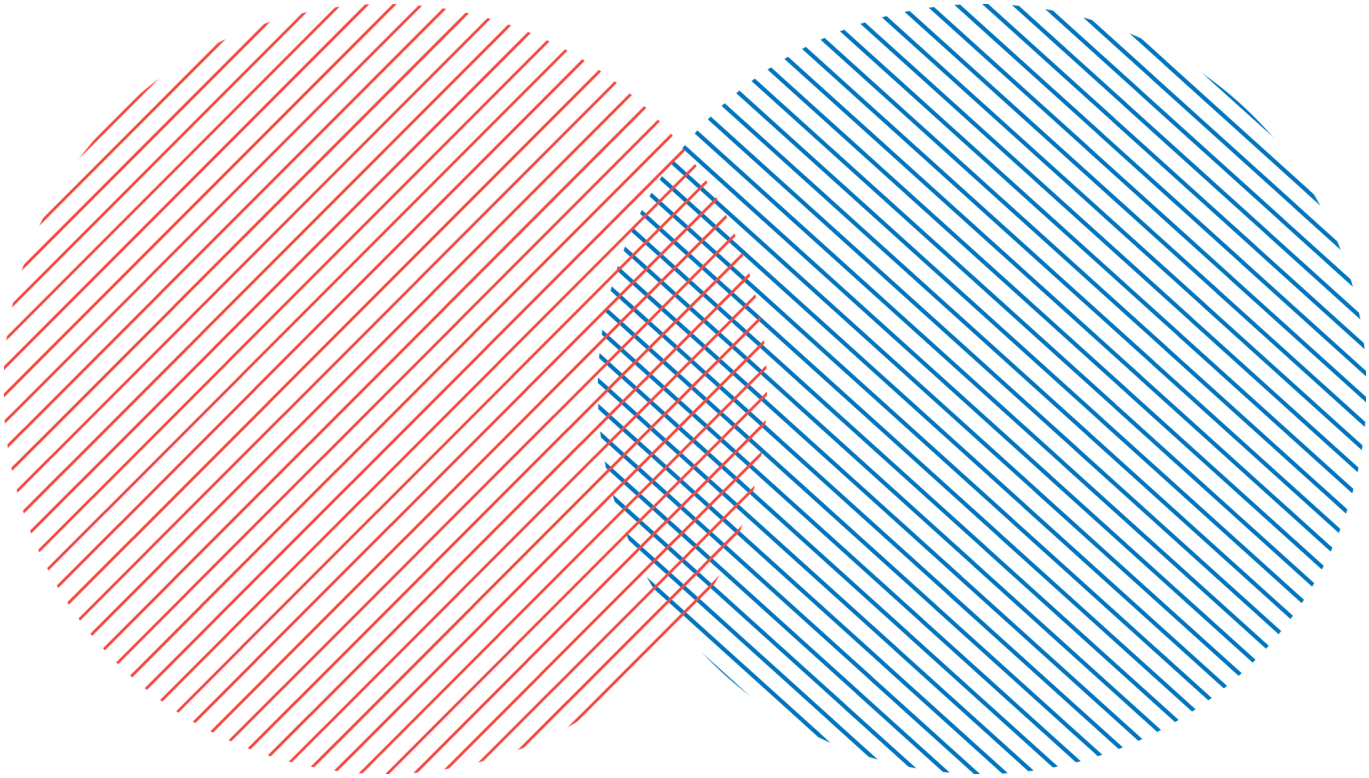
DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD



Bilagsrapport 4

Patienters oplevelse af Collaborative Care

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

Marie Henriette Madsen, Marie Ørts Rahbæk, 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 Nordjylland

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-93626-75-1

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 Nordjylland af patienters oplevelse med Collaborative Care – et behandlingsforløb målrettet behandling af angst og 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 Nordjylland.

Patienters oplevelse med Collaborative Care er undersøgt via en spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterview og individuelle interview med patienter, som har deltaget i et Collaborative Care-forløb. 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 Marie Ørts Rahbæk og Martin Sandberg Buch sammenskrevet afrapporteringen.

Pia Kürstein Kjellberg
Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2018

Indhold

Læsevejledning 5

1 Sammenfatning af undersøgelsens resultater 6

2 Introduktion til undersøgelsen 8
- 2.1 Collaborative Care (Shared Care) i Region Nordjylland 8
- 2.2 Undersøgelsesdesign og -metode 10
- 2.3 Patienter, der deltog i undersøgelsen 11

3 Behandlingsforløbets opstart 15
- 3.1 Den indledende kontakt og beslutningen om at deltage i et SC-forløb 15
- 3.2 Ventetiden til behandlingsstart 16
- 3.3 Opsamling 16

4 Behandlingsforløb og -tilgang 17
- 4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse 17
- 4.2 Behandlingstilgangen 18
- 4.3 Pårørendeinddragelse 20
- 4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet 21
- 4.5 Opsamling 21

5 Kontakt til fagpersoner og fagpersoners indbyrdes samarbejde 23
- 5.1 Relationen til fagpersoner 23
- 5.2 Patienternes indflydelse på egen behandling 26
- 5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner 27
- 5.4 Opsamling 28

6 Tilfredshed og oplevet udbytte af behandlingen 29
- 6.1 Resultater fra spørgeskemaet 29
- 6.2 Interviewpersonernes oplevelse 31
- 6.3 Opsamling 32

Litteratur 33

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 Nordjylland, og til undersøgelsens design og metode.

I *kapitel 3* præsenteres patienternes perspektiver på behandlingsforløbets opstart.

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

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

Kapitel 6 præsenterer patienternes tilfredshed og oplevede udbytte af behandlingen.

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

1 Sammenfatning af undersøgelsens resultater

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

Formålet med undersøgelsen er:

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

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

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

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

Konklusion

Undersøgelsen af patienternes vurdering af SC i Region Nordjylland viser overordnet en høj tilfredshed med den måde, som SC forløber på, behandlingstilgangen samt det oplevede udbytte. Der er gennemgående stort sammenfald mellem fundene fra henholdsvis spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen, således at de understøtter samme delkonklusioner.

Der findes imidlertid individuelle forskelle mellem patienternes oplevelse af behandlingsforløbets dele, som bl.a. kan tilskrives individuelle forskelle i præferencer for fx medicinsk behandling og intern drøftelse mellem de tilknyttede fagpersoner af behandlingsforløb uden patienternes tilstedeværelse. Desuden ses der en tendens til højere tilfredshed og mere positiv oplevelse af udbytte blandt patienter med angst sammenlignet med patienter med henholdsvis depression eller samtidig angst og depression.

Patienters oplevelse af behandlingsforløbets indhold og struktur

De patienter, der deltog i undersøgelsen, giver overordnet udtryk for at være tilfredse med både omfanget af behandlingsforløbet og den måde, det er forløbet på. Patienterne beskriver overordnet et behandlingsforløb, som er tilpasset deres individuelle behov og overskud, hvilket bl.a. er medvirkende til en oplevelse af at føle sig inddraget i behandlingsforløbet, og at fagpersonerne lytter til dem. Desuden opleves ventetiden til behandlingsstart som passende og kort, hvilket indgik som en

væsentlig begrundelse for at indgå i et SC-forløb. Andre begrundede deres deltagelse med, at det var et gratis tilbud, eller at de var trygge ved Care Manageren.

Der er få kritikpunkter af behandlingsforløbet, herunder at det er et intensivt forløb, og at der kan være behov for en opfølgende samtale, efter behandlingsforløbet er afsluttet med henblik på at tage hånd om eventuelle tilbagefald i patienternes tilstand.

Patienterne gav generelt også en positiv vurdering af indholdet af deres SC-forløb. I relation til den medicinske behandling havde nogle patienter dog følt sig presset af både praktiserende læge og Care Manager til at starte et medicinsk behandlingsforløb. Andre patienter forholdt sig neutralt til, at medicin indgik i samtalen med de tilknyttede behandlere, hvilket kan tolkes som et udtryk for patienternes meget forskellige holdninger til og ønsker om medicinsk behandling.

Patientens og behandlernes relation og samarbejde

Af både interview- og spørgeskemadata fremgår det, at langt de fleste af patienterne har haft en god relation til deres primære behandler. Samtidig fremgår det også, at denne relation tilskrives stor betydning for patienternes udbytte. I de tilfælde, hvor der har været en god relation, der fx har bidraget til patientens motivation for at gå i gang med behandlingsforløbet, og i de tilfælde, hvor patienten har angivet en dårligere relation, ses en tendens til lavere tilfredshed med behandlingsforløbet. Nogle patienter beskriver eksempelvis, at de har følt sig pressede til at gøre ting, som de ikke ønskede eller forstod meningen med, herunder medicinsk behandling.

Et kerneelement i SC er det multiprofessionelle samarbejde, og her giver patienterne i undersøgelsen udtryk for relativt forskellige oplevelser:

- Nogle patienter har ikke oplevet et samarbejde mellem de tilknyttede fagpersoner og har fx kun haft kontakt med Care Manageren.
- Nogle patienter har oplevet et samarbejde og oplever det som værdifuldt, fx fordi:
  - det giver indtryk af, at der kommer forskellige perspektiver på behandlingsforløbet
  - det medvirker til, at patienten kun skal forholde sig til én person (Care Manager), som samler trådene i de forskellige dele af patientens behandlingsforløb.
- Nogle patienter har oplevet et samarbejde, men har en negativ oplevelse heraf:
  - nogle patienter oplevede uenighed mellem fagpersonerne, og at det var svært for patienterne at navigere i forskellige fagpersoners anbefalinger og holdninger
  - nogle patienter havde en oplevelse af, at fagpersonerne var gået bag om ryggen på patienten og lavede aftaler, som patienten ikke var inddraget i.

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 undersøgelsen i Region Nordjylland ses en høj samlet score på 26. I interviewene beskriver patienterne desuden, at de er blevet bedre til at kende og håndtere deres sygdom. Der er en tendens til, at patienter med angst er mere tilfredse med behandlingsforløbet end patienter med depression eller med både angst og depression, og lavere tilfredshed blandt patienter, som har haft en dårlig relation til deres primære behandler. Det peger på vigtigheden af at sikre en god relation mellem patienten og de tilknyttede fagpersoner og være opmærksom på den enkelte patients diagnose i tilrettelæggelsen af de individuelle forløb.

2 Introduktion til undersøgelsen

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

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

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

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

I denne bilagsrapport er hovedvægten lagt på at præsentere resultaterne af delundersøgelsen foretaget i Region Nordjylland. Der er desuden udarbejdet en tværgående rapport[1], der samler resultaterne fra alle fire delundersøgelser. Her fremgår også en udførlig beskrivelse af Collaborative Care og af de anvendte metoder i de fire delundersøgelser. Med det formål at bilagsrapporten skal kunne læses selvstændigt, fremgår der dog i det følgende en kort introduktion til den model af Collaborative Care, som Region Nordjylland har valgt at organisere sig under, de anvendte metoder, samt hvilke patienter der indgik i denne delundersøgelse.

2.1 Collaborative Care (Shared Care) i Region Nordjylland

Collaborative Care er en behandlingsmodel for patienter fordelt på fire kategorier: let til middelsvær depression eller angst, panikangst og social fobi. Behandlingen foregår i regi af almen praksis, men med tilknytning til den regionale behandlingspsykiatri. De bærende principper i Collaborative Care er en multiprofessionel tilgang, en struktureret behandlingsplan, planlagt opfølgning og en forstærket interprofessionel kommunikation (Archer et al. 2012; Brinck-claussen, Curth, and Eplov 2014). Collaborative Care er allerede afprøvet i USA og i England med gode resultater (Richards et al. 2013, 4913; Archer et al. 2012; Coventry et al. 2015, 638), og i forskningsprojektet Collabri (Projekt Collabri[2]) afprøves en model for Collaborative Care tilpasset danske forhold.

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

---

1 (Madsen, Sandberg Buch and others 2018)
2 Se mere om projektet her: https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/projektcollabri/

Organisering og tilknyttede fagpersoner

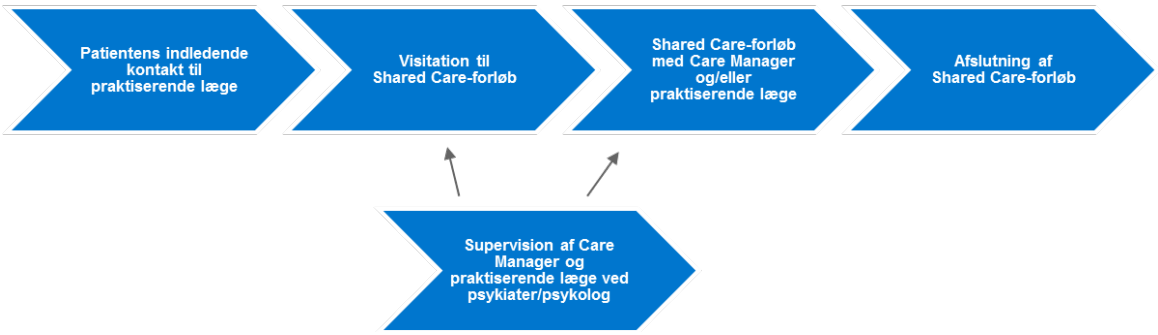
I Region Nordjylland er fire lægepraksis tilknyttet projektet. Der er ansat to sygeplejersker (Care Managers) med kompetence og erfaring inden for psykiatri og kognitiv terapi, som i samarbejde med de praktiserende læger varetager SC-forløbene. I Region Nordjylland inkluderer SC også en psykiater og en psykolog ansat i deltidsfunktioner. Psykiateren varetager supervision af de praktiserende læger og Care Managers. En ekstern tilknyttet psykolog varetager supervision af Care Managers i relation til den kognitive terapi.

Endelig er der tilknyttet en koordinator til SC, som står for kontakten til Care Managers og praktiserende læger, herunder at afholde ugentlige teammøder med Care Managers, sygeplejefaglig vejledning af Care Managers, afholdelse af temadage og formidling af viden om SC.

Visitation

I Region Nordjylland visiteres patienter til SC på baggrund af en indledende kontakt til deres praktiserende læge, hvorefter der bliver gennemført et tidsafgrænset behandlingsforløb bestående af kognitiv terapi og medicinsk behandling (se en grafisk fremstilling af behandlingsforløbet i Figur 2.1).

Figur 2.1 Shared Care-forløbet



Visitation foretages af den praktiserende læge på baggrund af projektets inklusions- og eksklusionskriterier, som fremgår Tabel 2.1. Hvis patienten takker ja til et SC-forløb, henviser den praktiserende læge til Care Manager. Lever patienten op til inklusionskriterierne, vil den praktiserende læge og Care Manager i samarbejde udarbejde en behandlingsplan.

Tabel 2.1 Inklusions- og eksklusionskriterier for SC i Region Nordjylland

Inklusionskriterier
▪ 18+ år ▪ Dansktalende ▪ Diagnoserne depression af let til moderat grad ▪ Diagnoserne generaliseret angst, socialfobi og panikangst
Eksklusionskriterier
▪ Opfylder ikke inklusionskriterier ▪ Psykose, mani eller svær personlighedsforstyrrelse ▪ Suicidal ▪ Demens ▪ Aktuelt afhængighedssyndrom ▪ Igangværende psykiatrisk behandling

Kilde: Skriftligt materiale om Collaborative Care i Region Nordjylland.

Behandlingsforløbet

Et SC-forløb varer op til 12 uger og består af individuelle samtaler med den praktiserende læge og den tilknyttede Care Manager både indledningsvist, undervejs og opfølgende efter endt forløb. Der er også mulighed for at inddrage pårørende i forløbet.

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

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

2.2 Undersøgelsesdesign og -metode

Undersøgelsen af patienternes perspektiv på Collaborative Care udgør én delanalyse i et større forsknings- og evalueringsprojekt, der også fokuserer på behandlingseffekt, organisatoriske vilkår og konsekvenser for implementeringen af Collaborative Care 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 fra patienter, der har deltaget i et Collaborative Care-forløb.

Spørgeskemaundersøgelsen er designet med henblik på at afdække, hvordan patienterne oplever de forskellige dele af deres behandlingsforløb. Det anvendte spørgeskema blev konstrueret specifikt til denne undersøgelse med henblik på at undersøge patienternes oplevelse af 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 and Zwick 1982, 233; Nguyen, Attkisson, and Stegner 1983, 299; Liu and Cassidy 2011)[6]. I Region Nordjylland er spørgeskemaer fremsendt til patienterne pr. e-mail, således at patienterne har besvaret et elektronisk skema efter behandlingsforløbets afslutning.

Interviewene er gennemført som fokusgruppeinterview 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 Nordjylland. 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 58 patienter i Region Nordjylland besvaret spørgeskemaet i undersøgelsen, hvilket svarer til en svarprocent på ca. 60 %. 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 (køn, alder og samlivsstatus) for patienter i Region Nordjylland, som deltog i spørgeskemaundersøgelsen. Tabellen viser, at 71 % af patienterne var kvinder, og 29 % af patienterne var mænd. Den største gruppe af patienter (45 %) befinder sig i aldersgruppen 21-30 år, og 14 % befinder sig i hver af aldersgrupperne 31-40 år, 41-50 år og 51-60 år. 5 % af deltagerne er under 20 år, og 8 % er over 60 år. Omkring en tredjedel af patienterne (66 %) bor sammen med andre voksne.

Tabel 2.2 Baggrundsdata for patienter i spørgeskemaundersøgelsen, Region Nordjylland

		Antal	Procent
Køn	Kvinde	41	71
	Mand	17	29
	Total	**58**	**100**
Alder	<20 år	3	5
	21-30 år	26	45
	31-40 år	8	14
	41-50 år	8	14
	51-60 år	8	14
	61-70 år	3	5
	>70 år	2	3
	Total	**58**	**100**
Bor sammen med andre voksne	Ja	38	66
	Nej	20	34
	Total	**58**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning

Tabel 2.3 viser patienternes angivelse af deres uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning. Tabellen viser, at de to største grupper er patienter med studenter- eller hf-eksamen (22 %) eller patienter med mellemlang videregående uddannelse (33 %). De øvrige grupper fordeler sig mellem 7 % og 10 %.

Omkring halvdelen af patienterne i undersøgelsen er i arbejde, idet 39 % er ansat i en privat eller offentlig virksomhed, 4 % i anden stilling, 2 % er leder i offentlig eller privat virksomhed, og 2 % er selvstændig erhvervsdrivende. 24 % er under uddannelse. Således står 32 % uden for arbejdsmarkedet, enten fordi de er langtidssyge, førtidspensionister, på kontant- eller bistandshjælp, arbejdsløse eller alderspensionister/efterlønsmodtagere.

Tabel 2.3 Uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning

		Antal	Procent
Uddannelse	Folkeskole	5	9
	Studenter eller hf-eksamen	13	22
	Specialarbejder-/lærlinge-/elevuddannelse	6	10
	Anden uddannelse	6	10
	Kort videregående uddannelse	4	7
	Mellemlang videregående uddannelse	19	33
	Lang videregående uddannelse	5	9
	Total	**58**	**100**
Arbejdsmarkedstilknytning	Alderspensionist eller efterlønsmodtager	2	4
	Anden stilling	2	4
	Under uddannelse	14	24
	Ansat i offentlig/privat virksomhed	22	39
	Arbejdsløs/arbejdsløs i aktivering	7	13
	Førtidspensionist/kontanthjælp/bistandshjælp	1	2
	Langtidssyg	7	13
	Leder i offentlig/privat virksomhed	1	2
	På barsel	0	0
	Selvstændig erhvervsdrivende	1	2
	Total	**57**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Sygdomsstatus og -historik

I spørgeskemaet blev patienterne bedt om at svare på, hvilken psykisk diagnose de led af. Her angav 25 %, at de led af angst; 56 % angav, at de led af depression, og 39 % angav, at de led af både angst og depression. 9 % angav, at de havde en psykisk lidelse ud over angst og depression (Tabel 2.4).

Tabel 2.4 Patienternes angivelse af egen diagnose

		Antal	Procent
Diagnose	Angst	14	25
	Depression	20	56
	Angst og depression	22	39
	Total	**56**	**100**
Øvrige lidelser	Ja	5	9
	Nej	51	91
	Total	**56**	**100**

Kilde: Spørgeskemadata. Region Nordjylland.

Endelig blev patienterne bedt om at angive, 1) hvor længe de havde haft en psykisk lidelse, og 2) hvor meget det fyldte i deres selvopfattelse på tidspunktet for spørgeskemabesvarelsen[8]. Tabel 2.5 viser, at langt størstedelen har haft en psykisk lidelse mellem 0 og 7 år, hvoraf den største gruppe patienter (45 %) har svaret, at de har haft en psykisk lidelse i 1-4 år. 14 % har lidt af en psykisk sygdom i over 10 år, og 8 % har lidt af en psykisk sygdom i 7-10 år.

Tabel 2.5 Antal år med psykisk sygdom og angivelse af, hvor meget det fylder i patienternes selvopfattelse

		Antal	Procent
Hvor længe har du haft en form for psykisk lidelse/symptomer på en psykisk lidelse?	Under 1 år	9	18
	1-4 år	23	45
	4-7 år	8	16
	7-10 år	4	8
	Over 10 år	7	14
	Total	**51**	**100**
Hvor meget fylder det netop nu* i din opfattelse af dig selv, at du har en psykisk lidelse?	Det fylder det hele	2	3
	Det fylder temmelig meget	8	14
	Det fylder en del	17	30
	Det fylder stadig mindre	21	37
	Det fylder utrolig lidt nu	9	16
	Total	**57**	**100**

Note: * Spørgeskemaet er i denne region besvaret op til flere måneder efter spørgeskemaafslutningen.
Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

På spørgsmålet om, hvor meget deres psykiske lidelse fylder i deres selvopfattelse, svarer 16 % *'Det fylder utroligt lidt nu',* og 37 % svarer *'Det fylder stadig mindre'.* 30 % har angivet, at det fylder en del, og henholdsvis 14 % og 3 % af patienterne har svaret, at det fylder '*temmelig meget'* eller *'det hele*'.

[8] Spørgeskemaet er besvaret efter behandlingsforløbets afslutning, og besvarelsen af dette spørgsmål kan derfor ikke bruges som potentielt forklarende variabel for fx tilfredshed med behandlingsforløbet, men som en indikation af, hvor meget de deltagende patienter er præget af deres psykiske lidelse.

2.3.2 Patienterne i interviewundersøgelsen

13 patienter deltog i to fokusgruppeinterview, og 4 deltog via telefoninterview, da de ikke havde mulighed for at deltage i et af de planlagte fokusgruppeinterview. Af Tabel 2.6 fremgår interviewdeltagernes køn, alder og diagnoser. Langt de fleste deltagere i interviewene markerede i spørgeskemaet, om de ønskede at deltage i interview. For denne gruppe af interviewdeltagere er det muligt at spore køn, alder og diagnose på baggrund af deres angivelser i spørgeskemaet. I fokusgruppe 2 var der imidlertid ikke nok patienter, der ønskede at deltage. Derfor blev flere patienter rekrutteret ved direkte forespørgsel fra praktiserende læge eller Care Manager. Af hensyn til deltagernes diskretion blev der ikke spurgt ind til oplysninger om køn, alder og diagnose i interviewene. Der kan derfor ikke foretages en direkte kobling mellem disse interviewdeltagere og de oplysninger, som de har angivet i spørgeskemaet. Derfor er disse oplysninger ukendte.

Tabel 2.6 Oversigt over interviewdeltagerne

Interview	Antal patienter	Køn	Aldersspænd	Diagnose
1	4	4 kvinder	25-50 år	1 med angst 2 med depression 1 med både angst, depression og anden psykisk lidelse
2	9	2 mænd 7 kvinder	*	*
3	1	Kvinde	25-73 år	2 med depression 1 med angst og depression 1 med angst, depression og anden psykisk lidelse
4	1	Kvinde		
5	1	Kvinde		
6	1	Kvinde		

Note: * Der blev ikke spurgt til alder og diagnose i interviewene, og de angivne oplysninger er fremfundet via spørgeskemabesvarelserne. Til det ene fokusgruppeinterview i lykkedes det ikke at rekruttere nok patienter. Derfor blev patienter rekrutteret ved direkte forespørgsel fra deres praktiserende læge eller Care Manager. Oplysninger om alder og diagnose kunne derfor ikke fremfindes for denne gruppe af patienter.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

3 Behandlingsforløbets opstart

I dette kapitel besvares spørgsmålet om, hvordan patienter har oplevet opstarten til et SC-forløb. Kapitlet er primært baseret på interviewmaterialet, men i spørgeskemaet blev der også spurgt ind til ventetid til behandlingsstart, hvilket også beskrives her.

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

Af interviewene med borgere, som har indgået i et SC-forløb i Region Nordjylland, fremgår det, at de har henvendt sig hos deres praktiserende læge med psykiske problemer eller en oplevelse af, at tingene hobede sig op, hvorefter lægen har foreslået dem at prøve denne behandling. To patienter fortæller, at de havde henvendt sig til egen læge med henblik på at få en henvisning til psykolog, hvor lægen præsenterede SC som et alternativ med kortere ventetid. Begge oplevede dog, at de kunne have fået en henvisning til psykolog, hvis de havde insisteret på dette. En anden patient udtrykte i modsætning hertil en oplevelse af ikke at have fået et valg, men hun var heller ikke på daværende tidspunkt i stand til selv at tage stilling:

> *"Jeg synes lidt, at jeg fik det stukket i hånden. Jeg kunne heller ikke tage stilling selv, om det var noget for mig, så jeg sagde bare ja".*

En anden patient oplevede ved henvendelse om depression, at lægen ved første møde snarere mente, at det var stress og gav hende to ugers sygemelding. Da det alligevel blev værre, tog hun til sin læge igen og fik konstateret en svær depression og blev henvist til SC.

To patienter beretter også om, at de tidligere har haft depression, og en var allerede i et forløb med en psykolog, da lægen foreslog et SC-forløb. En patient havde henvendt sig hos sin læge for at få hjælp til sin angst for at flyve, hvor lægen præsenterede projektet som en måde at håndtere sin angst, hvor en anden var blevet foreslået forløbet. En patient, som igennem længere tid havde modtaget medicinsk behandling for depression, var blevet ramt af en fysisk skade og oplevede et dyk i sin tilstand, hvorefter hun henvendte sig til egen læge:

> *"Jeg var bange for at få det dårligt igen. Jeg var bange for, hvad der så kunne ske. Så sagde han, at de havde fået et samarbejde, hvor der kom en sygeplejerske et par gange om ugen fra psykiatrien, og om jeg var interesseret i at tale med hende. Og det var jeg jo så. På det tidspunkt ville jeg, hvis jeg kunne, hoppe på tungen bare for at få det bedre".*

Udsagnet ovenfor udtrykker en motivation og en begrundelse for at takke ja til at indgå i et SC-forløb relateret til indholdet i behandlingsforløbet. Flere udtrykker også, at det var af betydning for dem, at forløbet i modsætning til psykologhjælp var gratis at deltage i, og at ventetiden var kort. For andre var det vigtigt at høre, at andre allerede havde været igennem forløbet med psykiatrisygeplejersken og havde været glade for hende. For en enkelt var det vigtigt, at det var et forløb uden medicin.

Interviewpersonerne fortalte samstemmende, at de enten ved besøget hos egen læge eller sammen med Care Manager havde fået foretaget en test for henholdsvis angst og depression, som havde dannet baggrund for deres forløb. En patient fortalte eksempelvis, at hendes forløb blev tilpasset, så der både blev arbejdet med generaliseret angst og panikangst. En anden patient fortalte desuden om, hvordan lægen stillede diagnosen ud fra *både* en samtale og en test:

”Men han spurgte også ind til, hvordan jeg havde det, og hvorfor jeg mente, at jeg havde det dårligt nu. Han kunne både høre det på mit stemmeleje og se på mig, at jeg havde det dårligt. Og stillede mig nogle spørgsmål, som på papiret så kunne bevise, at jeg var deprimeret. Jeg går ud fra, at det er et skema eller sådan noget”.

Patienterne er under interviewene også blevet spurgt ind til, hvad deres praktiserende læge fortalte dem om SC. For flere stod det ikke helt klart, hvilke informationer de var blevet givet, både da det lå langt tilbage og i en svær periode. De informationer, de kan huske at have fået af egen læge om forløbet, handlede om omfanget (10-12 gange), behandlingsform (kognitiv terapi med opgaver), kort ventetid, gratis tilbud og om Care Managers baggrund og erfaring. To interviewpersoner fortalte også, at de forstod det som et tilbud til personer med mild grad af angst eller depression.

3.2 Ventetiden til behandlingsstart

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at patienterne i gennemsnit ventede i 3,7 uger på at komme til samtale efter henvendelse hos egen læge for symptomer på angst/depression. I alt angiver 81 % af patienterne, at de synes, at ventetiden på at komme i gang med samtaler/behandling var acceptabel, mens 11 % ikke syntes, at ventetiden var acceptabel. De respondenter, der oplevede ventetiden som acceptabel, ventede i gennemsnit 3,1 uger på at komme til samtale. Respondenter, der oplevede ventetiden som uacceptabel, ventede i gennemsnit 6 uger.

Af interviewene fremgår det, at patienterne ventede mellem 2 og 6 uger, før de påbegyndte behandlingsforløbet hos Care Manager. Deres praktiserende læge havde i alle tilfælde informeret dem om, at der kunne forekomme ventetid, men enkelte patienter kom til hurtigere en forventet. Flere sammenlignede ventetiden til et SC-forløb med ventetiden til psykolog og andre forløb i psykiatrien, som de forventede ville være længere. Det er bl.a. medvirkende årsag til, at de ikke oplevede ventetiden til et SC-forløb som lang.

For nogle af de interviewede personer var ventetiden desuden overskuelig, fordi det hjalp at vide, at hjælpen var på vej inden for en overskuelig fremtid. For andre følte ventetiden lang, og en patient udtrykker det således:

”Nu er mit også angst, men jeg synes, der var meget lang ventetid. Der var mere end en måneds ventetid, inden jeg kunne komme til. Det, synes jeg, var lang tid at vente, når det ikke fungerer super godt”.

Enkelte af patienterne fortæller, at de har brugt deres praktiserende læge til nogle korte samtaler under denne ventetid, så de ikke har været overladt til sig selv.

3.3 Opsamling

SC-forløbet starter typisk med patienters henvendelse til deres praktiserende læge på grund af psykiske problemstillinger, hvorefter den praktiserende læge har foreslået SC som et alternativ til anden behandling, fx hos en psykolog. Patienterne begrundede deres motivation for deltagelse med, at det var et gratis tilbud, at ventetiden blev præsenteret som kortere end ventetiden til en psykolog, og at de var tiltalt af, at det var et forløb uden medicin.

Patienterne angav, at de havde ventet 3,7 uger i gennemsnit, og langt de fleste patienter angav, at ventetiden havde været acceptabel.

4 Behandlingsforløb og -tilgang

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

4.1 Behandlingens omfang og tilrettelæggelse

Patienterne i Region Nordjylland angav, at deres behandlingsforløb i gennemsnit havde bestået af 10,4 besøg. Tabel 4.1 nedenfor viser patienternes tilfredshed med omfanget af den behandling, de har fået i deres SC-forløb. Det fremgår af tabellen, at stort set alle (94 %) patienterne har angivet at være meget tilfredse eller nogenlunde tilfredse med omfanget af behandlingen, mens det kun er 6 %, der har valgt de negative svarkategorier.

Tabel 4.1 Patienternes vurdering af omfanget af deres behandling (procent)

	Bedst mulige vurdering			Dårligst mulige vurdering	Total	Antal
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	**4)**	**3)**	**2)**	**1)**		
	62	32	3	3	100	58

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Størstedelen af de interviewede borgere fortalte, at de har fået tilbudt 12 samtaler i forløbet med Care Manager. En enkelt patient fik sit forløb tilrettet til 14 gange, da hun arbejdede med to diagnoser. For en patient sluttede forløbet allerede efter otte samtaler, da Care Manager synes, at målet var blevet opfyldt. Flere af patienterne fortæller, at de aftalte mødetid fra gang til gang. Mødegangene har ligget cirka en gang ugentligt og i slutningen med 14 dages mellemrum. Dette har virket fleksibelt og givet god mening for patienterne. Eksempelvis beskrev en patient, at det hurtigt gav resultater i starten, mens de to sidste gange blev lagt med mere mellemrum, så der var tid til opfølgning. En anden interviewdeltager oplevede, at det var for hårdt med 14 dage imellem, hvorfor det igen blev lagt med en uges mellemrum. Der synes således at være enighed blandt patienterne om, at intervallet mellem møderne var tilpas, som en patient i behandling for depression fortæller her:

> *"De første otte gange, tror jeg, at det var en gang om ugen. Og så tror jeg, at der var to uger imellem de sidste gange. Og det altså… jeg følte, at det var det rigtige interval. Jeg har ikke på noget tidspunkt tænkt, at det var for kort eller lang tid".*

En patient gav dog udtryk for, at der ikke var så meget valgfrihed til at planlægge møderne, da hendes Care Manager kun sad i hendes lægehus to dage om ugen.

Antallet af behandlingsgange hos Care Manageren har de fleste også oplevet som tilfredsstillende. En anden patient begrundede dette med, at behandlerne skal give patienten redskaber til selv at arbejde med det, og at tiden hertil er passende. En patient gav udtryk for, at forløbet sammenlignet med behandling hos en psykolog er meget intensivt, og at det er imponerende, hvor langt man kan komme på kun 12 gange. Hun bemærkede dog, at det for personer med sværere grader af angst og depression måske kan kræve mere end de 12 gange. En patient gav udtryk for, at forløbet havde

været ualmindeligt hårdt, og hvis hun ikke før havde gået hos en psykolog, ville hun have fundet det meget hårdere at navigere.

Møderne med Care Manageren fandt for alle de interviewede borgere sted hos egen læge. Det har virket naturligt for patienterne at komme der, fordi de kendte rammerne og ikke skulle forholde sig til noget nyt. En patient fortæller herunder om fordelen ved, at det netop foregik hos egen læge og ikke i psykiatrien:

> *"Det var ret trygt, at det var hos egen læge, for eksempel i stedet for at det var på psyk. Jeg bryder mig ikke at skulle derud og snakke med en. De der lejligheder, er det fængselsceller eller hvad? Der ville jeg føle mig mere syg".*

En patient oplevede en dag at komme til at sidde i lægehusets frokostrum, hvilket ikke var optimalt, da hun kunne høre folk i venteværelset og tænkte meget over, om de også kunne høre hende. Dette var dog en enkeltstående episode, og hun var ellers ikke generet af, at møderne foregik i lægehuset.

4.2 Behandlingstilgangen

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

4.2.1 Medicinske behandling

En del af behandlingen består i at inddrage patienterne i eget forløb og fremme forståelsen for deres lidelse. Patienterne blev i spørgeskemaet spurgt, om de oplevede at have fået de informationer om deres sygdom og behandling, som de havde brug for. Af Tabel 4.2 fremgår det, at patienterne har en meget positiv vurdering af den information, de har fået om egen sygdom, idet 71 % har vurderet, at de *'I høj grad'* har fået den information om deres sygdom og behandling, som de havde brug for, mens 27 % svarer '*i nogen grad'*.

Tabel 4.2 Patienters vurdering af den information, de har modtaget

	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?	71	27	1	0	100	58

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Medicinsk behandling har også været en del af behandlingsforløbet for flere af patienterne, som deltog i undersøgelsen. I Tabel 4.3 ses patienternes besvarelse på spørgsmålet om, hvorvidt de tilknyttede fagpersoner har fulgt op på patienternes medicinske behandling.

Tabel 4.3 Patienters vurdering af fagpersoners opfølgning på medicinsk behandling

Har du fået de informationer om din sygdom og behandling, som du har brug for?	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)*	41	25	5	29	100	56

Note: * Det samlede antal besvarelser på dette spørgsmål er lavere, da 2. del har undladt af svare med begrundelsen 'bruger ingen medicin'.

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Tabellen viser, at lidt under halvdelen har svaret, at behandlerne *'I høj grad'* har fulgt op på den medicinske behandling, og 25 % svarer *'I nogen grad'*. Der er imidlertid 29 %, som svarer, at de slet ikke har oplevet, at praksispersonalet/Care Manageren har fulgt op på den medicinske behandling, hvilket må vurderes som en relativ høj andel. Der er ikke blevet spurgt til, om patienterne er i medicinsk behandling, og disse svar kan altså være udtryk for, at de slet ikke er i medicinsk behandling, og at der derfor ikke er noget at følge op på.

I et af fokusgruppeinterviewene havde flere af de deltagende patienter en oplevelse af, at medicinsk behandling havde fyldt meget i samtalerne med både Care Manageren og den praktiserende læge. En patient havde følt sig presset til at gå i medicinsk behandling og oplevet det som ubehageligt, at både Care Manager og praktiserende læge havde så stort fokus på det, selvom patienten ikke ønskede medicinsk behandling. Først da den tilknyttede psykiater også anbefalede det, gik vedkommende med til det og kunne i bakspejlet godt se, at det havde været nødvendigt for at få noget ud af de andre dele af behandlingsforløbet. Andre patienter i denne gruppe havde haft en oplevelse af, at medicinsk behandling fyldte mest i starten af behandlingsforløbet, men at de i dialogen med enten Care Manager eller praktiserende læge havde haft succes med at begrænse fokus på medicinsk behandling i det resterende forløb. I de øvrige interview beskrev patienterne primært situationer, hvor de allerede var i medicinsk behandling, og hvor de var i dialog med den praktiserende læge om op- og nedtrapning – og dermed en meget mindre konfliktfyldt samtale.

4.2.2 Kognitiv adfærdsterapi og redskaber til mestring af den psykiske lidelse

Patienterne har af deres Care Manager fået udleveret en mappe, som skulle guide forløbets gang. I mappen var der både læsestof, modeller og opgaver relateret til deres diagnose. Gennem forløbet har patienterne fået stillet nogle opgaver, som de skulle udføre til næste gang. Det kunne bl.a. handle om at udfylde et skema med dagsstruktur, registrering af gode og dårlige dage eller aktiviteter og beskrivelse af situationer, hvor angst eller depression har fyldt. Nogle af patienterne fortæller, at de oplevede, at der kun blev talt meget kort om disse opgaver under møderne med Care Manageren. Selvom mappen lagde op til, at opgaverne skulle udføres fra gang til gang, fortæller en patient herunder, at det ikke var et pres:

> *"Det var godt at få det præsenteret sådan, at jeg håber, du har lavet det til næste gang, men det var ikke et pres, og det var ikke et svigt, hvis man ikke havde lavet det. Så kunne man bare snakke om det næste gang, hvis man ikke havde overskuddet til at få det udfyldt, og hvis man missede en dag, så var det også okay".*

Det er ikke alle opgaver, der har fungeret lige godt for alle patienter, men flere udtrykker i interviewene, at der var anerkendelse fra Care Manageren, hvis noget fungerede mindre godt for den enkelte, som en patient fortæller herunder:

"Ja, forskellige reaktionsmønstre på den samme ting, så skal man vælge det, der passer til én, og der bliver ikke trukket noget ned over hovedet på én. Man skal jo ikke lære noget, der ikke fungerer for en selv. Den respekt i at kunne klare sig selv er bekræftende og understøttende".

Ud over opgaverne har patienterne sammen med Care Manageren arbejdet med nogle teoretisk baserede modeller. I interviewene blev den kognitive diamant og bekymringstræet nævnt. En af patienterne fortalte, at det var positivt at kunne sætte ord på sine følelser ved hjælp af den kognitive diamant, og en anden fortalte, at modellerne gav ham mere end opgaverne, og at de derfor fik lov til at fylde mere i møderne med Care Manageren. Andre gav udtryk for, at modellerne var for teoretiske, og at de konkrete opgaver var lettere for dem at gå til. Som én af interviewdeltagerne bemærkede, afhang oplevelsen af modellerne og opgaverne i høj grad af individuelle karaktertræk og præferencer, og at det derfor var vigtigt at arbejde videre med det, der fungerede for en selv.

4.3 Pårørendeinddragelse

I spørgeskemaet er patienterne blevet spurgt til pårørendes inddragelse i behandlingen. Som det ses af Tabel 4.4 nedenfor, oplevede 48 % af patienterne, at deres pårørende i passende grad blev inddraget 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 stor andel har svaret 'Ved ikke'. Hvad dette dækker over, er det ikke muligt at vurdere, men det synes rimeligt at antage, at patienterne har haft svært ved enten at vurdere, om deres pårørende blev inddraget i rette omfang og/eller at forstå spørgsmålet.

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?	0	48	19	33	100	58

Kilde: Spørgeskema, Region Nordjylland.

Et tema i det udleverede materiale i et SC-forløb handler om pårørende. Ingen af de interviewede patienter har haft pårørende med sig til samtalerne med Care Manager, og kun nogle enkelte kunne huske at have fået tilbud om det. Seks af patienterne fortalte under interviewene, at de slet ikke har fået muligheden for at tage pårørende med. En af disse ville have overvejet det, hvis han havde fået muligheden, og en anden patient fortalte, at hun egentlig havde fået indtryk af, at der ville komme en gang, hvor man kunne tage sine pårørende med, men det skete aldrig. En patient, som flere gange havde talt med Care Manager om at tage sin kæreste med, fortalte, at kæresten ikke havde mulighed for at deltage, fordi samtalerne typisk lå oveni almindelige arbejdstider:

"Vi snakkede også flere gange om muligheden for at tage min kæreste med. Eller ikke at det kun måtte være ham, men at jeg godt måtte have pårørende med. Men han blev ikke inddraget, fordi det passede simpelthen så dårligt i forhold til arbejdstider. Så det var praktisk i forhold til, hvornår der var mulighed for samtaler".

Derudover fortalte nogle patienter, at de har fået udleveret en folder til pårørende, som de blev opfordret til give videre. Der var ligeledes blevet talt om pårørende i forløbet, hvor patienterne bl.a. beskrev, at der blev reflekteret over, hvordan man kan bruge sine pårørende og tale med dem om

diagnosen. En af de interviewede patienter fortalte, at hun havde det svært med at tale med sin familie om forløbet og i stedet brugte sine nære venner, som hun også ville have haft med til en samtale, hvis det havde været muligt.

4.4 Afslutningen på behandlingsforløbet

Det varierer, hvordan patienternes forløb er blevet afsluttet, og hvordan de har oplevet at afslutte det. Tre af de patienter, som deltog i interview, havde selv valgt at afslutte deres forløb før tid; to af dem flyttede til andre byer og kunne derfor ikke blive ved, mens den sidste kørte et sideløbende forløb hos en psykolog og derfor oplevede, at det blev for meget. En patient blev – som tidligere beskrevet – afsluttet tidligere i sit forløb, fordi Care Manager mente, at målene med forløbet var opfyldt. Patienten følte sig dog ikke helt klar til at afslutte, så de aftalte sammen et sidste møde for at runde forløbet af.

Fælles for patienterne, som har gennemført behandlingsforløbet, er, at både indholdet og intervallet blev mindre intensivt mod afslutningen. Flere gav udtryk for, at de havde en fin afsluttende samtale, hvor forløbet blev talt igennem, og de havde lejlighed til at give Care Manageren feedback. En af patienterne fortalte desuden, at hun var igennem samme skema til den afsluttende samtale som hun var hos lægen ved opstart af forløbet. Skemaet viste, at hun ikke længere var depressiv. En anden borger gav udtryk for en oplevelse af, at den sidste samtale virkede formålsløs, og at der ikke var noget at tale om, når de ikke længere skulle ses.

Flere gav udtryk for, at selvom de godt vidste, at forløbet ville slutte, var det alligevel mærkeligt ikke længere at skulle komme hos Care Manageren, og at det var svært at slippe hende, fordi hun havde været så nær i en periode. Enkelte var også bekymrede for, hvordan det skulle gå dem, når de ikke længere var i forløbet. I en af fokusgrupperne blev der foreslået, at man kunne lave noget opfølgning efter forløbet:

> *"Jeg synes godt, man kunne have en opfølgning lidt senere. Programmet er jo til et eller andet gange. Jeg kom der jo en gang om ugen, og lige pludselig var det bare slut. At man havde noget opfølgning på sigt. For nogen går det jo fremad, og anden får tilbage-fald".*

Flere istemmer, at det kunne være rart at have en opfølgning en måned efter, så man ikke var helt overladt til sig selv. En af patienterne fik ved afslutningen at vide af Care Manageren, at hun godt kunne have brugt en gang eller to mere, så de aftalte, at hun kunne ringe, hvis alt gik galt. Denne mulighed har hun dog ikke benyttet sig af. De andre patienter fortæller, at de skulle kontakte egen læge, hvis de fik behov for mere hjælp efter forløbet.

4.5 Opsamling

Behandlingsforløbets omfang var 10-12 gange, men patienterne havde også en oplevelse af, at individuel tilpasning var mulig. Nogle patienter var blevet afsluttet tidligere, og i andre tilfælde var forløbet blevet udvidet med flere samtaler. Patienterne giver også generelt udtryk for et forløb, der er blevet tilpasset deres individuelle behov og overskud, samtidig med at intervallerne mellem samtalerne er blevet justeret undervejs. I relation til forløbets afslutning efterspørger flere af patenterne mulighed for en opfølgende samtale, så de ikke er overladt til sig selv, og der kan blive taget hånd om eventuelle tilbagefald.

Patienterne i undersøgelsen beskriver overordnet et positivt billede af behandlingsindsatsen, både hvad angår den medicinske behandling og den kognitive adfærdsterapi, som Care Manageren typisk har haft ansvaret for. Enkelte patienter udtrykker dog, at der har været for stort fokus på medicinsk behandling, men giver samtidig udtryk for, at de ikke ønsker at tage medicin som del af deres behandlingsforløb. For de patienter, som allerede var i medicinsk behandling, blev dette fokus ikke beskrevet som problematisk, men en naturlig del af dialogen med de tilknyttede fagpersoner.

Hvad angår den kognitive adfærdsterapi, så forholder patienterne sig primært til de modeller, opgaver og redskaber, de er blevet introduceret for i behandlingsforløbet. Patienterne oplever overordnet, at disse elementer har været nyttige for bl.a. deres sygdomsindsigt, men der er forskel på, hvilke modeller, redskaber og opgaver de hver især har haft gavn af. Derudover er det gennemgående, at Care Manageren har taget hensyn til patienternes forskellige præferencer og tilpasset deres forløb.

Omkring halvdelen af patienterne i undersøgelsen har angivet, at pårørendeinddragelse fandt sted på et passende niveau. En femtedel har angivet, at det fyldte for lidt og andre en stor gruppe har ikke været i stand til at svare på det. Interviewene tyder på, at pårørendeinddragelse ikke har været en fast og systematisk del af SC-forløbene.

5 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 Relationen til fagpersoner

Et væsentligt element i et SC-forløb er relationen og samarbejdet mellem patient og fagperson. I det følgende adresserer vi dette element via patienternes oplevelse af relationen til deres primære behandler, behandlerens forståelse for patientens situation og valg af måder at adressere patientens problemer på, samt den måde patienterne er blevet inddraget i behandlingsforløbet på.

I Region Nordjylland har patienten modtaget den kognitive behandling af Care Manager. Praktiserende læge har været involveret i forhold til afklaring af diagnose og eventuel medicinsk behandling. I spørgeskemaet blev der spurgt til, hvilken fagperson patienterne havde haft mest kontakt med i behandlingsforløbet. Af Tabel 5.1 fremgår det således, at egen læge og Care Manageren er de fagpersoner, som patienterne har talt mest med, men at de også har været i dialog med andre fagpersoner.

Tabel 5.1 Patienternes angivelse af, hvilke fagpersoner de har talt mest med i deres behandlingsforløb (antal og procent)

	Antal	Procent
Egen læge	44	½
Psykiatrisk sygeplejerske/Care Manager	47	81
Lægesekretær	9	16
Sygeplejerske hos egen læge	11	19
Psykolog	9	16
Psykiater	12	21
Andet personale	1	0

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Som elementer af en god relation til deres primære behandler er patienterne blevet spurgt ind til, hvorvidt der opleves en oprigtig interesse for patientens situation, om behandleren er god til at lytte til og forstå patienten, og om der opleves at være gensidig respekt. Tabel 5.2 nedenfor viser en generel positiv oplevelse af disse aspekter af patienternes relation til deres behandler, idet 72 % angiver, at deres behandler har været *'Meget interesseret'* i at hjælpe, 69 % at der *'Helt sikkert'* har været gensidig respekt og tillid, og 88 % har svaret, at behandleren enten har været *'Fremragende'* eller *'God'* til at lytte og forstå patientens problemer.

Tabel 5.2 Patienternes oplevelse af relationen til primære behandlinger (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?	72	22	2	4	100	58
	Helt sikkert	**Ja, stort set**	**Egentlig ikke**	**Slet ikke**	**Procent**	**Antal**
Har der været gensidig respekt og tillid mellem dig og personen?	69	22	5	4	100	58
	Fremragende	**God**	**Nogenlunde**	**Ringe**	**Total**	**Antal**
Hvordan har personen været til at lytte og forstå dine problemer?	58	30	7	5	100	57

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Af interviewene fremgår, at relationen til Care Manageren var af stor betydning for det udbytte, som patienterne fik med fra deres SC-forløb. Ved første møde med Care Manager har hovedparten af de interviewede udtrykt, at de fik et godt indtryk af hende og hendes kompetencer. En patient fortalte herunder om sit første møde:

> *"Jeg synes, at det var en meget overvældende oplevelse også, bare det at skulle afsted. Men det virkede godt, at hun var så rolig og glad fra start og selv bare snakkede løs, så man ligesom følte sig tryg. Det var ikke så formelt".*

Denne oplevelse delte flere andre, som bl.a. fortalte, at det var rart at møde en, som ville lytte til de ting, der fyldte, og var forstående og imødekommende. En patient fortalte, at hun allerede ved første møde kunne mærke en "*connection*" med Care Manageren, som gjorde, at hun følte sig tryg ved at skulle åbne sig op over for hende, og at relationen kun blev bedre. Det gjorde også, at hun efter forløbet oplevede det som svært at give slip på Care Manageren.

En anden patient fortalte under et interview, at hun fik en oplevelse af, at Care Manager negligerede hendes problemer. Efter de fik talt om dette, kom de tilbage til en god relation, og patienten bemærker, at Care Manager var god til at tale om tingene på en naturlig måde og tage emner op, som de før havde talt om.

Der er dog også patienter, som har oplevet, at Care Manager ikke var motiverende for dem til at kæmpe videre – som i citatet herunder:

> *"Jeg kan bare huske, hvordan min følelse var, når jeg gik ud derfra. Det var følelsen af, at jeg sådan var nedslået … jeg kom bare ikke ud med følelsen af, ligesom jeg gør ved min psykolog, at nu har jeg lyst til at kæmpe, og hold kæft hvor er det godt, og jeg gør et godt stykke arbejde".*

En anden patient gav udtryk for en lignende oplevelse af utilstrækkelighed i forhold til de opgaver, hun blev stillet hjemme, og en følelse af at Care Manager rakkede ned på hende.

Nogle af de problematikker, som har betydet, at patienten har fået en dårlig relation til Care Manager, har handlet om for stort fokus på medicinsk behandling, en følelse af at blive proppet i en kasse og en for høj grad af indblanding i personlige forhold. To patienter fortalte, at de af Care Manager følte sig pressede til at begynde i medicinsk behandling, selvom de ikke selv følte, at de var klar til dette skridt. De oplevede ikke, at Care Manager var lydhør, og at det var ubehageligt. Den ene stoppede senere forløbet og fik i stedet en henvisning til en psykolog, imens den anden selv konsulterede sin læge og fandt frem til, at medicinsk behandling alligevel var en god løsning for hende.

I den ene fokusgruppe opstod der en diskussion blandt patienterne om, hvorvidt Care Manager skulle forholde sig objektivt til patienterne. To patienter havde haft en oplevelse af, at Care Manager uden helt at forklare hvorfor talte dem hen imod at gå fra deres partnere, som en patient fortæller herunder:

> *"Jeg følte mig nærmest også presset til, at jeg skulle gå fra min kæreste, som også er far til mit barn. Det synes jeg ikke var så enkelt. Og jeg følte, det var mere hendes beslutning og ikke min. Jeg fik næsten helt dårlig samvittighed når jeg kom og ikke havde gjort noget ved det. Jeg oplevede det også meget subjektivt og lidt venindeagtigt. Jeg ville hellere have haft det objektivt, og hun kunne have hjulpet mig, så jeg selv kunne træffe en beslutning og se tingene fra forskellige perspektiver".*

Dette kom til at betyde, at de mistede tilliden og efterfølgende ikke havde lyst til at åbne op omkring deres problemer. Andre af patienterne i fokusgruppen havde oplevet deres Care Manager som meget objektiv og havde snarere ønsket at få lidt mere guidning til at træffe valg. En patient bemærkede her, at han oplevede det som rart at tale med en person, som kan bruge sin egen fornuft og bringer sig selv med i samtalen, så man ikke blot "*taler til en maskine*".

Behandlerens forståelse for patientens situation

En del af oplevelsen af en god behandling er, at der er sammenhæng mellem forståelsen af patientens problem/situation og den behandling, der gives for at lindre patientens situation. Patienterne blev derfor spurgt, om de oplevede, at det personale, der var tilknyttet deres behandling, 1) forstod deres problemer, og 2) om 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 (98 %) vurderer fagpersonernes indsats for at forstå deres problemer som *'Fremragende'* eller *'God'*, og 67 % har angivet, at egen læge/psykiatrisygeplejerske *'Helt bestemt'* forstod, hvilken form for hjælp de havde brug for.

Tabel 5.3 Patienternes oplevelse af relationen til primære behandler (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?	55	33	7	5	100	58
	Helt bestemt	**Kun delvist**	**Ikke helt**	**Slet ikke**	**Total**	**Antal**
Forstod personalet i lægepraksis/ Care Manager, hvilken form for hjælp du havde brug for?	67	24	5	4	100	58

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Et andet element, der kan påvirke både relationen mellem patient og behandler, og om patienten følger behandlingen, er, om behandlingen opleves som meningsfuld. Patienterne blev derfor spurgt, om de kunne forstå de måder, fagpersonerne ville arbejde med deres problemer på, og hvorvidt de var enige i tilgangen. Af Tabel 5.4 fremgår, at størstedelen af patienterne har haft en god forståelse for den måde, behandlerne ville arbejde med deres problemer på, idet 96 % har svaret enten *'Helt sikkert'* eller *'Ja, stort set'* på spørgsmålet. 29 % har angivet at være *'Helt enige'* i den måde, som behandlerne ville arbejde med deres problemer på, mens 14 % har været *'Lidt uenige'* eller *'Helt uenige'*.

Tabel 5.4 Patienternes oplevelse af behandlerens måde at arbejde med deres problemer 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?	41	55	4	0	100	58
	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?	29	36	7	7	100	58

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

I interviewene fortæller én patient dog, at hun følte sig meget begrænset af at være sat "*i en kasse, der hed depression*". For nogle af patienterne har det fungeret fint at have den førnævnte mappes struktur at forholde sig til, mens det for andre ikke helt gav mening at skulle følge et fast forløb, når det måske var noget andet, der fyldte for dem i den pågældende uge, som en patient udtrykker herunder:

> *"Det var ret mærkeligt for mig, at vi havde en mappe, vi skulle gå igennem. For når jeg kom, så var der jo altid sket et eller andet i løbet af ugen, og det passede bare ikke altid til det, vi lige skulle gennemgå. Care Manager ville meget gerne, at vi holdt os til planen, og vi skulle nå igennem tingene. Jeg gik tit derfra med den følelse, at jeg ikke havde fået noget som helst ud af det".*

Flere af patienterne fortalte, at forløbet havde taget udgangspunkt i patientens baggrund og forhistorie. Oplevelsen af denne tilgang er forskellig hos interviewpersonerne under det ene fokusgruppeinterview, hvor det for nogle gav god mening at finde årsagen til visse reaktionsmønstre, mens det for andre virkede meningsløst at se bagud i stedet for fremad.

5.2 Patienternes indflydelse på egen behandling

I spørgeskemaet er patienterne også blevet spurgt til deres oplevelse af at have haft indflydelse på egen behandling. Af Tabel 5.5 fremgår det, at hovedparten (84 %) har fundet omfanget af indflydelse på egen behandling passende.

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

	For meget	Passende	For lidt	Ved ikke	Procent	Antal
I hvilket omfang har du indflydelse på din behandling?	2	84	3	11	100	57

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 Nordjylland.

Interviewdeltagerne gav ikke udtryk for, at de har haft direkte indflydelse på deres behandling, men snarere at behandlingen blev tilpasset deres aktuelle situation. En patient fortæller i citatet herunder, hvordan forløbet fra begyndelsen blev tilpasset:

> *"Jeg synes også, det var rigtig fint, at det blev tilpasset ens situation. Og de startede med at stille en masse spørgsmål for at danne sig et billede om, hvad det var for en person, og hvilke modeller man skulle arbejde med. Det var fleksibelt og kunne tage hensyn til alle mulige ting".*

Flere af patienterne, som deltog i interview, fortalte også, at indholdet i mappen ikke blev fulgt slavisk, men at der var mulighed for at tage de vigtigste og mest relevante temaer op, og en patient fortalte ligeledes, at to af hendes møder med Care Manager tog mere form af en psykologsamtale oven på angstsammenbrud.

5.3 Arbejdsfordelingen og samarbejdet mellem fagpersoner

Under interviewene er borgerne blevet spurgt om, hvordan de har oplevet samarbejdet mellem de involverede fagpersoner. Patienterne fra Region Nordjylland fortalte enstemmigt, at de ikke har haft fælles konsultationer, hvor både praktiserede læge og Care Manager var til stede. Nogle enkelte patienter havde haft en oplevelse af, at de to parter havde meget lidt samarbejde, og at det primært handlede om medicinsk behandling, når læge og Care Manager talte sammen om patienten. En af patienterne oplevede, at Care Manager opfordrede hende til at tale med lægen om medicinsk behandling. Da hun så i samråd med lægen valgte ikke at begynde at tage medicin, kunne hun mærke, at Care Manager ikke var enig i denne beslutning, og det var svært at stå imellem flere professionelle med forskellige holdninger:

> *"Det er selvfølgelig, fordi vi har forskelligt udgangspunkt. Hun er jo mere inden for den lægelige verden. Men det kan jeg huske, at det var enormt kompliceret. At den ene sagde noget, og den anden ekspert sagde så noget tredje, og så stod jeg der…".*

Blandt de patienter, som i højere grad havde oplevet, at praktiserende læge og Care Manager talte sammen i forløbet, er der blandede holdninger til. Flere gav udtryk for, at det var rart at vide, at der var flere sammen om at finde frem til, hvad der var godt for patienten, og at dette netop styrkede indsatsen. En patient fortalte, at det var rart med nogen, der samlede trådene, så hun kun havde én fagperson at skulle forholde sig til. En anden person fortalte om en lægekonsultation, hvor lægen inden havde forhørt sig hos Care Manager om patientens tilstand, og at dette var fint, fordi patienten havde en oplevelse af, at begge ville patienten det godt.

De negative oplevelser af, at praktiserende læge og Care Manager talte sammen om patientens forløb, har bl.a. handlet om, at den praktiserende læge rettede sig for meget efter, hvad Care Manager fortalte. En patient udtrykker således:

> *"Jeg synes, at det var lidt ubehageligt, at de snakkede sammen. Jeg vidste godt, at de snakkede sammen, for det havde jeg fået at vide, men det var, som om lægen blev lidt farvet af, hvad Care Manager havde syntes, der skulle ske. Jeg følte, at jeg lidt mistede en støtte, fordi lægen så kørte ekstra hårdt på med henvisning til, hvad Care Manageren havde sagt".*

Flere af patienterne havde kontakt til deres egen læge undervejs i forløbet. Der har de bl.a. drøftet medicin og deres oplevelse af at være med i forløbet. En af patienterne talte med sin læge tre gange under SC-forløbet og var rigtig glad for dette, da hun følte, at hun talte bedre med sin egen læge end med psykiatrisygeplejersken.

I interviewene er patienterne ligeledes blevet spurgt om, hvorvidt Care Manager kunne hjælpe med kontakt til kommunale sagsbehandlere, men ingen har oplevet, at der har været et samarbejde der. En patient udtrykker en oplevelse af, at lægen, Care Manageren og kommunen "*var meget disconnected*".

5.4 Opsamling

Patienterne har primært været i dialog med praktiserende læge og Care Manager. Relationen til den primære fagperson vurderes som positiv af langt de fleste patienter i undersøgelsen på parametre som evne til at lytte og forstå patientens problemer, gensidig tillid og respekt samt interesse for patientens situation. I interviewene fremhæves Care Manageren som betydningsfuld for patientens motivation til at fortsætte i behandlingsforløbet i en situation, hvor det er svært at overskue nye relationer og nye opgaver. God kemi fremgår som et delelement i en god og tryg relation mellem patient og Care Manager sammen med en oplevelse af, at Care Manager lytter, er imødekommende og udstråler ro. Enkelte patienter beskriver en dårlig relation, som bunder i uenighed mellem patient og Care Manager om behandlingstilgangen og en oplevelse af at blive presset til at gøre ting, man ikke har lyst til eller ikke forstår.

Patienternes vurdering af samarbejdet mellem de tilknyttede fagpersoner varierer noget. Nogle patienter har ikke oplevet et samarbejde, hvor andre har oplevet et samarbejde, men giver udtryk for en negativ oplevelse heraf. Uenighed mellem fagpersonerne eller en oplevelse af, at de træffer beslutninger uden om patienten, er medvirkende årsager til en negativ oplevelse af samarbejdet. Flere patienter giver dog udtryk for, at samarbejdet mellem Care Manager og praktiserende læge har været positivt. Tydelig arbejdsdeling mellem fagpersonerne og oplevelsen af, at Care Manageren har samlet trådene og været bindeled mellem patient og læge, så patienten kun skulle forholde sig til én fagperson, beskrives som medvirkende til patienternes positive oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

6 Tilfredshed og oplevet udbytte af behandlingen

I dette kapitel fremgår patienternes oplevelse af det behandlingsforløb, 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 højest 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 SC-forløb, herunder om de er blevet bedre til at tackle eller løse deres problemer. Interviewene supplerer således spørgeskemadata, idet de bidrager med nogle beskrivelser af, hvordan og i hvilke situationer SC-forløbene har bidraget til patienternes hverdag og evne til at mestre deres sygdom. Denne analyse er fremstillet i afsnit 6.2.

6.1 Resultater fra spørgeskemaet

I Region Nordjylland har patienterne samlet set scoret højt på det samlede patienttilfredshedsmål CSQ-8, idet den gennemsnitlige score er 26. Til sammenligning har man i et australsk studie blandt patienter med depressive symptomer, hvor man har afprøvet forskellige internetbaserede behandlingstilgange, fundet, at patienterne samlet set har scoret mellem 20 og 23 på CSQ-8 (Donker et al. 2013, e82). I et dansk studie blandt patienter i misbrugsbehandling – hvoraf en stor andel også har samtidige psykiske lidelser – fandt man en højere gennemsnitlig patienttilfredshed i tråd med den, vi finder i vores undersøgelse, idet man her fandt, at patienterne scorede henholdsvis 23, 27 og 28 i gennemsnit alt efter, hvilken interventionsgruppe de havde deltaget i (Thylstrup 2011, 471).

Tabel 6.1 nedenfor sammenfatter patienternes besvarelser på i alt otte spørgsmål om deres oplevelse af den behandling, de har modtaget, og som tilsammen udgør Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). Det fremgår af tabellen, at spørgsmålene generelt er vurderet ganske positivt af patienterne, idet størstedelen af besvarelserne på alle otte spørgsmål er angivet med den bedst mulige vurdering. Af tabellen ses det også, at det særligt er spørgsmålene omkring 'Alt i alt hvor tilfreds er du', 'Har behandlingen hjulpet til at løse dine problemer', 'Tilfredshed med mængden af behandling' og 'Ville du anbefale behandlingen til andre', som medvirker til den samlede meget høje score. På disse fire spørgsmål har 60-69 % af respondenterne angivet den bedst mulige vurdering på en skala fra 1-4.

Mindst tilfredshed er der samlet set blandt borgerne på spørgsmålet, om behandlingen opfyldte patienten/borgerens behov, hvor 26 % har angivet den bedst mulige vurdering. Dette kan hænge sammen med, at borgerne kan have flere samtidige behov, mens behandlingens fokus har været på symptomer på angst og depression.

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

Tabel 6.1 Patienternes vurdering af den behandling, de har modtaget, baseret på de otte CSQ-8 spørgsmål. Procent og samlet antal

	Bedst mulige vurdering			Dårligst mulige vurdering	Total	Antal
	4)	3)	2)	1)		
Hvad synes du om kvaliteten af den behandling, du har fået?	47	43	3	7	100	58
Har du fået den behandling, du ønskede?	36	48	10	5	100	58
Opfyldte behandlingen dine behov?	26	55	17	2	100	58
Ville du anbefale behandlingen til en ven med samme problemer?	60	26	7	7	100	58
Hvor tilfreds er du med mængden af hjælp?	62	32	3	3	100	58
Har behandlingen hjulpet dig til at kunne løse dine problemer?	69	22	7	2	100	58
Alt i alt, hvor tilfreds er du med behandlingen?	65	21	7	7	100	58
Hvis du skulle søge hjælp en anden gang, ville du så søge samme behandling?	38	35	17	10	100	58

Kilde: Spørgeskemadata, Region Nordjylland.

Endelig kan det bemærkes, at spørgsmålet, om patienten ville søge samme behandling, hvis denne skulle søge hjælp en anden gang, er det spørgsmål, hvor flest har angivet de dårligst mulige vurderinger. Her angiver i alt 27 %, at de *'Helt sikkert ikke'* ville søge samme hjælp, eller *'Det tror jeg ikke'*, dog har den resterende majoritet (73 %) angivet *'Helt sikkert'* eller *'Ja, det tror jeg'* på spørgsmålet om, hvorvidt de ville søge samme hjælp en anden gang.

Karakteristika for patienter med lav CSQ-8 score

Det er undersøgt, om forskellige køn, aldersgrupper og diagnoser har forskelige svar på den oplevede tilfredshed med behandlingen. Analyserne viser ingen forskelle, hvad angår den samlede CSQ-8 score mellem forskellige aldersgrupper, mellem mænd og kvinder, mellem respondenter, som bor sammen med andre voksne eller bor alene, eller mellem respondenter som henholdsvis har angivet og ikke angivet andre samtidige diagnoser end angst/depression.

Derimod viser analyserne, at der er en signifikant forskel i CSQ-8 score mellem respondenter, som har været i behandling for henholdsvis angst, depression eller begge dele. Patienter med angst scorer gennemsnitligt højere på den samlede CSQ-8 score end patienter med depression eller samtidig angst og depression, idet den gennemsnitlige CSQ-8 score var 29 hos patienter med angst, 26 hos patienter med depression og 25 blandt patienter med begge diagnoser. En analyse af de enkelte spørgsmål, der indgår i CSQ-8, viser, at denne forskel især kan tilskrives spørgsmålet om patientens tilfredshed med mængden af hjælp. På dette spørgsmål angav signifikant flere patienter med angst at være tilfredse sammenlignet med patienter inden for de øvrige diagnosegrupper (p=0,001). Samme mønster genfindes på spørgsmålet om, hvorvidt patienterne ville søge samme hjælp en anden gang, hvis der opstod behov. Her angiver patienter med angst markant mere positive svar end patienter med såvel depression alene som patienter med samtidig angst og depression

(p=0,031). På de øvrige spørgsmål i CSQ-8 ses ingen signifikante forskelle i besvarelserne afhængig af diagnose.

Som supplement til ovenstående er det også undersøgt, om forskellen i gennemsnitlig CSQ-8 score mellem patienter med henholdsvis angst, depression eller begge diagnoser kan forklares ved forskelle i, hvor meget diagnosen fylder i det daglige, samt køn, alder mv. Dette er imidlertid ikke tilfældet, og forskellen i den gennemsnitlige CSQ-8 score mellem diagnosegrupper fastholdes, selvom der kontrolleres for andre variable.

Endelig er der foretaget en analyse af, hvad der karakteriserer de få respondenter, som har udtrykt sig mindst positivt på CSQ-8 spørgsmålene, dvs. patienter, som samlet har en CSQ-8 score mellem 10 og 20 (i alt 7 patienter). 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 var interesseret i at hjælpe*, *var god til at lytte og forstå*, om der var *gensidig respekt og tillid* mellem patient og behandler, og hvorvidt patienten *kunne forstå den måde, behandleren ville arbejde med patientens problemer*. Hvad angår mere faktuelle forhold omkring behandlingen såsom antallet af samtaler, ventetid til behandlingsstart og primære behandlers faglighed, er der ingen signifikante forskelle på patienter, som har scoret henholdsvis højt eller lavt på den samlede CSQ-8 score.

6.2 Interviewpersonernes oplevelse

I interviewene er patienterne blevet spurgt, om de oplevede, at behandlingen havde hjulpet, og i hvor høj grad angst eller depression efterfølgende fyldte i deres hverdag. Nogle enkelte beskriver, at forløbet har *"gjort en verden til forskel"* for dem. En patient udtrykker, at hendes depression slet ikke fylder længere. Flertallet har oplevet, at de nu har det bedre, selvom problemerne ikke er væk, men at de nu er bedre til at håndtere dem. En patient beskrev det på følgende måde:

> *"Jeg synes stadig, den er der, men jeg har også fundet ud af, hvorfor den er der, og hvad jeg skal gøre for at slippe af med den. Men den ligger bare og lurer, men jeg har lært at acceptere følelsen og kan nu håndtere det".*

En anden patient fortalte, at hun blev overrasket over, hvor langt man kunne komme på de 12 gange, forløbet varede, og at det var brugbart fremadrettet til at være opmærksom på sine syptomer, og hvordan de kan håndteres. Flere af patienterne fortalte, at de har fået nogle gode værktøjer med sig videre, og nogle har siden fundet materialet frem og brugt det igen.

En gruppe patienter vurderede, at det var SC-forløbet *i samspil* med medicinsk behandling, der havde hjulpet dem videre.

Der er dog også patienter, som havde oplevet, at forløbet ikke havde hjulpet dem i nævneværdig grad, fx som beskrevet herunder:

> *"Jeg fik et par råd, som jeg måske godt tænker, at jeg kunne have læst mig til på internettet, men som jeg trods alt har taget til mig. Så har jeg sådan en bog, hvor jeg skriver succesoplevelser i, som jeg så prøver at læse i en gang imellem, hvis der er et eller andet, der ser helt sort ud. Den føler jeg har hjulpet mig et par gange i hvert fald. Men det er nok også det eneste positive, jeg lige umiddelbart kan nævne ved det hele".*

Flere af patienterne udtrykte – som tidligere beskrevet – et ønske om, at der kunne ligge et opfølgende møde med Care Manager senere, så de ikke fra den ene dag til den anden står på egne ben.

En af patienterne gav desuden udtryk for, at hun kunne have ønsket et større fokus på den fysiske krop i forløbet i form af eksempelvis massage eller mindfullness.

6.3 Opsamling

Baseret på CSQ-8, som er et valideret spørgeskema til måling af patienters tilfredshed med den behandling, de har modtaget, så er de patienter, som har deltaget i et SC-forløb, overvejende tilfredse med behandlingsforløbet. Der ses en anelse højere tilfredshed blandt patienter, som har angivet, at de lider af angst, sammenlignet med patienter der har angivet, at de lider af depression eller både depression og angst. Der ses ingen forskelle mellem forskellige aldersgrupper og køn. De patienter, der har angivet lavest tilfredshed med deres behandlingsforløb, har også angivet en dårligere relation til deres primære behandler og mangel på forståelse for den måde, som den primære behandler arbejder med patientens problemer på.

I interviewene beskriver patienterne overvejende, hvordan de oplever at være blevet bedre til at forstå og håndtere deres sygdom, og at de dermed er blevet bedre til at leve med deres sygdom. En del af dette oplevede udbytte tilskrives de redskaber og modeller, som de er blevet introduceret for, men nogle patienter påpeger også, at den medicinske behandling har været en væsentlig medvirkende faktor.

Litteratur

Archer, Janine, Peter Bower, Simon Gilbody, Karina Lovell, David Richards, Linda Gask, Chris Dickens, and Peter Coventry. 2012. *Collaborative Care for Depression and Anxiety Problems* John Wiley & Sons, Ltd.

Attkisson, C. C. and R. Zwick. 1982. "The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome." *Evaluation and Program Planning* 5 (3): 233.

Brinck-claussen, U. Ø, N. K. Curth, and L. F. Eplov. 2014. *Collabri-Modellen. November 2014*. København: Region Hovedstadens Psykiatri.

Coventry, P., K. Lovell, C. Dickens, P. Bower, C. Chew-Graham, D. McElvenny, M. Hann, et al. 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* 350: 638.

Donker, Tara, Kylie Bennett, Anthony Bennett, Andrew Mackinnon, Annemieke van Straten, Pim Cuijpers, Helen Christensen, and Kathleen M. Griffiths. 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* 15 (5): e82.

Liu, P. and E. Cassidy. 2011. *Client Satisfaction Survey 2010-11 Calgary Zone Report*. Edmonton, Alberta: Alberta Health Services.

Madsen, M. H., M. Brandhøj Wiuff, M. Sandberg Buch, J. Wulff, and P. Skovbo Rasmussen. 2018. *Bilagsrapport 3: Patienters Oplevelse Af Collaboratove Care. Afprøvning Af Et Tværsektorielt Behandlingstilbud Til Behandling Af Patienter Med Angst Og Depression i Region Midtjylland*. København: VIVE.

Madsen, M. H., M. Ørts Rahbæk, M. Brandhøj Wiuff, M. Sandberg Buch, J. Wulff, and P. Skovbo Rasmussen. 2018. *Bilagsrapport 2: Patienters Oplevelse Af Collaboratove Care. Afprøvning Af Et Tværsektorielt Behandlingstilbud Til Behandling Af Patienter Med Angst Og Depression i Region Sjælland*. København: VIVE.

Madsen, M. H., M. Sandberg Buch, A. Petersen, M. Brandhøj Wiuff, J. Wulff, and P. Skovbo Rasmussen. 2018. *Patientersoplevelse Af Collaborative Care. Afprøvning Af Et Tværsektorielt Behandlingstilbud Til Patienter Med Angst Og Depression*. København: VIVE.

Nguyen, T. D., C. C. Attkisson, and B. L. Stegner. 1983. "Assessment of Patient Satisfaction: Development and Refinement of a Service Evaluation Questionnaire." *Evaluation and Program Planning* 6 (3-4): 299.

Petersen, A., M. Sandberg Buch, J. Wulff, P. Skovbo Rasmussen, and M. H. Madsen. 2018. *Bilagsrapport 1: Patienters Oplevelse Af Collaboratove Care. Afprøvning Af Et Tværsektorielt Behandlingstilbud Til Behandling Af Patienter Med Angst Og Depression i Region Hovedstaden*. København: VIVE.

Richards, David, J. J. Hill, Linda Gask, K. Lovell, C. Chew.Graham, Peter Bower, J. Cape, et al. 2013. "Clinical Effectiveness of Collaborative Care for Depression in UK Primaru Care (CADET): Cluster Randomised Controlled Trial." *Bmj* 347: 4913.

Thylstrup, Birgitte. 2011. "Numbers and Narratives. Relations between Patient Satisfaction, Retention, Outcome and Program Factors in Outpatient Substance Abuse Treatment." *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28 (5-6): 471.

VIVE VIDEN FOR VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS- OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD