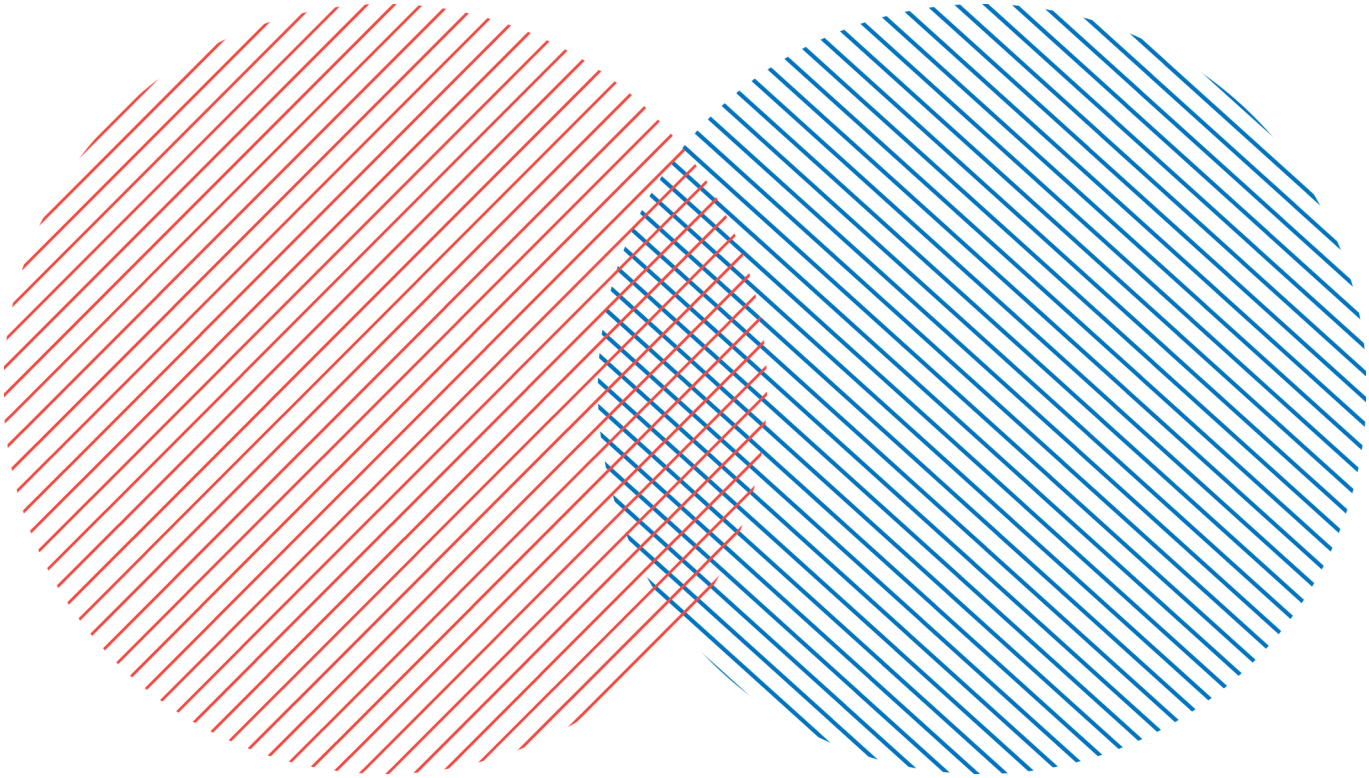
DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD



Bilagsrapport 3

Patienters oplevelse af Collaborative Care

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

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

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

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-74-4

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

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

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, som de har gennemlevet.

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

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2018

Indhold

Læsevejledning 5

1 Sammenfatning og konklusion 6

2 Introduktion til undersøgelsen 9
- 2.1 Collaborative Care i Region Midtjylland 9
- 2.2 Undersøgelsens design og metode 11
- 2.3 Patienter, der deltog i undersøgelsen 12

3 Behandlingsforløbets opstart 15
- 3.1 Den indledende kontakt og beslutningen om at deltage i et CC-forløb 15
- 3.2 Ventetiden til behandlingsstart 17
- 3.3 Opsamling 17

4 Behandlingsforløb og -tilgang 19
- 4.1 Behandlingens omfang og afslutning 19
- 4.2 Behandlingstilgangen 20
- 4.3 Pårørendeinddragelse 23
- 4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet 23
- 4.5 Opsamling 24

5 Patientens kontakt til fagpersoner og fagpersoners indbyrdes samarbejde 26
- 5.1 Relation til fagpersoner 26
- 5.2 Patientens indflydelse på egen behandling 29
- 5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner 30
- 5.4 Opsamling 31

6 Patienternes tilfredshed og det oplevede udbytte af behandlingen 32
- 6.1 Udbytte og tilfredshed målt via Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) 32
- 6.2 Interviewpersonernes oplevelse 34
- 6.3 Opsamling 35

Litteratur 37

Læsevejledning

Denne bilagsrapport består af seks kapitler:

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

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

I *kapitel 3* præsenteres patienternes perspektiver på opstart.

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

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

Kapitel 6 præsenterer patienternes tilfredshed og oplevede udbytte af behandlingen.

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

1 Sammenfatning og konklusion

Denne bilagsrapport præsenterer undersøgelsen af patienters perspektiv på behandlingsmodellen Collaborative Care i Region Midtjylland. Collaborative Care 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 de praktiserende læger og Care Managers.

Formålet med undersøgelsen er:

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

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

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

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

Konklusion

Undersøgelsen viser overordnet, at patienterne er tilfredse med den måde, som Collaborative Care er organiseret på, herunder forløbets struktur, behandlingstilgangen og samarbejdet med de tilknyttede fagpersoner.

I Region Midtjylland har en del af forløbet været organiseret som et gruppeforløb, hvor patienterne i mindre grupper har modtaget psykoedukation og haft mulighed for at dele erfaringer med de tilbudte redskaber til håndtering af deres psykiske lidelser. Indledningsvist gav det anledning til forbehold blandt nogle patienter, fx fordi de ikke ønskede at dele meget private forhold med fremmede, men efterfølgende fremhæver langt de fleste patienter, at gruppeforløbene var et positivt element i behandlingsforløbet.

Undersøgelsen viser desuden, at patienterne i Region Midtjylland har oplevet et højt udbytte af Collaborative Care.

Oplevelsen af forløbets indhold og struktur

De fleste patienter vurderer, at omfanget og rammerne for behandlingsforløbet har været passende. En gruppe patienter giver dog udtryk for et ønske om flere gruppesamtaler, fordi det tog tid at gøre

deltagerne trygge, og de ikke fik så meget ud af de første undervisningsgange, men til gengæld et stort udbytte af de sidste undervisningsgange.

Patienterne i undersøgelsen gav udtryk for forskellige perspektiver på behandlingsforløbets afslutning. En gruppe patienter gav udtryk for, at de var klar til at stå på egne ben ved forløbets afslutning, mens en anden gruppe fandt, at det var gået for hurtigt, og at afslutningssamtalen havde karakter af en kort status. Flere patienter beskrev, at patientforløbet blev afsluttet med en opfordring fra deres praktiserende læge om at henvende sig igen ved behov, men flere patienter havde for dårlig tilgængelighed og tidsmangel hos egen læge og havde derfor ikke stor tillid til dette tilbud. Derfor var der også patienter, som efterspurgte mulighed for en mere gradvis afslutning – fx i form af én eller flere opfølgningssamtaler med Care Manager i månederne efter endt forløb.

Patienterne i undersøgelsen havde generelt en oplevelse af at have fået et bedre indblik i deres egen sygdom og bedre mulighed for at håndtere den. Patienterne fremhævede særligt de forklaringer, som de havde fået af deres Care Manager, og de erfaringer, som de havde haft mulighed for at dele med andre i gruppeforløbene, som positive elementer. For en del patienter havde deltagelsen i Collaborative Care-forløbet medvirket til, at de havde indvilliget i at starte medicinsk behandling. For disse patienter var tid, lydhørhed og respekt omkring overvejelserne væsentlige for oplevelsen af et godt og ordentligt forløb.

Patientens relation til behandlere, pårørende og andre deltagere i gruppeforløb

Patienterne i undersøgelsen fremhæver relationerne til de primære behandlere og andre patienter som to centrale elementer i et godt forløb med et godt udbytte. Collaborative Care-forløbet – og det at være tilknyttet en erfaren Care Manager – fremstår i den forbindelse som en kilde til gode relationer, et meningsfuldt forløb og et godt udbytte for det store flertal af patienter.

For mange patienter var mødet med en erfaren Care Manager positivt, og oplevelsen af, at en faglig kompetent og omsorgsfuld person lytter, forstår og giver sparring, fremstod for mange som et vigtigt element i behandlingsforløbet. Desuden har størstedelen af patienterne angivet, at de i passende grad har været medinddraget i beslutninger relateret til deres forløb, hvilket har bidraget til, at forløbet løbende er tilpasset deres behov og kunnen.

Deltagelsen i gruppeforløb fremstår som en kilde til relationer med ligesindede i samme situation og et godt udbytte. Denne erkendelse har overrasket mange af de interviewede patienter, fordi de i udgangspunktet var skeptiske over for at skulle deltage i gruppesamtaler. Imidlertid er der ingen af de interviewede, der beskriver gruppeforløbet som en negativ oplevelse. I stedet nævnes mange eksempler på, at samtalerne i gruppen har givet mulighed for at spejle sig i andres situation, inspirere hinanden, samt at der kan være en god synergi i at veksle mellem individuelle og gruppebaserede samtaler.

Tilfredshed og udbytte

Tilfredshed og udbytte blev i spørgeskemaundersøgelsen målt via det validerede spørgeskema CSQ-8. Her besvarer patienterne otte spørgsmål, og på baggrund af besvarelserne udregnes en samlet score mellem 8 og 32. I Region Midtjylland er den samlede gennemsnitlige CSQ-8 score lig 26 og er således høj, også sammenlignet med andre undersøgelser. Der er gennemført separate analyser, som viser, at køn, alder og diagnoser ikke er forbundet med signifikante forskelle på patienternes besvarelser. Der er dog en konsekvent tendens til, at patienter, der angiver at lide af både angst og depression, svarer en smule mere negativt end resten af patienterne. Denne relativt lille gruppe af respondenter er også kendetegnet ved at have angivet en dårligere relation til behandle-

ren end de øvrige respondenter. Desuden svarer de typisk negativt på spørgsmål om, hvorvidt behandleren forstod patientens problem, og hvorvidt patienten kunne forstå den måde, som behandleren ville arbejde med deres problemer på. Det fremgår endvidere, at de patienter, som er mindst tilfredse med den modtagne behandling, i højere grad angiver, at sygdommen for tiden fylder meget i deres hverdag, end det gælder for respondenterne samlet set. Resultaterne indikerer, at det er vigtigt at være opmærksom på de patienter, der er hårdest belastede af sygdom/flere samtidige diagnoser – også i forhold til at vurdere, om deres situation kræver mere sammensatte og længerevarende behandlingsforløb, end Collaborative Care er designet til.

Interviewene bekræftede, at patienterne generelt oplever et godt udbytte af Collaborative Care-forløbet. Øget sygdomserkendelse og sygdomshåndtering var det emne, der fyldte mest i interviewene. Det fremgik således, at undervisningsforløbet og samtalerne med Care Manageren har givet mange patienter et mere realistisk billede af deres sygdom og øget viden om egen sygdom og symptomer. Heri ligger både en viden om sygdommen generelt, hvordan sygdommen manifesterer sig hos den enkelte, og hvilke symptomer den enkelte patient skal være opmærksom på og handle på. Denne viden blev opfattet som brugbar i forhold til at leve med en sygdom, som for mange formentlig aldrig forsvinder helt, og havde også givet disse patienter en forståelse af, at det er vigtigt at lære at håndtere perioder eller situationer, hvor sygdommen viser sig. Endvidere nævnte mange, at de som følge af forløbet havde oplevet en bedring i deres sygdomsbillede, hvilket nogle tilskrev den medicinske behandling, de havde indvilliget i at starte på som led i forløbet.

2 Introduktion til undersøgelsen

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

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

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

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

I denne bilagsrapport er hovedvægten lagt på at præsentere resultaterne af delundersøgelsen i Region Midtjylland. Der er desuden udarbejdet en tværgående rapport[1], som samler resultaterne fra alle fire delundersøgelser. Her fremgår også en udførlig beskrivelse af CC 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 CC, som Region Midtjylland har valgt at organisere sig efter, til de anvendte metoder, og hvilke patienter der indgik i denne delundersøgelse.

2.1 Collaborative Care i Region Midtjylland

CC er en behandlingsmodel for patienter med let til middelsvær depression eller angst, panikangst og social fobi 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). Collaborative Care er allerede afprøvet i USA og England med gode resultater(Richards et al. 2013, Archer et al. 2012, Coventry et al. 2015), og i forskningsprojektet Collabri (Projekt Collabri[2]) afprøves en model for CC tilpasset til danske forhold. Den anvendte model i Region Midtjylland beskrives i det følgende.

Organisering og tilknyttede fagpersoner

Et CC-forløb er i Region Midtjylland struktureret som et tidsafgrænset behandlingsforløb bestående af samtaler ud fra en kognitiv-terapeutisk referenceramme og medicinsk behandling. Den kognitive

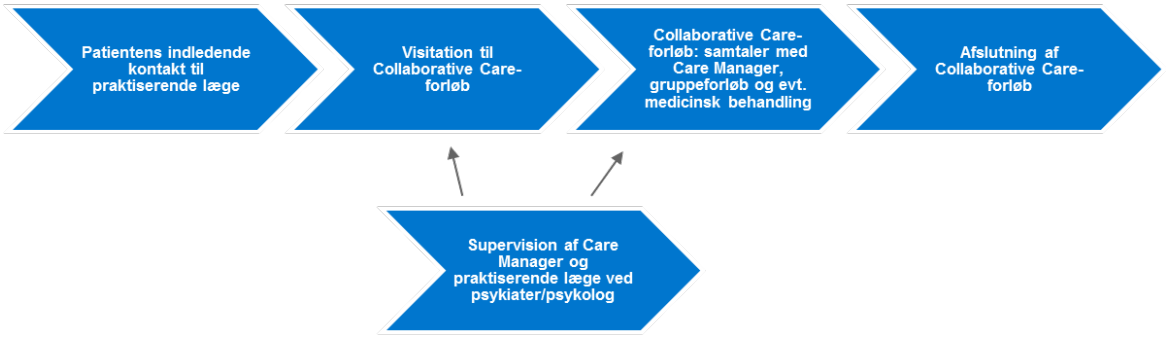
[1] Madsen, M.H., Buch, M.S., Petersen, A., Wiuff, M.B., Wulff, J. & Skovbo Rasmussen, P. 2018, *Patientersoplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til patienter med angst og depression,* VIVE, København

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

behandling gennemføres af en såkaldt Care Manager, og den praktiserende læge har ansvaret for den medicinske behandling. I Region Midtjylland er en del af CC-forløbet endvidere organiseret som et gruppeforløb, hvor patienter modtager psykoedukation. Gruppeforløbet er særligt for Region Midtjylland, idet et CC-forløb i alle andre regioner er tilrettelagt som et individuelt forløb. Se Figur 2.1 for en grafisk fremstilling af behandlingsforløbet.

I Region Midtjylland er 50 praktiserende læger tilknyttet projektet, og der er tilknyttet 6 sygeplejersker (Care Managers) med erfaring og kompetencer inden for psykiatri og kognitiv terapi. Care Managers varetager CC-forløbene i samarbejde med de praktiserende læger. Desuden er der tilknyttet to psykiatere og to psykologer, der varetager henholdsvis supervision af de praktiserende læger og Care Managers samt dele af den gruppebaserede undervisning.

Figur 2.1 Et Collaborative Care-forløb



Visitation

I Region Midtjylland visiteres patienter til et CC-forløb på baggrund af en indledende kontakt til deres egen praktiserende læge. Målgruppen for behandlingsindsatsen er patienter med let til moderat depression eller angst. Visitation til et CC-forløb varetages af praktiserende læge med afsæt i projektets inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår af nedenstående Tabel 2.1. Hvis patienten ønsker at indgå i et CC-forløb, afholdes der en fælles konsultation med deltagelse af patienten, den praktiserende læge og Care Manageren. I forbindelse med den fælles konsultation udarbejdes en individuel behandlingsplan.

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

Inklusionskriterier
▪ 18+ år
▪ Dansktalende
▪ Let til middelsvær depression og angst (herunder panikangst og social fobi)
Eksklusionskriterier
▪ Opfylder ikke inklusionskriterier
▪ Psykose, mani eller svær personlighedsforstyrrelse
▪ Suicidal
▪ Demens
▪ Aktuelt afhængighedssyndrom
▪ Igangværende psykiatrisk behandling

Kilde: Skriftligt materiale om Collaborative Care i Region Midtjylland

Behandlingsforløbet

Et CC-forløb varer op til 14 uger og består af flere delelementer. I Region Midtjylland gennemføres en del af forløbet – til forskel fra de andre tre regioner – som gruppebaserede forløb, hvor patienter samles i grupper på op til 8 deltagere og modtager psykoeducation i et forløb over seks gange. Parallelt med gruppeforløbet gennemføres individuelle samtaler med den tilknyttede Care Manager. De pårørende inviteres altid til at deltage i én af gruppeseancerne, ligesom en fastholdelseskonsulent fra jobcenteret deltager i én af gruppeseancerne.

Den praktiserende læge og Care Manageren har i fællesskab ansvar for overholdelse af de givne retningslinjer, behandlingsplanen og eventuel monitorering af behandlingen. Endelig har den praktiserende læge behandlingsansvaret for medicinsk behandling og diagnostik.

Efter endt forløb afsluttes patienten enten helt, eller der træffes beslutning om viderehenvisning til anden udredning eller behandling.

2.2 Undersøgelsens design og metode

Undersøgelsen af patienternes perspektiv på CC udgør én delanalyse i et større forsknings- og evalueringsprojekt, 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 Psykiatri[3] og evalueres i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis[4] og VIVE[5].

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 af 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). I Region Midtjylland er spørgeskemaer fremsendt til patienterne pr. e-mail, således at de har besvaret et elektronisk skema efter behandlingsforløbets afslutning[6].

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 forløbet[7].

---

3 Region Hovedstadens Psykiatri er desuden ansvarlig for effektanalysen.
4 Ansvarlig for organisationsanalysen.
5 Ansvarlig for analysen af patientoplevet udbytte og den sundhedsøkonomiske analyse.
6 En mere udførlig beskrivelse af spørgeskemaets konstruktion og indhold kan læses hovedrapportens afsnit 3.1.
7 En mere udførlig beskrivelse af interviewenes tilrettelæggelse og indhold kan læses i hovedrapportens afsnit 3.2.

2.3 Patienter, der deltog i undersøgelsen

I dette afsnit fremgår oplysninger om, hvilke patienter der indgik i undersøgelsen i Region Midtdjylland. Her fremgår bl.a. de deltagende patienters køn, alder og sygdomsstatus, hvilket giver en overordnet karakteristik af de deltagende patienter. Hvad angår spørgeskemabesvarelserne 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

Samlet set har 74 patienter i Region Midtjylland besvaret spørgeskemaet i undersøgelsen. Dette antal besvarelser svarer til en svarprocent på ca. 60 %, men svarprocenten skal tages med det forbehold, at ikke alle udsendte e-mails med spørgeskemaer er nået frem til modtager. I de tilfælde, hvor e-mailen er kommet retur med fejlmeddelelse, er denne fraregnet i svarprocenten.

Køn, alder og samlivsstatus

Tabel 2.2 viser baggrundsdata for patienter, der har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen i Region Midtjylland. Af tabellen fremgår det, at 72 % af de deltagende patienter er kvinder, og 28 % er mænd. Patienterne i denne del af undersøgelsen ligger i aldersspændet 19-75 år, hvoraf de største andele befinder sig i aldersgrupperne 21-30 år (41 %) og 31-40 år (20 %). Det fremgår endvidere, at 72 % bor sammen med en anden voksen.

Tabel 2.2 Baggrundsdata for respondenter i undersøgelsen, Region Midtjylland

		Antal	Procent
Køn	Kvinde	53	72
	Mand	21	28
	Total	**74**	**100**
Alder	<20 år	2	3
	21-30 år	30	41
	31-40 år	15	20
	41-50 år	11	15
	51-60 år	9	12
	61-70 år	3	4
	>70 år	4	5
	Total	**74**	**100**
Bor sammen med andre voksne	Ja	53	72
	Nej	21	28
	Total	**74**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

Uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning

I spørgeskemaundersøgelsen er patienterne blevet spurgt ind til højest afsluttede uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning. Af Tabel 2.3 fremgår, at patienterne fordeler sig bredt hvad angår uddannelsesniveau – med studentereksamen samt mellem- og lang videregående uddannelse som de tre største kategorier, der tilsammen udgør 69 % af patienterne.

I forhold til arbejdsmarkedstilknytning fremgår det endvidere, at 28 % af de deltagende patienter fortsat er under uddannelse, at 13 % er pensionister, at 24 % er arbejdsløse, sygemeldte eller på barsel, samt at de resterende 35 % er i arbejde.

Tabel 2.3 Uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning for respondenter i undersøgelsen, Region Midtjylland

		Antal	Procent
Uddannelse	Folkeskole	5	7
	Studenter eller hf-eksamen	18	24
	Specialarbejder-/lærlinge-/elevuddannelse	4	5
	Anden uddannelse	8	11
	Kort videregående uddannelse	6	8
	Mellemlang videregående uddannelse	19	26
	Lang videregående uddannelse	14	19
	Total	**74**	**100**
Arbejdsmarkeds-tilknytning	Alderspensionist eller efterlønsmodtager	6	8
	Anden stilling	3	4
	Under uddannelse	21	28
	Ansat i offentlig/privat virksomhed	17	23
	Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering	6	9
	Førtidspensionist/kontanthjælp/bistandshjælp	4	5
	Langtidssyg	10	14
	Leder i offentlig/privat virksomhed	3	4
	På barsel	1	1
	Selvstændig erhvervsdrivende	3	4
	Total	**74**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

Sygdomsstatus og -historik

Af Tabel 2.4 fremgår patienternes angivelse af egne diagnoser, herunder om de lider af anden psykisk lidelse end angst og depression. Det fremgår, at 21 % af de deltagende patienter angiver at have en angstdiagnose, mens 29 % angiver at have en depressionsdiagnose. Det fremgår samtidig, at halvdelen af patienterne angiver at have både en angst- og depressionsdiagnose. Endvidere har 14 % angivet, at de har en diagnosticeret psykisk lidelse ud over den, de er i behandling for i regi af CC. Diagnoserne for disse patienter fordeler sig således, at 4 % angiver autisme, 5 % angiver OCD, 2 % angiver stress, mens de resterende 2 % er uoplyste.

Tabel 2.4 Patienternes angivelse af egen diagnose

		Antal	Procent
Diagnose	Angst	15	21
	Depression	20	29
	Angst og depression	35	50
	Total	**70**	**100**
Øvrige lidelser	Ja	10	14
	Nej	62	86
	Total	**72**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

På spørgsmålet om, hvor længe patienterne har haft en psykisk lidelse eller symptomer på en sådan, fremgår det, at kun 3 % svarer under 1 år, mens 36 % svarer 1-4 år (jf. Tabel 2.5). De resterende 61 % har altså haft en psykisk lidelse eller symptomer på en sådan i mere end 4 år.

Tabel 2.5 viser også, at henholdsvis 28 % og 32 % angiver, at deres psykiske lidelse fylder temmelig meget eller en del. 7 % angiver at den psykiske lidelse fylder det hele. De resterende 39 % af de deltagende patienter angiver heroverfor, at deres psykiske lidelse fylder stadigt mindre eller utroligt lidt.

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

		Antal	Procent
Hvor længe har du haft en form for psykisk lidelse/symptomer på en psykisk lidelse?	Under 1år	2	3
	1-4 år	21	36
	4-7 år	8	14
	7-10 år	12	20
	Over 10 år	16	27
	Total	**59**	**100**
Hvor meget fylder det netop nu i din opfattelse af dig selv, at du har en psykisk lidelse?	Det fylder det hele	5	7
	Det fylder temmelig meget	21	28
	Det fylder en del	24	32
	Det fylder stadig mindre	19	25
	Det fylder utrolig lidt nu	5	7
	Total	**74**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

2.3.2 Patienterne i interviewundersøgelsen

14 patienter deltog i fokusgruppeinterview og 3 via telefoninterview, da de ikke havde mulighed for at deltage i et af de planlagte fokusgruppeinterview. Interviewdeltagerne er rekrutteret af Care Manager og praktiserende læger, som har informeret om interviewundersøgelsen og indhentet informeret samtykke på vegne af VIVE. Grupperne er sammensat ud fra et ønske om, at deltagerne så vidt muligt repræsenterer begge køn, samt en blanding af de diagnoser, der arbejdes med i CC-indsatsen. Fordeling af køn og diagnose blandt de interviewede kan ses i Tabel 2.6.

Tabel 2.6 Fordeling og beskrivelse af patienter i de tre gruppeinterview

Interview	Antal patienter	Køn	Diagnoser
1 - gruppe	2	1 mand 1 kvinde	Blandet angst og depression
2 - gruppe	7	4 mænd 3 kvinder	Angst
3 - gruppe	5	1 mand 4 kvinder	Blandet angst og depression
4 - telefon	1	1 kvinde	Angst
5 - telefon	1	1 mand	Angst
I alt	16	7 mænd 9 kvinder	

Kilde: Interview- og spørgeskemadata, Region Midtjylland.

3 Behandlingsforløbets opstart

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

3.1 Den indledende kontakt og beslutningen om at deltage i et CC-forløb

For samtlige af de interviewede patienter gælder det, at de er blevet introduceret til CC-forløbet via deres praktiserende læge. Flere patienter fortalte, at de havde haft en længere historie med psykisk lidelse og symptomer, som de havde været i løbende kontakt med deres praktiserende læge om. To patienter fortalte således også, at anledningen til kontakten med den praktiserende læge var pludselig opblussen af symptomer på en kendt sygdom. I begge tilfælde var CC blevet foreslået som et muligt behandlingsforløb i en samtale med lægen.

Hvis patienten accepterede at gå videre med CC, bookede lægen denne til en indledende samtale med en Care Manager. Patienterne fortalte om forskelligt indhold af det første møde med Care Manageren: enten a) nærmere introduktion til forløbets indhold (antal konsultationer, psykoeducation, forløb m.m.) og patientens endelige beslutning, eller b) samtale om patientens problemer og tilrettelæggelse af behandlingsplan, eventuelt kombineret med en diagnostisk test. Flere patienter fortæller, at den praktiserende læge også var med til første møde med Care Manageren, og at det gav mulighed for at justere den medicinske behandling med det samme.

Patienterne begrundede deres deltagelse i et CC-forløb med flere forhold. Flere patienter fremhævede, at de valgte CC på baggrund af det indhold og den tilgang, som de blev præsenteret for i samtalen med deres praktiserende læge. For nogle patienter var det vigtigt at undgå medicin eller i det mindste afprøve andre muligheder, før de blev tilbudt medicinsk behandling. Her var CC en mulighed for at starte behandlingsforløbet et andet sted:

> *"Jeg var faktisk rigtig bange for, at hun ville give mig piller. For mange år siden var jeg ved læge, hvor jeg så fik nogle piller. Men så tilbød hun det her." (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 3)*

En patient fortalte omvendt, at han henvendte sig til sin praktiserende læge med et udtalt ønske om medicinsk behandling, bl.a. fordi han havde dårlige erfaringer med terapi fra et psykologforløb, som ikke havde haft mærkbar effekt. Grunden til, at han alligevel valgte at deltage i et CC-forløb, var, at gruppeformen og muligheden for at komme til at tale med ligesindede virkede som et nyt og appellerende alternativ. Andre patienter fremhævede også gruppeformen som et positivt delelement, hvor samtalen med ligesindede kunne erstatte samtalen med psykolog:

> *"Jeg er en meget åben person, så det at skulle snakke med andre hjælper mig meget. Det var også det, vi snakkede om. Jeg sagde også til ham [lægen], at hvis jeg kunne få en psykolog til at starte på, så ville det hjælpe mig meget. Jeg er altid blevet tilbudt piller, og det vil jeg ikke ud i, når jeg ved, at jeg kan blive rask ved at snakke mig ud af det". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 3)*

Endelig nævnte nogle patienter, at de – uanset hvad de havde forsøgt tidligere – var tiltrukket af, at forløbet ville fokusere på undervisning i faktuelle forhold omkring deres sygdom og konkrete værktøjer til at håndtere den. Tidligere forløb har altså for nogle patienter medvirket til at forme et sæt af ønsker, som CC har matchet.

Nogle patienter beskrev tilliden til den praktiserende læges anbefaling som en begrundelse for at gå med i et CC-forløb. Patienterne beskrev overvejende en god relation til deres læge og tillid til, at lægens forslag og anbefalinger var i orden. Nogle patienter fortalte, at de havde skiftet læge, da de ikke oplevede, at den tidligere læge tog dem og deres symptomer alvorligt, hvilket står i kontrast til deres nye læge, som har reageret på deres henvendelse med det samme. En patient beskrev fx, at han ved første henvendelse havde det så skidt, at han ikke så anden udvej end at følge lægens anbefaling, og at han i øvrigt havde tillid til, at hans lægen vidste bedst i den situation. Følelsen af afmagt blev også beskrevet af en anden patient, som fortalte, at han ville have sagt ja til hvad som helst og altså primært begrunder valget af CC med, at det var det, som lægen tilbød på det pågældende tidspunkt:

> *"Jeg tænkte: 'Giv mig alle de tilbud, der er. Jeg skal ikke have det sådan her'. Så der var ikke så meget filter, det var bare 'Det gør vi'". (Deltager i gruppeforløb, Fokusgruppe 1)*

En patient fortalte, at hans pårørende havde krævet af ham, at han skulle modtage mere end blot medicinsk behandling. Denne patient fortalte, at tilbuddet om CC af den grund var velkomment, men at det også tiltalte ham, at der var fokus på undervisning i egen sygdom.

Endelig beskriver nogle patienter, at det var praktisk overskueligt at deltage, herunder at det var gratis i modsætning til et forløb hos en psykolog, og at det foregik i patienternes nærområde.

3.1.1 Forbehold for deltagelse

Selvom samtlige interviewdeltagere havde accepteret at deltage i et CC–forløb, beskrev nogle af dem også, at de havde haft forbehold for modellen. Særligt gruppeforløbet havde givet anledning til modstand. En patient beskrev, hvordan hun først havde reageret med vrede, fordi hun havde tolket valget af gruppeforløb som en spareøvelse og havde kun takket ja til tilbuddet, fordi der også var et individuelt forløb tilknyttet. Samme patient beskrev også en fordom mod gruppeforløb, som medvirkede til, at CC-forløbet ikke umiddelbart havde tiltalt hende:

> *"Så jeg var meget negativ omkring det i starten og tænkte også, at det her gruppeforløb ville blive som et AA-møde, hvor man sidder i en cirkel og fortæller historier". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 3)*

Denne fordom går igen hos flere af de interviewede patienter på tværs af interview, hvor der også fortælles om en bekymring for, om man ville komme til at møde naboer, arbejdsrelationer e.l. i grupperne, når nu de var organiseret lokalt i patienternes nærområde. I forhold til dette forbehold havde Care Manageren haft en vigtig rolle som den, der skabte tryghed omkring gruppeforløbet ved at overbevise patienten om, at der var fortrolighed i gruppen, og at alle var i samme situation.

3.1.2 Information om behandlingsforløbet fra den praktiserende læge

De gennemførte interview tegner ikke noget konsistent billede af, hvilken information patienterne har fået af deres praktiserende læge. Nogle fortalte, at deres læge kort havde fortalt om forløbets delelementer og fremhævet den tilknyttede Care Manager som en dygtig fagperson. Én fortalte, at hun havde fået en informationspjece og var glad for det, fordi hun så ikke følte sig presset til at tage

en beslutning med det samme. Andre beskrev, hvordan forløbets detaljer først var blevet introduceret for dem ved det første møde med Care Manageren. På spørgsmålet om, hvorvidt der var noget, de kunne have ønsket anderledes i introduktionen til behandlingsforløbet, blev det i den ene fokusgruppe fremhævet, at det er vigtigt, at det af introduktionen tydeligt fremgår, at der er tale om et gruppebaseret *undervisningsforløb*. Det er vigtigt, fordi det at skulle indgå i et gruppeforløb kan være en barriere for deltagelse, hvis man tror, at det kræver meget aktiv deltagelse:

> *"Jeg ville gerne have haft, at det virkelig blev tydeliggjort, at det var et undervisningsforløb i gruppen, at der blev fokuseret på det. Som angstlidende ville det måske have givet mig noget ro, at det blev mere skoleagtigt, i stedet for at man nødvendigvis skulle være på". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 3)*

Denne patient har – som citatet antyder – en oplevelse af, at undervisningselementet ikke er blevet tilstrækkeligt fremhævet. Andre patienter beskriver, at informationen var meget tydelig i den introduktion, de fik fra deres praktiserende læge, og medvirkende til deres beslutning om at deltage i et forløb.

3.2 Ventetiden til behandlingsstart

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at patienterne i gennemsnit ventede i 4,2 uger på at komme til samtale efter henvendelse hos egen læge for symptomer på angst/depression. I alt angiver 89 % af patienterne, at de synes, at ventetiden til behandlingsforløbets opstart var acceptabel, mens 5 % ikke fandt ventetiden acceptabel. De respondenter, der oplevede ventetiden som acceptabel, ventede i gennemsnit 3 uger på at komme til samtale, og respondenter, der oplevede den som uacceptabel, ventede i gennemsnit 12 uger.

Den korte ventetid og oplevelsen af, at ventetiden er acceptabel, er også afspejlet i interviewene. Patienterne beskriver således generelt en kort ventetid, hvilket for mange var en del af motivationen for at deltage i CC. Flere fortæller således, at der gik få dage, fra de havde accepteret at deltage i et CC-forløb, til de havde første samtale med Care Manageren. Efter et par individuelle samtaler med Care Manageren begyndte gruppeforløbet. En enkelt interviewdeltager fortalte, at hun først havde første samtale med Care Manageren efter et halvt år, men at det var efter eget ønske, hvilket illustrerer, at ventetiden til behandlingsstart – i nogle tilfælde – kan være udtryk for en fleksibel tilpasning til patientens behov.

3.3 Opsamling

Alle patienter er informeret om og visiteret til CC-forløbet af deres egen læge. Det fremgår, at de fleste patienter kendte deres læge godt i forvejen, samt at de i overensstemmelse med resultaterne fra spørgeskemaet havde en længerevarende historik med psykiske problemer. Det fremgår i forlængelse heraf, at relationen til egen læge – og den tillid, der er opbygget over tid – for mange patienter har stor betydning for deres beslutning om at tage imod CC-forløbet. Patienterne har således generelt stor tillid til deres læges anbefaling om at indgå i et CC-forløb.

Samtidig har CC-forløbet for mange patienter repræsenteret en positiv mulighed for at prøve noget nyt kombineret med et gratis tilbud med kort ventetid til behandlingsstart. For nogen var deltagelse i et CC-forløb endvidere en mulighed for at forsøge at håndtere deres situation uden at starte i medicinsk behandling.

Denne eneste barriere for deltagelse i et CC-forløb er gruppesamtalerne. En del patienter havde fordomme over for at deltage i gruppesamtaler, ligesom det også er informationen om dette element, der primært fremhæves som mangelfuld i den introduktion, de fik til CC af egen læge.

Den gennemsnitlige ventetid fra første henvendelse hos egen læge til opstart af CC-forløb har været 4,2 uger, hvilket beskrives som en acceptabel ventetid af patienter i både spørgeskema og interview. Det fremgår desuden tydeligt, at kort ventetid er en vigtig motivationsfaktor for patienternes deltagelse i CC-forløb.

4 Behandlingsforløb og -tilgang

Dette kapitel omhandler patienternes perspektiv på behandlingsforløbets struktur og omfang samt behandlingstilgangen i form af individuelle samtaler med Care Manager, medicinsk behandling og gruppeforløbet. Endelig beskrives patienternes perspektiv på behandlingsforløbets afslutning. Kapitlet er både baseret på spørgeskemadata og interviewmateriale, dog med den undtagelse, at patienterne kun har forholdt sig til gruppeforløbet og den kognitive del af behandlingen i interviewene.

4.1 Behandlingens omfang og afslutning

Det fremgår af spørgeskemabesvarelserne (tabel ikke gengivet), at patienterne i gennemsnit har haft 10,8 behandlingsgange. Tabel 4.1 undersøger patienternes tilfredshed med omfanget af den behandling, de har fået i deres CC-forløb. Det fremgår, at stort set alle patienter (92 %) vurderer at være meget tilfredse eller nogenlunde tilfredse med omfanget af behandlingen, mens kun er 8 % har valgt de negative svarkategorier.

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

Respondenternes vurdering af den modtagne behandling	Meget tilfreds	Nogenlunde tilfreds	Ligeglad /lidt utilfreds	Ret utilfreds	Total i procent	Antal
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	58	24	4	4	100	74

Note: Dette spørgsmål indgår også i CSQ-8 scoren og rapporteres således også i kapitel 6.
Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

I tråd med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen fortalte patienterne i interviewundersøgelsen, at behandlingsforløbet havde et omfang af ca. 12 mødegange i alt – 6 gange i gruppeforløbet og 6 individuelle samtaler med deres Care Manager. Interviewpatienterne beskrev typisk et forløb, hvor de er startet med individuelle samtaler med Care Manageren og siden er begyndt i gruppeforløbet. Gruppeforløbet fandt sted på faste ugentlige dage, mens de individuelle samtaler foregik mere ad hoc og efter behov.

Patienterne i interviewundersøgelsen havde forskellige vurderinger af, om behandlingsforløbets omfang var passende. Nogle patienter gav udtryk for, at omfanget var passende og havde gjort dem i stand til at gå videre med andre behandlingsformer. Andre patienter ville gerne have haft et længere forløb. Blandt dem, som gerne ville have haft et længere forløb, fortalte nogle, at de værktøjer, de havde lært, *"ikke havde sat sig helt fast"*, og at de fortsat havde brug for hjælp til at blive holdt fast i at bruge redskaberne, tænke anderledes m.m.

Nogle patienter beskrev, hvordan de havde en oplevelse af, at det havde taget lang tid at få skabt tillid og en god dynamik i grupperne, og at der havde været meget stille i lokalet i den første halvdel af gruppeforløbet. De sidste gange havde været langt bedre, og derfor udtrykte de pågældende patienter et ønske om, at især gruppeforløbet var længere. Gruppeforløbet, som kun findes i Region Midtjylland, fremstår derfor som en væsentlig årsag til, at en del af patienterne efterspørger et længere forløb.

4.2 Behandlingstilgangen

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

4.2.1 Information om sygdom og behandling

En del af CC-forløbet 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 4.2 fremgår det, at 69 % har vurderet, at de *'I høj grad'* har fået den information om deres sygdom og behandling, som de havde brug for, mens 29 % svarer *'i nogen grad'*.

Tabel 4.2 Patienternes vurdering af den information, de har modtaget om sygdom og behandling. Procent og samlet antal

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Total	Antal
Har du fået de informationer om din sygdom og behandling, som du har brug for?	69	29	1	1	100	74

Kilde: Spørgeskemadata fra Region Midtjylland.

Tilfredsheden med informationsniveauet er også afspejlet blandt deltagerne i interviewundersøgelsen, der generelt oplever, at de har fået et bedre indblik i deres egen sygdom – og ikke mindst i, hvad de kan gøre for at undgå, at den blusser op. Her fremhæver de særligt de forklaringer, som de har fået af deres Care Manager, og de erfaringer, de har haft mulighed for at dele i gruppeforløbene med andre, der har været i lignende situationer som dem selv – i form af positive elementer.

4.2.2 Medicinsk behandling

Medicinsk behandling indgår som en vigtig del af CC-forløbet for flere af patienterne i undersøgelsen. Tabel 4.3 præsenterer patienternes oplevelse af, om praksispersonalet eller Care Manageren har fulgt op på deres medicinske behandling.

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

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke	Total	Antal
Har praksispersonalet/Care Manager fulgt op på din medicinske behandling (fx omkring virkning og bivirkninger)?	48	12	30	10	100	74

Kilde: Spørgeskemadata fra Region Midtjylland.

Det fremgår at 60 % af patienterne vurderer, at der i høj- nogen grad følges op på deres medicinske behandling, mens 40 % har angivet, at dette kun sker i mindre grad eller slet ikke[8].

I interviewene var der flere forskellige fortællinger om, hvordan dialog om opstart og opfølgning på medicinsk behandling var foregået. For nogle patienter havde der været et tydeligt fokus på medicinsk behandling i den første samtale med Care Manager og praktiserende læge; for andre blev det taget op undervejs, og for nogen var det slet ikke på tale. Det havde i nogle tilfælde ført til en strategi, hvor patienten først blev tilbudt medicin for dermed at gøre dem i stand til at deltage i behandlingsforløbet. Flere patienter beskrev desuden forløb, hvor medicinsk behandling blev foreslået, men at der var respekt omkring patientens ønske om ikke at tage medicin. Én patient beskrev dog, hvordan hun havde oplevet at blive presset til at tage medicin, og at der var blevet spurgt til det hver eneste gang, hun havde været til en samtale med Care Manager eller læge. Andre patienter fortæller, at de var skeptiske over for medicinsk behandling, men at de efter samtalen med Care Manageren gik med til at afprøve medicin i en periode.

Interviewdeltagernes forskellige perspektiver og overvejelser omkring medicin afspejler, at det for mange er et stort skridt at forholde sig til/begynde at tage medicin. Derfor er det vigtigt for dem, at der er lydhørhed, forståelse og tid til at forholde sig til deres tvivl og overvejelser, hvilket de fleste som nævnt ovenfor har oplevet. Det fremgår samtidig, at de interviewpersoner, der var startet med medicin, generelt forholdt sig positivt til behandlernes opfølgning på behandlingen. Undtagelsen var to patienter, der oplevede, at det tog for lang tid at justere deres medicin til et passende niveau, fordi deres praktiserende læge og den tilknyttede psykiater efter patienternes vurdering var startet (for) forsigtigt med en lav dosis. Patienternes oplevelse understreger vigtigheden af at have tid til at snakke om bivirkninger, fremgangsmåde etc. ved opstart af medicin.

4.2.3 Deltagelse i et gruppeforløb

En del patienter var i udgangspunktet kritiske over for at skulle deltage i et gruppeforløb. Denne modstand bundede i (se også afsnit 3.1):

- En bekymring for om, man ville møde personer, man kendte i forvejen, og man ikke ønskede at dele sine problemer med.
- En fordom mod gruppeforløb som et sted, ”hvor man sidder i en cirkel og fortæller historier.”
- En bekymring/angst for, om man skulle være ’på’.

Denne bekymring til trods beskriver ingen de interviewede patienter gruppeforløbet som noget negativt. Tværtimod har det for mange været værdifuldt at opleve, at andre havde forløb og oplevelser som de selv. Det gav mulighed for at spejle sig i andres problemer og blive bekræftet i, at andre har det på samme måde:

> *”Jeg tror, jeg fandt ud af, at der også var andre unge mennesker, som havde det lidt på samme måde. Halvdelen var unge mennesker, og det var egentlig meget rart at se”.*

Nogle patienter fortæller, at de havde drøftet mange af de samme symptomer og reaktionsmønstre både i gruppeforløbene og i de individuelle samtaler med Care Manageren, men at det gav en anden indsigt i egen sygdom at høre andres historier. Samspillet i gruppen havde også givet mulighed for

[8] 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.

at inspirere hinanden til måder at håndtere konkrete situationer på og identificere nogle af forvarslerne (fx hovedpine eller ondt i maven) for opblussen af deres lidelse – og dermed en bedre mulighed for at reagere i tide:

> *"Ironisk nok, så har jeg, ved at fokusere på andre end mig selv, fået mere fokus på, hvad jeg selv skal arbejde med. Det er meget banalt sagt, men det er egentlig rigtigt. Det er fedt at få fokus væk fra sin egen lidelse engang imellem".*

Gruppeforløbet har således for nogle af de interviewede patienter givet mulighed for at spejle sig i andre i lignende situationer og dermed inspireret til nye handlemønstre og ikke mindst givet en følelse af ikke at være alene.

Et af de redskaber, som flere af patienterne i interviewet fremhævede fra gruppeforløbet, var 'Forebyggelsesplanen'. Forebyggelsesplanen er et dokument, hvor patienten beskriver de situationer, som er belastende og får sygdommen til at blusse op, samt konkrete handlemåder som patienten kan gøre brug af i fremtiden med henblik på at forebygge, at sygdommen blusser op. Det har for nogle patienter givet et overblik, som de ikke har haft før og en ro i forhold til at vide, hvad man skal være opmærksom på, og hvad man skal gøre for at passe på sig selv. Nogle patienter gav også udtryk for, at de havde brugt forebyggelsesplanen til at forklare deres pårørende, hvorfor de var nødt til at sige fra over for nogle ting, og hvilke advarselssignaler de skal være opmærksomme på. Andre beskrev, hvordan forebyggelsesplanen havde været brugbar netop i en gruppesammenhæng, fordi det gav et indblik i andres situation, som man så kunne spejle sig i og lade sig inspirere af; hvilke symptomer man skal være opmærksom på, og hvad der er med til at få sygdommen til at blusse op.

Én patient oplevede, at forebyggelsesplanen kom på banen for sent, da den kunne have givet et brugbart overblik langt tidligere. Til det anførte andre, at forebyggelsesplanen var kulminationen på de ting, de havde lært i forløbet, og de redskaber de havde øvet sig i, og at det derfor ikke ville være muligt at lave forebyggelsesplanen før til sidst i forløbet. I tråd hermed anførte nogle patienter, at der var sat for lidt tid af til forebyggelsesplanen, og at den var blevet for overfladisk.

Patienterne i interviewene beskrev generelt grupperne som meget heterogene, både hvad angik diagnoser og aldersspænd. Nogle oplevede dette som en fordel, fordi det tvang dem til at forklare andre, hvordan de havde det og sætte ord på deres problemer:

> *"Der var en, som ikke havde nogen form for angst. Han havde udelukkende depression, og der skulle jeg så forklare ham, hvad angst er. Hvis man ikke har angst, kan det være meget svært at sætte sig ind i, hvad det er. Og ved at skulle forklare det til nogen, som ikke har nogen anelse om, hvad det er, man sidder i, så bliver man også tvunget til at bruge nogle andre ord eller forklare det på en anden måde, end hvis begge er indforstået med, hvordan angsten er i ens hverdag."*

En anden patient fortalte, at hun var blevet flyttet til en anden gruppe, der passede bedre i forhold til hendes sygdomsbillede og alder, og en tredje patient havde oplevet heterogeniteten i gruppen som en barriere, fordi niveauet for undervisningen skulle tilpasses til *"laveste fællesnævner"*. Denne ulempe blev også beskrevet af andre patienter, som havde oplevet, at der nogle gange blev taget emner op eller undervist i sygdomme, som kun var relevante for få i gruppen.

Endelig beskrev en patient, hvordan det skriftlige materiale til gruppeforløbet havde været omfangsrigt, men at det ikke var blevet brugt i undervisningen. Det var derfor svært efterfølgende at orientere sig i det skriftlige materiale, hvis man havde brug for at genopfriske noget af det, man havde lært. Det gav i denne fokusgruppe anledning til en snak om, hvorvidt man kunne anvende videosekvenser

med undervisningsmateriale i stedet for som en mere tilgængelig måde at introducere noget af den 'teori', som blev introduceret mundtligt i undervisningen. Til det mente nogle, at det ville lægge et unødigt pres i forhold til forberedelse, og at man i det hele taget skulle være forsigtig med at kræve for meget forberedelse, da det nemt kan blive for uoverkommeligt.

4.3 Pårørendeinddragelse

I spørgeskemaet er patienterne blevet spurgt til pårørendes inddragelse i behandlingen. Som det ses af Tabel 4.4 nedenfor, oplevede 72 % af patienterne, at deres pårørende blev inddraget i passende grad i deres behandling. Svarene siger imidlertid ikke noget om graden af de pårørendes inddragelse, men alene om det har været det rette niveau. Vurderingen 'passende' kan således dække over en høj såvel som en lav grad af inddragelse. Hertil kommer, at en mindre andel har svaret *'For lidt'* eller *'Ved ikke'*. Hvad dette 'Ved ikke' dækker over, er ikke muligt at vurdere, men den generelle tendens iblandt respondenterne viser en tilfredshed med pårørendes inddragelse i behandlingen.

Tabel 4.4 Patienternes vurdering af pårørendes inddragelse i behandlingen (procent og samlet antal)

	For meget	Passende	For lidt	Ved ikke	Procent	Antal
I hvilket omfang er dine pårørende blevet inddraget i din behandling?	1	72	14	13	100	74

Kilde: Spørgeskemadata fra Region Midtjylland.

Af interviewene fremgår det, at det har været en planlagt del af gruppeforløbene at tage pårørende med, men at det langt fra er alle patienter, der har benyttet sig af det. Det samme gælder de individuelle forløb, hvor nogle, men langt fra alle, har aftalt med Care Manageren, at deres pårørende deltog. De, der inddrog deres pårørende, beskriver det som et godt tiltag, da deres pårørende også fik mulighed for at høre om de pågældende sygdomme fra en fagperson. Nogle patienter fortalte også, at det var en mulighed for fortælle de pårørende, hvordan de har haft det, og hvordan de pårørende kan hjælpe til at forebygge, at sygdommen blusser op – og håndtere de situationer, hvor symptomerne viser sig. Heroverfor fremgik det imidlertid også, at det for en del patienter opleves som et stort skridt at inddrage deres pårørende aktivt i behandlingen. Samtidig fremgår, at der er reelle forbehold over for dette – fx i relation til overvejelser omkring den pårørendes belastning, parathed og nogle gange ønsket om at skærme sig selv fra den pårørende. Dialog, respekt og tid til at 'processe' beslutningen om en eventuel inddragelse fremstår således som et vigtigt element i relation til pårørendeinddragelse.

4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet

Interviewpatienterne fortæller gennemgående, at den praktiserende læge også deltog i det sidste møde med Care Manageren. Her beskrev Care Manager og patient, hvordan patienten havde det efter behandlingsforløbet; eventuelt hvordan patientens forebyggelsesplan så ud, og hvordan det videre behandlingsforløb skulle se ud. Ved dette møde udfyldte patienten også typisk en diagnostisk test for at se, hvor langt patienten havde rykket sig i forløbet. Nogle patienter fortalte, at det var en meget kort snak om status, hvor andre havde en klar fornemmelse af, at de var blevet godt overleveret og også havde fået tid til at tale med deres praktiserende læge om det fremtidige forløb.

Flere af de interviewede patienter fortalte, at de gerne ville have fortsat forløbet ud over de ca. 6 gange, der var afsat til samtaler med Care Manageren. To patienter fremhævede, at forløbet er så kort, at de ikke havde fået tid til at bearbejde det, de havde lært i forløbet, og at de var bekymrede for at få et tilbagefald og ikke have nogen fast fagperson til at hjælpe dem ovenpå igen. Én patient fortalte, at hun ikke følte, at hun var klar til afslutte forløbet på det tidspunkt, hvor forløbet var slut, men at hun havde fået oplevelsen af, at det ikke kunne ændres. Andre beskrev, hvordan de havde oplevet det som en meget brat afslutning fra at være i jævnlig kontakt med Care Manageren til at være overladt til sig selv:

> *"Nu har vi snakket med hende mere end gang om ugen. Så er det lige pludselig ikke sådan længere". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppeinterview 3)*

Disse patienter udtrykte et ønske om, at de kunne få en samtale med deres Care Manager – enten alene eller i gruppen – et par måneder, efter forløbet var afsluttet som en sikkerhed for, at de ikke igen blev overladt til sig selv, eller som en mulighed for at få genopfrisket gode tankemønstre og redskaber. På samme måde efterlyste flere patienter flere undervisningsgange i gruppeforløbet. Dels fordi det i de pågældende patienters grupper havde taget tid at komme godt i gang, dels fordi gruppen var afsluttet netop på det tidspunkt, hvor der var opstået en god gruppedynamik. Flere af patienterne fortalte, at deres praktiserende læge havde tilbudt dem, at de altid kunne ringe, hvis de havde behov, hvilket var et tilbud, som blev mødt med skepsis, da de ikke oplevede, at den praktiserende læge havde tid til tage en samtale med dem med kort varsel. En patient fortalte dog, at hun havde lavet en aftale med sin læge om en konsultation og på den måde havde sikkerhed for en opfølgende samtale.

Blandt de patienter, der deltog i interview, gav nogle imidlertid også udtryk for, at de var klar til at stå på egne ben efter behandlingsforløbets afslutning og ikke havde noget ønske om opfølgende samtaler.

4.5 Opsamling

Det fremgår, at patienterne langt overvejende forholder sig positivt til de temaer, der undersøgt i forbindelse med CC-forløbets behandlingsindsats.

De fleste patienter vurderer, at omfanget af behandlingsforløbet har været passende. De patienter, der vurderer, at forløbet burde have været længere, begrunder først og fremmest dette med et ønske om flere samtaler i gruppeforløbet. Årsagen er, at det tog tid at gøre deltagerne trygge, hvorfor de ikke fik så meget ud af de første undervisningsgange. Til gengæld oplevede disse patienter et stort udbytte af de sidste undervisningsgange, hvorfor de gerne ville have haft flere samtaler.

Afslutningen på forløbet var for nogle patienter forbundet med usikkerhed, fordi de ikke følte sig ordentligt afsluttet og var bekymrede for at være overladt til sig selv uden løbende kontakt til en fagperson. Erfaringen med dårlig tilgængelighed og tidsmangel hos deres egen læge medvirkede også til en efterspørgsel efter mulighed for en mere gradvis afslutning, fx i form af opfølgningssamtaler med Care Manager i månederne efter endt forløb. Andre patienter var klar til at stå på egne ben eller vurderede, at de havde fået det nødvendige skub i retning af at kunne deltage i andre behandlingsforløb.

Et stort flertal af patienterne angiver, at den information, de har fået om sygdom og behandling, er tilfredsstillende. Det fremgår således, at deltagerne generelt oplever, at de har fået et bedre indblik i deres egen sygdom, og hvad de kan gøre for at undgå, at den blusser op. Her fremhæver de

særligt de forklaringer, som de har fået af deres Care Manager, og de erfaringer, de har haft mulighed for at dele i gruppeforløbene med andre, der har været i lignende situationer som dem selv – som positive elementer. De fordomme og bekymringer ved at indgå i gruppeforløb, der er beskrevet i kapitel 3, er således for langt de fleste blevet vendt til en positiv oplevelse.

Interviewdeltagerne har forskellige perspektiver på forløbet omkring opstart og opfølgning på medicinsk behandling. Det går imidlertid igen på tværs af perspektiver, at beslutningen omkring opstart af medicinsk behandling for mange er en svær beslutning, hvorfor det er vigtigt, at der er tid, lydhørhed og respekt omkring de overvejelser, som den enkelte patient gør sig. Det fremgår endvidere, at patienterne generelt vurderer, at disse elementer har været til stede i CC-forløbet, samt at det for nogle har været udslagsgivende for, at de har indvilliget i at prøve medicinsk behandling.

Inddragelse af patient og pårørende

Ni ud af ti patienter oplever, at graden af medinddragelse i CC-forløbet har været passende. For de interviewede patienter har oplevelsen af at være medinddraget bl.a. handlet om, at forløbet og aftalerne for dette løbende er tilpasset deres behov og kunnen.

Syv af ti oplever det samme, hvad angår pårørendeinddragelse, og oplevelsen hos de patienter der har haft pårørende aktivt med i forløbet, er langt overvejende positiv. Det fremgår dog også, at en mindre andel oplever, at de pårørende ikke har været inddraget nok, ligesom det fremgår af interview, at de pårørende ikke har deltaget så meget i gruppe- og individuelle samtaler, som der var lagt op til i CC-forløbet. Det fremgår i forlængelse heraf, at der for en del patienter er reelle forbehold over for aktiv involvering af pårørende, fx i relation til overvejelser omkring den pårørendes belastning, parathed og nogle gange ønsket om at skærme sig selv fra den pårørende. Dialog, respekt og tid til at 'processe' beslutningen om en eventuel inddragelse fremstår således som et vigtigt element i relation til pårørendeinddragelse.

5 Patientens kontakt til fagpersoner og fagpersoners indbyrdes samarbejde

Dette kapitel handler om patienternes oplevelse af deres kontakt til de primære behandlere, arbejdsdelingen mellem fagpersoner og inddragelse af pårørende. Kapitlet er på samme måde som det foregående kapitel baseret både på interviewmateriale og spørgeskemadata.

5.1 Relation til fagpersoner

I Region Midtjylland har patienterne været i et CC-forløb med primær kontakt til enten egen læge (89 %) eller Care Manager (91 %) (se Tabel 5.1). En betydelig del af patienterne har også angivet at være i kontakt med en psykolog (31 %).

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

	Antal	Procent
Egen læge	67	89
Psykiatrisk sygeplejerske/Care Manager	68	91
Lægesekretær	13	17
Sygeplejerske hos egen læge	6	8
Psykolog	23	31
Psykiater	4	5
Andet personale	5	7

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

Et væsentligt element i et CC-forløb er relationen og samarbejdet mellem patient og fagperson. I det følgende adresserer vi dette element via patienternes oplevelse af, hvor interesseret den primære fagperson har været i at hjælpe, om der har været gensidig tillid og respekt mellem patient og primær fagperson, og om behandleren har været i stand til at lytte til og forstå patientens problemer. Tabel 5.2 nedenfor viser en generel positiv oplevelse af disse aspekter af patienternes relation til deres behandler, idet 78 % angiver, at deres behandler har været *'Meget interesseret'* i at hjælpe; 76 % at der *'Helt sikkert'* har været gensidig respekt og tillid, og 89 % har svaret, at behandleren har været enten *'Fremragende'* eller *'God'* til at lytte og forstå de problemer, patienten havde.

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

	Patienternes vurdering af relation til behandleren					
	Meget interesseret	**Interesseret**	**Lidt uinteresseret**	**Meget uinteresseret**	**Procent**	**Antal**
Tænk på den person, du har arbejdet tættest med i forløbet. Hvor interesseret har den person været i at hjælpe dig?	78	20	1	1	100	73
	Helt sikkert	**Ja, stort set**	**Egentlig ikke**	**Slet ikke**	**Procent**	**Antal**
Har der været gensidig respekt og tillid mellem dig og personen?	76	24	0	0	100	74
	Fremragende	**God**	**Nogenlunde**	**Ringe**	**Total**	**Antal**
Hvordan har personen være til at lytte og forstå dine problemer?	48	41	10	1	100	73

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

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

Care Manageren er en ny fagperson i patienternes liv, og interviewene bidrager yderligere til at belyse, hvad der har været udslagsgivende for en god og tillidsfuld relation. Her beskriver nogle patienter, at den tillidsfulde relation starter hos dem selv, idet deres egen sygdomserkendelse er afgørende for. om de går helhjertet ind i samarbejdet med Care Manageren:

> *Når man erkender [at man har brug for hjælp] og søger hjælp, er man også bare nødt til at gå ind og starte med at have fuld tillid til den, der sidder der. Ellers bliver det noget juks. Så kan tilliden godt blive brudt, eller der kan være dårlig kemi, men så er man bare heldig, hvis det ikke sker (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppeinterview 2).*

Dette citat peger også på 'kemien' mellem patient og behandler, som et forhold, der skal være til stede for at sikre en god relation. Dette bekræftes af andre patienter i interviewene, som også henviser til at den gode relation er *"personbåret"* og afhængig af om patient og behandler "*falder i hak"*. En patient fortalte endda, at han formentlig ikke havde gennemført behandlingsforløbet, hvis kemien med Care Manageren havde været dårlig.

Behandlerens faglighed og erfaring blev også fremhævet i interviewene. Nogle patienter fremhæver, at det var tillidsvækkende, at deres Care Manager havde været ansat i psykiatrien i mange år, hvor andre fremhævede Care Managerens faglige forståelse af deres sygdom, og dermed evne til at være en kompetent sparringspartner i behandlingsforløbet:

> *"Jeg oplever også, at det er en person som kan se en og måske også se lidt igennem en. De kan se nogle ting, som man måske ikke lige selv har set. De har øje for sygdommen og ved, hvad det handler om". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 2)*

Endelig fremhæves Care Managerens ageren som et grundlag for en god relation, herunder at Care Manageren er imødekommende og omsorgsfuld ved det første møde, og senere i forløbet at patienterne oplever et oprigtigt ønske om, at Care Manageren vil hjælpe dem.

Behandlerens forståelse for patientens situation

En del af en positiv oplevelse af et godt behandlingsforløb er sammenhæng mellem forståelsen af patientens problem/situation og den behandling, der gives for at lindre patientens situation. Patienterne blev derfor spurgt, om de oplevede, at personalet tilknyttet deres behandling 1) forstod deres problemer, og 2) de forstod, hvilken form for hjælp patienten havde brug for.

Tabel 5.3 vidner om en høj grad af indlevelse og forståelse fra behandlernes side. Stort set alle patienter (95 %) vurderer fagpersonernes indsats for at forstå deres problemer som *'Fremragende'* eller *'God'*. En anelse lavere vurderes forståelsen hos personalet, hvor 83 % har angivet, at egen læge/psykiatrisygeplejerske *'Helt bestemt'* forstod, hvilken form for hjælp de havde brug for, mens 17 % svarede *'Slet ikke'.*

Tabel 5.3 Patienternes oplevelse af den primære behandlers forståelse for deres situation (Procent og samlet antal)

	Patienternes oplevelse af fagpersonernes forståelse for deres situation					
	Fremragende	**God**	**Nogenlunde**	**Ringe**	**Total**	**Antal**
Hvordan var den indsats, som personalet i lægepraksis/Care Manager gjorde for at forstå de problemer, du kom med?	53	42	4	1	100	74
	Helt bestemt	**Kun delvist**	**Ikke helt**	**Slet ikke**	**Total**	**Antal**
Forstod personalet i lægepraksis /Care Manager, hvilken form for hjælp du havde brug for?	76	7	17	0	100	74

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

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

Tabel 5.4 Patienternes oplevelse behandlernes måde at arbejde med problemerne på (Procent og samlet antal)

	Patienternes forståelse af og enighed med primære behandlers behandlingstilgang					
	Helt sikkert	**Ja, stort set**	**Egentlig ikke**	**Slet ikke**	**Procent**	**Antal**
Kunne du forstå de måder, som praksispersonalet/Care Manager ville arbejde med dine problemer på?	49	49	2	0	100	74
	Helt enig	**Nogenlunde enig**	**Lidt uenig**	**Helt uenig**	**Procent**	**Antal**
Har du generelt været enig i de måder, som praksispersonalet/Care Manager ville arbejde med dine problemer på?	46	41	8	5	100	74

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

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

Interviewene understøtter og supplerer fundene i spørgeskemaundersøgelsen, idet patienterne i denne del af undersøgelsen også fremhæver, at Care Manageren havde forståelse for dem og deres sygdom og evnede at tilpasse behandlingsforløbet til dem og deres situation:

> *"Jeg kan ikke lige erindre nogle tidspunkter, hvor jeg tænkte: 'Det var fandeme underligt'. Tværtimod. Hver gang jeg gik derfra, følte jeg, at jeg havde fået en masse ting med derfra".*

Som tidligere nævnt refererede flere patienter til, at denne forståelse – i sammenhæng med Care Managerens faglighed og erfaring med lige netop deres sygdom – medvirkende til, at de stolede på Care Managerens tilgang til og forslag til behandlingsforløbet.

5.2 Patientens indflydelse på egen behandling

I spørgeskemaet er patienterne blevet spurgt til deres vurdering af, hvorvidt de har haft indflydelse på egen behandling. Af Tabel 5.5 fremgår det, at hovedparten (91 %) har fundet omfanget af indflydelse på egen behandling passende.

Tabel 5.5 Patienternes vurdering af indflydelse på i behandlingen (procent og samlet antal)

	For meget	Passende	For lidt	Ved ikke	Procent	Antal
I hvilket omfang har du indflydelse på din behandling?	1	91	5	3	100	74

Note: Der blev ikke fundet signifikante forskelle på patienternes besvarelse af spørgsmålene i afhængig af køn, alder, uddannelsesniveau, diagnose, og om man har andre samtidige diagnoser eller ej.
Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland.

I interviewene blev patienterne ikke spurgt direkte til, hvordan og hvorvidt de havde indflydelse på egen behandling. I stedet blev de spurgt til, hvad der var i fokus i samtalen med Care Manageren og den praktiserende læge, og om patienterne var med til at beslutte, hvad der skulle indgå i behandlingsplanen. Her er det gennemgående, at patienterne oplevede, at samtalerne med fagpersonerne har kredset om baggrunden for at deltage i behandlingsforløbet, og hvad der var meningsfuldt at arbejde med fremadrettet. Nogle patienter beskrev, at de i starten ikke havde været klar til at påtage sig en så aktiv rolle, hvorimod andre fremhævede det som meget positivt at få mulighed for at bidrage aktivt til behandlingsforløbet:

> *"Allerede fra første gang fik jeg opgaver med hjem. Det var rigtig dejligt at kunne få lov til at bidrage. At det var svært at gøre det, er så en anden ting. Men man fik lov til at tage hul på nogle af de ting, man havde gået med, man fik lov til at gøre noget ved det (…). Det var min frygt, at jeg bare skulle høre på en, der skulle analysere mig. Det kan jeg godt selv gøre. Det er nok det, jeg er vant til".*

Flere patienters beskrev det også som positivt, at behandlingsplanen blev tilpasset de udfordringer, de havde, og blev justeret undervejs. Eksempelvis beskrev en patient, at behandlingsplanen blev udbygget i takt med, at han fik det bedre, og ikke var i gruppeforløb før han var klar til det. En anden fortæller, at hun og Care Manageren fik talt sig frem til at forlænge forløbet ud over de aftalte 6 gange og time det efter, at hun havde etableret kontakt til studenterrådgivningen på hendes studie.

5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner

I CC-forløbet er de tilknyttede fagpersoner den praktiserende læge, Care Manageren, psykiateren tilknyttet projektet og underviseren i gruppeforløbet. Denne underviser er i nogle tilfælde Care Manageren og i andre en psykolog. Patienterne fortalte også, at der har været kommunale arbejdsmarkedskonsulenter med som undervisere på enkelte moduler.

Flere patienter beskriver det positivt, at Care Manageren og den praktiserende læge har været til stede sammen ved første og sidste møde i det individuelle forløb. På dette møde blev Care Manageren introduceret til patientens sygdomshistorik, og i nogle tilfælde blev der også truffet beslutning om medicinsk behandling. Ved sidste møde blev den praktiserende læge informeret om behandlingsforløbet og status på patientens tilstand på dette tidspunkt. Nogle patienter fortalte, at den praktiserende læge og Care Manageren havde haft dialog om patientens medicinske behandling undervejs i behandlingsforløbet, hvor andre patienter ikke var klar over eller ikke havde indtryk af, om der var dialog mellem de to parter undervejs.

I de forløb, hvor Care Manageren og den praktiserende læge havde været i løbende dialog, fortalte patienterne, at det udelukkende havde handlet om medicinsk behandling. Heriblandt fortalte nogle patienter, at deres indtryk var, at Care Manageren foreslog, hvilken medicinsk behandling patienten skulle have, og så udskrev lægen det, hvis vedkommende vurderede, at det var korrekt:

> *"Hun [Care Manageren] foreslog det meste af medicinen, og så havde jeg et indtryk af, at hun lige skulle overtale lægen til det. At det var sådan, forholdet var. De snakkede selvfølgelig om det, men det var mest hende, der styrede det, og hvis han syntes, det var okay, skrev han under". (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppeinterview 1)*

Andre patienter fortalte, at deres indtryk var, at den praktiserende læge og Care Manageren havde en mere ligeværdig og løbende dialog omkring patientens forløb. En patient fortalte, at hun selv havde været i løbende kontakt med sin læge om justering af medicinen, og en anden fortalte, at lægen havde spurgt ind til behandlingsforløbet på en måde, hvor det fremgik tydeligt, at lægen var velinformeret. Care Manageren havde også i nogle tilfælde dialog med psykiateren knyttet til projektet. I disse tilfælde oplevede de pågældende det som trygt, at fagpersonerne arbejdede sammen om at finde de bedste løsninger.

> *"Min Care Manager sagde: 'Jeg har snakket med din læge om sådan og sådan'. Jeg fik indtryk af, at de diskuterede mig og min fremgang. Det var rigtig dejligt, at jeg havde to stærke kvinder, som tog mig i hånden og sagde: 'Nu skal du høre, det er det her, vi gør', og 'Du skal ikke være bange' osv. Det var super dejligt at blive guidet igennem stille og roligt – at der var andre, der tog ansvar for mit helbred på et tidspunkt, hvor jeg ikke selv havde overskuddet til det".*

I de tilfælde, hvor underviseren har været en anden end Care Manageren, fortalte nogle patienter, at der havde været en god faglig synergi mellem Care Managerens faglighed og fagligheden hos den psykolog, som undervidste. Én patient havde dog en fornemmelse af, at de to fagpersoner ikke havde et godt samarbejde, bl.a. afbrød de hinanden i undervisningen og virkede irriterede på hinanden. Patienten oplevede det som ubehageligt at overvære, og det gav en fornemmelse af ikke at få det fulde potentiale ud af de to fagpersoners undervisning.

I løbet af gruppeundervisningen havde der også været deltagelse fra en arbejdsmarkedskonsulent fra kommunen. Patienterne gav en lidt blandet vurdering af denne del. Nogle beskrev, at det havde givet brugbare input til en eventuel kommende jobsøgning, og hvordan man kommer godt tilbage i

arbejde. Andre oplevede, at arbejdsmarkedskonsulenten primært fortalte om kommunale procedurer og ikke havde en fornemmelse af, hvem der var i gruppen, og hvad de havde brug for. Grupperne var sammensat af meget forskellige patienter, hvoraf nogle var i arbejde, nogle var studerende, og nogle var pensionister. For de patienter, som var studerende, havde det vakt undren, at der ikke på samme måde var en tilknytning til studierådgivningen. Dette gjaldt både gruppeforløbet og de individuelle forløb. Her beskrev især én patient, at hun havde haft brug for et tættere samarbejde mellem hendes studie og enten Care Manageren eller lægen.

5.4 Opsamling

En god og tryg relation til fagpersonerne og primær behandler fremstår som meget vigtigt for patienterne i CC-forløbet. Oplevelsen af en faglig kompetent og omsorgsfuld person, der lytter, forstår og giver sparring, fremstår for mange som et vigtigt element i CC-forløbet. Oplevelsen er for langt de fleste patienter, at der har været god kemi med Care Manager, og at det har bidraget til, at behandlingsforløbet har været meningsfuldt.

Patienterne i undersøgelsen har forskellige syn på samarbejdet mellem fagpersonerne i forløbet. Det fremgår, at samarbejdet mellem Care Manager og praktiserende læge først og fremmest har handlet om medicin og opfølgning på medicinsk behandling. Patienterne oplevede overvejende, at det var trygt, at Care Manager og praktiserende læge var i dialog om den enkeltes behandlingsforløb og medvirkede til, at patienterne havde tillid til, at de modtog kompetent behandling. Kun i ét tilfælde fortæller en patient om en situation fra et gruppeforløb, hvor to fagpersoner var uenige, hvilket både beskrives som ubehageligt at være vidne til, og en situation, hvor patienten oplevede at gå glip af fagpersonernes fulde faglige potentiale.

Det fremgår også, at flertallet af patienter ikke har opnået et stort udbytte af, at der har deltaget kommunale jobkonsulenter i undervisningen. Dels fordi konsulenterne, ifølge interviewpersonerne, har haft meget fokus på at bekrive de kommunale procedurer og sagsgange, dels – og primært – fordi flertallet af deltagerne ikke var aktivt jobsøgende og derfor ikke havde brug for jobkonsulenten.

6 Patienternes tilfredshed og det oplevede udbytte af behandlingen

I 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. Besvarelserne på de i alt otte spørgsmål er omregnet til en samlet score mellem 8 og 32 (mindst mulig score er 8 og højst mulige score er 32), som udgør et mål for patienternes tilfredshed[9]. 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 ind til, 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 Udbytte og tilfredshed målt via Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)

Tabel 6.1 viser at patienterne i Region Midtjylland har patienterne/borgerne samlet set scoret højt på det samlede patient-tilfredshedsmål CSQ-8, idet den samlede gennemsnitlige score er 26.

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

Variable	Gennemsnit	Min-max score	Standard afvigelse	Antal
Sum CSQ8	26	10-32	4,4	74

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland

Til sammenligning har man i et australsk studie blandt patienter med depressive symptomer, hvor man har afprøvet forskellige internetbaserede behandlingstilgange, har patienterne 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 hhv. 23, 27 og 28 i gennemsnit alt efter hvilken interventionsgruppe de havde deltaget i (Thylstrup 2011).

I Tabel 6.2 viser patienternes besvarelser på i alt otte spørgsmål som til sammen udgør CSQ-8 spørgeskemaet.

[9] 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. Angivet i procent og samlet antal

Respondenternes vurdering af den modtagne behandling..	Bedst mulige vurdering			Dårligst mulige vurdering	Total	Antal
	4)	3)	2)	1)		
Hvad synes du om kvaliteten af den behandling, du har fået?	41	50	8	1	100	74
Har du fået den behandling, du ønskede?	31	54	12	3	100	74
I hvor høj grad har behandlingen opfyldte dine behov?	16	70	10	4	100	74
Ville du anbefale behandlingen til en ven med samme problemer?	53	34	4	9	100	74
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	58	24	4	4	100	74
Har behandlingen hjulpet dig til at kunne løse dine problemer?	55	38	7	0	100	74
Alt i alt, hvor tilfreds er du med behandlingen?	58	35	6	1	100	74
Hvis du skulle søge hjælp en anden gang ville du så søge samme behandling?	37	43	16	4	100	74

Kilde: Spørgeskemadata, Region Midtjylland

Tabellen viser først og fremmest at respondenterne overvejende er positive, da langt størstedelen af patienterne svarer den bedst mulige vurdering eller næstbedste vurdering på alle 8 spørgsmål. Flere end 50 % besvarer den bedst mulige vurdering på 4 af de i alt 8 spørgsmål. Patienterne er særligt positive på spørgsmålet om, hvor tilfredse de har været med mængden af hjælp, hvortil 58 % af patienterne svarer at de har været *'Meget tilfredse',* ligesom 58 % også angiver at de alt i alt, har været *'Meget tilfredse'* med behandlingen. 55% har svaret *'ja meget'* på spørgsmålet om, hvorvidt behandlingen har hjulpet til at kunne løse deres problemer. Patienterne er ligeledes positive på spørgsmålet om de ville anbefale behandlingen til en ven med samme problemer, idet 53% har svaret *'Helt sikkert'.*

Blandt de spørgsmål, som patienterne har vurderet mindre positivt (om end fortsat i den positive ende af svarmuligheder) er spørgsmålet om behandlingens kvalitet, hvor 41 % har svaret *'Fremragende'* og 50 % *'God'.* 37% har svaret, at de *'helt sikkert'* ville søge samme behandling, hvis de skulle søge hjælp igen, hvorimod 20 % har svaret enten *'Helt sikkert ikke'* eller *'Det tror jeg ikke'* og dermed er det spørgsmål, som patienterne har givet dårligste vurdering. På spørgsmålet om patienterne har fået den behandling de ønskede har 31% svaret *'helt sikkert'* og 15% har svaret *'egentlig ikke'* eller *'slet ikke'*. Endelig har kun 16% svaret *'Alle behov er opfyldt '* på spørgsmålet om behandlingen har opfyldt alle deres behov, imens majoriteten på 70 % har svaret *'De fleste behov er opfyldet',* og 14 % har svaret *'Kun få behov er opfyldt'* eller *'Ingen behov er opfyldt'.*

Analyserne viser ingen forskelle hvad angår det samlede CSQ-8 mål blandt forskellige aldersgrupper, blandt mænd/kvinder, blandt respondenter med hhv. angst, depression eller begge, respondenter som bor sammen med andre voksne eller bor alene, og ej heller blandt respondenter som hhv. har angivet og ikke angivet andre samtidige diagnoser end angst/depression. Der ses dog en ikke signifikant tendens til, at patienter som har angivet at have både angst og depression er en smule mindre tilfredse end øvrige patienter (scorer 25 på den samlede CSQ-8 score mod 27 for de patienter som kun har angivet enten angst eller depression). Når vi alligevel vælger at nævne denne tendens er det fordi, at den genfindes på flere at CSQ-8 spørgsmålene enkeltvist, blandt andet på spørgsmålene om patienten har fået den behandling han/hun ønskede, om behandlingen har hjulpet til bedre at kunne løse problemer og om omfanget af behandlingen var tilfredsstillende scorer patienter med både angst og depression en anelse lavere end øvrige patienter (med p-værdierne p=0,044, p=0,071, p=0,051). Samtidig ses en tendens til at patienter som har angivet at have andre

samtidige diagnoser end angst/depression eller begge, scorer en anelse lavere på det samlede CSQ-8 mål (25 for patienter med yderligere diagnoser mod 26 for patienter i øvrigt). Det skal imidlertid nævnes at blot 10 respondenter har angivet at have øvrige diagnoser end angst og depression, og at det følgelig ikke har været muligt at analysere nærmere på dette forhold. Den beskrevne tendens er dog intuitivt forståelig, idet flere samtidige diagnoser formentlig kræver mere sammensatte og længerevarende behandlingsforløb end CC er designet til.

Karakteristika for patienter med lav CSQ-8 score

For at få lidt mere indblik i hvad der karakteriserer de patienter, som har udtrykt sig mindst positivt på CSQ-8 spørgsmålene, har vi kigget nærmere specifikt på de borgere, som har givet laveste score på minimum halvdelen af CSQ-8 spørgsmålene. Her kan vi identificere ni borgere som har scoret samlet set mellem 10-20 på CSQ-8. Denne relativt lille gruppe af respondenter er overvejende kendetegnet ved at angive en dårligere relation til behandler end de øvrige respondenter, typisk svarer de negativt på spørgsmål omkring hvorvidt behandleren forstod patientens problem, og hvorvidt respondenten kunne forstå den måde behandleren ville arbejde med respondentens problemer på. Derudover har procentvist flere af de patienter, som angiver en utilfredshed med den modtagne behandling, også angivet at sygdommen for tiden fylder meget i deres hverdag, end det gælder for respondenterne samlet set. Det skal dog understreges, at vi med denne undersøgelse ikke kan udsige noget om kausaliteten i denne observation, og at vi ikke kender patienternes selvvurderede sværhedsgrad af sygdommen forud for at behandlingen gik i gang. Hvad angår mere faktuelle forhold omkring behandlingen som antal samtaler/behandlingsgange, ventetid med at komme i gang med behandlingen og primære behandlers faglighed, er der ingen signifikante forskelle på respondenter, som er særligt utilfredse målt på deres samlede CSQ-8 score

6.2 Interviewpersonernes oplevelse

De forrige afsnit tegner et billede af, at patienterne som har deltaget i undersøgelsen overordnet set er tilfredse med deres CC-forløb og oplever at have fået hjælp til at løse deres problemer. Dette afspejler sig også i interviewene, hvor der blev givet mange eksempler på det konkrete udbytte, CC-forløbet har givet patienterne, samt hvilke faktorer patienterne forbinder med et godt udbytte.

Øget sygdomserkendelse og sygdomshåndtering var det emne der fyldte mest i interviewene. Det fremgik således, at undervisningsforløbet og samtalerne med Care Manager har givet mange patienter et mere realistisk billede af deres sygdom, og en øget viden om egen sygdom og symptomer. Heri ligger både en viden om sygdommen generelt, og om hvordan sygdommen manifesterer sig hos den enkelte og hvilke symptomer, den enkelte patient skal være opmærksom på og handle på i fremtiden:

> *"Så var der en masse årsagsforklaringer på, hvorfor man ikke kan huske. Hvad gør det ved kognitive egenskaber, hvad gør det ved sociale egenskaber. Hvorfor er man fuldstændig færdig når man har været sammen med nogen i 4 timer, som man normalt kunne være sammen med før, uden at kunne mærke det. Så det med at få nogle konstruktive svar på, hvorfor vi er der og hvad er de fremadrettede muligheder, hvilke tendenser kan man normalt se, når man er i bedring osv. Så det gjorde mig meget mere rolig."*

Denne viden blev opfattet som brugbart i forhold til at leve med en sygdom, som for mange formentlig aldrig forsvinder helt, og havde også givet disse patienter en forståelse af, at det er vigtigt at lære at håndtere perioder eller situationer, hvor sygdommen viser sig. Flere nævnte eksempelvis, at de

har lært redskaber til at håndtere deres tanker, og ikke lade sig rive med af de bekymringer, som fortsat opstår, selv om man har været i et behandlingsforløb:

> *"At lade fornuften tage over i stedet for at gå i panik. Der har jeg [efter behandlingsforløbet] været god til at tænke, at det er ingenting; det er ikke noget, jeg dør af."*

Andre beskrev, hvordan de igennem behandlingsforløbet havde fået den erkendelse af, hvilke situationer og hvilke aktiviteter, der er mest energikrævede for dem og potentielt kunne fremprovokere symptomer. I forlængelse heraf havde de også erkendt, at de var nødt til at lære at økonomisere med den energi de havde:

> *"Det er jo netop det, vi skal lære for at passe på os selv. Det er også nogle af de værktøjer, som [Care Manageren] er kommet med til mig. Man skal også tage hensyn til sig selv. Det skal man lære, så man ikke bliver så træt, så det går helt ud over én. Det skal jeg i hvert fald lære."*

Det at sige fra og prioritere mellem aktiviteter var en form for udbytte, som blev fremhævet i flere af interviewene. Andre nævnte at de havde lært bestemte vejrtrækningsøvelser, gåture i naturen, øvelser til at undgå selvbebrejdelse og den tidligere nævnte forebyggelsesplan, som en metode til at få overblik over, hvad der udløser symptomer og hvordan man undgår dem.

En del patienter beskrev også, at deltagelsen i CC havde bedret deres sygdomsbillede. De konkrete eksempler knyttede sig i sær til patienter der efter deltagelsen var mindre plaget af angstsymptomer efter deltagelsen. Det betød fx, at de var i stand til at gennemføre nogle af de aktiviteter, som de ikke kunne før, herunder både at kunne gennemføre hverdagsaktiviteter (fx handle og deltage i sociale aktiviteter) og at vende tilbage til uddannelse og arbejde.

Medicinsk behandling – og erkendelsen af at denne kan være en hjælp – blev også fremhævet som et konkret udbytte på tværs af interviews. Flere fortalte således, at CC-forløbet havde medvirket til, at de havde accepteret medicinsk behandling efter at have afvist det i mange år, samt at den medicinske behandling for nogle havde været afgørende for at var i stand til at arbejde med de redskaber og den undervisning, som de i øvrigt blev præsenteret for i behandlingsforløbet:

> *"For mig er det nok også meget medicinen, der har hjulpet. Men den her undervisning gør også at jeg kan reflektere over, hvad der måske har været galt i mange år. Nogle ting jeg måske har gjort i 5-10 år, som ikke nødvendigvis har mundet ud i den her depression, men som har gjort tingene sværere. Ved at have den viden i rygsækken kan man bedre forebygge det i fremtiden." (Patient i gruppeforløb, Fokusgruppe 2)*

Relationen til en erfaren Care Manager og tiden til at denne har en dialog med patient, såvel som egen læge/psykiater fremstod i den forbindelse som en afgørende faktor for opstart og udbytte af den medicinske behandling. Som tidligere gennemgået i 4.2.3 har mange også oplevet et godt udbytte af at deltage i gruppeforløb der har givet mulighed for at spejle sig i andre, dele erfaringer og understøtte en for mange vigtig erkendelse af, at man ikke er den eneste der har det svært.

6.3 Opsamling

Respondenterne i spørgeskemaet svarer overordnet positivt på spørgsmålene omkring tilfredshed og oplevet udbytte af CC-forløbet. Den samlede gennemsnitlige CSQ-8 score på 26 ud af 32 mulige er således høj – også sammenlignet med andre undersøgelser.

Der er gennemført separate analyser som viser at køn, alder og diagnoser ikke er forbundet med signifikante forskelle på patienternes besvarelser. Der er dog en konsekvent, men ikke signifikant tendens til at patienter der angiver at lide af både angst og depression, svarer en smule mere negativt end resten af patienterne. Denne relativt lille gruppe af respondenter er også kendetegnet ved at angive en dårligere relation til behandler end de øvrige respondenter - typisk svarer de negativt på spørgsmål omkring hvorvidt behandleren forstod patientens problem, og hvorvidt respondenten kunne forstå den måde behandleren ville arbejde med respondentens problemer på.

Det fremgår endvidere, at de patienter som angiver en utilfredshed med den modtagne behandling, også i højere grad angiver at sygdommen for tiden fylder meget i deres hverdag, end det gælder for respondenterne samlet set. Det skal understreges, at vi med denne undersøgelse ikke kan udsige noget om kausaliteten i disse observationer. Resultaterne virker dog umiddelbart logisk, da med flere diagnoser, samt patienter hvis liv er meget præget af sygdommen, alt andet lige må formodes at være mere belastede end de patienter der kun har en diagnose/hvor sygdommen ikke fylder så meget.

Interviewene bekræftede at patienterne generelt oplever et godt udbytte af CC-forløbet. Øget sygdomserkendelse og sygdomshåndtering var det emne der fyldte mest i interviewene. Det fremgik således, at undervisningsforløbet og samtalerne med Care Manager har givet mange patienter et mere realistisk billede af deres sygdom, og en øget viden om egen sygdom og symptomer. Heri ligger både en viden om sygdommen generelt, og om hvordan sygdommen manifesterer sig hos den enkelte og hvilke symptomer, den enkelte patient skal være opmærksom på og handle på. Denne viden blev opfattet som brugbart i forhold til at leve med en sygdom, som for mange formentlig aldrig forsvinder helt, og havde også givet disse patienter en forståelse af, at det er vigtigt at lære at håndtere perioder eller situationer, hvor sygdommen viser sig. Endvidere nævnte mange at de som følge af forløbet har oplevet en bedring i deres sygdomsbillede og for nogen knytter denne bedring sig til den medicinske behandling de har indvilliget i at starte på som led i forløbet.

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 noninferiority 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, *Patientersoplevelse 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. 2018a, *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. 2018b, *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.

Nguyen, T.D., Attkisson, C.C. & Stegner, B.L. 1983, "Assessment of patient satisfaction: development and refinement of a service evaluation questionnaire", *Evaluation and program planning,* vol. 6, no. 3-4, pp. 299-313.

Petersen, A., Buch, M.S., Wulff, J., Skovbo Rasmussen, P. & Madsen, M.H. 2018, *Bilagsrapport 1: Patienters oplevelse af Collaborative Care. Afprøvning af et tværsektorielt behandlingstilbud til behandling af patienter med angst og depression i Region Hovedstaden,* VIVE, København.

Richards, D., Hill, J.J., Gask, L., Lovell, K., Chew.Graham, C., Bower, P., Cape, J., Pilling,S., Araya,R., Kesslar, 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.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD