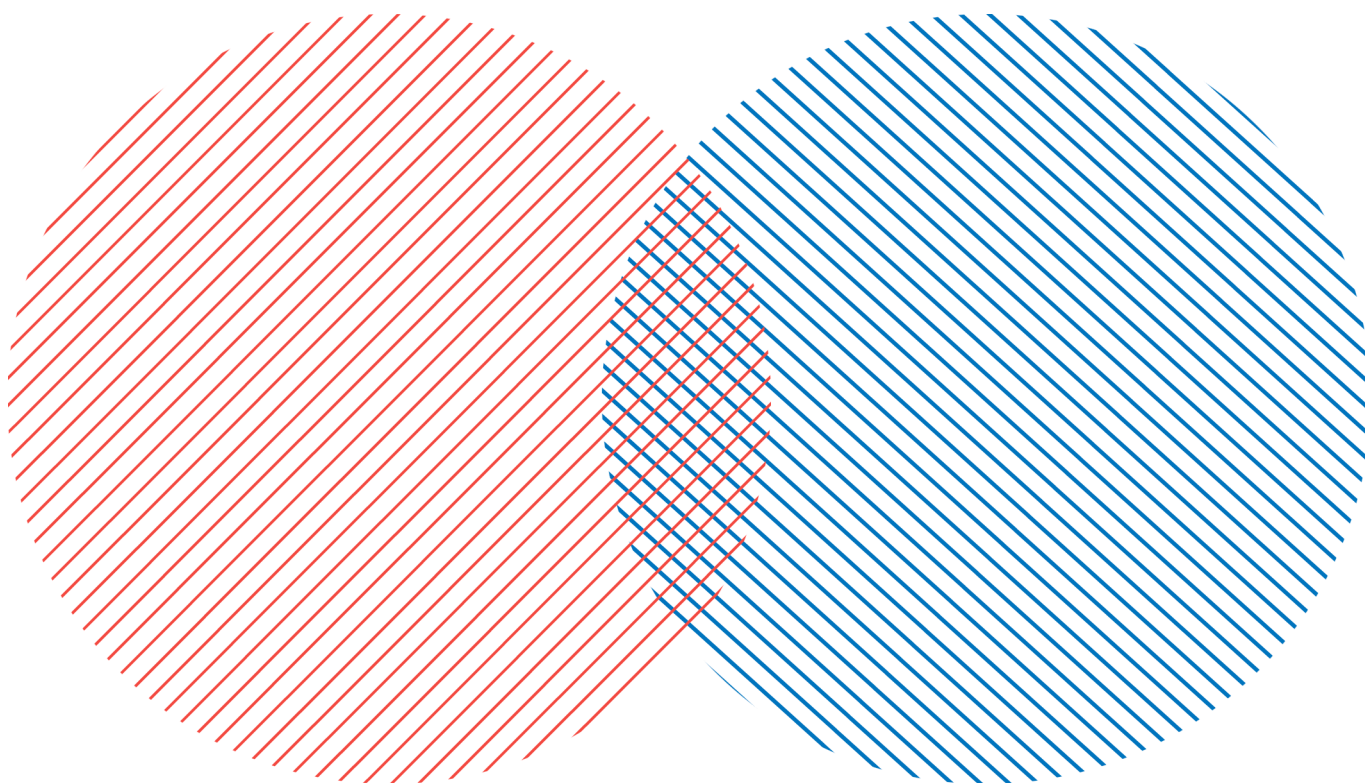




Bilagsrapport 1

Patienters oplevelse af Collaborative Care

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

Anne Petersen, Martin Sandberg Buch, Pernille Skovbo Rasmussen,
Jonas Wulff og Marie Henriette Madsen

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

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-72-0

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 Hovedstaden af patienters oplevelse med et behandlingsforløb – Collaborative Care – 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 Hovedstaden.

Patienters oplevelse med Collaborative Care er undersøgt via spørgeskemabesvarelser, fokusgruppeinterview og enkeltmandsinterview. VIVE ønsker at takke alle patienter, som har deltaget i undersøgelsen og bidraget med deres perspektiv på det behandlingsforløb, 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. Anne Petersen 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 af undersøgelsens resultater.....	6
2 Introduktion til undersøgelsen.....	9
2.1 Collaborative Care i Region Hovedstaden.....	9
2.2 Undersøgelsesdesign og metode	11
2.3 Patienterne i undersøgelsen	12
3 Behandlingsforløbets opstart	17
3.1 Indledende kontakt og beslutningen om at deltage i et behandlingsforløb	17
3.2 Ventetid til behandlingsopstart.....	18
3.3 Opsamling	19
4 Behandlingsforløb og -tilgang	20
4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse.....	20
4.2 Behandlingstilgangen.....	22
4.3 Inddragelse af pårørende.....	25
4.4 Forløbets afslutning	26
4.5 Opsamling	27
5 Kontakt til fagpersoner og fagpersonernes indbyrdes samarbejde.....	29
5.1 Relationen mellem patient og primære fagpersoner	29
5.2 Inddragelse af patienten	36
5.3 Arbejdsfordeling og samarbejde mellem fagpersoner	37
5.4 Opsamling	39
6 Tilfredshed og oplevet udbytte af behandlingen.....	40
6.1 Resultater fra spørgeskemaet	40
6.2 Interviewpersonernes oplevelse	42
6.3 Opsamling	42
Litteratur	43

Læsevejledning

Denne bilagsrapport består af seks kapitler:

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

Af *kapitel 2* fremgår en introduktion til den anvendte model for Collaborative Care, som er anvendt i Region Hovedstaden, 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 (Madsen, Rahbæk, Wiuff, Buch, Wulff & Skovbo Rasmussen 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 af undersøgelsens resultater

Denne bilagsrapport præsenterer undersøgelsen af patienters perspektiv på behandlingsmodellen Collaborative Care i Region Hovedstaden. Collaborative Care (i det følgende CC) foregår i regi af almen praksis, hvor den praktiserende læge i samarbejde med erfarne sygeplejersker inden for psykiatri og kognitiv terapi (Care Managers) sammen har ansvaret for behandlingen af patienter med let til middelsvær depression eller angst, panikangst og social fobi. Desuden er der tilknyttet en psykiater og en psykolog, som superviserer praktiserende læger og Care Managere.

Formålet med undersøgelsen er:

At undersøge, hvordan patienter oplever behandlingen, organiseringen 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. Dette er foretaget både med patienter, som har deltaget i et CC-forløb, og med patienter, som har indgået i et sædvanligt behandlingstilbud hos deres praktiserende læge. Det har således været muligt at gennemføre analyser, hvor spørgeskemabesvarelse og interviewmateriale er sammenlignet på tværs af de to grupper.

Konklusion

Undersøgelsen viser overordnet, at patienter, der har deltaget i et CC-forløb, overvejende er tilfredse med forløbets tilrettelæggelse, tilgang og udbytte. Samtidig viser undersøgelsen, at de patienter, som har deltaget i et CC-forløb, er betydeligt mere tilfredse end patienterne i kontrolgruppen på stort set alle de elementer, der er undersøgt i evalueringen.

Tilfredshed og oplevelsen af et positivt udbytte af behandlingen samt relationen til den primære behandler synes ligeledes at være påvirket af, om patienten har andre samtidige sygdomme end angst og depression. På flere af de undersøgte elementer ses en mere negativ vurdering blandt de patienter, som har angivet, at de lider af andre sygdomme ud over angst og depression.

Oplevelsen af forløbets indhold og struktur

Patienterne i undersøgelsen har angivet, at ventetiden til et CC-forløb er markant kortere end til sædvanlig behandling, men alligevel angiver flertallet af patienter i både interventions- og kontrolgruppen, at ventetiden er acceptabel. Patienter i interventionsgruppen beskriver dog CC som en

mulighed for at modtage hjælp hurtigere end sædvanligt. Der er desuden en generelt positiv opfattelse af den måde, som CC-forløbene blev tilrettelagt på med en understregning af, at den fleksible tilpasning af både forløbets indhold, og hvornår samtalerne skulle finde sted, var positiv. Nogle patienter oplevede, at CC-forløbet sluttede for brat, og før de var klar til at stå på egne ben.

Kontrolpatienterne oplevede, at praktiserende læger primært havde varetaget eventuel medicinsk behandling og derudover henviste til andre behandlingstilbud med henblik på terapeutisk behandling. Dette gav ikke umiddelbart anledning til utilfredshed, men blot en konstatering af, at behandling af psykisk sårbarhed ikke var de praktiserende lægers primære kompetence. I denne gruppe var der også patienter, som oplevede, at behandlingsforløbet sluttede, før de var klar til det, og var bekymrede for at skulle undvære den jævnlige kontakt til deres praktiserende læge. Det tyder på, at afslutningen af et behandlingsforløb kræver særlig opmærksomhed uanset, hvilket behandlingsforløb der gennemføres.

Interventionspatienterne oplevede i højere grad end kontrolpatienterne, at de havde fået de informationer om deres sygdom og behandling, som de havde brug for. Der var til gengæld ingen forskel i vurderingen af, hvorvidt der i passende omfang blev fulgt op på den medicinske behandling. Interviewene tyder på, at en god relation til den primære behandler i både interventions- og kontrolgruppen, hvor patienten føler sig inddraget i beslutninger om medicinsk behandling, har betydning for vurdering af dette spørgsmål.

Patienternes relation til behandleren

I både interview og spørgeskema angiver interventionspatienterne en høj tilfredshed med relationen til deres primære behandler. Denne relation synes at være påvirket af, om patienterne oplevede, at der var skabt tillid til behandleren, at der blev lyttet til dem, og de følte sig forstået, at behandleren fremstod vidende og erfaren, samt at patienterne oplevede, at behandlingsforløbet blev tilpasset deres individuelle situation.

Blandt patienterne i interventionsgruppen synes tilliden til Care Manageren at have særlig betydning for behandlingsforløbet og patienternes oplevede udbytte heraf. Tillid til Care Manageren medvirkede til, at patienterne åbnede sig og fik konkret hjælp, der tog udgangspunkt i dem og deres problemer. Derudover gav interventionspatienterne udtryk for, at det var positivt, når de anvendte redskaber i den kognitive adfærdsterapi blev brugt på en måde, som passede til dem og deres situation, frem for at de skulle passe til redskaberne i den kognitive adfærdsterapi. Det medvirkede også til, at interventionspatienterne oplevede at have indflydelse på deres behandling.

Kontrolpatienternes relation til deres praktiserende læge synes formet af, hvor godt de kendte den praktiserende læge i forvejen. En langvarig tilknytning til lægen og erfaringer med dennes behandling af psykisk sårbarhed synes at være relateret til større accept af kortere konsultationer og en mindre eksplorativ tilgang fra lægens side. En ung relation til lægen og ingen erfaringer med den konkrete læges behandling af psykisk sårbarhed synes at være relateret til et større behov for, at lægen afsætter god tid til konsultationerne og har en oprigtigt interesseret og engageret tilgang, hvor standardiserede test fylder lidt, for at relationen opleves god. Kontrolpatienterne gav desuden udtryk for, at oplevelsen af at være inddraget hang sammen med, om den praktiserende læge respekterede deres ønsker, fx til medicinsk behandling.

Tilfredsheden med behandlingen

Tilfredshed og udbytte blev i spørgeskemaundersøgelsen målt via det validerede spørgeskema CSQ-8. Undersøgelsen viser, at interventionspatienterne var signifikant mere tilfredse med deres

behandling end kontrolpatienterne, idet interventionspatienterne scorede 27 point (ud af 32 mulige), mens kontrolpatienterne scorede 22 point.

De patienter, der havde angivet at lide af andre samtidige psykiske diagnoser end angst og/eller depression, scorede signifikant lavere på CSQ-8 end de, der alene havde angivet at have angst og/eller depression. En oplagt forklaring på den lavere score er, at behandlingsforløbet netop er målrettet behandlingen af disse to diagnoser, hvorved patienternes behov for behandling af øvrige diagnoser sandsynligvis ikke imødekommes i samme omfang i CC-forløbet.

Patienterne i interventionsgruppen gav udtryk for, at CC-forløbet havde medvirket til, at de havde fået det bedre og havde givet dem redskaber til både at håndtere hverdagen og deres psykiske problemer. I kontrolgruppen tegner der sig et billede af, at tilfredshed med behandlingen er associeret med kontekstuelle forhold og patienternes relation til den praktiserende læge. Et dårligt kendskab til den praktiserende læge, kombineret med korte konsultationer med en læge, der ikke blev oplevet indlevende, synes at være associeret med lav tilfredshed.

2 Introduktion til undersøgelsen

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

At undersøge, hvordan patienter oplever behandlingen, organiseringen 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 præsenteres resultaterne af delundersøgelsen foretaget i Region Hovedstaden. Der er desuden udarbejdet en tværgående rapport¹, 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 Region Hovedstaden har valgt, til de anvendte metoder, samt hvilke patienter der indgik i denne delundersøgelse.

2.1 Collaborative Care i Region Hovedstaden

Collaborative Care (i det følgende CC) er en behandlingsmodel for patienter med let til moderat angst eller depression (herunder social fobi, panik angst og generaliseret angst) og foregår i regi af almen praksis, men med tilknytning til den regionale behandlingspsykiatri. De bærende principper i CC er en multiprofessionel tilgang, en struktureret behandlingsplan, planlagt opfølgning og en forstærket interprofessionel kommunikation (Archer et al. 2012, Brinck-Claussen, Curth & Eplov 2014). CC er allerede afprøvet i USA og England med gode resultater (Coventry et al. 2015, Richards et al. 2013), og i forskningsprojektet Collabri (Projekt Collabri²) afprøves en model for CC tilpasset til danske forhold.

¹ 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

² Se mere om projektet her: <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projektcollabri/>

Organisering og tilknyttede faggrupper

I Region Hovedstaden var der 23 lægepraksisser med 38 læger tilknyttet projektet. Der er ansat i alt otte Care Managers (6 sygeplejersker, 1 sundhedsplejerske og 1 ergoterapeut), som har kompetence og erfaring inden for psykiatri og kognitiv terapi. Disse Care Managere varetager CC-forløbene i samarbejde med de praktiserende læger.

Der er desuden tilknyttet to psykiatere, som varetager supervision af de praktiserende læger og Care Managers. Care Managerne modtager ugentlig supervision ved en psykiater; lægerne superviseres månedligt ved psykiater, og den praktiserende læge mødes ugentligt med Care Manageren tilknyttet klinikken for at drøfte fælles patienter. Patienterne er ikke med ved disse møder, men kan være vidende om, at lægen og Care Manageren drøfter deres situation, og/eller at de oplever en vidensdeling og koordination mellem fagpersonerne. Care Manageren modtager desuden supervision på den kognitive behandling ved en psykolog knyttet til projektet.

Behandlingsforløbet

Et CC-forløb er et tidsafgrænset behandlingsforløb bestående af kognitiv terapi og medicinsk behandling. Patienter indgår i et CC-forløb på baggrund af en indledende kontakt til den praktiserende læge, hvor denne foretager en vurdering af, om patienten lever op til inklusionskriterierne (se Tabel 2.1)³.

Tabel 2.1 Inklusions- og eksklusionskriterier for CC i Region Hovedstaden

Inklusionskriterier
▪ 18+ år ▪ Dansktalende ▪ Diagnoserne depression, generaliseret angst, socialfobi og panikangst ▪ Skriftligt samtykke til deltagelse
Eksklusionskriterier
▪ Bipolar affektiv sindslidelse, OCD, PTSD, psykotisk tilstand ▪ Høj selvmordsrisiko ▪ Graviditet ▪ Demens diagnose ▪ Misbrug af medicin, stoffer eller alkohol der forhindrer deltagelse i behandlingen ▪ Igangværende psykologisk eller psykiatrisk behandling af angst eller depression eller psykologisk eller psykiatrisk behandling inden for de seneste 6 måneder ▪ Verserende førtidspensionssag ▪ Alvorlig ustabil medicinsk tilstand der forhindrer deltagelse i behandlingen ▪ Hvis deltageren før eller ved første kontakt til praktiserende læge ved inklusion henvises til psykiatrisk behandling i sekundær sektor⁴ ▪ For interventionsgruppen: deltagere med depression eller angst, der ønsker behandling, jf. psykologordningen med Sygesikringen, og som ikke ønsker, at henvisningen til psykolog forudgås af anden behandling, jf. den opsatte model for Collaborative Care

Kilde: Skriftligt materiale om Collaborative Care, Region Hovedstaden.

³ Idet afprøvningen af CC i Region Hovedstaden indgår i et forskningsprojekt, valideres den praktiserende læges vurdering desuden med et struktureret MINI-interview foretaget af en forskningsassistent pr. telefon.

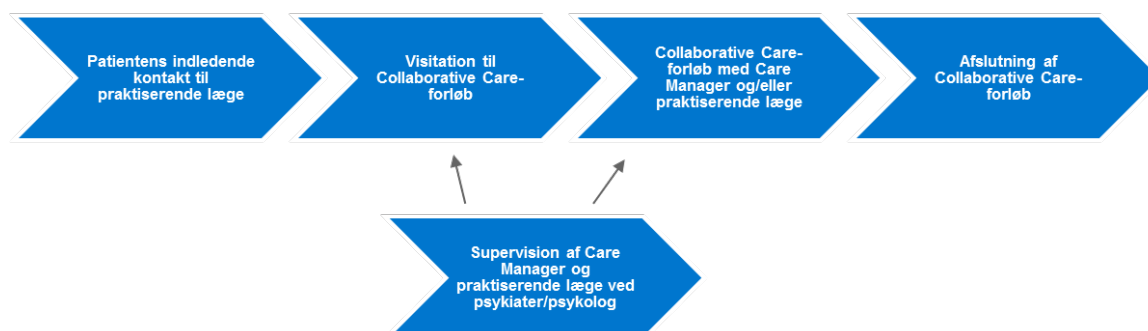
⁴ Psykiatrisk behandling i sekundær sektor omfatter behandling i hospitalspsykiatrien og behandling ved speciallæge i psykiatri.

Patienter, som indgår i et CC-forløb, kobles til én af otte Care Managers og har i hovedreglen 10 samtaler. Se en grafisk fremstilling af forløbet i Figur 2.1. Den praktiserende læge beholder behandlingsansvaret, mens Care Manageren er patientens støtteperson og i mange tilfælde den person, som patienten primært er i kontakt med. Den praktiserende læge kan inddrage Care Manageren i alle elementer af behandlingen og uddelegere monitorering af behandlingen (også medicinsk), den psykoedukative og/eller terapeutiske behandling m.m. Den praktiserende læge træffer beslutning om eventuelle ændringer i behandlingen i dialog med Care Manager og eventuelt med den tilknyttede psykiater. Patienten tilbydes desuden en pårørendesamtale med Care Manager.

Den behandling, som patienten modtager, tilrettelægges ud fra et 'stepped care'-princip, hvor den mindst indgribende, men dækkende behandling bliver tilbudt. Det betyder, at patienter med forskellige sværhedsgrader af sygdom tilbydes forskellige former for behandling. Care Manageren, som løbende er i kontakt med patienten, monitorerer dennes behandlingscompliance, selvmordsrisiko, virkninger og bivirkninger minimum hver anden uge. Mindst én gang om måneden revurderer den praktiserende læge og Care Manageren, om patienten er på det rette behandlingstrin. Det gør de fx på baggrund af screeningsredskaberne MDI (Major Depression Inventory) og ASS (Angst Symptom Spørgeskema), hvorigennem de vurderer, om patientens tilstand forværres, forbedres eller er status quo. Patienten tilbydes herefter behandling på det trin (højere eller lavere), der vurderes som det rette. Det er op til patienten, hvilken behandling han eller hun ønsker at modtage.

Behandlingen består af individuel psykoedukation med Care Manager, kognitiv adfærdsterapi (KAT) og medicinsk behandling. Psykoedukationen indgår som en del af KAT, men tilbydes også selvstændigt baseret på selvhjælpsprogrammet *Lær at tackle angst og depression*. Den kognitive terapi gennemføres som udgangspunkt af en Care Manager. Hvis der ikke er effekt af denne behandling, er det en mulighed at steppe op og henvise til psykolog via psykologordningen eller til kognitiv adfærdsterapi ved praktiserende læge, hvis denne er uddannet i kognitiv terapi og almindeligvis tilbyder det for angst og depression. Den praktiserende læge har ansvaret for den medicinske behandling.

Figur 2.1 Et Collaborative Care-forløb



2.2 Undersøgellesdesign og metode

Undersøgelsen af patienternes perspektiv på CC udgør én delanalyse i et større forsknings- og evalueringsprojekt (Collabri-projektet), der også fokuserer på behandlingseffekt, organisatoriske vilkår og konsekvenser for implementeringen af CC 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.

Region Hovedstaden har som den eneste region gennemført CC-projektet som et cluster-randomiseret kontrolleret forskningsdesign. Der har indgået 44 lægepraksisser med i alt 64 læger, som blev randomiseret til enten at give interventionen, dvs. CC, eller standardbehandling. I alt var der 23 lægepraksisser med 38 læger, der tilbød interventionen, og 21 lægepraksisser med 26 læger, der tilbød standardbehandlingen. Ved opstart (den 24. november 2014) var 45 lægepraksis tilmeldt. 22 lægepraksis indgik efter randomisering i interventionsgruppen, og 23 lægepraksis indgik i kontrolgruppen. Fem læger fra kontrolgruppen trak sig efterfølgende, og ved ekstra rekruttering og randomisering i 2015 blev fire læger tilmeldt. Heraf blev én læge randomiseret til interventionsgruppen og tre til kontrolgruppen, så der i alt var 23 i interventionsgruppen og 21 i kontrolgruppen. Der er desuden fem læger i kontrolgruppen, der aldrig henviste patienter til projektet. Kontrolpatienterne modtog det tilbud, den enkelte læge vurderede var det rette, hvilket fx omfatter samtaleforløb med den praktiserende læge, hvor den konkrete tilgang varierer med den enkelte læges kompetencer inden for området samt medicinering og henvisning til psykolog.

De fire regionale undersøgelser af patienternes oplevelse af deres behandlingsforløb er baseret på en spørgeskemaundersøgelse, som tager afsæt i samme spørgeskema, samt kvalitative interview med deltagelse fra patienter, der har deltaget i CC-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 behandlingsforløbets 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 1983, Liu, Cassidy 2011)⁸. I Region Hovedstaden blev spørgeskemaet besvaret som del af dataindsamlingen til Collabri-projektets effektivitetsstudie. Konkret blev patienterne ringet op af en forskningsmedarbejder, som gennemgik spørgsmålene og noterede patienternes svar.

Interviewene er gennemført som fokusgruppeinterview og suppleret med enkelte individuelle telefoninterview i de tilfælde, hvor patienterne ikke har haft mulighed for at deltage i fokusgruppen. Interviewene har 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.

I Region Hovedstaden har patienter i kontrolgruppen besvaret samme spørgeskema som interventionsgruppen, og der er gennemført interview med kontrolgruppen med udgangspunkt i samme struktur og temaer som i interventionsgruppen – dog med fokus på den behandling, de har fået.

2.3 Patienterne i undersøgelsen

I dette afsnit fremgår oplysninger om, hvilke patienter der indgik i undersøgelsen i Region Hovedstaden. Her fremgår bl.a. de deltagende patienters køn, alder og sygdomsstatus, hvilket giver en

⁵ Region Hovedstadens Psykiatri er desuden ansvarlig for effektanalysen.

⁶ Ansvarlig for organisationsanalysen.

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

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.

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

355 patienter ud af i alt 646 mulige har besvaret spørgeskemaet, hvilket svarer til en svarprocent på 55 %. Tabel 2.2 viser, at der ikke er signifikante forskelle i respondenternes køn, alder, og hvorvidt de indgår i interventions- eller kontrolgruppen mellem dem, der henholdsvis har eller ikke har svaret på spørgeskemaet. Det vil sige, at deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen kan antages at være repræsentative for den samlede andel af mulige deltagere i undersøgelsen.

Tabel 2.2 Baggrundsdata for respondenter i undersøgelsen fordelt på deltagere og bortfald i interventions- og kontrolgruppe

		Deltaget		Bortfald		Test af forskel
		Antal	Procent	Antal	Procent	p-værdi
Køn	Kvinde	241	68	193	66	0,674
	Mand	114	32	98	34	
	Total	355	100	291	100	
Alder	<20 år	15	4	22	8	0,103
	21-30 år	121	34	103	35	
	31-40 år	79	22	74	26	
	41-50 år	70	20	38	13	
	51-60 år	41	12	33	11	
	61-70 år	20	6	15	5	
	>70 år	9	2	6	2	
	Total	355	100	291	100	
Gruppe	Intervention	305	86	250	86	0,998
	Kontrol	50	14	41	14	
	Total	355	100	291	100	

Tabel 2.3 sammenligner de respondenter fra interventions- og kontrolgruppen, der har svaret på spørgeskemaet. Det fremgår, at der er en signifikant forskel på kønsfordelingen af respondenter i interventions- og kontrolgruppen. Der er således 66 % kvinder og 34 % mænd interventionsgruppen, mens den tilsvarende fordeling i kontrolgruppen er henholdsvis 80 % kvinder og 20 % mænd. For ingen af de øvrige baggrundsvariable er der en signifikant forskel mellem patienter i interventions- og kontrolgruppen. Det vil sige, at de to grupper med 95 % sandsynlighed ikke adskiller sig systematisk fra hinanden hvad angår alder, diagnoser, øvrige lidelser, og hvorvidt de bor sammen med andre voksne.

Tabel 2.3 Baggrundsdata for respondenter i undersøgelsen fordelt på henholdsvis respondenter i interventions- og kontrolgruppe

		Intervention		Kontrol		Signifikant forskel
		Antal	Procent	Antal	Procent	p-værdi
Køn	Kvinde	200	66	40	80	0,048
	Mand	103	34	10	20	
	Total	303	100	50	100	
Alder	<20 år	13	4	2	4	0,861
	21-30 år	100	33	20	40	
	31-40 år	71	23	7	14	
	41-50 år	61	20	9	18	
	51-60 år	35	12	7	14	
	61-70 år	16	5	4	8	
	>70 år	7	2	1	2	
	Total	303	100	50	100	
Diagnose	Angst	106	36	17	36	0,68
	Depression	84	29	16	34	
	Angst og depression	103	35	14	30	
	Total	293	100	47	100	
Øvrige lidelser	Ja	12	4	4	8	0,200
	Nej	291	96	46	92	
	Total	305	100	50	100	
Bor sammen med andre voksne	Ja	225	74	35	70	0,539
	Nej	78	26	15	30	
	Total	303	100	50	100	

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Patienterne er også blevet spurgt, hvor længe de havde haft en psykisk lidelse eller symptomer på en sådan, samt hvor meget dette fylder i deres selvopfattelse. Tabel 2.4 viser, at der ikke er signifikante forskelle på svarfordelingen i de to grupper. Det er således ca. en tredjedel, som har angivet, at de har oplevet symptomer inden for det sidste år i både interventions- og kontrolgruppen, mens de resterende to tredjedele har oplevet symptomer de seneste 1-4 år.

Det fremgår desuden af Tabel 2.4, at ca. halvdelen af interventions- og kontrolpatienterne oplever, at det at have en psykisk lidelse fylder stadig mindre eller kun lidt på tidspunktet for besvarelsen af spørgeskemaet, mens den anden halvdel oplever, at det stadig fylder en del eller meget.

Tabel 2.4 Hvor længe har du haft en psykisk lidelse, og hvor meget fylder den?

		x	Intervention		Kontrol		Forskel
			Antal	Procent	Antal	Procent	p-værdi
Hvor længe har du haft en form for psykisk lidelse/symptomer på en psykisk lidelse?	Under 1 år		94	31	18	36	0,610
	1-4 år		111	36	14	28	
	4-7 år		29	10	3	6	
	7-10 år		29	10	5	10	
	Over 10 år		42	13	10	20	
	Total		305	100	50	100	
Hvor meget fylder det netop nu i din opfattelse af dig selv, at du har en psykisk lidelse?	Det fylder det hele		4	1	1	2	0,238
	Det fylder temmelig meget		51	17	11	22	
	Det fylder en del		79	26	11	22	
	Det fylder stadig mindre		89	29	19	38	
	Det fylder utrolig lidt nu		80	26	8	16	
	Total		303	100	50	100	

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Tabel 2.5 nedenfor viser spørgeskemadeltagernes uddannelsesstatus og arbejdsmarkedstilknytning. Interventionspatienterne og kontrolpatienterne fordeler sig relativt ens i forhold til uddannelse, og der ses ingen signifikante forskelle. Ligeledes fordeler interventions- og kontrolpatienter sig også forholdsvis ens i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. Det er således ikke sandsynligt, at deres uddannelsesbaggrund eller arbejdsmarkedstilknytning har medført forskellige oplevelser af behandlingen for de to grupper samlet set.

Tabel 2.5 Uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning for respondenter i undersøgelsen

		Intervention		Kontrol		Signifikant forskel
		Antal	Procent	Antal	Procent	p-værdi
Uddannelse	Folkeskole	22	7	5	10	
	Studerer eller hf-eksamen	57	19	9	18	
	Specialarb.-/lærlinge-/elevuddannelse	18	6	3	6	
	Anden uddannelse	41	13	7	14	
	Kort videregående uddannelse	23	8	9	18	
	Mellem videregående uddannelse	97	32	13	26	
	Lang videregående uddannelse	47	15	4	8	
	Total	305	100	50	100	0,304
Arbejds- markedstil- knytning	Alderspensionist/efterlønsmodtager	19	6	5	10	
	Anden stilling	17	5	2	4	
	Under uddannelse	59	19	10	20	
	Ansæt i offentlig/privat virksomhed	126	41	17	34	
	Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering	30	10	9	18	
	Førtidspens./kontanthjælp./bistandshjælp	2	1	0	0	
	Langtidssyg	26	9	4	8	
	Leder i offentlig/privat virksomhed	8	3	0	0	
	På barsel	0	0	0	0	
	Selvstændig erhvervsdrivende	18	6	3	6	
	Total	305	100	50	100	0,538

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

2.3.2 Patienterne i interviewundersøgelsen

I alt 16 personer blev interviewet; 12 ved fokusgruppeinterview og fire ved telefoninterview. 15 personer havde takket ja til invitationen om et fokusgruppeinterview, men tre aflyste på selve dagen. En kontrolpatient havde givet samtykke til telefoninterview, men interviewet blev gentagne gange aflyst med kort varsel og blev til sidst opgivet.

Som det ses af Tabel 2.6, er kun fire interviewpersoner mænd, svarende til 25 % af de interviewede, mens andelen af mænd, der besvarede spørgeskemaet, er 32 %. Det afspejler således den samme tendens, som ses af spørgeskemabesvarelsene: at der er flere kvinder end mænd i både interventions- og kontrolgruppe. Det betyder samtidig, at der er en risiko for, at mændenes oplevelser er underrepræsenterede i interviewmaterialet. Dette er vel at mærke kun relevant, hvis mænds og kvinders oplevelser adskiller sig systematisk.

Tabel 2.6 Oversigt over interviewdeltagerne

Interview	Antal patienter	Køn	Opstartet behandling	Diagnose	Antal lægepraksisser
1. Fokusgruppe, interventionspatienter	5	2 mænd 3 kvinder	September-december 2015	1 med angst 4 med depression	5
2. Fokusgruppe, interventionspatienter	4	1 mand 3 kvinder	Juni-september 2015	1 med angst 3 med depression	4
3. Fokusgruppe, kontrolpatienter	3	1 mand 2 kvinder	Februar-juni 2015	3 med angst	3
4. Telefoninterview, interventionspatient	1	Kvinde	Oktober 2015	Angst	1
5. telefoninterview, interventionspatient	1	Kvinde	September 2015	Angst	1
6. Telefoninterview, kontrolpatient	1	Kvinde	December 2014	Svær depression	1
7. Telefoninterview, kontrolpatient	1	Kvinde	Marts 2015	Svær depression	1
I alt	16	4 mænd 11 kvinder	December 2014-december 2015	7 med angst 9 med depression	15

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Interviewpersonernes behandlingsforløb startede over hele 2015, mens patienterne blev interviewet i august-oktober 2016. For de patienter, hvis behandling blev startet tidligst, har der således været en lang periode, fra deres forløb blev afsluttet, til interviewet blev afholdt. Hvordan de har haft det i den periode, kan antages at have formet deres opfattelse af deres behandlingsforløb. Det gælder i særlig grad for kontrolpatienterne, at der er lang tid mellem deres opstart af behandling og følgelig også afslutningen af dette forløb. Risikoen for, at de har glemt aspekter vedrørende behandlingsforløbet, eller at deres erindringer er formet af, hvordan de har haft det i perioden efter behandlingsforløbet, er derfor størst i denne gruppe.

Blandt interventionspatienterne deltog syv patienter med en depressionsdiagnose og fire patienter med en angstdiagnose. For de deltagende patienter, der modtog standardbehandlingen, var fordelingen mellem depressions- og angstdiagnoser lige fordelt. Vi vurderer derfor, at de forskellige diagnoser er tilfredsstillende repræsenteret i interviewmaterialet.

Endelig har de 16 interviewpersoner været tilknyttet 15 forskellige lægepraksisser. Det betyder, at eventuelle forhold i samarbejdet mellem praktiserende læger og Care Managers, der kan have formet patienternes forløb i en bestemt retning, ikke kan påvirke resultaterne.

3 Behandlingsforløbets opstart

I dette kapitel besvares spørgsmålet om, hvordan patienterne har oplevet opstarten til et CC-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 Indledende kontakt og beslutningen om at deltage i et behandlingsforløb

Interventions- og kontrolgruppepatienterne beskriver samstemmende, at deres behandlingsforløb blev indledt med, at de selv henvendte sig til deres praktiserende læge. Bortset fra en enkelt patient, der fik lov at sidde hos lægens sekretær for at komme sig efter opstartssamtalen, var der ingen, som nævnte, at de havde været i kontakt med andre fagpersoner i forbindelse med opstarten.

De fleste interventionspatienter kendte deres praktiserende læge i forvejen, og en del havde allerede tidligere været i kontakt med lægen om psykiske sårbarheder. Alle på nær en patient¹⁰ i interventionsgruppen beskrev, hvordan den praktiserende læge (kort) havde lyttet til deres beskrivelse af symptomer og testet dem for, om de havde angst og/eller depression. For patienter, der ikke var bevidste om deres psykiske tilstand, virkede testresultatet som en øjenåbner og var således et første trin i en erkendelse af deres tilstand og behov for hjælp.

”Da hun viste mig den der score, så kunne jeg godt se, at der var noget galt. Altså, det kunne ikke være rigtigt, at man scorer så lavt hele tiden. Og så kunne jeg faktisk godt se, at der var noget galt, og at det havde været sådan i meget lang tid”. (Interventionspatient)

Ud over at lade patienten fortælle om sin situation og tage angst-/depressionstesten, brugte lægen den øvrige del af den første konsultation på at fortælle om behandlingsmuligheder, og her var fokus på CC, samtidig med at andre behandlingsmuligheder også blev nævnt, fx psykologbehandling. På den måde blev patienterne præsenteret for valget mellem CC og anden behandling. Det fremgik i forlængelse heraf, at interventionspatienterne generelt følte sig godt informeret og 'klædt på' i forhold til at træffe beslutning om deltagelse i CC.

Det fremgik videre, at interventionspatienterne i høj grad så deltagelsen i et CC-forløb som en positiv mulighed. Se nedenstående liste over begrundelserne for deltagelse:

- Det var alternativ til medicinsk behandling, og således til dels et tilvalg begrundet i et fravalg.
- Det var et alternativ til tidligere dårlige behandlingserfaringer eller behandlingsalternativer, der virker uoverskuelige, fx forløb hos psykiater eller i gruppeterapi.
- Det var et forløb, der byggede på samtale.
- Der var kort, overskuelig ventetid til opstart.
- Det var noget nyt og anderledes – og fungerede det ikke, var der mulighed for at få standardbehandlingen/benytte forsikringstilbud i stedet for.
- Det var et tilbud, som lægen direkte anbefalede.

¹⁰ Den sidste patient fortalte om et turbulent forløb, hvor hun oplevede, at lægen negligerede hendes tilstand, og hun havde følgelig en dårlig oplevelse af processen med at få hjælp til sine psykiske sårbarheder, herunder at blive en del af CC-interventionen.

- Det var gratis.
- Det omfattede en løbende kontakt til behandleren.
- Der var stor fleksibilitet i forhold til at mødes med Care Manageren, hvilket betød, at møderne fx kunne lægges uden for arbejdstid.
- Det var et forløb, der i høj grad var tilrettelagt på forhånd, og som patient skulle man ikke selv tage den indledende kontakt, men ville blive kontaktet af Care Manageren.

Kontrolgruppens perspektiv på opstart af behandlingsforløbet

Patienterne i kontrolgruppen havde mere forskellige perspektiver på opstartssamtalen, hvilket først og fremmest forklares med, at tre af de fem patienter ikke kendte deres praktiserende læge i forvejen. De patienter, som kendte den praktiserende læge i forvejen, oplevede således i højere grad end de øvrige patienter, at samtalen matchede deres forventninger, samt at der var tilstrækkelig tid og information. Det ser dog ikke ud til, at det har påvirket informationsniveauet, at den praktiserende læge og patienten ikke havde et indgående kendskab til hinanden i forvejen. Alle de interviewede patienter i kontrolgruppen beskrev således, at de var tilstrækkeligt informeret, og at de gerne ville deltage i kontrolgruppen for at hjælpe med at belyse området.

3.2 Ventetid til behandlingsopstart

Patienterne i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen har angivet en stort set identisk ventetid i spørgeskemaet. Således angav interventionspatienterne en ventetid på 2,7 uger i gennemsnit, mens kontrolpatienterne angav at have ventet 2,6 uger i gennemsnit. Der ses ingen signifikant forskel på den gennemsnitlige ventetid for de to grupper.

Af Tabel 3.1 fremgår det desuden, at langt størstedelen af patienterne i både interventions- og kontrolgruppen har oplevet ventetiden som acceptabel, dog med en lidt større andel i interventionsgruppen (86 %) end i kontrolgruppen (76 %).

Tabel 3.1 Patienternes oplevelse af, om ventetiden var acceptabel

Var ventetiden acceptabel?	Intervention		Kontrol	
	Antal (n)	Procent	Antal (n)	Procent
Ja	261	86	38	76
Nej	24	8	7	14
Ved ikke	20	7	5	10
Total	303	100	50	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Den korte ventetid – og oplevelsen af, at den er acceptabel – er også afspejlet i interviewene. Interventionspatienterne beskriver således generelt en kort ventetid, som levede op til det, de var blevet sat i udsigt ved behandlingsstart, og som for mange var en del af motivationen for at deltage i CC (se afsnit 3.1).

De interviewede patienter fra kontrolgruppen havde ikke en tydelige oplevelser af, at de havde været i et forløb med ventetid til behandlingsstart. Ud over en enkelt, som nævnte for lang ventetid til psykologsamtaler, var der ingen af de fem patienter fra kontrolgruppen, der gav eksempler på uhen-sigtsmæssig ventetid.

3.3 Opsamling

Både interventions- og kontrolpatienter føler sig godt informeret forud for opstarten af deres forløb, ligesom ventetiden – med enkelte undtagelser – også opleves acceptabel i begge grupper. Det fremgår samtidig, at CC-forløbet i udgangspunktet ses som en positiv mulighed for at få hurtig og kvalificeret hjælp. Derudover begrundes patienterne i interventionsgruppen deres accept af at deltage i et CC-forløb med henvisning til selve behandlingstilgangen (fx et ønske om at undgå medicinsk behandling eller muligheden for løbende samtaler), til praktiske forhold omkring behandlingsforløbet (fx at det var gratis og var tilrettelagt på forhånd) og til en tillid til lægens anbefalinger.

I kontrolgruppen ses en oplevelse af en bedre forventningsafstemning og mere tid i de samtaler, som er foregået mellem den praktiserende læge og patienten, som kendte hinanden i forvejen. Det har dog ikke haft betydning for patienternes oplevelse af, om informationsniveauet var tilstrækkeligt højt. Dette fund giver dog en klar indikation af, at en veletableret relation mellem praktiserende læge og patient har positiv betydning for opstartssamtalen, samt at det kan være en god idé at afsætte ekstra tid til denne, hvis den praktiserende læge og patienten ikke kender hinanden i forvejen.

Den gennemsnitlige ventetid til behandlingsstart i hhv. interventions- og kontrolgruppen er nogenlunde ens. Desuden angiver størstedelen af patienterne i begge grupper, at ventetiden var acceptabel.

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 inddragelsen af pårørende og behandlingsforløbets afslutning. Kapitlet er baseret både på spørgeskemadata og interviewmateriale, dog med den undtagelse, at patienterne kun har forholdt sig til den kognitive del af behandlingen samt behandlingsforløbets afslutning.

4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse

Det fremgår af spørgeskemabesvarelsene, at interventionspatienterne havde næsten dobbelt så mange samtaler som kontrolpatienterne i deres behandlingsforløb (henholdsvis 11 og 6 samtaler i gennemsnit).

I forlængelse heraf viser Tabel 4.1, at der også er forskel på patienternes tilfredshed med omfanget af behandlingen i de to grupper af patienter. Andelen af interventionspatienter, der er meget tilfredse, er således mere end dobbelt så stort som andelen af kontrolpatienter, der angav at være meget tilfredse (57 % mod 26 %).

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

Respondenternes vurdering af omfanget af den modtagne behandling		Meget tilfreds (%)	Nogenlunde tilfreds (%)	Lige-glad/lidt utilfreds (%)	Ret utilfreds (%)	Total (%)	Antal besvarelser (n)
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp? (p=0,000)	Intervention	57	34	5	4	100	305
	Kontrol	26	48	12	14	100	50

Note: Dette spørgsmål indgår også i CSQ-8 scoren og rapporteres således også i kapitel 5.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Interviewene bekræfter resultaterne fra spørgeskemaet. Interventionspatienterne var dermed grundlæggende tilfredse med varigheden af deres forløb og antallet af gange, de mødtes med deres Care Manager. De fleste interventionspatienter satte også pris på, at der var stor fleksibilitet i forhold til at mødes med Care Manageren, således at mødefrekvensen og -tidspunktet i vidt omfang var blevet fastlagt ud fra patientens behov. I begyndelsen af forløbet mødtes mange patienter med deres Care Manager ugentligt. Senere justeredes mødefrekvensen ud fra patientens ønsker, og i slutningen havde flere oplevet, at Care Manageren stræbte efter at trappe kontakten ned ved at lade der gå længere og længere mellem møderne. Denne tilpassede mødefrekvens medførte, at patienterne oplevede en rolig og naturlig afslutning på deres forløb, hvor de også havde indflydelse på afslutningen.

For patienterne understøttede fleksibiliteten i mødefrekvens og mødetidspunkt fx:

- at de kunne passe deres arbejde
- at de kunne deltage i behandlingsforløbet og samtidig passe deres arbejde og dermed undgik at involvere arbejdspladsen i, at de havde det psykisk dårligt
- at de følte sig imødekommet og draget omsorg for også på 'skæve' dage, fx når deres forløb blev startet op mellem jul og nytår, eller når de mødtes med deres Care Manager en søndag.

En enkelt patient beskrev imidlertid, at alle hans møder lå kl 17.30, netop for han kunne passe sit arbejde uforstyrret. Set i bakspejlet fortrød patienten dog dette valg, fordi han var meget træt i hovedet og derved ikke fik det fulde udbytte af samtalerne. Han pointerede således, at muligheden for fleksibilitet og Care Managerens indstilling til at følge hans ønsker ikke havde været til gavn for ham.

Kontrolpatienternes 'standardbehandling' var væsentligt mere heterogen end CC-forløbet, hvilket er illustreret i Tabel 4.2 nedenfor.

Tabel 4.2 Overblik over kontrolpatienternes behandlingsforløb

Kontrolpatient nr.	Behandlings indhold
1	24 psykologsamtaler og opfølgende samtaler med den praktiserende læge samt ordineret PN medicin (tog det ikke)
2	Enkelte konsultationer hos den praktiserende læge og antidepressiv behandling
3	Enkelte konsultationer hos den praktiserende læge og (natur)medicinsk behandling ordineret af lægen
4	Medicinsk behandling *
5	Længerevarende psykologforløb og samtaleforløb hos den praktiserende læge, hvor hun så psykologen og praktiserende lægen skiftevis hver 14. dag.

Note: * Patienten har været i behandlingsforløb for psykiske sårbarheder hos sin praktiserende læge mange gange, og husker ikke, om der var ét/omfanget af et samtaleforløb i forbindelse med dette behandlingsforløb. Hun har tidligere været i behandlingsforløb af forskellige varigheder såvel som i lysbehandling hos praktiserende læge.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Kontrolpatienternes forløb varierer mellem at have omfattet enkelte konsultationer til at have bestået af hyppige samtaler hos deres praktiserende læge over en længere periode og/eller behandlingsforløb hos psykolog af 12 og 24 konsultationers varighed.

Kontrolpatienternes perspektiv på behandlingsforløbets omfang og tilrettelæggelse

I interviewene beskrev kontrolpatienterne ligeledes en tilfredshed med *omfanget* af behandlingsforløbet, og de gav ikke udtryk for et ønske om at få mere end det, de fik. For nogle kontrolpatienter var der til gængæld en erkendelse af, at lægen ikke bestred mulighederne eller kompetencerne for at gøre mere:

"Min læge kender jeg jo. Han er sådan lidt tør i det, det er læger nok generelt. Det er måske lidt en afstand, de skal tage til tingene, ikke, men opfattelsen er... min klare opfattelse er vel, at læger ikke er bedst egnede til det her. Det er ud over, kan man sige, tiden de har. Uddannelsen de har". (Kontrolpatient)

Her er der altså tale om en oplevelse af at kunne have fået bedre behandlingsforløb, men at det mere er et spørgsmål om kompetencen hos den primære fagperson end en oplevelse af, at selve forløbet kunne være tilrettelagt anderledes. Frem for at være skuffet eller vred over den behandlingsmulighed, de havde fået, var der nærmere en tendens til, at de kontrolpatienter, der havde kendt deres læge længe, accepterede det og undskyldte lægen frem for at bebrejde denne.

Kontrolpatienterne bragte ikke fleksibilitet i mødetid eller mødefrekvens op under interviewene. Det synes sandsynligt, at det er et udtryk for, at der ikke var samme fleksibilitet omkring disse parametre som i CC-forløbet og således heller ikke en parameter, de havde overvejet, om kunne være anderledes.

4.2 Behandlingstilgangen

Et CC-forløb tilrettelægges som nævnt i introduktionen i samarbejde mellem Care Manager og den praktiserende læge og kan bestå af både medicinsk behandling og kognitiv terapi. Patienternes perspektiver på disse delelementer i behandlingen fremgår af det følgende.

4.2.1 Medicinsk behandling

Af Tabel 4.3 fremgår patienternes oplevelse af, om praksispersonale eller Care Manager har fulgt op på deres medicinske behandling¹¹. Her fremgår det, at 34 % af patienterne i interventionsgruppen oplever, at der i høj grad bliver fulgt op på deres medicinske behandling, mens det tilsvarende tal i kontrolgruppen er 15 %. Tilsvarende har henholdsvis 35 % og 44 % af patienterne i de to grupper svaret, at praksispersonalet slet ikke har fulgt op på den medicinske behandling. Denne forskel er imidlertid ikke statistisk signifikant.

Tabel 4.3 Patienternes vurdering af opfølgningen på medicinsk behandling. Procent og samlet antal

		I høj grad (%)	I nogen grad (%)	I mindre grad (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Har praksispersonalet eller Care Manager fulgt op på din medicinske behandling? (fx omkring virkning og bivirkninger) (p=0.068)	Intervention	34	21	11	35	100	258
	Kontrol	15	22	19	44	100	50

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Der er imidlertid en statistisk tendens til, at færre patienter med andre samtidige diagnoser end angst og depression har afgivet positive besvarelser ($p=0.03$) end patienter uden angivelse af øvrige lidelser eller diagnoser. Dernæst svarer signifikant flere patienter, som har angivet Care Manageren som deres primære kontaktperson, positivt på dette spørgsmål end de interventionspatienter, der har angivet psykolog og praktiserende læge som deres primære behandler ($p=0,033$).

I interviewene fortalte flere interventionspatienter, at deres praktiserende læge eller Care Manager havde talt med dem om medicinering, og at ordinerings af medicin blev foretaget af den praktiserende læge. Nogle patienter havde oplevet, at deres praktiserende læge havde *vurderet og fortalt*, at de havde behov for medicinering, hvorefter den medicinske behandling var startet op. Andre havde oplevet, at medicinsk behandling var blevet *foreslået* af enten praktiserende læge eller Care Manager, hvor patienten enten havde accepteret forslaget, bedt om at se tiden an eller havde afvist forslaget, eller at behandleren selv havde foreslået at se tiden an. Det fremgår samtidig, at patienterne i stort omfang oplevede, at deres Care Manager havde lyttet og rådgivet med afsæt i patientens overvejelser omkring medicinering og bakket op omkring de valg, som patienterne var endt med at tage. Dette er illustreret i nedenstående citat:

"Care Manageren bragte selvfølgelig medicinen på banen på et tidspunkt, men det var ikke første trin. Hun skød sig ind på mig og mine problemstillinger, og så præsenterede

¹¹ I tolkningen af patienternes besvarelse skal der tages det forbehold, at de ikke er blevet spurgt, om de får medicin. Da samtlige respondenter har besvaret spørgsmålet, kan det således antages, at de, der ikke modtager medicin og/eller ikke har diskuteret medicin med deres behandlere, har svaret, at de slet ikke har fulgt op på deres medicinske behandling. Det er således sandsynligt, at besvarelserne af dette spørgsmål umiddelbart tegner et mere negativt billede af behandlernes fokus på at følge op på en medicinsk behandling, end det faktisk er tilfældet. Derfor ser analysen udelukkende på, om der er forskel på vurderingerne i interventions- og kontrolgruppe.

hun på et tidspunkt, at jeg skulle overveje det. Hun vidste godt, at jeg ikke brød mig om det, men jeg synes også til sidst i forløbet, da vi havde diskuteret det nogle gange, så var det helt okay. Så kunne jeg godt se, at det nok var det, der skulle være mit næste skridt for at komme videre". (Interventionspatient)

Situationen, hvor behandleren forfølger patientens initiativ og rådgiver om dette på eget initiativ, synes således at efterlade patienten med en oplevelse af at være imødekommet, respekteret og draget omsorg for.

Kontrolpatienternes perspektiv på den medicinske behandling

For alle kontrolpatienter var medicinering og herunder også spørgsmålet om, hvorvidt medicinering ville være den rette behandling for patienten, et samtaleemne mellem dem og deres praktiserende læge. Kontrolpatienterne beskrev ligeledes forløb, hvor lægen havde foreslået medicinering, og hvor patienten havde afvist denne mulighed som en del af deres behandlingsforløb. Disse patienter oplevede, at lægen havde udvist forståelse og respekt for deres beslutning og havde fx ikke presset på for, at de skulle i medicinsk behandling. De kontrolpatienter, der havde været i medicinsk behandling, oplevede i varierende grad, at der blev fulgt op på behandlingens virkninger og bivirkninger.

4.2.2 Kognitiv behandling og redskaber til at meste den psykiske lidelse/sårbarhed

En del af behandlingen i Collabri består i at inddrage patienten i eget forløb og fremme deres forståelse for den lidelse, de har. Patienterne blev derfor i spørgeskemaet spurgt, om de oplevede at have fået de informationer om deres sygdom og behandling, som de havde brug for. Af Tabel 4.4 fremgår det, at begge patientgrupper generelt vurderede informationsniveauet i deres behandlingsforløb positivt. 96 % i interventionsgruppen svarer således positivt på spørgsmålet, mens de tilsvarende tal er 74 % for kontrolgruppen. Det fremgår dog også, at interventionspatienter er signifikant mere tilfredse med den information, de har modtaget, end patienterne i kontrolgruppen.

Tabel 4.4 Information om sygdom og behandling. Procent og samlet antal

		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? *** (p=0,000)	Intervention	70	26	3	1	100	305
	Kontrol	30	44	16	10	100	50

Note: * p≤0,05, ** p≤0,001, ***≤0,0001.

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 for interventionspatienterne om der er forskelle alt efter, om man har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Der blev fundet signifikante forskelle i forhold til informationer. Disse præsenteres i teksten nedenfor.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

I interviewene gav interventionspatienterne udtryk for, at de var blevet vel informeret om den behandling, de modtog, og også at behandlingen klædte dem godt på. De oplevede et veltilrettelagt behandlingsforløb, hvor der var et tydeligt afsæt i kognitiv adfærdsterapi, men også at der var fleksibilitet til at tilpasse behandlingsforløbet til den enkelte.

Interventionspatienterne beskrev forløb, hvor Care Managerne havde arbejdet med deres tankegange og adfærdsmønstre. Care Managerne havde taget udgangspunkt i visuelt materiale, fx ske-

maer, og de havde givet patienterne lektier for. Care Manageren arbejdede fx med at ændre patienternes tankegang ved at spørge direkte ind til deres tanker, og – efter at have lyttet til svaret – følge op med spørgsmålet: "Hvordan kan du ellers tænke" og komme med forslag, hvis patienten ikke selv havde (konstruktive) ideer. Patienterne oplevede således en behandling, der var meget konkret og tog udgangspunkt i det, der var årsagen til eller fastholdt dem i deres psykiske sårbarhed. Det kunne eksempelvis være tankemønstre om egne evner, selvopfattelse m.m., som det illustreres i citatet herunder:

"Netop det der med at stille andre muligheder op. 'Hvis du skulle prøve at tænke på denne her situation anderledes, kunne du så tænke det her? Eller kunne du tænke det her?'. Det var meget konkret og meget en ændring af tankemønstret. Det er meget det der med at bytte om og få en forståelse af, at man kan ændre sine tankemønstre. Det at få forslag til, hvad man kan gøre. Og netop at det var så lavpraktisk, gjorde det til noget, man kunne tilgå". (Interventionspatient)

For de fleste af de interviewede interventionspatienter var det meningsfuldt at få lektier for, mens det for et mindretal var stressende eller uoverskueligt. De patienter, der oplevede lektierne som stressende, oplevede dog også, at når de sagde fra, var Care Manageren fleksibel og tilpassede lektierne eller skalerede omfanget til patienten. Nogle patienter, men langt fra alle, fortalte, at de stadig anvendte skemaerne efter forløbets afslutning. De patienter, som ikke gjorde brug af de redskaber, de havde fået i CC-forløbet, betonedede dog, at det var, fordi de 'havde det i hovedet', og at de vidste, de kunne tage materialet frem igen, hvis de fik behov for det. På den måde havde de taget det lærte til sig og kunne bruge det som et sikkerhedsnet, de kunne trække på, hvis de igen oplevede at få det dårligt.

Nogle interventionspatienter beskrev, at deres Care Manager havde gennemført en angst- eller depressionstest ved hver eneste samtale, hvor andre var blevet testet et par gange i alt. Patienterne gav desuden udtryk for forskellige præferencer for disse tests. Nogle patienter satte pris på de hyppige test, da testresultatet fungerede som en metode til at følge egen udvikling og til at åbne samtalen op. På den måde blev testningen et konstruktivt redskab i samarbejdet mellem patient og Care Manager. Andre patienter oplevede, at en hyppig testning obstruerede behandlingen, fordi det udelukkende lagde fokus på udviklingen i deres velbefindende og ikke på udviklingen i kognitive færdigheder.

Kontrolpatienternes perspektiv på samtalerne med den praktiserende læge

Kontrolpatienterne gav i interviewene udtryk for en oplevelse af, at de praktiserende læger primært informerede dem om forskellige behandlingstilbud for psykiske sårbarheder såsom lysterapi eller kurser om mindfulness, gruppeforløb m.m. (fx ved at udlevere brochurer). Kontrolpatienterne fortalte således ikke om, at de i regi af den praktiserende læge havde modtaget viden eller psykoedukation, der skulle ruste dem bedre til at håndtere deres psykiske sårbarhed, men snarere, at praktiserende læge har gjort dem opmærksom på, hvordan de kan modtage dette i regi af andre.

Kontrolpatienterne beskrev også, hvordan deres praktiserende læge anvendte tests til at vurdere deres tilstand. I denne patientgruppe var der ligeledes patienter, som oplevede, at test var gavnligt, fordi det gav dem indblik i egen situation og udvikling og/eller fungerede som et redskab til at åbne samtalen op. Andre fandt, at testene kun gav et begrænset indblik i deres situation og automatiserede behandlingen, frem for at behandlingen tog udgangspunkt i dem og deres situation. Det beskrives i citatet nedenfor.

"Jeg har tidligere haft depression, hvor lægen bare sagde: 'Nå, ja, du får lige nogle anti-depressiver' i stedet for at finde ud af, 'hvorfor har du det sådan?'. (...) det er bare sådan... 'du er på den her skala, på det her skema, du får nogle anti-depressiver, kom tilbage om tre-fire måneder, så ser vi, hvordan det går, og så er du rask igen-agtigt'. Sådan synes jeg tit, man oplever det". (Kontrolpatient)

I citatet beskrives således en oplevelse af, at det bliver selve testresultatet, der dikterer behandlingen, frem for at det bliver patientens situation og person, der danner udgangspunktet for behandlingen.

4.3 Inddragelse af pårørende

Som det ses af Tabel 4.5, har interventions- og kontrolpatienter i høj grad samme oplevelse af, hvorvidt deres pårørende blev inddraget tilstrækkeligt. I besvarelsen af spørgsmålet er patienterne ikke blevet bedt om at angive omfanget af pårørendes inddragelse, men derimod alene om respondenter har oplevet det rette niveau af inddragelse. Vurderingen 'passende' kan således dække over en høj såvel som lav grad af inddragelse. Hertil kommer, at der er en stor andel af både interventions- og kontrolpatienter, der 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 at vurdere, om deres pårørende blev inddraget i behandlingen.

Tabel 4.5 Patienternes angivelse af, i hvilket omfang de oplever, at deres pårørende er blevet inddraget i deres behandling. Procent og samlet antal

		For meget (%)	Passende (%)	For lidt (%)	Ved ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
I hvilket omfang er dine pårørende blevet inddraget i din behandling? (p=0,753)	Intervention	2	57	12	30	100	302
	Kontrol	2	54	20	24	100	50

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 for interventionspatienterne om der er forskelle alt efter, om man har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

I interviewene gav de fleste interventionspatienter udtryk for, at deres Care Manager havde spurgt, om de ønskede at invitere deres pårørende med til en samtale, og hvor det kun var to patienter, der havde en pårørende med til den sidste samtale med Care Manageren. En tredje patient ville gerne have haft en pårørende med, men den pårørende ønskede det ikke.

Ingen af de interviewede kontrolpatienter havde oplevet, at deres behandlere havde opfordret til at involvere deres pårørende, og der var heller ingen, som havde eksempler på, at de pårørende havde været inddraget i deres behandling.

To interventionspatienter reflekterede i forlængelse heraf særligt over Care Managerens rolle i forbindelse med at inddrage deres pårørende. Den ene patient havde oplevet, at Care Manageren havde presset meget på for, at patienten skulle fortælle sin familie om sin psykiske sårbarhed, og patienten havde til sidst fulgt rådet. En anden patient havde holdt sin psykiske lidelse skjult for sine pårørende og havde ikke oplevet, at Care Manageren pressede på. Trods af de forskellige erfaringer pointerede de det samme. Et pres fra Care Manageren i forhold til at inddrage de pårørende var positivt. Det kan være svært at åbne sig, men samtidig vurderede disse patienter, at det var vigtigt

for relationen til de pårørende og en måde at undgå, at man som patient føler sig alene med den udvikling, man gennemgår. Derudover kan det som patient være svært at gennemskue, hvad for-
delen er ved at inddrage de pårørende som illustreret i citatet herunder:

"Jeg tror godt, jeg kunne have brugt, at Care Manageren havde haft en holdning til, hvorvidt man skulle have inddraget mere familie. (...) For jeg holder det hemmeligt for alle dem, jeg kender, så det er ikke sikkert, at jeg selv ved... eller om det er mig selv, der skal tage den beslutning endeligt. For jeg er ikke sikker på, at det nødvendigvis er det, der er det bedste for mig. Så jeg ville gerne have haft en lidt klarere anbefaling". (Interventionspatient)

På nær ovennævnte to patienter var det imidlertid – i udgangspunktet – flertallet af både kontrol- og interventionspatienter, som syntes, at det var svært eller ikke ønskede at inddrage deres pårørende. Patienterne gav udtryk for følgende begrundelser for at være tøvende over for pårørendeinddragelse:

- Et ønske om ikke at belaste de pårørende med deres tanker, som de i forvejen måtte lægge øre til og bekymre sig om
- En bekymring for, om de pårørende ville modsige deres oplevelser eller ikke forstå dem
- Et ønske om at skåne de pårørende for viden om, hvordan de egentlig har det
- En oplevelse af, at det var rart bare at have tiden med behandleren til at tale frit om sine tanker.

4.4 Forløbets afslutning

Interventionspatienterne havde forskellige perspektiver på afslutningen af CC-forløbet. Nogle oplevede, at de var 'færdige' med den proces, de havde været igennem med hjælp fra Care Manageren og var klar til at afslutte, da forløbet endte. Andre ville ønske, at de kunne holde fast i kontakten til Care Manageren længere, fx løst tilknyttet med mulighed for at mødes eller ringes ved, hvis de oplevede et tilbagefald. En begrundelse for dette ønske var, at det føltes utrygt ikke længere at have muligheden for at mødes med Care Manageren. En anden begrundelse var, at den kognitive behandling, som patienterne havde været igennem, skal skabe forandringer i tanke- og handlemåder, og at det havde været en svær og lang proces, der krævede vedvarende understøttelse.

"I forhold til den kognitive adfærdsterapi så skal du ændre grundlæggende tankemønstre. Det er altså meget rart at en gang imellem at have nogle til at holde et spejl op foran én og sige 'okay, er du gået tilbage til at gennempiske dig selv over alting, eller er du ligesom blevet bedre til at lade være'". (Interventionspatient)

Flere patienter så således en løbende kontakt i efterforløbet som en måde at modvirke, at man faldt tilbage i dårlige mønstre.

Kontrolpatienternes perspektiv på behandlingsforløbets afslutning

Kontrolpatienterne udtrykte ikke et ønske om at forlænge det behandlingsforløb, de havde været igennem, men de konkrete forløbsafslutninger havde efterladt dem med større eller mindre grad af tryghed. Nogle oplevede, at det blot var afsluttet fra den ene dag til den anden, til trods for at de stadig oplevede, at elementer eller reminiscenser af behandlingen pågik. I citatet herunder beskriver en patient, at hun blev afsluttet, da hun ville trappe ud af medicinen, og blot fik at vide, at hun skulle henvende sig til den praktiserende læge igen, hvis hun fik tilbagefald. Denne afslutning efterlod hende med en usikkerhed, om det nu ville gå godt:

"Der var ingen afrundende samtale. Det var der jo netop ikke, fordi det stod jo sådan lidt åbent med, at nu prøver jeg at trappe helt ud af det. Men så blev vi bare enige om, at hvis det ikke gik, skulle jeg henvende mig. Så det var jo så det. Så var der ikke mere. (...) Jeg var bange for, at jeg fik et tilbagefald". (Kontrolpatient).

Andre oplevede en mere tryk og 'naturlig' afslutning på deres forløb, idet der ikke var mere at hente i samtalerne med den praktiserende læge. Disse patienter oplevede i højere grad, at beslutningen om at afslutte var fælles og skete på det rette tidspunkt.

4.5 Opsamling

Patienter i interventionsgruppen har haft ca. 11 samtaler i deres behandlingsforløb, hvilket er knap det dobbelte af det antal samtaler, som kontrolpatienterne modtog. Samtidig var markant flere i gruppen af interventionspatienter tilfredse med omfanget af den behandling, de havde modtaget. Endvidere oplevede interventionspatienterne, at Care Managerne havde været meget fleksible i forhold til mødetid og mødefrekvens, og at behandlingen blev tilpasset patientens behov. Det medførte en oplevelse af at være godt imødekommet og draget omsorg for, men interviewene peger også på, at fleksibilitet kan blive uhensigtsmæssigt, hvis behandlingsforløbet i for høj grad bliver tilpasset til patientens øvrige liv (fx arbejdstider) og ikke tager hensyn til, hvornår patienten er frisk og modtagelig for samtalen med Care Manageren.

Interventionspatienterne oplever i højere grad end kontrolpatienterne at have fået de informationer om deres sygdom og behandling, de har brug for. Interventionspatienterne oplever, at de gennem brugen af de visuelle redskaber, der er en del af den kognitive adfærdsterapi, bliver gjort opmærksom på status for deres psykiske lidelse, og hvordan de kan håndtere den. Over for dette beskriver kontrolpatienterne, hvordan informationen finder sted i interaktionen med den praktiserende læge, som fortæller dem om forskellige behandlingsalternativer. Det betyder også, at en del af den praktiserende læges 'behandlingsstrategi' bliver 'viderehenvissning' – om ikke formelt, så ved at inspirere patienten til at tage egne behandlingsinitiativer. Det oplever kontrolpatienterne imidlertid som en meningsfuld behandlingsstrategi, fordi den praktiserende læge ikke opfattes som den mest kompetente til at behandle deres psykiske problemstillinger.

Der ses overordnet ingen signifikant forskel på interventions- og kontrolpatienters oplevelse af, om der i tilstrækkelig grad er blevet fulgt op på deres medicinske behandling. Derimod har patienter, der har angivet deres Care Manager som primær kontaktperson, i højere grad angivet en positiv vurdering af opfølgningen på den medicinske behandling sammenlignet med patienter, der har angivet andre faggrupper som primære kontaktpersoner. I begge patientgrupper ses forskellige præferencer for medicinsk behandling, men det går igen, at den primære behandler medvirker til, at patienterne føler sig hørt, respekteret og medinddraget, når de møder patientens præferencer og endelige beslutning med respekt og opbakning.

Der ses ingen signifikante forskelle i interventions- og kontrolpatienternes oplevelse af, om deres pårørende er blevet inddraget i rette omfang. Det fremgår samtidig af interviewene, at flere patienter oplever pårørendeinddragelse som grænseoverskridende, eller at patienterne kan være tilbageholdende med at inddrage deres pårørende, fordi de ønsker at skåne dem eller at bevare samtalerne med deres behandler som et frirum, hvor de skal forholde sig til andres tanker og oplevelser af situationen. Andre patienter peger på, at pårørendeinddragelse kan være en vigtig del af behandlingsforløbet, men at det kan være svært at gennemskue som patient, når man er i en sårbar situation. Derfor er det vigtigt, at den primære behandler bliver ved med at tage pårørendeinddragelse op som en mulighed og er tydelig omkring fordelene ved at gøre det.

I både interventions- og kontrolgruppen tegner der sig et billede af, at afslutningen på et behandlingsforløb kan være forbundet med utryghed. En gruppe patienter gav i interviewene udtryk for at have fået det fulde udbytte af behandlingsforløbet, og at de var klar til at stå på egne ben eller prøve andre behandlingstilbud. I kontrolgruppen handlede dette bl.a. om en vurdering af, at den praktiserende læge ikke havde mere at tilbyde dem, snarere end at de følte sig færdigbehandlede og rustede til at håndtere deres psykiske sårbarheder. Flere patienter i interventionsgruppen gav dog også udtryk for et ønske om, at kunne fastholde en kontakt til Care Manageren, fordi de var bekymrede for, om de selv var i stand til at fastholde de ændrede tanke- og handlemønstre.

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 Relationen mellem patient og primære fagpersoner

Det fremgår af Tabel 5.1 nedenfor, at der er signifikant forskel på, hvem interventions- og kontrolpatienterne angiver som deres primære kontakt i behandlingsforløbet. 75 % af interventionspatienterne angiver således, at Care Manageren har været deres primære kontaktperson i forløbet, mens ingen i kontrolgruppen angiver dette. For kontrolgruppen er det i stedet egen læge (58 %) og psykolog (38 %), der angives som primær kontakt.

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

	Intervention		Kontrol	
	Antal (n)	Procent	Antal (n)	Procent
Psykiatrisk sygeplejerske/Care Manager	227	75	0	0
Egen praktiserende læge	34	11	29	58
Psykolog (privatpraktiserende)	20	7	19	38
Sygeplejerske hos egen læge	2	1	0	0
Psykiater (privatpraktiserende)	7	2	0	0
Andet personale	13	4	2	4
Total	305	100	50	100

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Relationen mellem patienten og den primære fagperson har væsentlig betydning for, hvordan behandlingen opleves. Som elementer af en god relation er patienterne blevet spurgt, 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 præsenterer henholdsvis interventions- og kontrolpatienternes vurdering af disse elementer.

Tabel 5.2 Patienternes vurdering af den gensidige relation i behandlingen. Procent og samlet antal

Patienternes vurdering af relationen til behandleren						
Tænk på den person, du har arbejdet tættest med i forløbet. Hvor interesseret har den person været i at hjælpe dig? *** (p=0,000)	Meget interesseret (%)	Interesseret (%)	Lidt uinteresseret (%)	Meget uinteresseret (%)	Procent	Antal (n)
Intervention	80	15	1	4	100	303
Kontrol	42	40	16	2	100	50
Har der været gensidig respekt og tillid mellem dig og personen? *** (p=0,000)	Helt sikkert	Ja, stort set	Egentlig ikke	Slet ikke	Procent	Antal
Intervention	82	15	3	0	100	303
Kontrol	54	36	8	2	100	50
Hvordan har personen været til at lytte og forstå dine problemer? ** (p=0,002)	Fremragende	God	Nogenlunde	Ringe	Total	Antal
Intervention	63	30	6	1	100	303
Kontrol	42	38	12	8	100	50

Note: * p≤0,05, ** p≤0,001, ***≤0,0001.

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 for interventionspatienterne om der er forskelle, alt efter om man har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Af Tabel 5.2 ses, at der er signifikant forskel på interventions- og kontrolpatienternes oplevelse af den fagperson, de har samarbejdet tættest med, i forhold til interesse i at hjælpe, gensidig respekt og tillid, såvel som hvor god fagpersonen var til at forstå patientens problemer. Interventionspatienternes besvarelser er generelt mere positive end kontrolpatienternes. Det gælder særligt i forhold til oplevelsen af, om fagpersonen har været interesseret i at hjælpe, og om deres relation har været præget af gensidig respekt og tillid.

En del af oplevelsen af en god behandling er også, at der er sammenhæng mellem forståelsen af patientens problem/situation og den behandling, der gives for at bedre patientens situation. Patienterne blev derfor spurgt, om de oplevede, at det personale, der var tilknyttet deres behandlingsforløb, 1) forstod deres problemer, og 2) om de forstod, hvilken form for hjælp patienten havde brug for. Af Tabel 5.3 fremgår det, at interventionspatienternes vurdering af fagpersonernes indsats for at forstå patientens problemer er signifikant mere positiv end kontrolgruppens. 91 % af interventionspatienterne vurderede således fagpersonernes indsats for fremragende eller god. Til sammenligning vurderede 72 % af kontrolpatienterne fagpersonernes indsats for fremragende eller god. På spørgsmålet, om de tilknyttede fagpersoner forstod, hvilken form for hjælp patienten havde brug for, ses ligeledes en klar overvægt af positive besvarelser i begge patientgrupper, men ingen signifikante forskelle de to grupper imellem.

Tabel 5.3 Patienternes oplevelse af personalets indsats for at forstå deres problemer og behov for hjælp. Angivet i procent og det samlede antal respondenter

Patientens oplevelse af fagpersonernes forståelse for deres situation						
Hvordan var den indsats, som personalet i lægepraksis eller Care Manager gjorde for at forstå de problemer, du kom med? *** (p=0,000)	Fremragende (%)	God (%)	Nogenlunde (%)	Ringe (%)	Total (%)	Antal (n)
Intervention	55	36	8	1	100	303
Kontrol	28	44	14	14	100	50
Forstod personalet i lægepraksis eller Care Manager, hvilken form for hjælp du havde brug for? (p=0,082)	Helt bestemt (%)	Kun delvist (%)	Ikke helt (%)	Slet ikke (%)	Total (%)	Antal (n)
Intervention	77	17	4	2	100	303
Kontrol	64	22	12	2	100	50

Note: * p≤0,05, ** p≤0,001, ***≤0,0001.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Det er undersøgt, hvorvidt der er statistisk signifikante forskelle på patienternes besvarelse af ovenstående spørgsmål afhængig af køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, om man har andre samtidige diagnoser eller ej, og for interventionspatienterne om patienterne har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Det fremgår i forlængelse heraf, at:

- patienter med andre samtidige diagnoser svarer signifikant mindre positivt end patienter, der alene har angivet at have angst, depression eller samtidig angst og depression
- interventionspatienter, der har angivet Care Manageren som deres primære behandler, har en signifikant mere positiv vurdering af spørgsmålene end de patienter, der har angivet egen læge eller psykolog.

Et tredje element, som kan påvirke relationen mellem patient og behandler, samt om patienten følger behandlingen, er om patienten oplever behandlingen som meningsfuld. Patienterne blev derfor spurgt, om de kunne forstå og var enige i de måder, som fagpersonerne ville arbejde med deres problemer på. Af Tabel 5.4 fremgår det, at størstedelen af patienterne i begge patientgrupper har angivet, at de 'Helt sikkert' eller 'Stort set' kunne forstå og var enige i den måde, som den primære fagperson ønskede at arbejde med deres problemer på. På disse spørgsmål ses desuden, at interventionspatienternes svar er markant mere positive end kontrolpatienternes, idet knap halvdelen af kontrolpatienterne har brugt den mest positive svarkategori i begge spørgsmål sammenlignet med interventionsgruppen.

Tabel 5.4 Patienternes vurdering af den modtagne behandling. Procent og samlet antal

Patienternes forståelse for måden, fagpersonerne ville arbejde med deres problem samt enigheden i tilgangen						
Kunne du forstå de måder, som praksispersonalet eller Care Manager ville arbejde med dine problemer på? *** (p=0,000)	Helt sikkert (%)	Ja, stort set (%)	Egentlig ikke (%)	Slet ikke (%)	Procent	Antal (n)
Intervention	48	46	5	1	100	303
Kontrol	22	50	24	4	100	50
Har du generelt været enig i de måder, som praksispersonalet eller Care Manager ville arbejde med dine problemer på? ** (p=0,001)	Helt enig (%)	Nogenlunde enig (%)	Lidt uenig (%)	Helt uenig (%)	Procent	Antal (n)
Intervention	50	38	7	5	100	303
Kontrol	28	38	22	12	100	50

Note: * p≤0,05, ** p≤0,001, ***≤0,0001.

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 for interventionspatienterne om der er forskelle, alt efter om man har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Der blev fundet signifikante forskelle i forhold til begge spørgsmål. Disse præsenteres i teksten nedenfor.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Interviewene bekræfter billedet fra spørgeskemaundersøgelsen. Her lagde interventionspatienterne således stor vægt på, at Care Manageren havde gjort en god indsats for at forstå deres problemer, var interesseret i at hjælpe og lyttede til patienterne. Tillid var et begreb, der gik igen i interventionspatienternes beskrivelse af relationen til deres Care Manager. I de fleste tilfælde var Care Manageren således en person, de hurtigt turde åbne sig over for og fortælle ærligt om, hvordan de havde det. Interviewpersonerne havde svært ved at sætte ord på, hvad der gjorde Care Managerne tillidsvækkende, og beskrev det forholdsvist ukonkret og baseret på følelser frem for særlig adfærd eller personlighedstræk som illustreret i citatet herunder.

"Der er nogen der bare – ja, som er, så man simpelthen stoler på dem 100 procent. Care Manageren sagde egentlig ikke så meget. Hun fik bare trykket på den rigtige knap til at starte med, og det er der så nogle, der kan". (Interventionspatient)

Eller som det beskrives af en anden patient:

"Care Manageren var sygt nice. Mega rar, mega sød, mega – man har bare lyst til at dukke op... selvom jeg vidste, at det ville blive ubehageligt, så havde jeg stadigvæk lyst til at dukke op og rent faktisk mødes med Care Manageren". (Interventionspatient)

Andre patienter koblede ord som rolig, tryghedsskabende, fleksibel, forstående, troværdig, livserfaren (hvilket flere koblede til, at Care Manageren ikke var 'for ung') til Care Manageren, og fremhævede oplevelsen af, at de ikke følte sig som "en metervare" i samarbejdet med Care Manageren, men tværtimod blev set og mødt som den, de var. Det kom fx til udtryk, når Care Manageren kunne huske detaljer om patienten; selv tog initiativ til at undersøge relevante aspekter for patientens behandling, eller når Care Manageren tydeligt havde glædet sig over sejre i patientens liv. Nogle patienter fremhævede også, at oplevelsen af at blive set som individ kom til udtryk gennem brugen af den kognitive metode:

"Hun gav mig hver gang de papirer, der skulle i mappen, så man følte virkelig, at mappen blev sådan personlig. Det var kun de papirer deri, som jeg skulle bruge. Der var ikke

nogen sider, vi ikke kom til at bruge ... det var egentligt rart. Jeg havde virkelig fornemmelsen af, at jeg ikke bare var én i mængden, der skulle igennem et eller andet. Og så havde jeg heller ikke fornemmelsen af, at hun sad og kiggede på uret, du ved, der var slet ikke den der følelse af ... 'kaninfabrik, næste!'". (Interventionspatient)

Nogle patienter sammenlignede denne oplevelse af ikke at være "et nummer i rækken", "en meter-vare" eller en del af en "kaninfabrik" med forløb hos deres praktiserende læge. I konsultationer hos den praktiserende læge var man i højere grad bevidst om, at der kun er kort tid afsat til konsultationen, og at der er en lang kø i venteværelset, samtidig med at lægen ikke giver indtryk af at have eller tage sig tid til patienten på samme måde som Care Manageren. En patient fremhævede endda, at oplevelsen af, at Care Manageren havde taget sig god tid, havde været en betingelse for, at denne patient havde åbnet sig for Care Manageren.

Flere interventionspatienter havde tidligere været i psykologforløb. Til sammenligning med disse psykologforløb havde forløbet hos Care Manageren været mere løsningsorienteret og med en mere ligeværdig dialog:

"At gå ved en almindelig psykolog, som bare lytter, det har jeg også prøvet. Man sidder bare og taler og fodrer hele tiden. Man føler lidt, nå, hvad skal jeg nu finde på. Det er lidt mere ping pong [med Care Manageren, red.], og det er meget behageligt, at man er lidt mere i øjenhøjde. Man får nogle indspark, og det er ikke, at man skal finde ud af løsninger, for man sad nok ikke dér, hvis man kunne regne det hele ud selv. Det er ret fedt, at der lige er nogle, der spejler lidt". (Interventionspatient)

I sondringen mellem psykologsamtaler og samtaler med Care Manageren i citatet ovenfor beskrives relationen med Care Manageren som at være mere i øjenhøjde og med en mere aktiv rolle til behandleren. Denne forskel i relationen til den primære behandler kan hænge sammen med den terapiform, som benyttes i de pågældende behandlingsforløb, men flere patienter fremhævede det som positivt, at Care Managerens måde at lytte og respondere på havde medvirket til en oplevelse af, at de lærte Care Manageren (lidt) at kende. De fik bedre fornemmelse for, hvem de sad overfor. Det bliver med andre ord en mere personlig relation, hvor de kan relatere til Care Managerens ord og, som citatet neden for viser, opleve en grundlæggende accept af sig selv og sin situation.

"Care Manageren var sådan meget lyttende og 'ja, det kan jeg godt forstå', selvom det lyder forkert at sige, for den måde, man tænker på, når man har angst, er forkert i den forstand, at... hvad skal man sige... det er ikke en hensigtsmæssig måde at tænke på. Så bliver det ikke gjort forkert [af Care Manageren, red.]. Og det er jo det, man altid har, når man har angst, det er [følelsen af, red.] at man er forkert. Så den der følelse af, at det er egentlig okay, fordi der er også andre der har det (...). Det gjorde også, at man følte sig accepteret". (Interventionspatient)

Flere patienter betonedede også, at det var et værdifuldt aspekt ved Care Manageren, når de både var lyttende og imødekomende, men også at de kunne give patienten et "los i røven" eller et "ordentligt skub". Det vil sige, at Care Manageren også udfordrede patientens verdensbillede, og herigennem "krævede" eller opfordrede patienten til at tage et initiativ. Nogle patienter gav udtryk for, at Care Manageren gerne måtte have skubbet mere på, og ingen gav udtryk for, at Care Manageren skubbede for meget.

Mens det ovenfor er beskrevet, at Care Manageren i sig selv var tillidsvækkende, gav nogle patienter også udtryk for, at de traf en aktiv beslutning om at skabe en tillidsfuld relation til Care Manageren.

De traf en beslutning om, at de ville åbne sig for at få mest muligt ud af forløbet, og det blev en væsentlig del af fortællingen om behandlingsforløbet:

"Jeg sagde bare til hende, at det gør fysisk ondt på mig at snakke om det her – men bare pres mig, så skal jeg nok. Og det gjorde Care Manageren så gennem hele forløbet – pressede mig – på sådan en virkelig nice måde, hvor det kun var ubehageligt, fordi jeg ikke kan finde ud af snakke om det". (Interventionspatient)

Den kognitive tilgang fremstår også som et element, der medvirkede til, at de fleste patienter følte sig set og hørt af en Care Manager, der var interesseret i at hjælpe. Tilgangen, hvor der tages udgangspunkt i patientens konkrete udfordringer og et arbejde med at forandre patientens tanker og handlinger i forhold til disse, gjorde det håndgribeligt, nærværende og praktisk anvendeligt som beskrevet herunder:

"Det vigtigste, jeg lærte, var at stille det op i et skema. Du har et problem! Kan du gøre noget ved det? Næ, det kan jeg ikke, så glem det! Det var sådan dét, jeg lærte. Kan jeg gøre noget ved det, hvad er det så, du kan gøre ved osv. Det synes jeg var perfekt". (Interventionspatient)

Mens flertallet af de interviewede interventionspatienter delte de positive oplevelser af deres samarbejde med Care Manageren som beskrevet ovenfor, var der enkelte, som forholdt sig mere skeptisk. De havde ikke i samme grad haft oplevelsen af, at Care Manageren var en tillidsvækkende person; havde ikke i samme grad kunne mærke personen bag Care Manageren, eller havde oplevet en Care Manager, der var ustruktureret eller forvirret. De pågældende patienter havde derfor ikke opnået følelsen af, at Care Manageren engagerede sig i dem som personer eller formåede at give dem et fokuseret og struktureret behandlingsforløb.

Kontrolpatienternes perspektiver på relationen til den primære fagperson

Kontrolpatienternes perspektiver på relationen til deres behandlere knyttede sig alt overvejende til deres egen læge. Tre kontrolpatienter var startet på forløbet hos en ukendt læge eller en læge, de kun havde kendt kort tid. Deres erfaringer peger i to retninger. For to var det en positiv oplevelse at komme hos en for dem ukendt læge. Interviewpersonerne tilskriver den positive oplevelse af lægens måde at være på som illustreret i citatet nedenfor:

"Men hun var meget sådan, virkelig obs, og hun sagde 'jamen, jeg ringer til dig i næste uge, for at høre, hvordan du har det, om du har fået en tid hos psykolog', og jeg synes virkelig, hun var... selvom vi ikke kendte hinanden, så følte jeg mig virkelig tilpas". (Kontrolpatient 1)

Den tredje patient, som havde været i kontakt med en ukendt læge, havde en mere negativ oplevelse af forløbet. Hun havde kontaktet lægen, fordi hun mistænkte, at hun var deprimeret. Som det fremgår af citatet nedenfor, oplevede hun at blive mødt af en læge, der havde afsat ti minutter til konsultationen og fordelte tiden mellem at fortælle om CC og foretage en test af, om hun var deprimeret:

"Jeg tænkte, det måske kunne være en depression, og derfor opsøgte jeg min læge. Jeg vil tro, at der var sat 10 minutter af til mig. (...) Tiden gik med at give mig det her spørgeskema – det der standardskema. (...) Og der lå jeg så lige nogle point over grænsen. (...) Altså, jeg havde jo været ret fysisk syg... det vidste han jo egentlig godt, hvis han så på sin skærm. (...) For det er jo også sådan noget, man godt kunne snakke om, for der

sidder jo den der lille usikkerhed inde i én: 'Er det nu det? Eller er det nu noget helt andet?'" (Kontrolpatient)

Som det ses af citatet ovenfor, oplevede patienten en upersonlig kontakt til lægen. Konsultationen var kort, og tiden blev brugt "skematisk" og på en måde, der ikke talte ind i patientens situation. Det personlige og hvad der for patienten syntes oplagt, nemlig belastningen fra hendes tidligere sygdomsforløb, blev ikke inddraget. Til forskel fra de to andre kontrolpatienter oplevede denne kontrolpatient således en læge, der ikke tog sig tid, ikke engagerede sig og ikke spurgte til det, patienten fandt vigtigt.

I mødet med en ny praktiserende læge eller en læge, man kun har et kortvarigt kendskab til, synes disse forskellige erfaringer netop at pege på, at det er fagpersonens tilgang, herunder tid, interesse for patientens situation og personlighed, der er udslagsgivende for, om patienten oplever relationen som positiv eller negativ.

De to sidste af de interviewede kontrolpatienter havde kendt deres praktiserende læge i mange år og havde også haft psykiske sårbarheder i mange år. De beskrev i forlængelse heraf, at lægen kendte deres situation og deres reaktionsmønstre, og hvad de havde brug for, når de stod ansigt til ansigt med en ny depression. Sammenlignet med de kontrolpatienter, der kom hos forholdsvis "ukendte læger", fremhævede disse patienter andre aspekter som vigtige i konsultationen. Eksempelvis hvad der kan beskrives som "rutinen", som det ses i citaterne herunder.

"Mig og min læge vi kender hinanden gennem de sidste 35 år. Så gik jeg op til ham og sagde, at nu havde jeg det skidt, jeg var gået ned med stress i forbindelse med mit arbejde. Så kom jeg derop og havde jo de fem minutter, som kunne udnyttes bedst muligt. Nu kender vi hinanden ret godt, så han tog en depressionstest på mig, nå, men det var ikke det jeg havde, det vidste jeg også godt (...)" (Kontrolpatient 3)

"Men nu er det efterhånden blevet sådan, at nu kan jeg mærke: så for søren, nu er vi ved at være der, hvor jeg skal til lægen, fordi jeg har det rigtig skidt. Så kommer jeg derop, og så kigger hun på mig og siger 'nå hvad så?'. Så udfylder jeg som regel den der depressionstest, for vi skal vurdere, om jeg skal starte på medicin, eller hvad skal jeg (...). Så sidder vi og snakker lidt, og så spørger hun mig: 'Sover du?'. Det er som regel noget af det første, hun spørger mig om. Og der siger jeg: 'Nej, det gør jeg jo ikke'. Hun siger 'Ja, du skal sove'. Og så får jeg et eller andet at sove på, og så får jeg en brochure". (Kontrolpatient 4)

For de to patienter er test og udlevering af brochurer om behandlingsmuligheder ikke noget, de oplever negativt, men en forventelig del af behandlingsprocessen. De beskriver ikke den praktiserende læges tilgang som uengageret, til trods for at der ikke bruges tid på udforskende samtale, men snarere som dét, den praktiserende læge formår inden for den givne tid, og det accepterer og respekterer de.

Set på tværs af de fem kontrolpatienter synes oplevelsen af standardbehandlingen således at være formet af patientens erfaringer med psykisk sårbarhed og forventninger til konsultationen med deres praktiserende læge. Det fremstår samtidig som en pointe, at det – når læge og patient ikke kender hinanden – er særligt vigtigt at afsætte god tid til konsultationerne, så lægen har mulighed for at sætte sig ind i patientens situation, og patienten opnår en oplevelse af, at lægen kender og reagerer på individuelle forhold og præferencer.

5.2 Inddragelse af patienten

I spørgeskemaet er patienterne også blevet spurgt til deres oplevelse af at have haft indflydelse på egen behandling. Tabel 5.5 viser, at 86 % og 76 % har svaret at omfanget af indflydelse på egen behandling har været passende i henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Denne forskel er ikke signifikant.

Tabel 5.5 Patienternes angivelse af, i hvilket omfang de oplever at have indflydelse på egen behandling. Angivet i procent samt antallet af besvarelser

I hvilket omfang har du indflydelse på din behandling?						
		For meget (%)	Pas-sende (%)	For lidt (%)	Ved ikke (%)	Total (%)
I hvilket omfang har du indflydelse på din behandling? (p=0,212)	Intervention	2	86	7	5	100
	Kontrol	2	76	16	6	100

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 for interventionspatienterne om der er forskelle, alt efter om man har angivet Care Manager, praktiserende læge eller psykolog som sin primære behandler. Der blev ikke fundet signifikante forskelle.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Det er desuden undersøgt, hvorvidt der er forskelle på den måde, som patienterne har besvaret spørgsmålet om patienternes køn, alder, diagnose, uddannelse, og om man har angivet at have andre samtidige diagnoser eller ej. Analyserne viser som tidligere, at der er statistisk signifikante forskelle i besvarelserne, alt efter om patienterne har angivet at have andre samtidige diagnoser. Således har patienter med andre samtidige diagnoser afgivet mindre positive besvarelser end patienter, som alene har angivet at lide af angst, depression eller samtidig angst og depression.

Enkelte af interventionspatienterne gav i interviewene udtryk for en oplevelse af, at behandlingen var for struktureret frem for tilpasset dem som individer, hvilket fortælles i det følgende citat:

"Care Manageren holdt sig bare meget til de kognitive strategier. Hun havde en hel mappe med de her trin og forskellige opgaver. Det synes jeg, hun holdt sig meget til – lidt for meget, måske. Jeg synes, det blev lidt for systematisk. Jeg sagde et eller andet, og så hev hun et papir frem, og så var det meget dét og ikke alt muligt andet. Det var ikke så meget frem og tilbage. Det kan godt være det virker for nogle...". (Interventionspatient)

Det overvejende billede var dog, at interventionspatienterne oplevede, at Care Manageren havde været lydhør over for deres tanker om behandlingen, og at de respekterede deres beslutninger, som illustreret i citatet herunder:

"Hun lyttede. Jeg fik også skemaer, når det var relevant, og jeg følte, at når hun præsenterede mig for det, så hang det sammen med noget, jeg havde sagt, som var vigtigt for mig lige nu og her. Jeg synes ikke, det virkede til, at hun var bundet af at skulle præsentere et skema for mig nu og her i forløbet. Hun lyttede, så jeg fik sgu også respons på det, jeg sagde. Jeg kunne høre, at hun havde hørt det". (Interventionspatient)

Citatet illustrerer mange patienters oplevelse af, at behandlingen var relevant for dem og blev tilpasset særligt til dem, idet Care Manageren lyttede og tog udgangspunkt i dét, patienten fortalte. På den måde oplevede mange interventionspatienter at have indflydelse på deres behandling, til

trods for at behandlingsforløbet var lagt i forholdsvis faste rammer med den kognitive adfærdsterapi. Dette blev også koblet til, at Care Manageren udviste fleksibilitet og tilpassede forløbet til patienten.

Kontrolpatienternes perspektiv på deres indflydelse på behandlingen

De interviewede kontrolpatienter beskrev ligeledes en oplevelse af, at de var inddraget i den behandling, de modtog, og også at deres praktiserende læge respekterede deres grænser. Det pointerede kontrolpatienterne eksempelvis i relation til beslutninger om medicinsk behandling, hvor kontrolpatienterne beskrev en oplevelse af, at den praktiserende læge respekterede deres ønsker.

5.3 Arbejdsfordeling og samarbejde mellem fagpersoner

De fleste interviewede interventionspatienter havde slet ikke eller kun begrænset kontakt med deres praktiserende læge under deres forløb hos Care Manageren. Her handlede kontakten med den praktiserende læge undervejs primært om medicinering og sygemeldinger. Patienter i interventionsgruppen oplevede således i lille omfang den praktiserende lægen som en aktiv del af deres CC-forløb, og der blev ikke efterlyst mere kontakt, fordi oplevelsen var, at Care Manageren dækkede deres behov for samtale og varetagelse af deres behandlingsforløb.

Care Manageren havde, jf. CC-modellen, løbende kontakt med patienternes praktiserende læge, og da Care Managerne var åbne om dette, havde patienterne i interventionsgruppen været bevidste om, at de to fagpersoner var i kontakt med hinanden for at drøfte patienternes udvikling og behandling. Langt de fleste gav udtryk for, at de var positive eller forholdt sig neutralt til Care Managers og praktiserende læges indbyrdes dialog, men enkelte patienter var mere negativt stemt. Nedenfor fremgår en oversigt over reaktioner på Care Managerens og den praktiserende læges indbyrdes dialog, som fremgik i interviewene med patienter i interventionsgruppen:

- At det var ligegyldigt for dem, fx i tillid til at fagpersonernes drøftelser var underlagt tavshedspligt.
- At det blot var 'en del af behandlingspakken' og derfor et vilkår, som de ikke reflekterede yderligere over.
- At det var rart, at de to fagpersoner drøftede patientens situation og behandling.
- At tanken om at blive talt om var ubehagelig, men dog accepteret som en del af behandlingspakken.

I forlængelse af ovenstående pointer fremhævede flere, at de via kontakten mellem Care Manager og praktiserende læge oplevede, at lægen bekymrede sig mere om dem end de i udgangspunktet troede:

*"Min læge er faktisk meget kort for hovedet og kontant, så jeg synes egentlig, at det var meget rart at høre fra min Care Manager, at min læge var bekymret (...). For det var ikke ligefrem noget, der strålede ud af min læge, når jeg talte med ham. Så i den forstand synes jeg, jeg fik mere ud af min læge via min Care Manager, end jeg ellers havde fået".
(Interventionspatient)*

Care Manageren indtog således i nogle tilfælde rollen som "oversætteren", der via sin dialog med både den praktiserende læge og patienten formidler til patienten, at lægen er engageret og interesseret i patienten. For flere patienter var det også positivt, at Care Manageren og den praktiserende læge talte sammen om deres forløb, fordi dette mindskede ansvaret, og i nogles tilfælde oplevelsen af byrden ved at skulle informere den praktiserende læge om sin tilstand:

"Jeg havde ikke så stor tiltro til, at lægen kunne bidrage med så meget efter den der første gang, men det der med, at min Care Manager ligesom tjekkede ind hos lægerne, det følte jeg egentligt løftede noget fra mig (...). Min Care Manager kunne jo huske, hvad vi havde snakket om, så jeg følte egentlig, at det var mere relevant, at det var hende, der havde kontakten. Det gjorde det mindre stressfyldt for mig (...) ... så det var egentlig rart, at jeg slap for det". (Interventionspatient)

For nogle af de interviewede patienter i interventionsgruppen blev det oplevet som en byrde at skulle informere den praktiserende læge, fordi det var hårdt at fortælle og ikke mindst gentage fortællingen om ens situation, særligt hvis patienten fx ikke oplevede den praktiserende læge som forstående eller oplevede, at lægen ikke havde tid til at lytte. For patienten citeret ovenfor handlede lettelsen over, at Care Manageren overtog kontakten til den praktiserende læge, også om en forskellig relation til henholdsvis Care Manageren og den praktiserende læge. Den løbende kontakt og den gode kemi, hun oplevede med Care Manageren, gjorde, at hun var tryk ved at tale med hende om sin situation. En sådan relation og tillid havde hun ikke til den praktiserende læge, og tanken om at skulle tale med lægen om sin situation virkede stressende.

Nogle patienter havde oplevet, at Care Manageren og den praktiserende læge havde samarbejdet for at hjælpe dem med at få tilkendt de rette ydelser fra systemet, fx sygedagpenge, og havde igen nemt dette fællesskab oplevet en stærk støtte. Det beskrives i citatet herunder:

"Den kommunale sagsbehandler syntes bare, at jeg var så piv-rask (...). Det synes jeg lidt var en mavepuster. Der skulle jeg op til min læge igen. Jeg ringede til min Care Manager og spurgte, om hun ikke ville skrive til den her sagsbehandler. Så sagde Care Manageren, at hun alligevel skulle mødes med min læge. Og da jeg skulle mødes med Care Manageren, sagde hun, at de havde prøvet at ringe derind, og at de begge to var meget rystede over den behandling, jeg havde fået, og jeg fik brev fra dem begge to. Det var sygedagpengesystemet så bedøvende ligeglade med. Men fra dem, der var der i hvert fald opbakning". (Interventionspatient)

Mens patienten citeret ovenfor oplevede den praktiserende læge og Care Manageren som et hold, der kæmpede for hende, oplevede andre patienter, at forventningen om at have et hold bag sig ikke til fulde blev indfriet. Som det kan læses af citatet herunder, forsvandt følelsen for denne patient, fordi vedkommende alene var i kontakt med Care Manageren og ikke oplevede et udbytte af en kontakt mellem Care Manageren og den praktiserende læge:

"Jeg tror egentlig, at det var en af de ting, som tiltalte mig ved projektet i starten – dét, at det ligesom blev fremlagt, at du har en Care Manager, som er din primære person, men du har faktisk et helt team, som på en eller anden måde ligger bag det her. (...) Det her med, at der er etableret et sikkerhedsnet, og derfor ville jeg ikke have haft noget imod, at min Care Manager havde haft mere med min læge at gøre. At de havde snakket mere sammen og samarbejdet mere. For jeg tror, jeg tabte følelsen af, at der var et netværk og en bredere vifte af kompetencer bag, fordi jeg pludselig bare havde kontakt med min Care Manager". (Interventionspatient)

Endelig var tanken om, at andre drøfter én, grænseoverskridende for nogle patienter, sådan som det illustreres i citatet herunder.

Men jeg kan godt finde ud af at sige 'fuck det' og tage det [samarbejdet mellem praktiserende læge og Care Manageren, red.] med som en del af pakkelsen. Men jeg havde

det sådan, at fordi jeg ikke kan lide at snakke om mig selv, så kan jeg heller ikke lide at andre snakker om det, de så ved om mig". (Interventionspatient)

For denne "type" patient lå det grænseoverskridende i selve tanken om at blive drøftet. Patienten accepterede det som et vilkår ved behandlingen, men beskrev fx ikke at kunne se eller have oplevet, at det bidrog til et bedre forløb eller lignende.

De interviewede kontrolpatienter beskrev ikke et samarbejde mellem forskellige fagpersoner, hvilket antageligt kan forklares med, at de ikke havde to samarbejdende aktører inde over deres forløb.

5.4 Opsamling

75 % af interventionspatienterne havde primært kontakt med deres Care Manager, mens 60 % af kontrolpatienterne primært var i kontakt med den praktiserende læge og 40 % med en psykolog. I spørgeskemaundersøgelsen er interventionspatienternes oplevelse af relationen til behandlere signifikant mere positiv på flere parametre end kontrolpatienternes. Det omfatter behandlernes evne til at lytte til og forstå deres problemer, deres interesse i at hjælpe patienten, oplevelsen af gensidig respekt og tillid, og hvorvidt patienterne kunne forstå måden, som behandleren ville arbejde med problemerne på, samt om patienterne var enige i den. Patienternes oplevelse af relationen til behandleren er på næsten alle parametre påvirket negativt, hvis patienten har flere samtidige psykiske diagnoser. At patienter med flere samtidige diagnoser ud over angst og/eller depression vurderer disse parametre dårligere end patienter alene med angst og/eller depression, virker umiddelbart forståeligt. Dels fordi de alt andet lige må antages at være mere belastede end dem, der kun har én diagnose at forhold sig til, dels fordi CC-behandlingsforløbet ikke er tilpasset de øvrige diagnoser.

De interviewede interventionspatienter bekræftede billedet af stor tilfredshed med relationen til behandleren. De oplevede Care Manageren, som havde gjort en god indsats for at forstå deres problemer og forstod, hvilken hjælp de havde brug for, var interesserede i at hjælpe og lyttede til dem, ligesom de oplevede gensidig respekt. Tilliden til Care Manageren var et særligt fremtrædende aspekt af interventionspatienternes fortælling. Care Manageren var generelt meget tillidsvækkende, blev beskrevet som rolige, tryghedsskabende, fleksible, forstående, troværdige og livserfarne. Patienterne fremhæver desuden en personlig og tilpasset tilgang til tilrettelæggelsen af behandlingsforløbet, og at de følte sig imødekommet og lyttet til.

Den løbende kontakt mellem Care Manageren og den praktiserende læge forbindes med flere positive aspekter, herunder at:

- man slipper for at skulle genfortælle den samme historie
- Care Manageren kan fungere som brobygger i de tilfælde, hvor relationen mellem patient og læge ikke er helt tryk
- patienten oplever, at deres læge interesserer sig og bekymrer sig for dem
- der er et hold bag patienterne, som arbejder for dem.

Enkelte interventionspatienter brød sig ikke om tanken om, at Care Manager og praktiserende læge drøftede deres situation, hvilket bundede i forbeholdet over, at selve tanken om at blive drøftet uden at være tilstede var ubehagelig. Kontrolpatienterne beskrev ikke samarbejdet mellem fagpersonerne, formentlig fordi de primært har været i kontakt med én behandler ad gangen.

6 Tilfredshed og oplevet udbytte af behandlingen

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 (mindst mulig score er 8, og højest mulige score er 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 CC-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 CC-forløbene har bidraget til patienternes hverdag og evne til at mestre deres sygdom. Denne analyse er fremstillet i afsnit 6.2.

6.1 Resultater fra spørgeskemaet

Patienterne i både interventionsgruppen og kontrolgruppen har samlet set scoret meget højt på det samlede patienttilfredsheds mål CSQ-8. Den gennemsnitlige score er 27 for interventionsgruppen, og for kontrolgruppen er den gennemsnitlige samlede score 22 (se Tabel 6.1). Til sammenligning har patienterne i et australsk studie blandt patienter med depressive symptomer, hvor man har afprøvet forskellige internetbaserede behandlingstilgange, scoret samlet set 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 6.1 Samlet score på Client Satisfaction Questionnaire 8-item, CSQ-8.

Variable		Gennemsnit	Min.-maks. score	Standard afvigelse	Antal (n)
Sum CSQ8 *** (p=0,000)	Intervention	27	9-32	4,87	305
	Kontrol	22	8-32	5,53	50

Note: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,001$, *** $p \leq 0,0001$.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Forskellen i CSQ-8 score for patienter, som har været en del af Collabri-projektet, og patienter, som har indgået i kontrolgruppen, er statistisk signifikant. Denne forskel genfindes også, når man ser på de enkelte spørgsmål, som indgår i CSQ-8. Dette fremgår af Tabel 6.2, som viser patienternes besvarelser på i alt otte spørgsmål, som tilsammen udgør CSQ-8. Det er således en generel tendens, at interventionsgruppen har svaret mere positiv end kontrolgruppen på alle otte spørgsmål.

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

Tabel 6.2 Respondenternes vurdering af den modtagne behandling. Spørgsmålene udgør de enkelte items, som indgår i CSQ-8. Procent og samlet antal

Respondenternes vurdering af den modtagne behandling		Bedst mulige vurdering (%)			Dårligst mulige vurdering (%)	Total (%)	Antal (n)
		4)	3)	2)	1)		
Hvad synes du om kvaliteten af den behandling, du har fået? *** (p=0,000)	Intervention	46	40	9	4	100	303
	Kontrol	12	48	24	16	100	50
Har du fået den behandling, du ønskede? ** (p=0,007)	Intervention	39	50	8	3	100	303
	Kontrol	18	58	16	8	100	50
I hvor høj grad har behandlingen opfyldt dine behov? *** (p=0,000)	Intervention	30	55	13	2	100	303
	Kontrol	12	54	22	12	100	50
Ville du anbefale behandlingen til en ven med samme problemer? *** (p=0,000)	Intervention	56	32	4	7	100	303
	Kontrol	18	46	28	8	100	50
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp? *** (p=0,000)	Intervention	57	35	5	4	100	303
	Kontrol	26	48	12	14	100	50
Har behandlingen hjulpet dig til bedre at kunne løse dine problemer? *** (p=0,000)	Intervention	60	33	6	1	100	303
	Kontrol	28	46	24	2	100	50
Alt i alt, hvor tilfreds er du med den hjælp du har fået? *** (p=0,000)	Intervention	61	29	7	3	100	303
	Kontrol	26	52	14	8	100	50
Hvis du skulle søge hjælp en anden gang, ville du så søge samme behandling? *** (p=0,000)	Intervention	44	39	12	5	100	303
	Kontrol	12	52	24	12	100	50

Note: * p≤0,05, ** p≤0,001, ***≤0,0001.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

Analyserne viser ingen forskelle, hvad angår det samlede CSQ-8 mål eller de enkelte CSQ-8 spørgsmål afhængig af køn, aldersgrupper, uddannelsesbaggrunde, eller set i forhold til om patienterne har været i behandling for henholdsvis angst, depression eller begge diagnoser/symptomer på begge diagnoser. Dette gælder både for patienter i interventions- og kontrolgruppen. Derimod finder vi både på enkelte CSQ-8 spørgsmål og den samlede CSQ-8 score signifikante forskelle i patienternes vurdering af den modtagne behandling, afhængig af om patientgruppen henholdsvis har angivet eller ikke har angivet at have andre samtidige diagnoser. Dette gælder både interventions- og kontrolgruppen.

Tabel 6.3 illustrerer den signifikante forskel på det CSQ-8 mål blandt patienter, som henholdsvis har og ikke har angivet øvrige lidelser, fordelt på henholdsvis kontrol- og interventionsgruppe.

Tabel 6.3 Samlet SCQ-8 score fordelt på, om respondenterne har andre samtidige psykiske lidelser eller ej

	Har flere psykiatriske diagnoser	Har ikke andre diagnosticerede psykiske lidelser end angst/depression
Interventionsgruppe	23,1	27,1
Kontrolgruppe	19,3	23,0

Note: Forskellen på samlet CSQ-8 score er signifikant med en p-værdi på 0,004.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Hovedstaden.

6.2 Interviewpersonernes oplevelse

Gennem de foregående afsnit har der tegnet sig et billede af, at interventionspatienterne er meget tilfredse med CC-behandlingsforløbet, og dette afspejles også i interviewpersonernes direkte svar på, om de er tilfredse med behandlingen. De oplever, at de har fået det bedre, og at de har fået redskaber til at håndtere deres psykiske sårbarheder med. Disse redskaber bærer nogle af dem med sig i tankerne, men de findes også i fysisk form og kan derfor tages i anvendelse ved behov. Patienterne beskriver bl.a. at have opnået ny selvforståelse; et overblik, der gør, at de kan håndtere deres udfordringer, og at have fået en god dosis sund fornuft, som de kan arbejde med sig selv i forhold til. Flertallet siger klart, at de vil anbefale forløbet til andre i en lignende situation.

Kontrolpatienternes tilfredshed og oplevet udbytte

De interviewede kontrolpatienter gav også udtryk for, at de havde oplevet en bedring. Deres tilfredshed med forløbet syntes dog at variere i forhold til oplevelsen af relationen til den praktiserende læge. Et dårligt kendskab til den praktiserende læge kombineret med korte konsultationer, der ikke blev oplevet som indlevede, synes at være associeret med lav tilfredshed. Patienter, der havde kendt deres praktiserende læge længe og havde erfaringer med dennes behandling af deres psykiske sårbarhed, syntes at være tilfredse med behandlingen, selvom konsultationerne var korte, og kontrolpatienterne oplevede, at lægens indlevelse var begrænset. Læge og patient trak i stedet på et fælles erfaringsgrundlag, som formede patienternes forventninger til behandlingen og dermed kunne indfries. De kontrolpatienter, der var meget tilfredse med deres behandling, var dem, der havde en ung relation til deres praktiserende læge og samtidig oplevede en engageret læge, der afsatte tid til konsultationerne og praktiserede en mellemmenneskelig tilgang.

6.3 Opsamling

Interventionspatienterne svarede markant mere positivt på alle tilfredshedsspørgsmålene end kontrolpatienterne. Interventionspatienternes samlede score på CSQ-8 skalaen er høj (27, hvor den højeste mulige score er 32), og signifikant højere end kontrolpatienternes samlede score på 22. Patienter, der har angivet at have flere diagnosticerede psykiske sygdomme, havde desuden en signifikant lavere samlet tilfredshedsscore på CSQ-8 scoren.

Interventionspatienterne oplevede at have fået det bedre, og at de havde fået redskaber til at håndtere deres psykiske sårbarheder med. De beskrev bl.a., at have opnået ny selvforståelse og fået redskaber til at håndtere deres konkrete udfordringer, som de kunne bruge i arbejdet med egne tanker og handlemønstre.

De interviewede kontrolpatienter gav ligeledes udtryk for at være tilfredse med deres behandlingsforløb, idet de også havde oplevet en bedring. Deres tilfredshed med forløbet synes dog at variere i forhold til oplevelsen af relationen til praktiserende læge.

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 2: Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af patienter med angst og depression i Region Sjælland*, 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.

- 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