



Martin Sandberg Buch, Anne Petersen, Iben Bolvig og Jakob Kjellberg

Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet stress, angst og depressionsramte

Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark
og Praktiserende Lægers Organisation



Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning

Integrated Care-modellen – indsatsen målrettet stress, angst og depressionsramte. Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne, 2016

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom
Forsidefotos: Lars Degnbol og Ricky John Molloy

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-968-9
Projekt: 10889

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

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



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

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

Indhold

Resumé	5
1 Evalueringens formål, design og gennemførelse	9
1.1 Indledning	9
1.1 Formål, afgrænsning og undersøgelsesspørgsmål	9
1.2 Slutevalueringens datagrundlag og gennemførelse	11
1.2.1 Patienternes perspektiver på SAD-indsatsen	11
1.2.2 Fagpersoner og lederes perspektiver på SAD-indsatsen	12
1.2.3 Om de anvendte kvalitative metoder	13
1.2.4 SAD-indsatsens omkostninger og gevinster	14
1.2.5 Omkostningsanalyse	16
1.2.6 Omkostninger	16
1.2.7 Besparelser	17
1.3 Rapportens opbygning	17
2 Status på implementering	18
2.1 Aftaler, organisering og redskaber	18
2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver	18
2.3 Status for SAD	19
2.3.1 SAD-indsatsens redskaber og patientrettede tilbud	19
2.3.2 Inkluderede SAD-patienter og henvisninger til konkrete IC-tilbud	20
2.4 Opsamling	22
3 SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsen	23
3.1 Indgangen til SAD-indsatsen	23
3.2 SAD-patienternes perspektiver på IC-handleplanen	26
3.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet	30
3.3 SAD-indsatsens betydning for SAD-patienternes behandlingsforløb	33
3.4 Opsamling på SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsen	37
4 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på SAD-indsatsen	39
4.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af SAD-indsatsens implementering	39
4.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	39
4.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	42
4.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver	47
4.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	47
4.2.2 Resultater fra interview med praksislægerne	49
4.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde	55
4.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	55
4.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	57
4.4 SAD-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb	63
4.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen	64
4.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen	66

4.5	Opsamling på SAD-fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen	68
5	Omkostninger og effekter	71
5.1	Beskrivelse af patienter i IC-indsatsen	71
5.2	Matchning af kontrolgruppe	72
5.3	Omkostningsestimater for SAD	73
5.4	Estimerede gevinster af IC-indsatsen for SAD-patienter	76
5.5	Opsamling	78
6	Konklusion og anbefalinger	79
6.1	Status på implementering	79
6.2	Patienter og fagpersoners perspektiver på SAD-indsatsen	79
6.3	Økonomi og omkostninger	80
6.4	KORAs anbefalinger	81
Bilag 1	Elementer fra SAD-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen	84
Bilag 2	Guide til patientinterview SAD	85
Bilag 3	Eksempel på anvendt interviewguide: Praktiserende læger involveret i SAD	88
Bilag 4	Oversigt over de interviewede SAD-patienter og deres forløb i SAD-indsatsen	91
Bilag 5	Supplerende tabeller og figurer fra SAD-patientspørgeskemaet ...	93
Bilag 6	Supplerende tabeller fra SAD-fagpersonernes spørgeskema	108
Bilag 7	Stratificeringsmodel SAD (6. version, december 2014)	112
Bilag 8	Supplerende tabeller fra kapitel 3	113

Resumé

Baggrund, formål og anvendte metoder samt datagrundlag

Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation har siden 2013 samarbejdet om at udvikle og afprøve en integreret indsats (herefter IC-indsatsen) for henholdsvis ældre medicinske patienter (herefter DÆMP) og patienter med stress, angst og depression (herefter SAD).

Denne delrapport formidler de resultater, der er opnået via SAD-indsatsen ved afslutningen af projektperioden. Formålet er at opstille et vidensgrundlag for de beslutninger, der skal tages omkring SAD-indsatsens eventuelle videreførelse. Evalueringen har tre spor, der undersøges:

- Hvordan de inkluderede patienter oplever SAD-indsatsen, samt om de oplever øget inddragelse i eget forløb og bedre sammenhæng i dette som følge af indsatsen.
- Hvordan de involverede fagpersoner oplever IC-modellens organisering, implementering og resultater, samt hvilke anbefalinger de har vedrørende indsatsens fremtid.
- Hvilke omkostninger og effekter der er forbundet med indsatsen i forhold til forbrug af sundhedsydelser, hjemmepleje m.m.

Ovenstående fokus betyder, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering.

Anvendte metoder og datagrundlag

Spor 1 og 2 er undersøgt via spørgeskemaer, interview og observationer af tværsektorielle teammøder (TST-møder), en opstartssamtale mellem patient og praksislæge samt diverse skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra IC-sekretariatet. To gange i projektperioden blev der udsendt spørgeskemaer til alle inkluderede patienter og deltagende fagpersoner. Herudover er der gennemført ti patientinterview, observation af fire TST-møder og to interviewrunder, hvor i alt 41 fagpersoner har deltaget.

Spørgeskemaerne giver et bredt og dækkende billede af, hvordan de involverede patienter og fagpersoner oplever SAD-indsatsen, mens interview og observationer med fagpersoner og patienter bruges til at forklare og nuancere de tendenser, der afdækkes via spørgeskemaerne.

Spor 3 vedrørende patient-outcome og økonomi undersøger, hvorvidt SAD-indsatsen påvirker de inkluderede patienters tilknytning til arbejdsmarkedet samt offentlige forsørgelsesydelser, forbrug af sundhedsydelser, og hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv. Undersøgelsen er baseret på registerdata fra Odense Kommune og Region Syddanmark samt registreringer foretaget af IC-sekretariatet.

Der er generelt god overensstemmelse på tværs af resultaterne fra henholdsvis spørgeskemaer og interview samt på tværs af perspektiverne fra patienter og fagpersoner. Samtidig er der også god overensstemmelse mellem resultaterne fra slutevalueringen og de opmærksomhedspunkter, der tidligere er peget på i henholdsvis KORAs midtvejsevaluering, IC-projektets pilotundersøgelse og evalueringerne af IC-projektet i London. Det er derfor KORAs vurdering, at evalueringen giver et dækkende billede af SAD-indsatsens implementering og resultater.

Hovedkonklusioner

Implementering af SAD-indsatsen: Udviklingen og implementeringen af SAD-indsatsen har fundet sted sideløbende gennem hele projektperioden. Dette forhold knytter sig særligt til, at det løbende har været nødvendigt at præcisere og justere praksislægernes kriterier for inklusion og eksklusion af patienter, praksislægernes tovholderrolle og brugen af IC-handleplanen. Der er inkluderet 428 patienter i SAD-indsatsen, hvilket svarer til 13 patienter pr. deltagende læge. Det er godt halvdelen af de ca. 25 patienter pr. deltagende læge, som var forventet ved indsatsens start.

Samtidig fremgår det, at en praksislæge (ud af de 33) har inkluderet 20 % af samtlige patienter, mens de tre mest aktive står for 40 % af det samlede antal inkluderede patienter. Heroverfor står de ti praksislæger, som har inkluderet færrest patienter, kun for ca. 7 % af det samlede antal patienter. Der er således grundlag for at stille spørgsmålstegn ved, om SAD-indsatsen reelt er implementeret som en fast rutine hos flertallet af de deltagende praksislæger.

De inkluderede patienter har i gennemsnit været henvist til 1,8 behandlingstilbud, og langt de fleste – 375 patienter – har været i behandling hos en psykolog. 210 patienter var desuden i samtaleforløb hos egen læge, hvorfor disse to tilbud er de hyppigst givne behandlingstilbud.

Der har været afholdt 30 TST-møder, hvor der har været drøftet 117 patientsager, svarende til ca. to tredjedele af det forventede antal. Særligt den første del af projektperioden var præget af, at meget komplicerede patientcases, dvs. fejlinkluderede, fyldte på TST-møderne, men det ændrede sig med det strammere fokus på inklusion og eksklusion, hvorefter det er de cases, der reelt hører til i SAD-indsatsen, som har fyldt.

Patienters perspektiver på SAD-indsatsen: Blandt patienterne er der gennemgående en tro på, at idéen i SAD-indsatsen er rigtig, og at den hjælper dem med at få det bedre/komme tilbage til arbejde. De fremhæver udsigten til hurtig hjælp, de specifikke tilbud (primært psykologhjælpen), den fælles vidensdeling mellem behandlerne og det, at flere forskellige fagligheder vurderer deres sag, som de væsentligste positive elementer i SAD-indsatsen. Der er en udbredt oplevelse af, at behandlerne kommunikerer i en grad, der betyder, at de har fælles viden og mål for patienternes forløb – særligt i relationen mellem egen læge og psykolog.

Flertallet af patienterne oplever desuden at have fået større viden om deres tilstand, bedre mulighed for at handle selv samt fået stabiliseret og forbedret deres tilstand gennem SAD-indsatsen. Undersøgelsen indikerer dog også, at patienternes oplevelse af at blive aktivt inddraget i egne forløb ikke ændres væsentligt via SAD-indsatsen. Patienterne er på den anden side generelt tilfredse med deres IC-forløb, og det fremgår, at opstartssamtalen og de konkrete forløb, de tilbydes, for de fleste afspejler de ønsker og behov, de har.

Selvom patienterne er meget positive over for IC-handleplanen, tyder det på, at den ikke spiller den rolle for patienterne, der er lagt op til i SAD-indsatsen, da de af forskellige årsager ikke orienterer sig i handleplanen. De har fx ikke har overskud til det, ligesom de ikke er klar over, at de har mulighed for det.

Fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen: Fagpersonerne oplever generelt SAD-indsatsen for SAD-patienterne som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden, som også kommer andre patienter til gode end de, der er inkluderet i SAD-indsatsen. De har fået en bedre viden om hinandens organisationer og rammer at arbejde under, og de forstår nu at kommunikere, så de forstås korrekt i de øvrige organisationer. Det betyder, at de bedre kan sikre patienterne den behandling i andre organisationer, som de mener, at patienten har behov for.

SAD-indsatsen for SAD-patienterne har udviklet sig gennem hele projektperioden, dels fordi fagpersonerne har opnået erfaringer med SAD-indsatsens forskellige komponenter, og ud fra denne har justeret deres praksis, dels fordi der har fundet en fortsat "forhandling" sted om, hvordan praksis skulle være. Det gælder bl.a. forståelsen af og praksis omkring inklusion af patienter såvel som for eksklusion af patienter, der efter inklusion viste sig ikke at leve op til inklusionskriterierne. Inklusion, men særligt eksklusion af patienter, synes at være nært koblet til faglig og personlig integritet, og derfor kan der være meget på spil i forhandlingerne om praksis i forhold til dette. Inklusionen af patienter er i SAD-indsatsen desuden lagt an på anvendelsen af redskabet "risikolisten", men denne afvises af mange, fordi den ikke fungerer optimalt. I stedet har praksislægerne udviklet deres inklusionspraksis i forbindelse med konsultationer med patienterne.

SAD-indsatsen er lagt an på, at den praktiserende læge skal varetage en tovholderrolle i patientens forløb, og ligesom ved inklusions- og eksklusionspraksis har også denne rolle udviklet sig gennem projektperioden. Udviklingen har gået mod, at praksislægen skulle spille en mere aktiv rolle. Det har for nogle praksislæger betydet, at SAD-indsatsen blev oplevet som mere tidskrævende end forventet, og for dem såvel som alle de øvrige fagpersoner er tidspres den væsentligste faktor, når de *ikke* får arbejdet med SAD-indsatsen på den måde, som de skulle i forhold til SAD-indsatsens design.

Hvordan IC-handleplanen, der er det fælles kommunikationsredskab, som alle aktører, der er inde over en patient, deler, skal anvendes, har også været under fortsat udvikling. Redskabet opleves overvejende som et positivt bidrag til deres arbejde med SAD-patienterne, men hvordan den skal anvendes, fx hvad der skal formidles, til hvem, hvordan og hvornår, har været til stadig diskussion og forhandling gennem projektperioden. Gennem projektperioden synes tonen i kommunikationen i redskabet at være blevet mere fri, men der efterspørges bl.a. fortsat en mere målrettet og handlingsorienteret kommunikation. Interviewundersøgelsen viser, at patienterne næppe inddrages i IC-handleplanen, som det er lagt op til, mens spørgeskemaundersøgelsen viser, at de pårørende heller ikke inddrages som tænkt.

TST-møderne, hvor fagpersonerne mødes for at diskutere patientcases, er det IC-redskab, som fagpersonerne er mest positive over for, og de er meget positive. I dette forum har de *fået ansigt på hinanden*, og det er ved at kende hinanden og være i ansigt-til-ansigt-dialog med hinanden, at de oplever at have fået mere indsigt i hinandens arbejde og arbejdets rammer, samt at have lært at forstå hinandens organisationers "sprog". Ved at kende dette sprog og ved at vejlede hinanden i brugen af sproget kan de sikre sig, at deres vurdering af patientens behov forstås korrekt, og det øger chancen for, at patienten får den behandling, som de vurderer, at han eller hun har brug for.

Omkostninger og effekter: Omkostnings- og effektevalueringen viser, at SAD-indsatsen på kort sigt leder til negative resultater. De inkluderede SAD-patienter har således flere uger på sygedagpenge og færre uger i selvforsørgelse end kontrolgruppen samt et større forbrug af almen praksis. Når disse omkostninger lægges sammen med omkostningerne til driften af SAD indsatsen og ydelserne i denne, giver det en meromkostning af indsatsen på ca. 27.000 kr. målt henover det første år efter indsatsstart.

Det spiller formentlig en rolle, at der er ikke observerbare forskelle på interventions- og kontrolgruppen, som gør, at grupperne ikke er fuldt sammenlignelige, selvom de fremstår ens i forhold til de registerdata, der er brugt til matchningen. Samtidig kan det spille ind, at den øgede opmærksomhed, som fagpersonerne har på de inkluderede patienter – og bl.a. deres forbedrede kompetencer til at navigere i hinandens systemer, leder til forandrede behandlingsforløb med flere uger på offentlig forsørgelse og flere konsultationer i almen praksis til følge.

Det er ligeledes en udfordring, at opfølgningsperioden for SAD-patienterne er meget kort, hvorfor det ikke er muligt at vurdere indsatsens langsigtede effekter.

Anvendte metoder og datagrundlag: Evalueringen er baseret på spørgeskemaer udsendt til alle inkluderede patienter og deltagende fagpersoner to gange i projektperioden. Herudover er der gennemført ti patientinterview, observation af fire TST møder og to interviewrunder, hvor i alt 41 af de deltagene fagpersoner har deltaget. Endelig er der gennemført effekt- og omkostningsanalyser med afsæt i registerdata fra kommunen og regionen samt registreringer foretaget af IC-sekretariatet.

1 Evalueringens formål, design og gennemførelse

1.1 Indledning

Denne rapport formidler slutresultaterne fra KORAs evaluering af den model for Integrated Care (IC), som Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation siden 2013 har samarbejdet om at udvikle og afprøve for patienter ramt af stress, angst og depression (herefter SAD).

Rapporten bygger videre på KORAs midtvejsevaluering fra foråret 2015. Præsentationen af resultater følger således samme struktur, og resultaterne fra de to evalueringsrunder forholdes løbende til hinanden, hvor der er identificeret en udvikling. Samtidig indeholder slutevalueringen et øget fokus på IC-projektets resultater og fagpersonernes perspektiver på projektets fremtid.

1.1 Formål, afgrænsning og undersøgelsesspørgsmål

Formålet er at gøre status for IC-projektets møde med praksis og de opnåede resultater for dermed at kvalificere de beslutninger, der skal tages omkring SAD-indsatsen ved afslutningen af projektperioden. Evalueringen består af tre spor, som er defineret med afsæt i de succes-kriterier, der er opstillet for IC projektet¹. Sporene er designet, så de:

1. med afsæt i interview og spørgeskemaer afdækker de involverede fagpersoners perspektiver på SAD-indsatsens organisering, resultater og fremtid
2. med afsæt i interview og spørgeskemaer undersøger de inkluderede patienters perspektiver på SAD-indsatsen
3. med afsæt i register- og omkostningsanalyser belyser SAD-indsatsens effekter og betydning for de inkluderede patienters forbrug af sundhedsydelser.

Afgrænsning

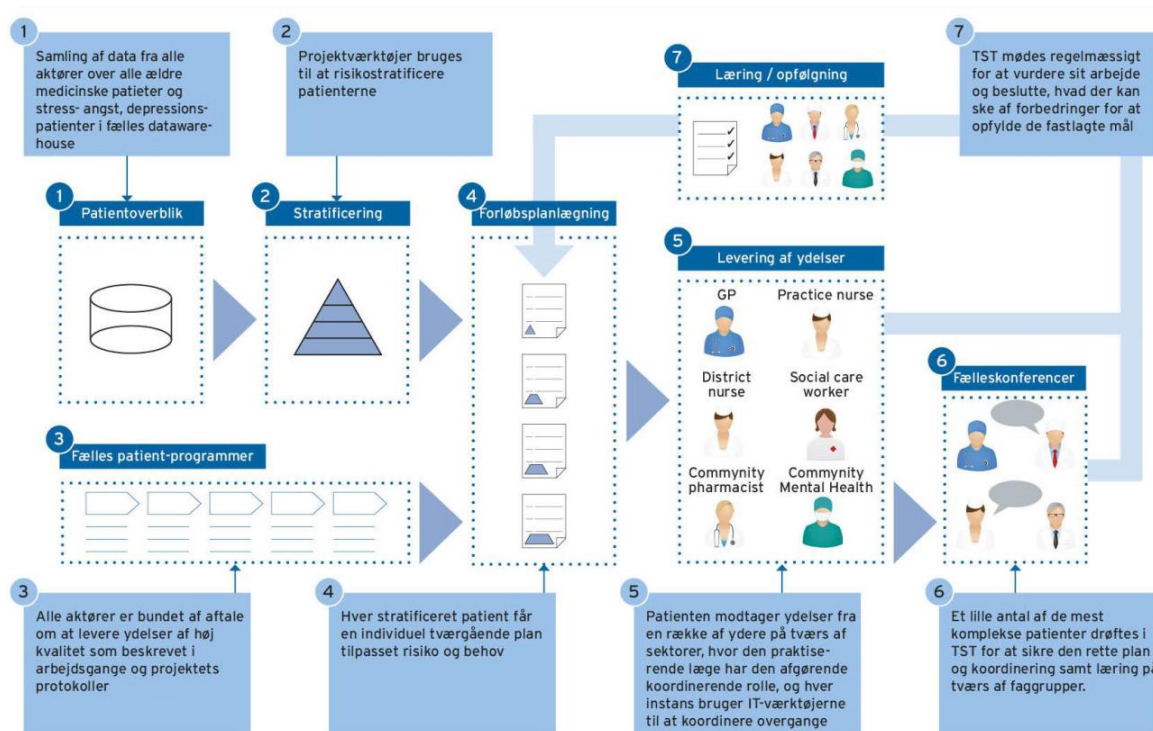
Ovenstående fokus betyder også, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for SAD-indsatsens implementering.

Undersøgelsesspørgsmål

Evalueringens tre spor er omsat til en række undersøgelsesspørgsmål, som udspecificeres i de nedenstående afsnit. Spor 1 om de involverede fagpersoners perspektiver på SAD-indsatsen tager afsæt i de nye redskaber, mødefora og opgaver, som introduceres via indsatsen, jf. Figur 1.1 nedenfor, som beskriver idealforløbet for indsatsen.

¹ Se evt. Bilag 1 for uddybning.

Figur 1.1 Procesmodel for IC-modellen



Spor 1 undersøger patienternes perspektiver på deltagelsen i SAD-indsatsen med afsæt i de succeskriterier, der er opstillet for indsatsens møde med patienterne. Fokus er således på patienternes:

- oplevelse af opstarten og informationen omkring SAD-indsatsen
- perspektiver på stratificering, deling af data og anvendelse af patientens egen handleplan
- vurdering af, om/hvordan SAD-indsatsen påvirker graden af patientinddragelse
- oplevelse af, om samarbejde og kommunikation mellem de fagpersoner, som indgår i SAD-indsatsen, påvirkes positivt
- oplevelse af om SAD-indsatsen resulterer i bedre forløb og bedre udbytte (egenmestring) af behandlingen

Fokuspunkterne i spor 2, som omhandler fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen, er i henhold til IC-modellens hovedelementer, hvorvidt:

- det fælles datawarehouse og risikolisterne opleves anvendelige og finder de rigtige patienter, samt hvorvidt praksislægerne får afholdt opstartssamtaler og inkluderet det forventede antal patienter i indsatsen
- IC-handleplanerne opleves anvendelige, hvilken rolle de spiller for at koordinere patienternes overgange, og hvorvidt praksislægerne har den afgørende koordinerende rolle i forløbene
- de IC-ydelser, som patienterne kan tilbydes, opleves relevante, og hvorvidt fagpersonerne kender og overholder de aftaler, der er indgået for SAD-indsatsen
- det lykkes at afholde fælles konferencer i de tværsektorielle teams (TST), og hvilket udbytte der opleves i relation til de drøftede patienter samt samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper

- de involverede fagpersoner forbinder SAD-indsatsen med øget fælles viden, bedre gensidig respekt og bedre kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper

Spor 3 vedrørende patient-outcome og økonomi undersøger, hvordan SAD-indsatsen påvirker de inkluderede patienters forbrug af sundheds- og socialydelser samt tilknytning til arbejdsmarkedet, og hvorvidt indsatsen er omkostningseffektiv².

1.2 Slutevalueringens datagrundlag og gennemførelse

Nedenstående afsnit præsenterer de datakilder, der anvendes til at belyse evalueringens tre spor, samt de metodiske overvejelser omkring det indsamlede datagrundlag.

1.2.1 Patienternes perspektiver på SAD-indsatsen

Spørgeskema til alle SAD-patienter

For at få et dækkende billede af, hvordan patienterne oplever deltagelsen i SAD-indsatsen, er der udsendt spørgeskemaer til alle deltagende patienter cirka tre måneder efter opstarten af deres forløb.

Inden spørgeskemaernes udsendelse var de blevet kommenteret og testet af IC-projektets sekretariat og evalueringsgruppe, og kommentarerne blev indarbejdet i spørgeskemaet. Spørgeskemaerne og efterfølgende rykkere er udsendt elektronisk til patienterne i e-Boks.

Tabel 1.1 nedenfor viser, hvor stor en andel af de inkluderede SAD-patienter, der har svaret på spørgeskemaet.

Tabel 1.1 Svarprocent opgjort for henholdsvis SAD-patienter pr. 1. februar 2016

	Antal udsendte spørgeskemaer	Antal spørgeskema-besvarelser	Antal delvist besvarede skemaer	Svarprocent pr. 27. januar 2016
SAD-spørgeskema	344	201	1	62,5 %

Som det fremgår af Tabel 1.1, var der ved starten af januar måned 344 SAD-patienter, som havde været inkluderet i SAD-indsatsen i mere end tre måneder og dermed var i målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen. Pr. 27. januar 2016 havde 201 SAD-patienter besvaret skemaet helt, og yderligere 14 havde svaret delvist. Det giver en svarprocent på 62,5 %, hvilket er tilfredsstillende såvel som højere end lignende KORA-undersøgelser.

Interviewundersøgelse af SAD-indsatsens betydning for udvalgte SAD-patienter³

I forlængelse af spørgeskemaundersøgelsen blev der i maj 2015 gennemført kvalitative interview med 10 patienter, som i spørgeskemaet havde angivet, at KORA må kontakte dem for at aftale et interview⁴. Interviewene har taget afsæt i de samme temaer som spørgeskemaet, og formålet har været at supplere de overordnede resultater med detaljeret viden om, a) hvilken rolle SAD-indsatsen har spillet for de udvalgte patienter, samt b) hvilke forhold der bidrager henholdsvis ikke bidrager til et positivt udbytte af indsatsen.

² Den økonomiske evaluering af IC-projektet fokuserer på, om de opstillede mål for IC-projektet realiseres. Der er således ikke tale om en egentlig samfundsøkonomisk evaluering, hvor eventuelle sundhedsmæssige gevinster opgøres og sættes i forhold til omkostningerne.

³ Den anvendte interviewguide er vedlagt som Bilag 2.

⁴ Det var oprindeligt meningen, at der også skulle interviewes patienter i forbindelse med slutevalueringen. Det blev dog vurderet, at yderligere interview ikke ville give ny viden, fordi den patientrettede indsats er uændret siden midtvejsevalueringen. Derfor er patientinterviewene konverteret til observation af TST-møder, hvor der (som vi senere redegør for) er lavet en række justeringer på baggrund af resultaterne fra midtvejsevalueringen.

Tabel 1.2 Datagrundlag for SAD-spørgeskema og patientinterview pr. 5. maj 2015

	Antal patienter, der har sendt kontaktoplysninger retur med spørgeskemaet	Antal gennemførte interview
SAD-interview	23	10

1.2.2 Fagpersoner og lederes perspektiver på SAD-indsatsen

Elektronisk spørgeskema til SAD-indsatsens fagpersoner

Der er udarbejdet et elektronisk spørgeskema, som er udsendt til alle de fagpersoner på tværs af hospital, kommune og privatpraksis, der er i direkte i berøring med SAD-indsatsen. Spørgeskemaet har afdækket fagpersonernes:

- sektorplacering og faggruppe
- kendskab, opbakning til, forståelse og ejerskab til SAD-indsatsens organisering og centrale delelementer
- vurdering af, hvorvidt SAD-indsatsen fører til de ønskede ændringer i fagpersonernes handlemønstre og informationsudveksling
- vurdering af, hvorvidt SAD-indsatsen skaber de ønskede resultater for de inkluderede patienter og fagpersonerne selv

Spørgeskemaet er gennemført som en internetbaseret undersøgelse, hvor introduktion til undersøgelsen og link til spørgeskemaet er sendt ud via e-mail. Dataindsamlingen er gennemført i henholdsvis april/maj 2015 og november/december 2015. Ved hver runde er der udsendt to påmindelser til dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet, samt en ekstra personlig mail til de deltagende praktiserende læger. Inden spørgeskemaets udsendelse var det blevet testet af SAD-indsatsens sekretariat og evalueringsgruppe og deres kommentarer til skemaet indarbejdet.

IC-sekretariatet har haft ansvaret for at levere navne og e-mailadresser på de relevante fagpersoner. Ved første udsendelse blev spørgeskemaet sendt til 58 fagpersoner, hvoraf 52 svarede, hvilket gav en meget tilfredsstillende svarprocent på 87 %. Ved anden udsendelse blev spørgeskemaet sendt til 55 fagpersoner, hvoraf 49 svarede, hvilket igen gav en meget tilfredsstillende svarprocent på 89 %.

De indkomne SAD-besvarelser fordeler sig i den anden runde på tværs af faggrupper som angivet i Tabel 1.3 nedenfor.

Tabel 1.3 Antal SAD-besvarelser fordelt på stillingskategori

Stilling	Antal	Procent
Praktiserende læge	26	53 %
Privatpraktiserende psykolog	11	22 %
Hospitalslæge	1	2 %
Sagsbehandler i Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen	5	10 %
Psykolog på Miljø- og Arbejdsmedicinsk klinik	4	8 %
Anden	2	4 %
I alt	49	100 %

Fagpersonerne tilknyttet patienter med stress, angst og depression kan inddeles i fire hovedgrupper: praktiserende læger (53 %), privatpraktiserende psykologer (22 %) samt sagsbehandlere i Jobcenteret (10 %) og psykologer på Miljø- og Arbejdsmedicinsk klinik på Odense Universitetshospital (8 %). Som det fremgår, udgør de praktiserende læger langt den største gruppe.

Interviewundersøgelse af SAD-indsatsens betydning for udvalgte SAD-fagpersoner⁵

I forlængelse af spørgeskemaerne er der gennemført to interviewrunder med fagpersoner fra SAD-indsatsen. I maj 2015 blev 17 fagpersoner interviewet, mens der i november 2015 blev interviewet 24. Fordelingen af interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører fremgår af Tabel 1.4 nedenfor.

Tabel 1.4 Fordeling af SAD-interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører

	SAD-maj 2015	SAD-november 2015
Praksislæger	3	5
Arbejdsmedicinsk klinik	4	5
Kommunale sagsbehandlere	4	5
Socialoverlæge (kommune)	-	1
Privatpraktiserende psykolog	6	7
Psykiater	-	1
I alt	17	24

Interviewene giver et detaljeret indblik i, hvilken rolle SAD-indsatsen og de tilhørende redskaber spiller i fagpersonernes hverdag, samt hvilke forhold der gør det meningsfuldt eller ikke-meningsfuldt at arbejde med i henhold til SAD-indsatsen. Interviewundersøgelsen har specifikt fulgt op på:

- om fagpersonerne kender og tager et aktivt ansvar for at leve op til aftalerne omkring SAD-indsatsen i hverdagen, samt hvilke muligheder/behov de eventuelt ser for styrke implementeringen af indsatsen
- hvordan praksislægerne arbejder med risikolister, opstartssamtaler og patientens egen handleplan, samt i hvilket omfang disse elementer i SAD-indsatsen understøtter lægernes arbejde og overblik over patienternes forløb
- hvordan de øvrige aktører oplever og anvender IC-plattformen, samt hvilke fordele og udfordringer de oplever i den forbindelse
- hvilket udbytte fagpersonerne oplever af TST-møderne, samt hvilke forslag de har til forbedringer af disse
- i hvilket omfang fagpersonerne oplever de ønskede resultater i forhold til netværksdannelse og fælles viden på tværs af sektorer og aktører
- i hvilket omfang fagpersonerne vurderer, at SAD-indsatsen har de ønskede effekter for patienternes forløb og behandling.

1.2.3 Om de anvendte kvalitative metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret i henhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvorefter de er anvendt som afsæt for præsentation af resultater og analyse. Gennem rapporten anvender vi citater, som illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet gennem interview. Citaterne bliver anvendt

⁵ Et eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som Bilag 3.

uden angivelse af konkret informant, men vi angiver, hvilken sektor og/eller faggruppe informanten repræsenterer.

Repræsentativitet

Der er generelt god sammenhæng mellem resultaterne fra de kvalitative interviews og resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, og der er opnået en meget høj svarprocent på 89 % i spørgeskemaundersøgelsen. Derfor vurderer vi, at undersøgelsen af fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen er repræsentative.

Når det gælder patientundersøgelsen, er der også en god sammenhæng mellem svarene fra spørgeskemaundersøgelsen og de pointer, som er afdækket via interview. Samtidig matcher patienternes vurderinger i ret høj grad fagpersonernes vurdering af SAD-indsatsens betydning for patienterne. Svarprocenten er dog lavere, ligesom det er et selvselekeret mindre udsnit af de inkluderede patienter, som er interviewet. Derfor kan det ikke udelukkes, at respondenternes og interviewpersonernes kendskab og perspektiver på SAD-indsatsen adskiller sig fra de patienter, der ikke har svaret.

1.2.4 SAD-indsatsens omkostninger og gevinster

Datagrundlag

Den økonomiske evaluering er bygget op omkring udtræk fra en række kommunale og regionale datakilder. Data bruges dels til identifikation af Integrated Cares SAD-patienter, også kaldet indsatsgruppen, dels til matchning af en kontrolgruppe med indsatsgruppen, og endelig til måling af en række output faktorer som mål for effekten.

Konkret inkluderes informationer fra følgende kilder:

- Odense Kommune
 - Baggrundsoplysninger: IC-tilhørsforhold, køn, alder, civilstand, herkomst, antal børn, antal flytninger inden for de seneste år, markering af adresse i socialt boligbyggeri
 - Forsørgelsesydelse: modtagere af kommunale forsørgelsesydelser opgjort på ugebasis. Informationerne stammer fra Beskæftigelsesministeriets DREAM database
 - Sygedagpengesager: start, stop, diagnose, forlængelsesårsag og visitationskategori af aktuel og seneste sygedagpengesag
 - Aktivisering ifølge LAB-lov (lov om aktiv beskæftigelsesindsats): start, stop og type af aktiveringsforløb
 - Samtaler: start, stop og type af opfølgningssamtaler
 - Uddannelsesaktiviteter
 - Misbrugsbehandling: markering af deltagelse i kommunal misbrugsbehandling
 - A-kasse tilhørsforhold for A-dagpenge- og sygedagpengemodtagere
- Region Syd
 - Landspatientregisteret: alle indlæggelser i sundhedsvæsenet – både ambulante og døgnindlæggelser. Indskrivnings- og udskrivningsdatoer samt diagnosekode for den tilstand, der har ført til indlæggelse, samt samlet pris for indlæggelsen baseret på DRG- og DAGS-takster
 - Sygesikringsoplysningerne: kontakt med praktiserende læge, speciallæge eller psykolog. Dato for kontakt, type af ydelse samt den totale pris for ydelsen
- Integrated Care-sekretariatet
 - Deltagende patienter og lægepraksis i Integrated Care
 - Antal afholdte TST-møder

- Overordnet regnskab for administration af projektet
- Opførelse over samlet betaling til privatpraktiserende psykologer anvendt i projektet

Stratificering og evaluering

Et af de centrale elementer i projektets oprindelige design var, at udvælgelsen af patienter til indsatsen skulle ske via gennemgang af de såkaldte risikolister, som på baggrund af registerdata tildelte stratificeringspoint til alle potentielle patienter. I det oprindelige evalueringsdesign var det tanken at udnytte disse stratificeringspoint i et såkaldt intention-to-treat-design. Ved at tildele patienter uden tilknytning til Integrated Care-læger stratificeringspoint efter samme princip som patienter med tilknytning til IC-læge ville man kunne danne to risikolister – én indeholdende patienter med potentiel adgang til Integrated Care og én med patienter uden adgang (fordi deres læger ikke var tilknyttet projektet). Det oprindelige design gik i sin enkelthed ud på at sammenligne resultaterne for patienter på disse to risikolister, således at det ikke kun var de patienter, der havde modtaget indsatsen, der indgik i evalueringen, men alle de patienter, der potentielt kunne modtage indsatsen, fordi de opfyldte de forudbestemte krav. Der viste sig dog at være tre afgørende faktorer, der gjorde, at vi alligevel ikke anvendte denne metode.

For det første viste risikogruppen sig at være op til ti gange større end indsatsgruppen, dvs. kun hver tiende på risikolisten havde fået tilbudt indsatsen. Dermed udgør de patienter, der påvirkes af indsatsen, en så lille del af den risikogruppe, som effekten af indsatsen skulle måles på, at effekten skulle være meget stor, for at den ville kunne måles.

For det andet viste det sig, at op mod halvdelen af de patienter, der modtog indsatsen, slet ikke indgik på risikolisterne. Dette skyldtes først og fremmest, at lægerne i høj grad havde inkluderet indsatspatienter ud fra almindelige lægekonsultationer frem for via risikolisterne. Ved et intention-to-treat-design vil disse patienter derfor slet ikke indgå i effektmålingen.

For det tredje blev DAMD-databasen (Dansk AlmenMedicinsk Database) lukket i efteråret 2015, hvorved der ikke længere var mulighed for at generere risikolister fra de praksislæger, der ikke deltog aktivt i IC-projektet.

Til måling af indsatsens effekter benytter vi derfor i stedet en matching-metode, som beskrives i næste afsnit.

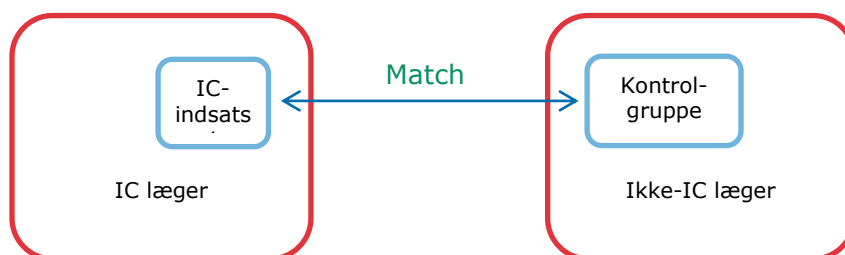
Effektevalueringens metode: "propensity score matching"

Estimering af SAD-indsatsens effekter beror på en sammenligning mellem de patienter, der er inkluderet i indsatsen, og en kontrolgruppe af patienter, der minder om IC-patienterne, men er tilknyttet lægepraksis, som ikke deltager i Integrated Care.

Teknisk anvendes propensity score matching af SAD-patienterne på en kontrolgruppe dannet af patienter tilknyttet de lægepraksisser i Odense Kommune, der står uden for Integrated Care. For hver SAD-patient finder vi op til ti tilsvarende patienter fra kontrolgruppen, som har den samme statistiske sandsynlighed for at modtage indsatsen. Herigennem sikres det, at SAD-patienterne og kontrolpatienterne ligner hinanden på en række karakteristika såsom alder, køn, civilstand, herkomst, antal børn, antal flytninger, tidligere forsørgelsesgrundlag, herunder sygdomsperioder, indikatorer for misbrug, tidligere kontakt til sundhedsvæsen samt diagnoser. Disse karakteristika er angivet i oversigten over de enkelte variables match-kvalitet, se Bilagstabel 8.1. Vi har således en indsatsgruppe bestående af de SAD-patienter, der modtager Integrated Care, og en kontrolgruppe bestående af lignende patienter, der ikke modtager den tværfaglige indsats, men modtager den sædvanlige kommunale og regional sundheds- og beskæftigelsesindsats. Herefter kan indsats- og kontrolgruppen sammenlignes på en række relevante output-faktorer, som for denne målgruppe først og fremmest er beskæftigelse, men også

forbrug af sundhedssektoren. Dette design er anerkendt og velafprøvet både internationalt og i Danmark⁶.

Figur 1.2 Model for matching



Fordelen ved dette design er, at det kun er de patienter, som modtager indsatsen, der måles på, og at al den viden, vi har om disse personer, udnyttes til at finde en kontrolgruppe. Ulempen er til gengæld, at der kan være et selektionsbias, hvis patienterne udvælges til SAD-indsatsen ud fra mere subjektive faktorer, der ikke kan måles i registrene. Hvis disse ikke-målbare parametre har betydning for patienternes fremtidige beskæftigelsestilknytning, kan man således risikere, at den målte effekt er et udtryk for selektion frem for et udtryk for effekten af SAD-interventionen.

1.2.5 Omkostningsanalyse

Den økonomiske evaluering af IC-projektet fokuserer på, om de opstillede mål for projektet realiseres. Der er således ikke tale om en egentlig samfundsøkonomisk evaluering, hvor eventuelle sundhedsmæssige gevinster opgøres og sættes i forhold til omkostningerne. Dette ville bl.a. kræve, at sundhedstilstanden for både DÆMP- og SAD-patienterne og deres kontroller kunne måles, hvilket ikke har været muligt i det givne studiedesign. I stedet opgøres den økonomiske evaluering af projektet som en omkostningsanalyse, hvor vi ser på forskellen mellem SAD-patienterne og kontrolgruppepatienternes meromkostninger og besparelser ved projektet. På den måde sammenlignes omkostninger ved at undlade SAD-indsatsen med omkostninger ved implementering af SAD-indsatsen. Det er således ikke relevant, at kommunernes samlede omkostninger til sagsbehandling fx er 3 mio. kroner, men det er derimod relevant, hvis meromkostningen i forbindelse med SAD-indsatsen fx er 500.000 kr. Den økonomiske omkostning/gevinst ved projektet opgøres som et gennemsnit pr. IC-forløb, hvor den eventuelle gevinst estimeres for en periode på et år. Tidshorizonten er således så kort, at der ikke skelnes mellem timingen, og alle værdier opfattes derfor som angivet i nutidsværdi, dvs. de ikke er korrigeret for eventuel inflation. Der beregnes udelukkende omkostninger for den samlede offentlige sektor, således at udgifter og indtægter summeres for de kommunale, regionale og statslige kasser.

1.2.6 Omkostninger

Til den økonomiske evaluering er der indsamlet oplysninger om de kommunale og regionale merudgifter, der direkte kan relateres til projektet. Oplysningerne stammer fra tre forskellige kilder: 1) omkostninger for de privatpraktiserende læger, psykologer og psykiateres tidsforbrug i projektet registreret i sygesikringssystemet i henhold til § 2- og § 66-aftalerne for de praktiserende læger og psykiateres deltagelse i projekt Integrated Care samt direkte i faktureringen af de deltagende psykologer, 2) administrative udgifter til udvikling, implementering og drift af

⁶ Blundell, R., Costa Dias, M., Meghir, C. & Van Reenen, J. 2002, *Evaluating the employment impact of a mandatory search assistance program (IFS Working Papers WP01/20)*, The Institute for Fiscal Studies, London. Hansen, A.O., Rosholm, M., Schultz, E.A. & Svarer, M. 2013, *Evaluering af jobpræmieordningen for enlige forsørgere*, Kraka, København.

projektet indhentet fra IC-sekretariatets regnskab og fremadrettede budget, samt 3) viden om øvrige fagpersoners tidsforbrug til TST-møder og IC-relaterede patientindsatser indhentet fra spørgeskemaer rettet mod alle tilknyttede fagpersoner.

Omkostningerne opgøres dels på udviklingsomkostninger, implementeringsomkostninger og driftsomkostninger.

1.2.7 Besparelser

Integrated Care-indsatsens tidlige indsats, forbedrede samarbejde og koordinering forventes at kunne skabe bedre og mere effektive patientforløb og reducere antallet af borgernes kontakter med sundhedsvæsenet. For patienter med stress, angst og depression vil det bl.a. medføre en hurtigere og bedre tilknytning til arbejdsmarkedet, specifikt en forkortelse af sygedagpengeforløb og formindsket risiko for førtidspensionering eller langvarig ledighed. Effekten på beskæftigelse og offentlige forsørgelsesydelse er således et af de centrale mål for potentielle besparelser ved IC-indsatsen over for SAD-patienter. Derfor måles antal af uger med forskellige typer af forsørgelsesydelse for henholdsvis SAD-patienter og kontrolpatienter. Den gennemsnitlige forskel mellem indsats- og kontrolgruppen udgør beskæftigelseseffekten af SAD-indsatsen, og gevinsten kan opgøres som effekten gange de gennemsnitlige satser for den enkelte ydelse. Satserne fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 1.5 Satstabel

Forsørgelsestyper	Alder	Ugesats 2015
A-dagpenge ¹	---	4.135
Sygedagpenge ¹	---	4.135
Kontanthjælp/uddannelseshjælp ²	<30	2.396
	>30	2.915
Førtidspension	---	3.826
Andre forsørgelser ³	---	3.000

Note: 1) maksimumsats, 2) vægtet gennemsnit af satser for henholdsvis over og under 30-årige med og uden forsørgerpligt, 3) cirka gennemsnit blandt satser for øvrige forsørgelsesydelse (ledighedsydelse, revalidering, løntilskud, ressourceforløb).

Kilde: <http://bm.dk/da/Satser/Satser%20for%202015.aspx>

1.3 Rapportens opbygning

Kapitel 2 giver en status på SAD-indsatsens organisering og implementering; hvor mange fagpersoner og patienter, der deltager, samt hvilke aktiviteter der er aftalt og gennemført. Slutevalueringens resultater præsteres herefter i tre hovedkapitler og en konklusion, således at:

Kapitel 3 præsenterer SAD-patienternes perspektiver på de centrale elementer i SAD-indsatsen, samt hvilke resultater patienterne oplever i deres eget patientforløb.

Kapitel 4 præsenterer fagpersonernes perspektiver på organiseringen, implementeringen og resultaterne af SAD-indsatsen; hvilke forhold der påvirker arbejdet med IC-modellen, samt hvilke resultater der opleves som følge af SAD-indsatsen.

Kapitel 5 præsenterer de omkostninger og effekter, der er forbundet med SAD-indsatsen.

Kapitel 6 opstiller slutevalueringens konklusioner og anbefalinger vedrørende SAD-indsatsen.

2 Status på implementering

2.1 Aftaler, organisering og redskaber

SAD-indsatsen introducerer nedenstående aftaler og redskaber, som tilsammen skal muliggøre det ønskede samarbejde omkring de inkluderede patienters forløb:

- Med afsæt i Odense Kommunes frikommunestatus er der indgået aftaler omkring deling af data på tværs af de fagpersoner, som er involveret i de enkelte SAD-patienters forløb.
- Der er udviklet en fælles elektronisk handleplan (IC-handleplanen), som er et fælles planlægnings- og kommunikationsredskab, hvor involverede aktører har fælles adgang til at viden dele, kommunikere og planlægge patientens forløb, og hvor patienten selv har mulighed for at læse med.
- Der er indgået aftaler om honorering af de praktiserende læger, psykiatere og psykologer, som deltager i IC-indsatserne.
- Der er etableret tværsektorielle teams (TST-grupper) og lagt et program for gruppernes TST-møder; en årlig læringsdag for alle deltagere i SAD-indsatsen og et årligt læringsmøde for hver af de oprettede TST-grupper.

2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver

For at understøtte implementeringen af SAD-indsatsen er der oprettet et projektsekretariat. Projektsekretariatets vigtigste rolle er at sikre projektets fremdrift ved bl.a. at understøtte parterne i projektet, så de på bedste vis løfter deres opgaver.

Organisationen omkring IC-projektet har en volumen på omkring 70 aktører fordelt på følgende grupper:

- Styregruppe og politisk følgegruppe
- Faglig gruppe for SAD-og DÆMP
- Økonomigruppe
- Juragruppe
- It-gruppe
- Evaluerings- og forskningsgruppe

Derudover består den udøvende del af organisationen af et stort antal fagprofessionelle, der omfatter 33 praktiserende læger, 11 praktiserende psykologer, 8 kommunale sagsbehandlere, 4 psykologer fra Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik, 1 socialoverlæge samt 1 psykiatrisk overlæge. Sekretariatet har således en stor koordineringsopgave i forhold til, at opgaver prioriteres og implementeres. Eksempler på opgaver i sekretariatet:

- Forberedelse og facilitering af møder
- Ekstern og intern kommunikation
- Løbende udvikling af indsatser og værktøjer⁷
- Ad hoc-opgaver i forbindelse med drift
- Tovholder på samarbejdsprojekter med eksterne parter
- Udarbejdelse af samarbejdsaftaler

⁷ Herunder to besøgsrunder hos deltagende privatpraktiserende læger og psykologer. Formålet har været at støtte op om det videre arbejde med IC samt at afklare eventuelle tvivlsspørgsmål omkring arbejdsgange o.l.

2.3 Status for SAD

2.3.1 SAD-indsatsens redskaber og patientrettede tilbud

Risikostratificering

SAD-indsatsen introducerer en algoritme, der på baggrund af oplysninger fra praksislægerens journalsystemer og via data fra region og kommune omkring bl.a. diagnoser, tilknytning til arbejdsmarkedet, familiestatus, faggruppe og etnicitet giver SAD-patienterne point. Patienter, der scorer fem point eller mere, er i målgruppen for indsatsen, ligesom der er opstillet en række supplerende inklusions- og eksklusionskriterier, der skal sikre, at indsatsen er målrettet patienter, som er i risiko for at miste kontakten til arbejdsmarkedet.

Tilbud om udredning

Til SAD-indsatsen er der lavet et indsatskatalog, som beskriver en række af de indsatser, der i forvejen findes i regi af de kommunale jobcentre, Arbejdsmedicinsk klinik og praktiserende psykiatere. Herudover er der indgået aftale med en række praktiserende psykologer om, at de leverer samtaleforløb af SAD-indsatsens SAD-patienter. Der er således i stort omfang tale om indsatser, der allerede eksisterer i forvejen, men det nye element, der introduceres via SAD-indsatsen, er aftaler om, at IC-patienterne kommer hurtigere til udredning og behandling, end de ellers ville have gjort (fast track), samt at kommunikationen sker via IC-handleplanen. De specifikke indsatser omfatter:

Samtaleforløb hos privatpraktiserende psykolog: Er for patienten, der på grund af stress, angst eller depression har det psykisk dårligt og har nedsat funktionsevne, som vanskeliggør eller umuliggør at gå på arbejde. Psykologbehandlingen består af én eller flere samtaler (maksimalt ti samtaler), hvor patienten sammen med psykologen undersøger problemer og eventuelt baggrunden for dem. Det er egen læge, der vurderer behovet og henviser.

Udredning hos praktiserende psykiater: Det var hensigten, at der skulle være hurtig psykiatrisk udredning hos praktiserende psykiatere, som skulle sikre inkluderede SAD-patienters opstart af udredningsforløb inden for ti dage efter henvisning fra egen læge. Det lykkedes dog ikke at få etableret denne mulighed ud over i pilotfasen, hvorefter der i stedet blev tilknyttet en psykiatrisk overlæge til TST-møderne, som i al overvejende grad indtager en konsulentrolle og giver sit input til de cases, der bringes op.

Udredning på Arbejdsmedicinsk klinik: Er for patienten, der har særlige problemstillinger i forhold til sit arbejde. Psykologen udreder og rådgiver patienten om eventuelle behandlingsmuligheder og muligheder for at tilpasse/bevare sit arbejde, ligesom patienten kan tilbydes stresshåndteringsforløb og rundbordssamtaler mv., hvis dette er relevant.

Tilbud i kommunale jobcentre: Egen læge og øvrige aktører videreformidler deres vurderinger til den kommunale IC-koordinator og de kommunale IC-sagsbehandlere, som derefter har nedenstående palet af tilbud til patienterne:

- Kommunalt tilbud om arbejdsfastholdelse og tilknytning til kommunal fastholdelseskonsulent
- Kommunalt tilbud om netværk, hvor patienten får mulighed for fællesskab med andre, der er i samme situation
- Kommunalt tilbud om virksomhedspraktik, hvor patienterne får hjælp til at afklare deres beskæftigelsesmål
- Kommunalt sundhedstilbud med fokus på patienternes mentale og fysiske sundhed. Tilbudet indeholder forskellige former for træning, mindfulness o.l., som skal understøtte patienternes tilbagevenden til arbejdsmarkedet

2.3.2 Inkluderede SAD-patienter og henvisninger til konkrete IC-tilbud

Til og med 31. december 2016 var der (inklusive de ti patienter fra pilotfasen) inkluderet 428 patienter i SAD-indsatsen, hvilket svarer til ca. to tredjedele af det forventede antal på ca. 600 patienter i løbet af projektperioden⁸. Fordelingen af inkluderede patienter på tværs af de deltagende praksislæger er gengivet i tabellen nedenfor.

Tablet 2.1 Oversigt over inkluderede SAD-patienter fordelt på deltagende læger

Praktiserende læge - SAD	Antal patienter
Læge 1	90
Læge 2	28
Læge 3	25
Læge 4	25
Læge 5	19
Læge 6	18
Læge 7	18
Læge 8	18
Læge 9	17
Læge 10	17
Læge 11	15
Læge 12	15
Læge 13	15
Læge 14	11
Læge 15	10
Læge 16	9
Læge 17	8
Læge 18	8
Læge 19	8
Læge 20	8
Læge 21	8
Læge 22	7
Læge 23	6
Læge 24	5
Læge 25	5
Læge 26	4
Læge 27	4
Læge 28	3
Læge 29	2
Læge 30	1
Læge 31	1
Læge 32	0
Læge 33	0
I alt	428
Gennemsnit	13

⁸ Opgørelser fra IC sekretariatet viser samtidig at 128 af de inkluderede patienter var afsluttet pr. 31. december 2015.

Som det fremgår, dækker gennemsnittet på 13 inkluderede patienter over meget stor variation. Én praksislæge står således for mere end 20 % af de inkluderede patienter, mens de fire flittigste praksislæger tilsammen står for knap 40 % af alle inkluderede patienter. Heroverfor tegner de 10 læger, der har inkluderet færrest til SAD-indsatsen, sig kun for 7 % af de inkluderede patienter.

Tabel 2.2 nedenfor viser fordelingen af de IC-tilbud, som patienterne er henvist til. Som det fremgår, er patienterne i gennemsnit henvist til ca. 1,8 patientrettede tilbud.

Tabel 2.2 Oversigt over de patientrettede tilbud, som SAD-patienterne er henvist til

Kommunale tilbud	Antal henviste SAD-patienter
Arbejdsfastholdelse	79
Netværk	88
Virksomhedspraktik	54
Sundhed og træning	69
Øvrige tilbud	
Samtaleforløb psykolog	375
Udredning psykiater	50
Arbejds- og Miljømedicinsk Klinik	76
I alt	788

Note: Opgørelse baseret på udtræk fra SAD-patienternes IC-handleplaner pr. 31. december 2015. Ud over de aftalte IC-aktiviteter fremgår det også af opgørelsen, at 210 patienter går i samtaleforløb hos egen læge.

Som det fremgår, har næsten alle inkluderede patienter modtaget tilbuddet om psykologsamtaler, og som det fremgår af noten, er der også 210 patienter, som går i samtaleforløb hos egen læge. Kombinationen af psykologsamtaler og samtaler hos egen læge fremstår således som det mest typiske SAD-forløb. Herudover er det en mindre del af patienterne, som er henvist til SAD-indsatsens øvrige tilbud, men som det fremgår, er alle tilbud i brug.

TST-møder

De deltagende frapersoner er fordelt på fem TST-grupper, der mødes hver anden måned. I løbet af projektperioden har der været afholdt 30 TST-møder, hvor der i alt er drøftet 117 patientsager. Det vil sige, at der i gennemsnit er drøftet 3,9 patientsager på hvert af de afholdte TST-møder, hvilket svarer til ca. to tredjedele af det forventede antal, som var på seks komplerede patienter pr. møde.

Læringsdage og TST-statusmøder

Det indgår i SAD-indsatsen, at der skal afholdes en årlig fælles læringsdag for alle deltagerne i SAD-indsatsen samt et årligt statusmøde i hvert enkelt TST, hvor deltagerne vurderer på det sidste års arbejde og sammen evaluerer arbejdet med handleplaner, mødeform osv.

Det første fælles læringsmøde er afholdt i foråret 2015, og her var der 40 deltagere. Programmet havde fokus på det tværsektorielle samarbejde, tilbud til patienterne, optimering af arbejdsgangen i IC-handleplan og særlige udfordringer i forhold til TST-mødet.

I oktober 2015 blev der afholdt en fælleskonference for alle TST-grupperne. Læringskonferencerne i efteråret 2015 var rettet mod det tværsektorielle samarbejde blandt de fagpersoner, som deltager fast i TST-møderne. Møderne tog afsæt i resultaterne fra KORAs midtvejsevaluering af SAD-indsatsen, og formålet var – gennem dialog, videndeling og fælles sparring – at få sat yderligere fokus på det gode samarbejde med henblik på at bringe samarbejdet, kulturen

og den relationelle koordinering endnu længere. Mødet blev bl.a. brugt til at introducere en justering af TST-mødestrukturen, således at der nu forud for mødet udsendes mere omfattende beskrivelser af de cases, der skal drøftes på mødet. Samtidig er der indført en mere formaliseret talerækkefølge ved gennemgangen af cases, som sikrer, at alle aktører, der arbejder med patienten, kommer til orde, før ordet gives frit til alle. Der er desuden tilført en ekstra ressource til mødeledelsen, idet sekretærrollen på mødet er adskilt fra rollen med at facilitere diskussionen af cases.

2.4 Opsamling

Som det fremgår, er fundamentet for SAD-indsatsen implementeret, og der inkluderes og henvises patienter til alle oprettede tilbud. Ud over i pilotfasen har der dog ikke været tilknyttet privatpraktiserende psykiatere. Derimod har en psykiatrisk overlæge været tilknyttet SAD-indsatsen, men stort set kun i rollen som konsulent på TST-møderne.

Det fremgår også, at der er inkluderet ca. en tredjedel færre patienter end forventet, samt at dette også afspejles i, at der har været drøftet færre patientsager på TST-møderne end forventet.

Det fremgår også, at der er stor forskel på, hvor mange patienter de deltagende læger har henvist. Det er således fire af de 33 deltagene læger, der står for 40 % af de inkluderede patienter.

3 SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsen

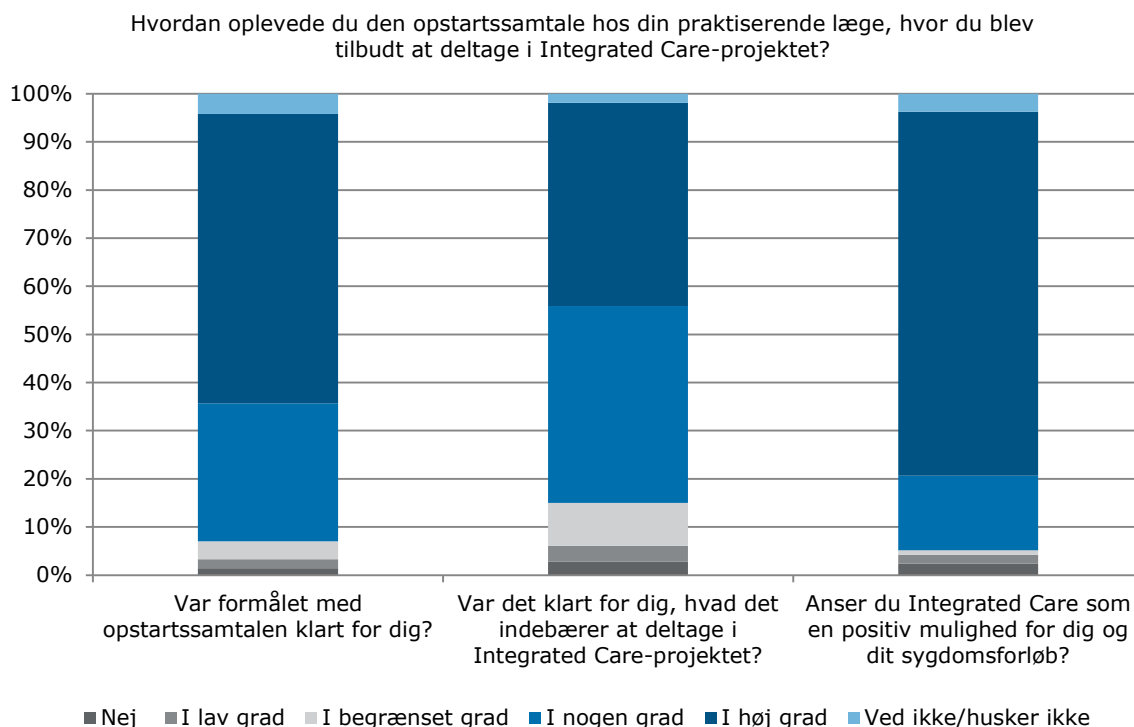
Et af de væsentlige mål med SAD-indsatsen er at give bedre og hurtigere forløb for de SAD-patienter, der deltager, så muligheden for at bevare kontakten til arbejdsmarkedet øges. Med det afsæt har vi via interview og spørgeskemaer undersøgt SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsen. Resultaterne præsenteres i dette kapitel, hvor det gennemgående fokus er på patienternes vurdering af mødet med SAD-indsatsens forskellige elementer; hvorvidt indsatsen opleves sammenhængende og meningsfuld, samt hvilke resultater patienterne oplever i relation til eget forløb.

3.1 Indgangen til SAD-indsatsen

SAD-patienterne inkluderes i SAD-indsatsen via en opstartssamtale hos egen læge. Her skal patienten a) introduceres og give samtykke til SAD-indsatsen, b) der skal skabes et overblik over patientens situation, og hvilke IC-tilbud patienten kan profitere af, og c) lægen skal sammen med patienten udarbejde en fælles handleplan for det videre forløb, som formidles til relevante aktører. Opstartssamtalen er således et centralt element i SAD-indsatsen, hvor flere elementer sammen skal skabe et godt afsæt for patientens videre forløb.

Det første, væsentlige opmærksomhedspunkt handler derfor om, hvorvidt patienten ved, hvad der skal ske, og om patienten i øvrigt oplever SAD-indsatsen som en positiv mulighed for sit sygdomsforløb. I den forbindelse viser spørgeskemaundersøgelsen, jf. Figur 3.1, at op mod 90 % af SAD-patienterne mener, at formålet med opstartssamtalen i nogen eller høj grad var klart. Godt 80 % svarer også, at det mindst i nogen grad var klart, hvad deltagelse i SAD-indsatsen indebærer, mens kun 3 % slet ikke mener, det var klart. Endelig fremgår det, at omkring 75 % af de adspurgte i høj grad anser SAD-indsatsen som en positiv mulighed for deres videre sygdomsforløb, mens det kun er 2 %, der ikke oplever det som en sådan. Spørgeskemaet viser således meget entydigt, at SAD-patienterne oplever at være velinformerede om formålet med SAD-indsatsen, samt at de – også tre måneder efter starten af forløbet – har positive forventninger til resultaterne for deres sygdomsforløb.

Figur 3.1 Deltagelse i IC



Note: 213 respondenter har besvaret disse spørgsmål.

Patienterne er desuden blevet bedt om med egne ord at skrive, hvorfor de har valgt at deltage i IC. Besvarelsene kan (jf. Bilag 5) i deles op i seks hovedkategorier: 1) på grund af psykologhjælp, 2) på grund af anden (undefineret) hjælp/for at få det bedre, 3) til gavn for andre (forskningen), 4) på lægens opfordring, 5) specifikt på grund af det tværfaglige samarbejde, og 6) på grund af handleplanen. Ud af de 192 patienter, der har svaret på spørgsmålet, har:

- 40 anført tilbud om psykologhjælp som den primære begrundelse for at deltage i IC. De fleste nævner, at det er, fordi hjælpen er gratis, mens andre angiver, at hjælpen er hurtig. Det gør psykologindsatsen til den mest brugte specifikke begrundelse
- 102 begrundet deltagelsen i IC med, at de regner med at få det bedre/få hjælp uden at specificere dette nærmere
- 22 angivet, at de deltager, fordi de er blevet opfordret til det af lægen
- 41 specifikt angivet det tværgående samarbejde som begrundelse for deltagelse
- 11 angivet, at de deltager, fordi de mener, at forskningen kan hjælpe andre
- 5 angivet opfølgningen i indsatsen (handleplanen).

De frie svarkategorier viser således, at det er psykologbistanden samt muligheden for at få, hvad der opfattes som bedre hjælp, der ligger til grund for cirka 74 % af patienternes deltagelse, mens en femtedel af patienterne angiver de tværgående elementer i indsatsen som et bærende element i deres valg.

Resultater fra interview

Alle interviewpersoner fortæller, at deres læge har introduceret dem til SAD-indsatsen i forbindelse med en konsultation, som patienterne selv havde bestilt, fordi de havde det dårligt psykisk, eller fordi de troede, at de fejlede noget fysisk. Der er således ingen interviewpersoner,

der er kontakten af deres praktiserende læge, fordi der havde fundet et screeningsarbejde sted. Interviewene indikerer således (i overensstemmelse med fagpersonsundersøgelsen), at inklusion i SAD-indsatsen typisk sker ved, at lægen i selve konsultationen tager initiativ til at fortælle om SAD-indsatsen, og det fremgår af interviewene, at dette typisk sker gennem en kombination af mundtlig og skriftlig kommunikation (SAD-indsatsens foldere).

Som spørgeskemaerne viste, peger også interviewpersonerne på, at det er kombinationen af hurtigere og bedre behandling, udsigten til samarbejde på tværs af behandlerne og muligheden for gratis psykologhjælp, der har været udslagsgivende for deres deltagelse:

Når det hedder Integrated Care, så er det jo noget positivt, og de folk, der arbejder sammen for at hjælpe mig. Det er ikke for at gokke mig i nødden og sige, at jeg skal noget helt andet. (...) Jeg har nok i perioder brug for hjælp til at holde mig oppe. Jeg har været glad nok for forløbet, og at det var muligt, også økonomisk, også fordi det er jo ikke nemt, når man er på nedsat tid og svag, også at finde økonomi til at betale for den psykolog, jeg måske mest havde lyst til at gå hos.

(Pernille)

I citatet ovenfor ligger det implicit, at de forskellige aktører kan koordinere deres indsats i forhold til hinanden. Udover koordinering fortalte flere interviewpersoner også om, at det for dem gav tryghed, at der ville være flere fagligheder inde over deres sag. Det fremgår af citatet nedenfor:

Jeg er helt vild med idéen, at to mennesker med forskellige baggrund vurderer ens sag. Det har givet mig meget ro, at to mennesker har vurderet, jeg ikke skulle have en psykiater. Og det med at man ikke skal forklare igen og igen, hvordan ens situation er – det har været meget rart.

(Lene)

Det tværfaglige perspektiv associeres således med øget kvalitet af behandlingen og en oplevelse af, at der er fælles viden på tværs af behandlerne. Samtidig betyder det meget for interviewpersonerne, at de ved at deltage i SAD-indsatsen får hurtig adgang til hjælp:

Min læge sagde: 'Hvis du har brug for psykologer eller hurtig hjælp, så er der tilknyttet psykologer til projektet'. Det var en fordel at være i projektet alt afhængig af, hvad jeg har brug for – for så kan man komme hurtigere rundt i systemet.

(Jane)

Flere er dog efterfølgende blevet skuffede over ventetiden, som blev oplevet som lang og som et tomrum at navigere i, hvilket formentlig hænger sammen med de flaskehalsproblemer, der var i forhold adgangen til SAD-indsatsens psykologbistand det første halve år af projektperioden.

Som det blev afdækket i pilotundersøgelsen (Lee et al. 2014), er opstartssamtalen i mange tilfælde et svært tidspunkt for den praktiserende læge at give mange informationer til patienterne. Denne pointe går igen i vores interview, hvor flere fortæller, at de var meget påvirkede af deres symptomer og havde svært ved at overskue simple ting såvel som at huske. Det betød fx, at de ikke kunne overskue omfattende skriftlig information, og at de i udpræget grad ikke havde læst det udleverede materiale om SAD-indsatsen. Under interviewene blev det derfor også tydeligt, at mens mange troede, de havde et godt kendskab til SAD-indsatsen, så var der for alle væsentlige dele af SAD-indsatsen, som de ikke kendte til, fx:

- hvilke aktører man kan komme til i regi af SAD-indsatsen
- at psykologhjælpen er gratis

- en række aspekter vedrørende handleplanen, såsom at patienten har læseadgang til den, men også hvad der er formålet med den, og hvordan fagpersonerne anvender den.

Flere havde en oplevelse af, at opstartssamtalen primært handler om det praktiske og om at få udfyldt "en masse formularer", mere end at der var en dialog med fokus på, hvad de ønskede og havde behov for. Ingen af interviewpersonerne stillede sig dog undrende over for denne praksis. De tog den som en selvfølge for, at SAD-indsatsen kunne iværksættes. Fokus forekommer således i højere grad at være på at løbe IC-processen i gang gennem de procedurer, der skal til, for at systemet fungerer, end på patientinddragelse. Interviewpersonerne betragtede ikke dette som noget negativt i forbindelse med opstarten af SAD-indsatsen. Flere interviewpersoner gav udtryk for, at det i opstartsfasen giver god mening, at lægen viser vejen frem. På det tidspunkt i forløbet har man ikke overskud til at tage aktivt del i det praktiske, og patienterne var glade for, at den praktiserende læge havde taget teten:

Det går ret hurtigt, når man har ondt i livet. Han (praktiserende læge, red.) var hurtig til at sige: 'Du har brug for hjælp'. Hans praksis var med i forsøget. Det gav mig tre uger fri, og det er måske egentlig det, der har reddet mig. Men han var god til at sige, at jeg havde brug for hjælp og fortalte så om projektet.

(Kåre)

Jeg har haft tillid til min læge, fordi han kendte mig. Det var godt, at jeg selv skulle gøre noget – for det gav mig følelsen af, at jeg godt selv kan. Jeg skulle selv bestille tid ved psykologen og sådan. Han bestilte den første tid, men jeg skulle selv styre det derefter. Det har været godt for mig – han tog over der, hvor han skulle – ikke for meget, ikke for lidt. Det giver mig tillid og selvtillid i forhold til, at jeg godt kan selv.

(Sanne)

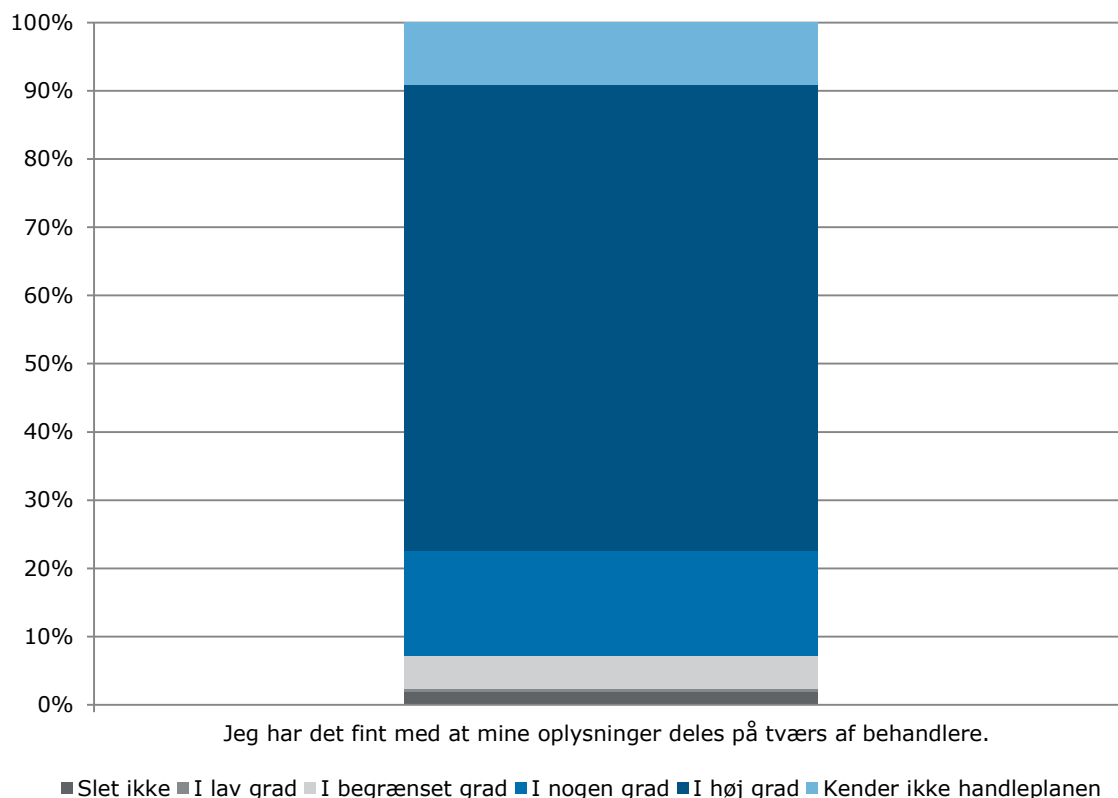
Som de to citater ovenfor illustrerer, er inddragelsen af patienterne en vigtig balancegang, hvor lægen både har mulighed for at aflaste patienten i en svær tid ved at tage initiativet og omvendt give patienten *en følelse af at kunne selv* ved at lade patienten være aktiv i sit forløb.

3.2 SAD-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

Den fælles IC-handleplan, som påbegyndes i forbindelse med opstartssamtalen hos egen læge, er et centralt værktøj i fagpersonernes IC-samarbejde. Samtidig kan patienterne selv logge på, læse med og få bedre indblik i deres forløb og kommunikationen omkring dette. Med dette afsæt har vi undersøgt patienternes perspektiver på handleplanen.

Som det fremgår af Figur 3.2 nedenfor, er der mere end 90 % af respondenterne, som er positive over for, at deres oplysninger deles på tværs af relevante behandlere, mens knap 10 % forholder sig kritisk til dette aspekt af SAD-indsatsen.

Figur 3.2 SAD-patienternes holdning til, at deres oplysninger deles på tværs af behandlere



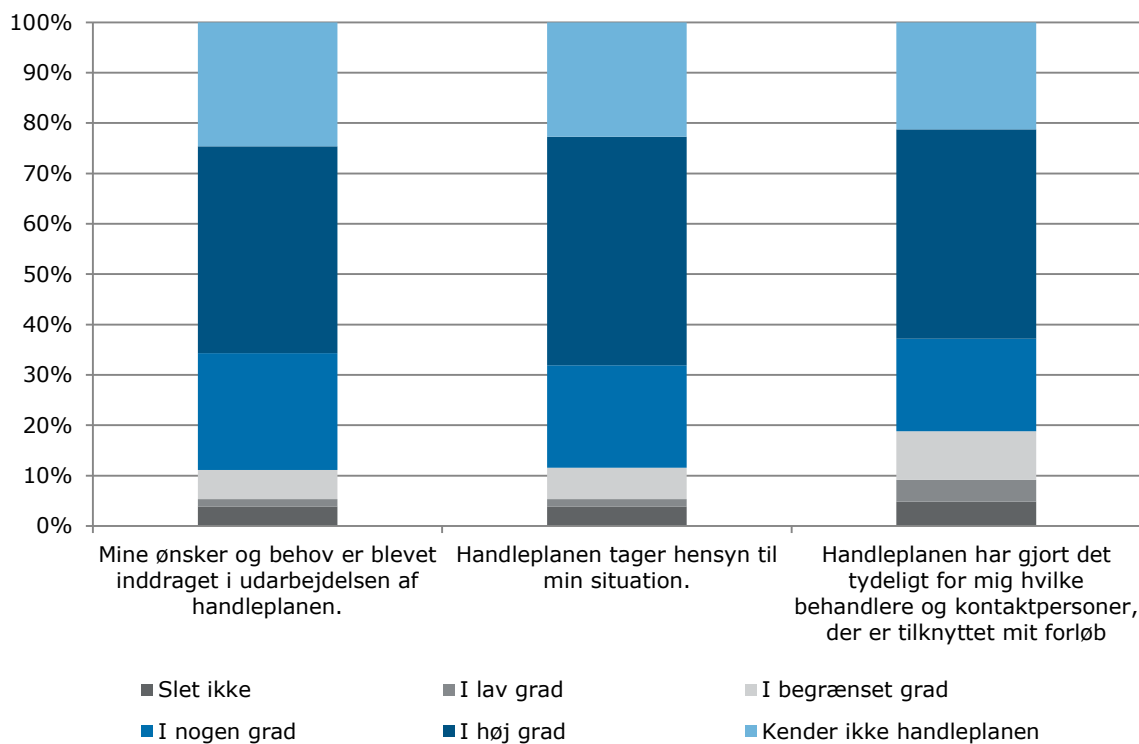
Note: 208 respondenter har besvaret spørgsmålet.

Selvom IC-handleplanen er et centralt værktøj i SAD-indsatsen, svarer knap 25 % af SAD-patienterne, at de ikke kender handleplanen. Figur 3.3 viser til gengæld, at der blandt de 75 %, som kender handleplanen, er et stort flertal, der mener, at deres ønsker og behov i nogen eller høj grad er blevet indarbejdet i planen, og at planen tager hensyn til deres situation. Samtidig er der cirka 88 % (svarende til cirka 70 % af det samlede antal respondenter)⁹, der vurderer, at handleplanen har gjort det mere tydeligt, hvilke personer der er tilknyttet deres behandling.

⁹ Dette er en væsentlig forbedring i forhold til midtvejsevalueringen. Ved midtvejsevalueringen svarede ca. 65 %, svarende til 46 % af det samlede antal respondenter, at handleplanen havde gjort det tydeligere, hvilke personer der er tilknyttet deres behandling.

Figur 3.3 SAD-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

I forlængelse af opstartssamtalen blev der udarbejdet en handleplan for dit forløb, som de involverede fagpersoner er fælles om at arbejde med. Vurder følgende udsagn om den fælles handleplan:

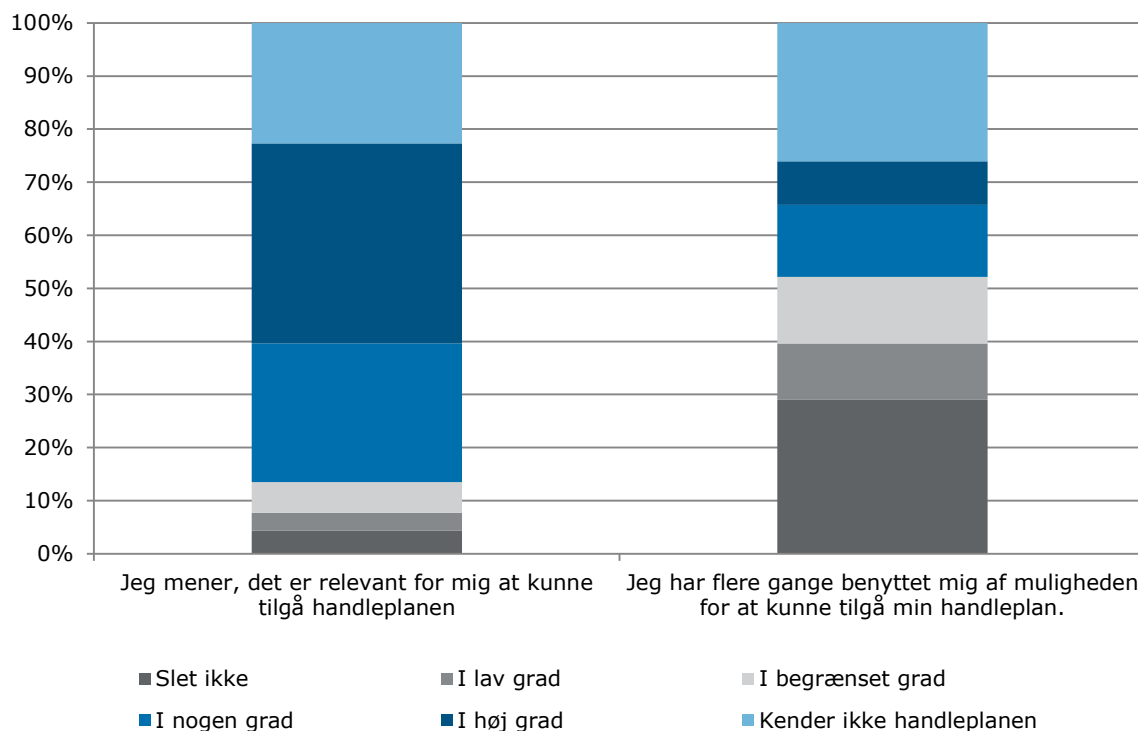


Note: 207 respondenter har besvaret spørgsmålene.

Med muligheden for, at patienterne selv kan logge på IC-handleplanen, er det hensigten, at patienterne skal opnå en større forståelse for deres forløb og bedre mulighed for at indgå i en aktiv dialog med fagpersonerne. Med hensyn til muligheden for at tilgå handleplanen, så fremgår det af Figur 3.4, at langt de fleste af de SAD-patienter, der kender handleplanen, mener, at dette i høj grad er relevant. Det ses dog også, at det kun er omkring halvdelen (46 %, svarende til 34 % af det samlede antal respondenter), som mere end én gang har benyttet sig af muligheden¹⁰. Der er således relativt langt fra intention til praksis for SAD-patienterne.

¹⁰ Dette er dog en væsentlig udvikling siden midtvejsevalueringen. Ved midtvejsevalueringen var det kun omkring 30 %, svarende til 21 % af det samlede antal respondenter, der mere end én gang benyttede sig af muligheden.

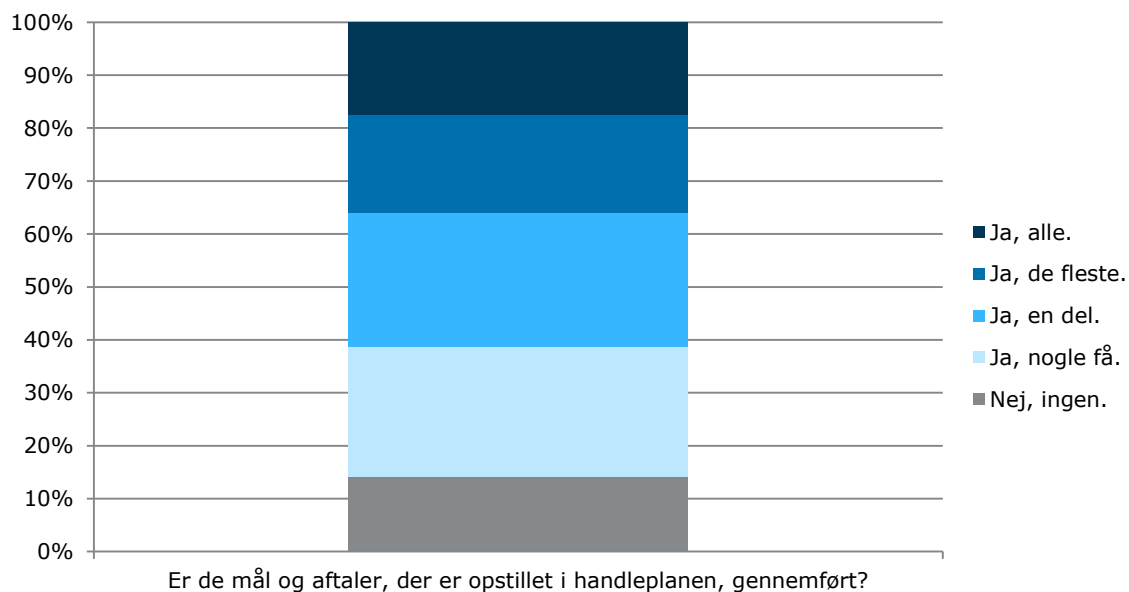
Figur 3.4 SAD-patienternes vurdering og anvendelse af IC-handleplanen



Note: 207 respondenter har besvaret spørgsmålene.

Vi har spurgt, hvorvidt patienterne oplever, at de opstillede mål i handleplanen bliver realiseret. Svarene viser (jf. Figur 3.5), at godt 60 % af de patienter, der kender handleplanen, oplever, at mindst en del af de opstillede mål og aftaler er blevet gennemført.

Figur 3.5 SAD-patienternes vurdering af handleplanens mål og aftaler



Note: 155 patienter har svaret på spørgsmålet.

Resultater fra de gennemførte interview

Blandt interviewpersonerne var der seks, som på forhånd kendte til handleplanen. Heraf havde fire hørt om den fra deres praktiserende læge/andre behandlere eller gennem skriftligt materiale, mens de to sidste fortalte, at de først var blevet opmærksomme på planens eksistens, da de svarede på KORAs spørgeskema. Samtidig fremgik det, at interviewpersonerne, med en enkelt undtagelse, ikke aktivt havde forsøgt at anvende handleplanen undervejs i deres forløb.

Interviewene viste, at der var flere forskellige opfattelser af, hvad handleplanen er, og hvordan den anvendes/kan anvendes. Handleplanen blev opfattet som:

- et redskab til at holde den røde tråd i patientens forløb, hvor alle aktører kan skrive, og patienten kan læse med. Denne opfattelse er i overensstemmelse med hensigten i SAD-indsatsen, og appellerer også til, at patienten skal læse med i planen
- et sted til overlevering af simple, faktuelle informationer om patienten, fx en testscore. Handleplanen er i denne opfattelse ikke et sted for dialog og refleksion om patientens situation. Denne opfattelse appellerede ikke til, at patienterne skulle læse i planen
- et redskab, alle kan skrive i, også patienten. Denne opfattelse appellerer til at anvende planen, men på en falsk præmis, da man som patient netop ikke kan skrive i den
- et redskab, hvor der står noget om patienten, men som der ikke er nogen grund til at læse i, for patienten har dialogen med behandlere

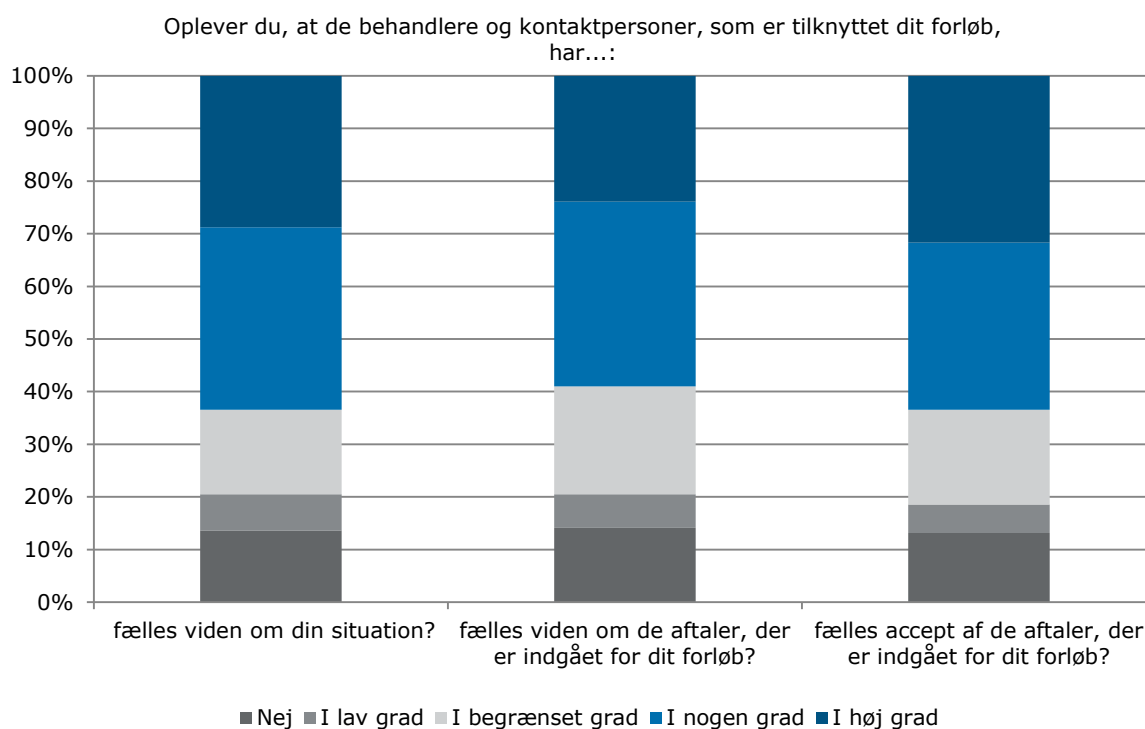
Disse forskellige opfattelser af, hvad handleplanen er, kan rimeligvis antages at forme patienternes anvendelse af handleplanen meget forskelligt, og dermed også hvorvidt planen understøtter patienten som en aktiv og inddraget aktør i SAD-indsatsen. Derfor har det betydning, om behandlere opfatter handleplanen som en del af at inddrage patienten, og hvordan de motiverer patienten til at anvende den. Hvordan fagpersonerne forstår og formidler handleplanen kan bl.a. læses i kapitel 4.

3.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet

I Figur 3.6 ses det, at omkring 60 % af patienterne, der har svaret på spørgeskemaet, oplever, at de forskellige aktører, der var inde over deres forløb, deler viden med hinanden og har en fælles accept af de aftaler, der er indgået om forløbet¹¹.

¹¹ Dette er en forbedring, da der ved midtvejsevalueringen var omkring 50 %, der svarede det samme.

Figur 3.6 Samarbejde mellem behandlere og kontaktpersoner



Note: 205 patienter har svaret på disse spørgsmål.

Resultater fra interview – perspektiver på videndeling via handleplanen

Som tidligere nævnt er der kun én interviewperson, som aktivt har anvendt handleplanen i sit forløb¹² og derved har viden om, hvad der er delt via handleplanen. Hendes erfaring er, at der ikke har været tale om gensidig udveksling af viden, fordi det kun var hendes egen læge, der skrev i handleplanen:

Min læge undrer sig over, at der ikke er nogen, der skriver til hende. Det er kun hende, der skriver. Når jeg kommer ud til hende, så undrer hun sig jo over, hvor min sag ligger, fordi der ikke er nogen, der skriver i den. Hun synes, det går lidt tabt, hvis der ikke er nogen, der bruger det. (...) Vi var begge to i udgangspunktet positive over for projektet. Hun synes bare, hun sidder og skriver til sig selv. Så nu er hun begyndt at kopiere fra sin egen journal over i handleplanen. Men min læge skriver bare til sig selv og til mig.

(Jane)

Flere af de andre interviewpersoner havde *en fornemmelse af*, at de forskellige aktører delte viden med hinanden, og det fremgår i den forbindelse, at praksislæger og psykologer i forskellige sammenhænge har refereret til hinandens vurderinger og derved tydeliggjort, at der er en fælles viden og opmærksomhed på forløbet. Interviewpersonerne fortæller, at de er glade for, at behandlerne tydeliggør, at der er en fælles viden, fordi det giver en oplevelse af, at der er styr på forløbet, og at behandlerne interesserer sig for det.

¹² En anden interviewperson troede, hun havde læst i sin handleplan, men undervejs i interviewet blev hun klar over, at det ikke var handleplanen, men journalen, der er tilgængelig på sundhed.dk, hun havde læst i. Denne interviewperson var blevet klar over muligheden for at læse med i handleplanen ved at besvare evalueringsspørgeskemaet og havde forsøgt at gøre det, men var endt med at komme ind på journalen på sundhed.dk. Endnu en anden interviewperson havde kigget i sin handleplan efter at være blevet opmærksom på dens eksistens ved at besvare spørgeskemaet, men havde ikke anvendt den som sådan.

Det positive syn på, om behandlerne har fælles viden, er også afspejlet ved, at syv af de ti interviewpersoner ikke har nogen forbehold over for den videndeling, der er lagt op til via handleplanen. Dette er først og fremmest begrundet med, at de har tillid til, at behandlerne gør det på en ordentlig og professionel måde:

Det giver rigtig god mening, at de (praktiserende læge og psykolog, red.) snakkede om det med, om jeg skulle til psykiater. Det er ikke, fordi jeg følte, at min læge ikke måtte vide noget af det, jeg fortalte min psykolog og omvendt. Min mor arbejder også i sundhedsvæsenet, så jeg ved, hvordan de håndterer deres tavshedspligt. Han solgte det på en god måde – det var ikke på nogen fæl måde, de ville snakke om mig. Det var for mt bedste.

(Lene)

Graden af fælles viden på tværs af de involverede behandlere

I interviewene spurgte vi, om deltagerne oplevede, at de forskellige aktører i SAD-indsatsen havde en fælles viden om dem og deres forløb, samt hvordan behandlerne inddrog patienterne i at skabe viden om deres forløb. Det fremgik i den forbindelse, at ingen interviewpersoner har oplevet, at de forskellige aktører orienterede sig for meget mod, hvad der står i handleplaner, journalnotater o.l.

Tværtimod fortalte flere, at deres behandlere holdt en god balance, hvor de spurgte patienterne, hvordan det gik, men hvor de også kunne mærke på deres behandlere, at de havde en grundlæggende viden om dem fra hinanden. Enkelte fortæller også, at det ikke altid er negativt at skulle genformidle viden om eget forløb:

Da jeg kom til arbejdsmedicineren, skulle jeg fortælle mit forløb forfra igen, men det synes jeg egentlig var godt, for så fik jeg lov til at fortælle min version. Og så havde hun ikke dannet et billede af mig. Kernen har de været enige om, men ikke nuancerne. Nu, på afstand, er det godt at se, at der er forskellige sider af en sag – for ingenting er jo sort/hvidt. Det var både en fordel og en ulempe – måske mest en ulempe i starten, hvor jeg var allermest stresset.

(Grethe)

Der var dog også interviewpersoner, der berettede om forløb, hvor der ingen deling var mellem de forskellige aktører. Et eksempel er deltageren, der af sin praktiserende læge blev sendt til Arbejdsmedicinsk klinik og havde en samtale derude, men aldrig siden hørte fra dem, ligesom den praktiserende læge heller ikke siden adresserede hans deltagelse i SAD-indsatsen:

Jeg har tidligere været syg med stress, social angst. Blev så henvist til det her IC, og det synes jeg var fedt. Der gik en så million milliard år, før jeg blev kontaktet. Så kom jeg en gang ud til Arbejdsmedicinsk klinik. Der snakkede jeg så med en psykolog, og så siger de, at de vender tilbage til mig. Så er der ikke sket mere. Jeg aner ikke, hvor jeg står henne. Når man er gået ned med stress og har det dårligt, så er det første, man gør, ikke lige at ringe til lægen og sige: 'Hov, jeg tror, I har glemt mig'. Efter en måned var der nogle, der tog kontakt, det må være december, jeg var på AMK (interviewet afholdt i maj 2015, red.), og jeg har som sagt ikke hørt noget endnu.

(Kim)

De to ovenstående perspektiver illustrerer den balance, som behandlerne står over for i mødet med patienten. Dels er der aspektet med at lade patienten være ejer af sin egen fortælling og at blive mødt som det menneske, man er på tidspunktet for mødet frem for at være en beskrivelse i et system. Men hvordan den balance holdes, er netop afhængig af, hvor man er i sit

forløb. Jo mere påvirket patienterne er af deres symptomer, des sværere er det for dem at skulle være formidleren og navigatøren. Det forudsætter således fleksibilitet fra behandlernes side at kunne tilpasse sig patienternes behov.

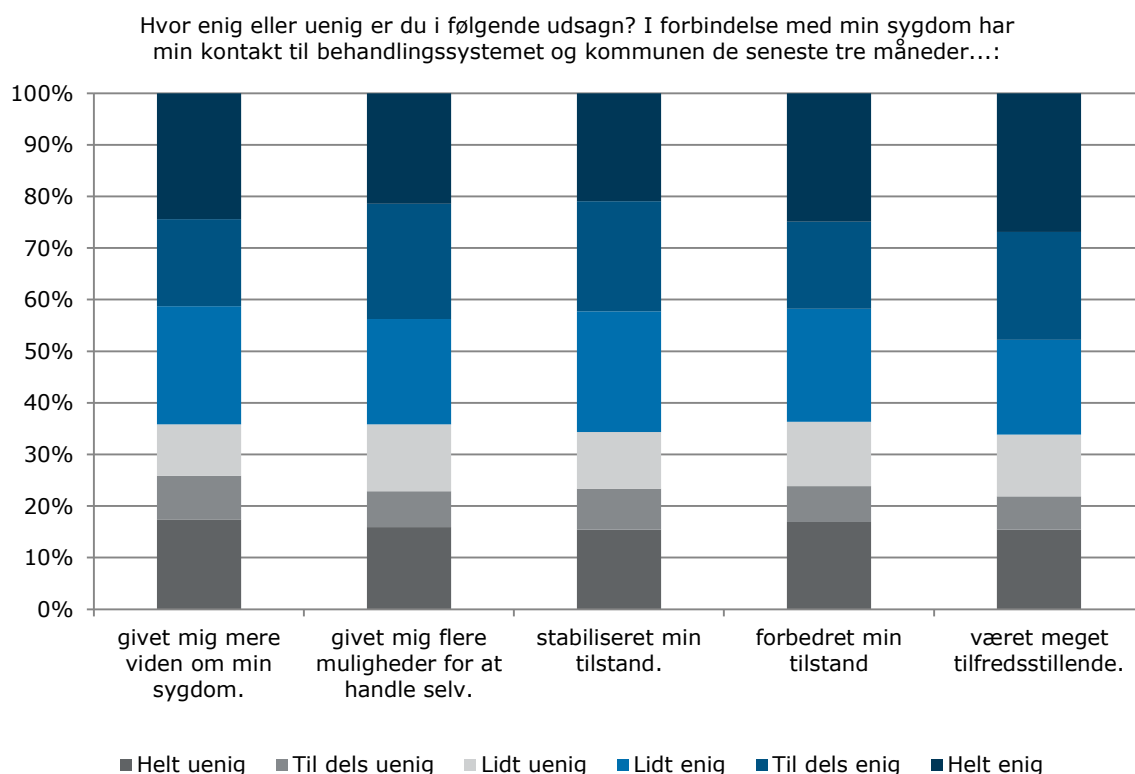
SAD-patienternes forbehold over for vidensdeling

Som det fremgik af Figur 3.2, er det knap 10 % af SAD-patienterne, som forholder sig kritisk til den deling af informationer, der lægges op til via handleplanen. Denne holdning havde tre interviewdeltagere, som fortalte, at de ikke er helt trygge ved, at de kommunale aktører får indblik i de personlige forhold, som de deler med forskellige behandlere. Det skyldes, at patienterne er usikre på, hvordan sagsbehandlerne vil anvende den viden – og ikke mindst en frygt for, at det vil kunne falde negativt ud for patienten. Der er således patienter, der etablerer aktørerne i SAD-indsatsen som to forskellige grupper med behandlere på den ene side og kommunale sagsbehandlere på den anden side. Der kan således være et behov for at have særligt fokus på at etablere tryghed og klarhed omkring, hvilken viden der overleveres til de kommunale sagsbehandlere, samt hvad denne skal anvendes til i IC-regi.

3.3 SAD-indsatsens betydning for SAD-patienternes behandlingsforløb

Den sidste del af spørgeskemaet omhandler SAD-patientens oplevelse af sit behandlingsforløb de seneste tre måneder. Godt 65 % har været overvejende enige i, at forløbet alt i alt har været meget tilfredsstillende. Når man ser på de enkelte faktorer i behandlingen, så ses stort set det samme mønster for alle. Således erklærer mere end 60 % sig overvejende enige i at have fået udbytte af SAD-indsatsen på hver af de fem faktorer.

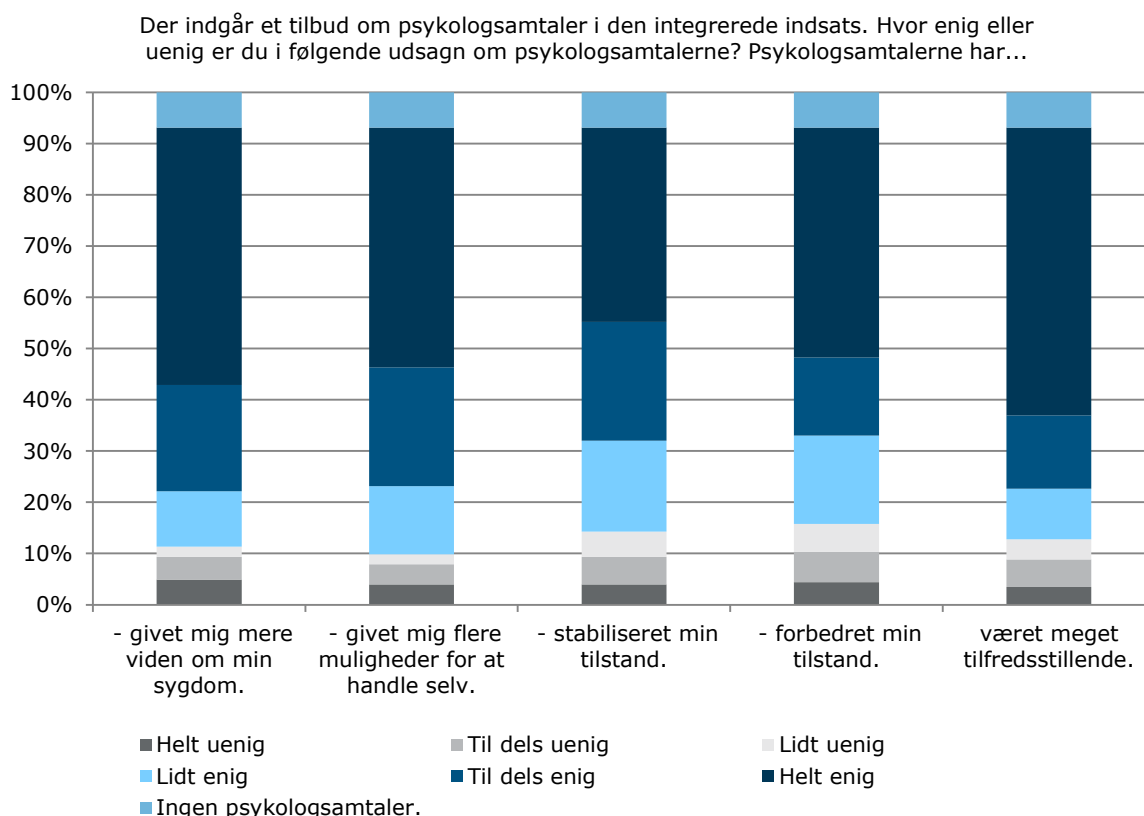
Figur 3.7 Udbytte af behandling de seneste tre måneder



Note: 201 patienter har svaret på disse spørgsmål.

Som det også fremgik af patienternes egne begrundelser for at deltage i SAD-indsatsen (se evt. afsnit 3.1) er den gratis psykologhjælp et af de centrale tilbud i indsatsen. Det fremgår også af spørgeskemaet, se Figur 3.8, at over 90 % har deltaget i psykologsamtaler, og blandt disse er der udpræget positiv respons. Således er mere end 45 % af patienterne helt enige i, at psykologsamtalerne har givet dem mere viden om sygdommen, givet flere muligheder for at handle selv og forbedret deres tilstand. Samtidig er der mindre end 5 %, som er helt uenige i disse udsagn. Alt i alt svarer 60 % af dem, der har modtaget psykologsamtaler, at de er helt enige i, at samtalerne har været meget tilfredsstillende.

Figur 3.8 SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsens psykologsamtaler



Note: 203 personer har svaret på disse spørgsmål.

86 respondenter har ved afslutningen af spørgeskemaet givet generelle kommentarer til SAD-indsatsen (jf. Bilag 5). Kommentarerne kan inddeles i to hovedkategorier: dem, der er positive og tilfredse med IC-indsatsen, og dem, der er negative.

51 % af kommentarerne er positive eller delvist positive, og her fremhæves især oplevelsen af at have været med i et godt tilbud, som bør fortsætte, det tværfaglige samarbejde og psykologhjælpen.

50 % af kommentarerne er negative eller delvist negative, og her går to hovedtemaer igen: For det første føler en del af respondenterne ikke, de har modtaget nogen indsats, eller at inddragelsen og aktiviteten i indsatsen går for langsomt. For det andet mangler de kendskab til hele eller dele af IC, hovedsageligt handleplanen, men en del har også svært ved at genkende det tværfaglige samarbejde, fx fordi de ingen kontakt har haft med kommunen.

Resultater fra interview – kontakten til psykologer

Syv af de ti interviewpersoner havde været eller var i et forløb hos en psykolog. Af disse var tre meget positive over for forløbet. Det gode ved forløbet var, at der havde været *god kemi* mellem psykologen og interviewpersonen – at de havde været et *godt match*.

Jeg blev sat sammen med en psykolog, der var god for mig – det skulle ikke være en moderfigur eller en faderfigur.

(Sanne)

Det gode match havde en anden behandler sikret dem, fx praksislægen. Interviewpersonerne oplevede således, at psykologen blev udvalgt i forhold til at kunne imødekomme deres behov.

Omvendt fortalte fire, at samarbejdet med psykologen ikke havde fungeret optimalt, fordi de ikke havde været et godt match rent personligt. Derfor havde de ikke en følelse af, at processen mod at nå en bedring var forløbet så godt, som den kunne. Selvom disse interviewpersoner ikke følte, at de fik den rette behandling hos psykologen, tog ingen af dem initiativ til at ændre deres forløb, selvom de havde set deres læge undervejs i forløbet. Tværtimod formulerede de et ydmygt argument om, at når man er blevet givet et tilbud, skal man også færdiggøre det, og ikke lægge fx den praktiserende læge til last, at de ikke kommer godt ud af det med deres psykolog. Nogle patienter lader således passivt stå til under et ikke givtigt forløb med det til følge, at deres behandling ikke er optimal. Det fordrer, at den praktiserende læge indtager en meget aktiv tovholderrolle, hvor han/hun er aktivt opsøgende i forhold til, hvordan patienten oplever forløbet og særligt også skaber et rum for, at det er legitimt at ønske at ændre det.

Resultater fra interview – kontakten til kommunale sagsbehandlere

Der var kun to interviewpersoner, som fortalte, at de havde været tilknyttet en kommunal sagsbehandler, så muligheden for at belyse denne del af SAD-indsatsen er begrænset. Begge interviewpersoner oplevede imidlertid, at SAD-indsatsens opkobling til kommunen fejlede ved opstarten af forløbet. Det afspejles fx ved, at den ene patient selv måtte være aktiv, før hun blev tilknyttet en sagsbehandler, der var en del af SAD-indsatsen:

Den sagsbehandler, jeg fik, var ikke en del af projektet. Det sagde jeg også til min læge. Man kan se i sin sag i handleplanen, hvem der er en del af min sag, og der kan jeg se, at det kun er mig og min læge. Jeg skriver så til projektledelsen, fordi det undrer mig, og så får jeg så en ny sagsbehandler, som er en del af det.

(Jane)

Samtidig har begge interviewpersoner en oplevelse af, at det kommunale system ikke har været opdateret på, hvor de var i deres IC-forløb. En interviewperson forklarede således:

Jeg er blevet ringet op af kommunen en hel masse gange. Jeg sagde så, at jeg ikke kunne forstå, jeg blev ringet op, fordi de bare kan slå op i min sag og se det på nettet. (...) De ringer med sådan nogle forskellige ark og formularer, man skal udfylde. Det er nok noget, der ligger lovmæssigt. Også det med, at man skal kontaktes en gang om måneden. På et tidspunkt klager jeg faktisk til mig læge, fordi jeg synes, de forstyrrer. Kommunen er bagud. Jeg er nået længere i mit stressforløb, end de er klar over. Så egentlig bliver kommunen et forstyrrende element. Det skulle jo være et projekt, der skulle hjælpe kommunen og patienten – mig, til at samarbejde... de kunne have undgået nogle formularer og undgået at ringe til mig nogle gange ved bare at kigge på IC.

(Jane)

I tråd med ovenstående fortalte en interviewperson, at mens hun oplevede, at der var sammenhæng i behandlingsindsatsen i forløbet, så forsvandt sammenhængen, da hun var parat til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Hun oplever, at der mangler en kommunal tovholder, som kan hjælpe hende ud over det forløb, der er beskrevet i IC-regi:

I starten der gav det god mening. Men nu, hvor jeg er ved at være klar til at komme tilbage, der glipper den. Jeg mangler en tovholder, der har kompetencer i forhold til det, for det har psykologen og lægen jo ikke, men det er dem, der er de primære i min behandling lige nu.

(Ditte)

Resultater fra interview – kontakten til Arbejds- og miljømedicinsk klinik

Fire interviewpersoner havde haft et forløb på Arbejds- og miljømedicinsk klinik (AMK), som havde varet mellem to og fire timer. De var generelt glade for samtalen/samtalerne, som havde hjulpet dem med at blive afklaret om, hvordan deres arbejde påvirker dem, og hvilken andel i deres psykiske sårbarhed arbejdet har.

En interviewperson oplevede at blive tilknyttet en psykolog, der fortalte, at han ikke var en del af SAD-indsatsen, men at hans kollegaer var. Interviewpersonen oplevede således ikke at få et forløb i IC-regi, og oplevede derfor ikke, at der var et samarbejde på tværs af organisationer.

Flere oplevede lang ventetid fra at have været hos AMK, før der igen skete noget i deres sag. Det kunne være, at der gik lang tid, før de kom i gang med deres psykologforløb, eller at deres sag ganske enkelt syntes at gå i stå. Hvad det skyldes, at deres forløb går langsomt efter at være hos AMK, ved interviewpersonerne ikke, blot at det er frustrerende.

Resultater fra interview – SAD-indsatsens betydning for SAD-patienternes bedring

I tråd med spørgeskemasvarene vurderer et klart flertal af interviewpersonerne, at de har fået det bedre i den tid, de har været tilknyttet SAD-indsatsen¹³. En enkelt patient fremhæver eksPLICIT dialogen mellem de forskellige aktører som et element, der har gavnet hendes bedring:

Jeg har det bedre. Det har gjort det lettere, at de har snakket sammen. Tidligere har jeg gået til psykolog. Der snakkede jeg ikke med min læge imens, og jeg synes, jeg kan se en forskel nu. Det har givet rigtig god mening for mig, at de har snakket sammen. Risikoen er, at man føler, der bliver snakket for meget om en, men det føler jeg ikke, fordi de har været gode til at forklare mig, hvad de siger til hinanden.

(Lene)

De øvrige interviewpersoner peger imidlertid ikke på, at det er SAD-indsatsen som helhed eller elementerne vedrørende videndeling m.m., der har været udslagsgivende for deres bedring. De kæder i stedet deres bedring sammen med, at de har haft tid til at komme sig, samt at de på forskellige måder har haft et godt samarbejde med konkrete behandlere:

Jeg fornemmer, at dem, jeg har været tilknyttet, de ved, hvad jeg har fejlet. Men jeg kan godt have en fornemmelse af, at de har siddet med hver deres mål. (...) Jeg har haft et godt forløb. Jeg sidder med fornemmelsen af, at jeg har haft de tre bedste behandlere. Den bedste læge, den bedste psykolog og den bedste arbejdsmediciner.

(Grethe)

Samtidig havde flere en god oplevelse af, at de med deres praktiserende læge som tovholder på forløbet havde oplevet ro og trykthed undervejs i forløbet:

¹³ Dette afspejles også ved, at vi havde svært ved at få interviewaftaler med mange af patienterne, fordi de var tilbage på arbejdsmarkedet.

Det der med selv at komme på banen, det kan godt være svært. Man sidder over for læger og arbejdsmedicinere, og de ved bedre end en selv – det tror man i hvert fald. (...) Det har været rigtig dejligt, at min læge var tovholder.

(Grethe)

Ovenstående betyder dog ikke, at interviewpersonerne oplever SAD-indsatsen som irrelevant, for der er bred enighed om, at idéen er god, og at den repræsenterer det, der er behov for, når man er stress-, angst- eller depressionsramt. Det skyldes i stedet en oplevelse af, a) at IC-forløbet (især i relation til den kommunale indsats) ikke har været så sammenhængende som forventet, b) at der på forskellige tidspunkter har været uhensigtsmæssig ventetid i forløbet, c) at der har manglet opfølgning på opstartssamtaler og handleplan samt d) manglende viden om struktur og indhold af SAD-indsatsen.

3.4 Opsamling på SAD-patienternes perspektiver på SAD-indsatsen

Der er overvejende stor overensstemmelse mellem fundene i midtvejsevalueringen og slutevalueringen af SAD-indsatsen, og de variationer, der er, falder ud til en mere positiv vurdering af SAD-indsatsen fra patienternes side.

Som det fremgår af patientundersøgelsen, fremstår SAD-indsatsen forholdsvis tydelig og relevant for SAD-patienterne. Der er gennemgående en tro på, at idéen i SAD-indsatsen er rigtig, og at den hjælper patienterne med at få det bedre/komme tilbage til arbejde. Patienterne fremhæver udsigten til hurtig hjælp, de specifikke tilbud (primært psykologhjælpen), den fælles vidensdeling mellem behandlerne, og det at flere forskellige fagligheder vurderer ens sag som de væsentligste positive elementer i SAD-indsatsen.

Det store flertal af patienter er glade for og trykke ved, at fagpersonerne deler oplysninger om dem. Der er dog et mindretal, der er skeptiske over for dette og utrykke ved, om det fx kan skade deres muligheder i det kommunale system eller på arbejdsmarkedet. Det fremstår således som et opmærksomhedspunkt, at fagpersonerne løbende informerer om og involverer patienterne i, hvilken viden der viderefremmes, og hvorfor det sker.

Det fremgår også, at godt 65 % af SAD-patienterne efter deltagelsen er tilfredse med den behandling, de har fået, og oplever, at de har fået det bedre. Mere end 60 % er overvejende enige i at have fået udbytte af SAD-indsatsen i form af større viden, bedre mulighed for at handle selv samt få stabiliseret og forbedret deres tilstand.

Der er samtidig en oplevelse af, at behandlerne kommunikerer i en grad, der betyder, at de har fælles viden og mål for patienternes forløb – særligt i relationen mellem egen læge og psykolog. Heroverfor er der flere, som peger på, at koblingen til de kommunale sagsbehandlere og AMK ikke er lige så velkoordineret.

Undersøgelsen indikerer, at patienternes oplevelse af at blive aktivt inddraget i eget forløb ikke ændres væsentligt via SAD-indsatsen. Patienterne er dog generelt tilfredse med deres IC-forløb, og det fremgår, at opstartssamtalen og de konkrete forløb, patienterne tilbydes, for de fleste afspejler de ønsker og behov, de har. Samtidig fremgår det, at mange SAD-patienter er glade for, at andre tager ansvar for at vise vejen i deres forløb. Det gælder særligt ved opstarten, hvor mange ikke har overskud til selv at tage en aktiv rolle. Der er dog også patienter, for hvem det er positivt, at de inddrages i praktiske opgaver, da det giver dem følelsen af selv at kunne mestre deres liv. I forhold til inddragelse af patienten skal behandleren således balancere mellem at inddrage patienten og lette vedkommende for at skulle tage ansvar og styring i en

periode plaget af symptomer. De skal være opmærksomme på de muligheder for inddragelse, der opstår i takt med, at patienten får det bedre.

Selvom patienterne er positive over for IC-handleplanen, tyder det på, at den ikke spiller den rolle for patienterne, som der er lagt op til i SAD-indsatsen. Det skyldes flere forhold. For det første er det langt fra alle patienter, der oplever et behov/overskud til at orientere sig i planen. For det andet er der en del, som ikke har været opmærksomme på muligheden. Og for det tredje oplever nogle, som har orienteret sig i handleplanen, at indholdet ikke har været relevant og opdateret. Det fremgår også, at patienterne har mange forskellige opfattelser af, hvordan handleplanen fungerer og anvendes, og at der forskel på, hvor aktivt behandlerne informerer om handleplan og IC-indsats undervejs i forløbet.

Endelig fremgår, at et klart flertal af SAD-patienterne vurderer, at de har fået det bedre i den tid, de har været i SAD-indsatsen. Det er dog først og fremmest det, at patienterne har haft tid til at komme sig samt relationen til de enkelte behandlere, der kædes sammen med denne bedring. Den praktiserende læges rolle som tovholder og den tætte relation, der (når matchet er godt) opstår med psykologerne, fremstår derfor som vigtige holdepunkter for patienterne.

4 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på SAD-indsatsen

Dette kapitel handler om SAD-fagpersonernes oplevelse af SAD-indsatsen. Fokus er bl.a. på fagpersonernes:

- kendskab og opbakning til indsatsen
- oplevelse af, hvorvidt de selv og deres samarbejdspartner efterlever aftalerne for SAD-indsatsen, samt hvilke barrierer der er for dette
- oplevelse af indsatsens betydning for kommunikation, samarbejde og patientforløb
- forslag til fremadrettet justering af SAD-indsatsen

Kapitlet følger samme struktur som det tilsvarende kapitel i midtvejsrapporten fra forsommeren 2015, men det er opdateret på baggrund af en ny interviewrunde og en ny spørgeskemarunde, som begge er gennemført i november/december 2015.

Det er kun resultaterne fra anden spørgeskemarunde, der præsenteres, men vi angiver løbende, hvis der er sket væsentlige ændringer i svarmønstrene. På samme måde har vi anvendt de kvalitative interviewdata til at opdatere beskrivelserne af fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen. Her gælder det generelt, at der ikke er betydende forskel på pointerne fra første og anden interviewrunde.

4.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af SAD-indsatsens implementering

4.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

SAD-indsatsens implementering og relevans

En af de grundlæggende forudsætninger for, at IC-modellen implementeres i praksis, er, at de nye redskaber, arbejdsgange og opgaver er kendte, samt at disse opleves relevante af de ansvarlige fagpersoner. For at vurdere, om dette er tilfældet, har vi i interview og spørgeskema afdækket fagpersonernes perspektiver på disse forhold.

Tabel 4.1 viser, at SAD-fagpersonerne er blevet informeret om SAD-indsatsen gennem forskellige kilder. Som også set i midtvejsevalueringen er størstedelen af informationen om SAD-indsatsen nået ud til de tilknyttede fagpersoner via besøg fra IC-projektsekretariatet eller ved orienteringsmøder, dvs. gennem en face-to-face-interaktion. Dernæst har skriftlig information været en vigtig informationskilde. Praksislæger er ofte selvstændige, hvilket forklarer, hvorfor information fra nærmeste leder er en væsentlig kilde til viden for de øvrige faggrupper, men ikke for praksislægerne.

Tabel 4.1 Fagpersonernes angivelser af, hvordan de er informeret om SAD-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Via skriftlig information	58 %	43 %
På orienteringsmøde, temamøde, kursus e.l.	73 %	57 %
Besøg fra IC-projektsekretariat	69 %	65 %
Af nærmeste leder	4 %	30 %
Af kollega/koordinator	19 %	26 %
På egen hånd	8 %	13 %
På anden måde	8 %	13 %

Note: 49 besvarelser – der har været mulighed for at afgive flere svar.

Tabel 4.2 nedenfor viser fagpersonernes vurdering af eget kendskab til SAD-indsatsen. I forhold til midtvejsevalueringen er der en lille stigning i, at flere angiver, at de i meget høj grad har et kendskab til indholdet i SAD-indsatsen (ved midtvejsevalueringen svarede 29 % praksislæger i meget høj grad og 13 % af de øvrige faggrupper). Alle vurderer, at de mindst har et nogenlunde kendskab til indsatsen. Som det fremgår, er der en tendens til, at praksislægerne vurderer deres kendskab til SAD-indsatsen en anelse højere end de kommunale respondenter gør. Det afspejler formentlig de praktiserende lægers gennemgående rolle i SAD-indsatsen. Samtidig har der i løbet af projektperioden været en række organisationsforandringer i kommunalt regi, som har gjort, at de har haft mindre tid og færre ressourcer til at fokusere på SAD-indsatsen, ligesom der er kommet nye sagsbehandlere til, som naturligvis ikke har samme erfaring som de, der har været tilknyttet SAD-indsatsen gennem længere tid.

Tabel 4.2 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til indholdet i SAD-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Ja, i meget høj grad	35 %	22 %
Ja, i høj grad	42 %	39 %
Ja, i nogen grad	23 %	39 %
Nej, kun sporadisk kendskab	0 %	0 %
Nej, har slet ikke kendskab	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

En anden væsentlig forudsætning for IC-modellens implementering og anvendelse er, at den opleves relevant af de involverede fagpersoner, da det øger motivationen til at efterleve de indgåede aftaler. Derfor har vi bedt de fagpersoner, som kender SAD-indsatsen, om at vurdere indsatsens vigtighed. Deres besvarelser ses i Tabel 4.3 nedenfor:

Tabel 4.3 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtig SAD-indsatsen er for at sikre kommunikation og koordination af samarbejdet omkring SAD-patienter

	Praktiserende læge	Anden
Ikke vigtig	8 %	0 %
Lidt vigtig	8 %	4 %
Til dels vigtig	35 %	9 %
Vigtig	42 %	26 %
Meget vigtig	8 %	61 %
Ved ikke	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser blandt fagpersoner med mere end sporadisk kendskab til indsatsen.

Som det fremgår, er der et stort flertal af de involverede fagpersoner, som angiver, at SAD-indsatsen er vigtig. For 'de øvrige fagpersoner' ses en udvikling mod, at flere har rykket sig fra at opleve SAD-indsatsen om vigtig til at være meget vigtig (48 % oplevede den ved midtvejs-evalueringen som vigtig, og 43 % oplevede den som meget vigtig). Den omvendte tendens ses dog hos praksislægerne, hvor der særligt er et fald i, hvor mange der oplever den som meget vigtig (21 % angav at gøre dette ved midtvejsevalueringen).

Samtidig svarer (jf. Tabel 4.4) omkring 85 % af alle fagpersonerne i spørgeskemaet, at SAD-indsatsen efterleves i hverdagen i nogen eller i høj grad. Denne andel er stort set uændret sammenlignet med første spørgerunde, men det er væsentligt at bemærke, at de øvrige fagpersoner i højere grad svarer, at de i høj grad efterlever SAD-indsatsen (ved midtvejsevalueringen var det kun 9 %, der gjorde dette).

Tabel 4.4 Fagpersonernes vurdering af, om SAD-indsatsen efterleves i hverdagen

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	0 %	0 %
I høj grad	23 %	39 %
I nogen grad	58 %	52 %
I beskeden grad	15 %	9 %
Slet ikke	0 %	0 %
Ved ikke	4 %	0 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser fra fagpersoner, der har mere end blot sporadisk kendskab til indholdet i SAD-indsatsen.

For at få en idé om, hvad der eventuelt kan gøres for at øge efterlevelsen af SAD-indsatsen, har de fagpersoner, som ikke oplever en høj efterlevelse, svaret på, hvilke væsentlige barrierer der er for at efterleve den. Tabel 4.5 viser, at det først og fremmest er mangel på tid, der er en udfordring, hvor henholdsvis 74 % af lægerne og 86 % af de øvrige faggrupper svarer, at det skyldes tiden. For de øvrige faggrupper er dette en stigning på 19 %. Derudover udfordres fagpersonerne hovedsageligt på brugervenligheden af IC-handleplanen, og utilfredsheden med denne er steget siden midtvejsevalueringen (ved midtvejsevalueringen angav 52 % af lægerne og 28 % af de øvrige faggrupper det som årsag).

Tabel 4.5 Fagpersonernes vurdering af, hvad der mangler, for at SAD-indsatsen kan efterleves i hverdagen

	Praktiserende læge	Anden
Tid	74 %	86 %
Driftssikre it-systemer	11 %	29 %
IC-handleplanens brugervenlighed	74 %	36 %
Ledelsesmæssig fokus	21 %	7 %
Lettere adgang til pc	11 %	7 %
Information om IC's indhold	11 %	7 %
Andet	5 %	36 %

Note: 33 besvarelser – der har været mulighed for at afgive flere svar.

I midtvejsrapporten angav 22 % af 'de øvrige fagpersoner', at en hindring for at kunne efterleve SAD-indsatsen i hverdagen er et manglende ledelsesfokus. Denne andel er faldet til 7 % i anden spørgerunde. Det matcher interviewundersøgelsen, hvori de kommunale sagsbehandlere i midtvejsevalueringen beskrev, at der havde været manglende ledelsesmæssigt fokus på, at sagsbehandlerne skulle tildeles tid til arbejdet med SAD-indsatsen, men at de var fortrøstningsfulde i forhold til, at der var ved at komme fokus på det. Interviewundersøgelsen i forbindelse med slutevalueringen understøtter, at der er kommet en bedre ledelsesmæssig opbakning, men samtidig beskriver de kommunale aktører også, at tidspresset er blevet endnu større end ved midtvejsevalueringen. For de øvrige faggrupper synes der desuden at være opstået et problem med driftssikre it-systemer, som ikke afspejles hos praksislægerne. Det kan derfor antages at skyldes forhold, der ligger ud over SAD-indsatsen.

4.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I det følgende nuancerer vi de fund fra spørgeskemaundersøgelsen, som er gengivet ovenfor, med de forståelser og oplevelser, der er afdækket via interview.

Fagpersonerne kender SAD-indsatsen og bakker op om indsatsens målsætninger

Interviewundersøgelsen bekræfter, at der – på tværs af fagpersonerne – er et godt kendskab til SAD-indsatsens organisering og indhold samt de målsætninger, der er opstillet for den. De overordnede målsætninger, der peges på i interviewene, er:

- Patienterne får hurtig og gratis adgang til psykologhjælp, således at deres sygdom tages i opløbet
- Der opnås bedre kommunikation og samarbejde, som skaber sammenhæng imellem behandlernes indsatser og dermed sammenhængende forløb for patienterne
- Patienternes sygdomsforløb forkortes og deres kontakt til arbejdsmarkedet fastholdes, så der i sidste ende spares penge
- Der udvikles en model for det tværsektorielle samarbejde

Punkterne ovenfor hænger indbyrdes sammen i interviewpersonernes forklaringer på, hvad IC-indsatsen er. Siden midtvejsevalueringen er der kommet et betydeligt større fokus på det tredje punkt, dvs. der er tale om en tidsbegrænset indsats, som skal have en positiv indvirkning på patienternes tilknytning til arbejdsmarkedet inden for en overskuelig tidsperiode. Har den ikke det, ekskluderes patienten fra SAD-indsatsen.

Samtidig med at der er et godt kendskab til formålet med IC-indsatsen, viser både midtvejs- og slutevalueringen, at en stor andel af deltagerne har misforstået noget om SAD-indsatsen. Eksempler er bl.a., at:

- der i begge interviewrunder var en forholdsvis stor andel af de øvrige fagpersoner (ikke praksislæger), der ikke vidste, at de kunne melde sager ind på TST-møderne
- flere tror, at inklusionen via risikolisterne er droppet eller lige ved at blive det
- nogle praktiserende læger mener, at kommunen kan udlevere det, der står i IC-handleplanen til arbejdsgiveren
- både psykologer og praktiserende læger irriteres over, at de kommunale aktører stadig rekvirerer attester hos dem uden om IC-systemet, og de ved således ikke, at det har været en del af aftalen fra projektets opstart, at de kommunale aktører skal gøre det, for at lægerne og psykologerne ikke lider økonomisk tab i forbindelse med deres deltagelse
- psykologerne har forskellige opfattelser af, hvordan de tildes ekstra timer med patienterne. Nogle tror, at det besluttet på TST-møder; andre at det sker i samråd med den kommunale socialoverlæge, og andre igen at det er en egenrådig beslutning fra den kommunale socialoverlæge

Trods det, at de har modtaget både skriftlig og mundtlig information om SAD-indsatsen, og at mellem 60-77 % (jf. Tabel 4.2) vurderer, at de har mindst en høj grad af kendskab til SAD-indsatsen, lever fejlforståelser. Det synes således at være en stor og kontinuerlig opgave at formidle til deltagerne, hvordan SAD-indsatsen fungerer.

På tværs af interviewene er der, overordnet set, opbakning til de opstillede mål, og til det at have SAD-indsatsen, der opleves som en styrkelse af indsatsen over for de inkluderede patienter. Samtidig fremgår det, at aktørerne hver især har egne, supplerende motiver til at deltage i IC-samarbejdet og erfaringer i forhold til disse – også erfaringer, der virker demotiverende. Det fremgår at:

Praksislægerne først og fremmest er motiveret af muligheden for at tilbyde patienterne en hurtig og gratis adgang til psykologhjælp, såvel som af at have et tættere samarbejde med psykologerne.

Praksislægerne oplever, at de er blevet bedre til at navigere i det kommunale system, fordi de har et større kendskab til kommunens tilbud, og fordi de forstår det 'kommunale sprog' bedre. I relation til dette er der praksislæger, som ikke har fået indfriet forventningerne. De gik ind i SAD-indsatsen med det formål at lære de kommunale aktører at forstå patienternes bedringsforløb bedre, sådan at de ville udforme deres tilbud til borgerne anderledes, men oplever, som ses i citatet nedenfor, at det snarere har været dem selv, der har måttet tilpasse sig de kommunale aktørers virkelighed:

Mit håb er, at de kommunale sagsbehandlere får større indsigt i, hvor langvarig en proces det er at komme tilbage efter en svær depression. Jeg håber, de kommer til at forstå vores faglige vurderinger bedre. Jeg sidder tit med det indtryk, at de forventer, at det tager uger, hvor det tager måneder. De skal forstå, at de praktiserende læger ikke bare er søde, men faglige. Men jeg synes ikke, de (kommunale aktører) har den evne at kunne tilpasse rammerne til patienterne.

(Praktiserende læge)

Ligeledes giver flere praksislæger udtryk for, at fokuset på hurtig tilbagevenden til arbejdet er blevet for stort og kan være en hindring for, at patienterne får den tid til deres behandling, som den kræver.

Psykologerne fra Arbejds- og miljømedicinsk klinik (AMK) er først og fremmest motiveret af, at de i SAD-indsatsen ser en mulighed for at få patienten hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet. Interviewdeltagerne fortæller, at SAD-indsatsen ikke påvirker deres arbejds-gange, fordi de typisk ser patienterne i et afgrænset tidsrum. De er motiverede for at være med, fordi de i dialogen med de øvrige fagpersoner får større indsigt i patienten, og hvad de kan gøre for denne, og det gør, at de i fællesskab kan opnå bedre resultater. Det forklares i det følgende citat:

IC indsatsen er det tværsektorielle samarbejde, og dét at møde hinanden giver en helt anden samarbejdsflade... til møderne skulle man i den første tid finde sine ben, men nu er det rigtig godt – og den samarbejdsmodel kan bruges mange andre steder i samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren, hvor vi kan få resultater, vi ellers ikke ville få. Den fælles udveksling af viden om patienterne, som giver fælles forståelse for hinandens sprog, hvor problemer meget hurtigere løses. Førhen anede vi ikke noget om, hvad der foregik i kommunen – hvorfor de bad om lægeerklæringer, og hvorfor patienterne ikke kunne få pension og sygedagpengeforlængelser osv. Det får vi forklaringer på nu, og vi ved, hvordan tingene hænger sammen, og så er det nemmere at gøre det, der virker.

(Psykolog ved AMK)

Psykologerne fra AMK oplever også, at de andre aktører i SAD-indsatsen har fået et bedre kendskab til dem og derfor anvender dem mere. Det motiverer også.

Psykiateren indtager en konsulentrolle i SAD-indsatsen. Det vil sige, at psykiateren ikke selv har kontakt med patienterne, men agerer som sparringspartner på TST-møderne. Han finder SAD-indsatsen meget gavnlig, fordi alle dem, der arbejder med samme patient, mødes og drøfter mulighederne for patientens videre forløb. For psykiaterens daglige virke uden for IC-regi er der også den bonus ved deltagelsen i SAD-indsatsen, at et større kendskab til hinanden forbedrer samarbejdet:

For mig personligt er det nyttigt at møde lægerne personligt, fordi jeg også har noget med dem at gøre til dagligt med henvisninger, og ting går meget nemmere, når man kender hinanden og kan forklare, hvorfor man gør, som man gør.

(Psykiater)

De privatpraktiserende psykologer er motiveret af den mulighed, som SAD-indsatsen giver dem for at hjælpe patienterne tidligt i deres forløb. Psykologerne ser det som deres rolle at være den part i patientforløbet, der kommer helt tæt på patienten og hjælper dem gennem deres psykiske sårbarhed. Samtidig oplever de, at SAD-indsatsen/-handleplanen giver mulighed for, at deres viden kommer patienterne til gode på tværs af forløbet på en ny måde:

Vi har den fordel, at vi ser folk i længere tid. Derfor er vi beriget med flere informationer om, hvem de er som mennesker. Jeg prøver at vise mennesket i det, jeg ser. Jeg kan ikke bestemme, hvad de andre skal – jeg kan ikke bestemme, om de skal have anden medicin eller en bestemt praktik. Men jeg er den, der kender klienten bedst; derfor prøver jeg at gøre informationer tilgængelige, som de ikke får, fordi de ikke har så god tid i de andre systemer. Derfor får de mere viden, så de på den baggrund kan træffe beslutninger, der ligger tættere på det, som patienten vil.

(Privatpraktiserende psykolog)

Som det fremgår af citatet nedenfor, har alle de interviewede privatpraktiserende psykologer oplevelser med, at SAD-indsatsen bragte gode resultater med sig både i forhold til patientens forløb og for samarbejdet:

De kommunale systemer ændres hele tiden, og det kan være enormt vanskeligt at navigere i. Jeg har i stigende grad en viden, der hjælper mig på den front. Det er også dejligt at have lettere adgang til en psykiatrisk vurdering, for det har jeg brug for i mit arbejde nogle gange.

(Privatpraktiserende psykolog)

SAD-indsatsen giver således de privatpraktiserende psykologer en større indsigt i, hvad andre aktører kan bidrage med, ligesom de privatpraktiserende psykologer er blevet bedre til at navigere i særligt det kommunale system. På den måde oplever de at kunne bruge de andre aktører bedre i deres arbejde – til gavn for patienten.

Sammenlignet med midtvejsevalueringen synes der dog også at være opstået en trussel for nogle af psykologernes lyst til at være en del af SAD-indsatsen. Nogle af de interviewede psykologer var (på samme måde som praksislægerne) skeptiske i forhold til de øvrige aktørers fokus på hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Som det ses i citatet nedenfor, beskrev en af psykologerne det ved at sammenligne med den måde, som samarbejdet med forsikringselskaber fungerer:

På sidste TST-møde fremgik det helt tydeligt, at det handler om at få folk hurtigt tilbage på arbejde, og det blev strammet op. Jeg sad og tænkte, at det er lidt, som når man arbejder med forsikringselskaber, så giver de fem timer ad gangen, og så sidder de og fedter lidt med timerne. Jeg oplevede, da jeg kom ind i IC, at man gav de timer, som var forventet til behandlingen, men det er der ligesom blevet strammet meget op på, at det var ti timer, og så skal de tilbage, og det fik jeg da lidt ondt i maven over. Fordi hvis man skal have folk tilbage i arbejde, folk der er syge, og de kommer til psykolog, så skal man have tid til at arbejde med dem, og ofte er det så komplicerede sager, at det kræver flere timer.

(Psykolog)

De psykologer – knap halvdelen af de interviewede, som nikkede genkendende til sammenligningen ovenfor, oplever således, at rammerne – de ti timer – kan være kompromitterende for, at de kan gøre arbejdet godt. De oplever, at deres mulighed for at tilrettelægge behandlingen efter patientens behov nu i højere grad end tidligere bliver styret af projektets rammer fremfor deres faglige vurderinger, og det virkede demotiverende. Denne oplevelse knytter sig til, at der siden midtvejsevalueringen har været et øget fokus på, at patienter tilknyttet SAD-indsatsen skal leve op til inklusionskriterierne og ekskluderes igen, hvis ikke de gør. Forud for midtvejsevalueringen var praksis, at patienternes forløb ofte blev forlænget, hvis psykologerne foreslog det – ud fra et etisk argument om, at når de var blevet lovet et forløb i SAD-indsatsen, skulle de også følges til dørs i det, dvs. have den hjælp, de havde behov for. Dette etiske argument var ved slutevalueringen for nogle – IC-sekretariat såvel som fagpersoner – afløst af et andet etisk funderet argument om, at de, der ikke lever op til inklusionskriterierne, skal ekskluderes nænsomt, således at de gribes af andre aktører i systemet, fordi det dels er rimeligt, når SAD-indsatsen er designet, som den er, dels fordi det for dem ikke var kontroversielt at ekskludere patienter, som ikke levede op til inklusionskriterierne. Dette nye argument var altså for nogle psykologer uforeneligt med, hvad de oplevede som god praksis.

De kommunale sagsbehandlere oplever, at tempoet er højere for dem, der er med i SAD-indsatsen i forhold til dem, der ikke er, fordi patienter i SAD-indsatsen *skal* hurtigere igennem:

Det, der er forskellen på en person, der ikke er med i projektet, og én der er, og som begge skal det samme, er tempoet. De kommer hurtigere igennem systemet, fordi vi har de her aftaler om, hvor hurtigt det skal gå. Så hvis vi skriver en henvisning, så

laver vi en note og skriver, OBS det er med i projektet – og så går det hurtigere, for så skal de simpelthen prioriteres højere.

(Kommunal sagsbehandler)

Sagsbehandlerne ser en fordel i, at SAD-indsatsen sikrer fagfolkene den samme baggrundsviden om patienterne, så det bliver nemmere at koordinere indsatsen. Et væsentligt aspekt af dette er, at patienten ikke længere skal være informationsbærer fra den ene behandler til den næste.

Herudover oplever de kommunale interviewpersoner også, at projektet giver dem en bedre intern koordinering. De har større fokus på patienten, og det betyder, at de også har mere fokus på at lave en god overdragelse af patienten fra en kommunal enhed til den næste:

Vi gør meget for at koordinere internt. For at finde den bedste løsning til at overdrage sager fra sygedagpenge til jobafklaringsforløb og bagefter til dagpengesystemet. Vi lærer rigtig meget selv.

(Kommunal sagsbehandler)

Den fælles viden gør det altså muligt at nuancere hinandens opfattelser af patienten, både i det eksterne og interne samarbejde, og dermed forstå dennes behov bedre. Som de andre aktører oplever de kommunale aktører også positivt, at de andre faggrupper har fået bedre forståelse for, hvordan de arbejder qua SAD-indsatsen.

SAD-indsatsen opleves relevant

Som det også skinner igennem i det foregående afsnit, finder de kommunale aktører, de privatpraktiserende psykologer, AMK og psykiateren alle SAD-indsatsen for relevant og givtig, og de oplever at have fået et bedre samarbejde med hinanden.

På tværs af fagligheder fortæller de om gevinster som, at patienterne oplever mere sammenhængende og trygge forløb, der tager udgangspunkt i dem som person. De oplever, at deres samarbejde er forbedret, både fordi de har større indsigt i hinandens arbejde, tilbud og rammer at agere inden for. De oplever også, at det er nemmere at få etableret de rette tilbud for patienten, fordi de nu har en bedre nøgle til at komme igennem til hinandens organisationer. Nøglen er sproget, og særligt ved at kende det kommunale sprog og psykiatriens sprog, altså den måde, man formulerer sig på i henvendelser til det kommunale system og regionspsykiatrien, opnår de øvrige faggrupper en oplevelse af at kunne sikre deres patienter bedre forløb. Det fremgår fx af citaterne nedenfor:

Der er mange læger, der ikke ved, hvordan det kommunale fungerer, for kommunen vil ofte vælge den løsning, der er billigst mulig. Så hvis en læge formulerer sig sløret, fx "patienten bør ikke arbejde med det og det", så tænker man nååå, hmm, han bør ikke... bør, bør... hvad er nu det. Der skal stå, han SKAL ikke arbejde med det, for så slipper vi for at tolke, hvad der står. Det er meget svært for lægerne at tyde/kode det sprog. Man burde faktisk lave et kursus om, hvad de skal sige for at opnå det, de vil. For ofte bliver det, de siger, brugt til andet end det, de havde tænkt. Og der er også forskelle på, hvad betydning det har, alt efter hvilken paragraf borgeren falder under...

(Kommunal sagsbehandler)

Man skal være meget konkret i sin kommunikation og formulere sig på bestemte måder for at sikre patientens forløb. Man skal skrive: "Der er en sikker forventning om, at patienten kan raskmeldes til ordinært arbejde om seks måneder", punktum. Hvis vedkommende ikke kan det om seks måneder, gør det ikke noget, så er det ba-

re en ny situation. Man kan ikke skrive: "Jeg ved det ikke", eller: "Jeg håber at vedkommende kan...", for så ryger patientens penge. I vores system hedder det: "Det er overvejende sandsynligt at...", men det kan man ikke skrive. Vi er ikke så vant til at gå så meget op i det der med ordene, men vi har lært at navigere i deres system.

(Praktiserende læge)

De praktiserende læger og psykologerne var dog skuffede over de kommunale aktørers muligheder for at agere konstruktivt i forhold til patientforløbene i SAD-indsatsen. En del af skuffelsen vedrører, at de kommunale aktører er underlagt stramme rammer og derfor reelt ikke har mange muligheder for at tilrettelægge forløb, som matcher den individuelle patient. Det forbehold vedrører således de kommunale rammer generelt. En anden del af skuffelsen vedrører de kommunale aktørers ageren i SAD-indsatsen, hvor der været udskiftning i, hvilke sagsbehandlere patienterne er tilknyttet, samt at det i en længere periode ikke var de sagsbehandlere, som var tilknyttet patienten, der deltog i TST-møderne, hvorfor der ikke var den fælles vidensudveksling, som praksislæger og psykologer havde håbet på¹⁴.

Praksislægerne synes desuden, at SAD-indsatsen er tidskrævende, fordi den (i overensstemmelse med opgørelserne i kapitel 3) indebærer flere konsultationer med patienterne. Samtidig oplever lægerne den skriftlige kommunikation og rutinerne omkring IC-handleplanen som tidskrævende dobbeltarbejde, hvor de skal føre journal to steder: i deres eget journalsystem og i IC-handleplanen. Det var aldrig meningen, fremhævede de, at dokumentationsopgaven i SAD-indsatsen skulle være en journalisering, men det oplevede de, at den var blevet, fordi de andre aktører presser på for løbende oplysninger og opdateringer af IC-handleplanen.

4.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver

4.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

De praktiserende læger har en særlig rolle i SAD-indsatsen, fordi det er dem, der opsporer/inkluderer patienter og starter de handleplaner, der skal fungere som det fælles fundament for den efterfølgende indsats. Derfor har der i spørgeskemaet været en række spørgsmål målrettet de redskaber og opgaver, som praksislægerne har i forbindelse med opstarten af SAD-forløb.

Praksislægerne har i SAD-indsatsen fået to nye redskaber: risikolister og IC-handleplanen. Vi har spurgt ind til oplevelsen af at arbejde med de risikolister, som anvendes til at udvælge relevante patienter, jf. Tabel 4.6.

¹⁴ At det ikke var de konkrete sagsbehandlere der deltog, skyldes organisatoriske forhold for de kommunale aktører, såsom organisationsændringer og sygemeldinger. For at håndtere de udfordringer, så mellemlidderen sig i en periode nødsaget til at nedprioritere SAD-indsatsen. Det var således ikke en beslutning truffet af sagsbehandlerne eller IC sekretariatet. Efterfølgende er det igen blevet opprioriteret at sagsbehandlerne deltager i TST møderne.

Tabel 4.6 De praktiserende lægers vurdering af risikolisternes anvendelighed

	Risikolisterne er anvendelige som arbejdsredskab	Risikolisterne finder de rigtige SAD-patienter	Risikolisterne er anvendelige som afsæt for opstartssamtale med SAD-patienter og eventuelle pårørende
1: Slet ikke	23 %	35 %	31 %
2: I beskeden grad	42 %	31 %	35 %
3: I nogen grad	23 %	27 %	15 %
4: I høj grad	12 %	4 %	19 %
5: I meget høj grad	0 %	0 %	0 %
Ved ikke	0 %	4 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 26 besvarelser.

Som det fremgår af tabellen, svarer omkring 65 % af lægerne, at de slet ikke eller kun i beskeden grad finder listerne anvendelige, og det gælder både som arbejdsredskab, evnen til at finde de rigtige patienter og som afsæt for opstartssamtale med SAD-patienterne. Andelen af praksislæger, der har denne opfattelse, er således øget sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor det "kun" var omkring 50 % af praksislægerne, der slet ikke eller kun i beskeden grad fandt risikolisterne anvendelige. Samtidig er der kun mellem 4-19 %, som i høj grad finder listerne anvendelige, og slet ingen der i meget høj grad gør det. Spørgeskemaet indikerer således, at stratificeringen og risikolisterne i forholdsvis lille grad understøtter SAD-indsatsen på den tiltænkte måde.

Det andet nye arbejdsredskab, som lægerne har fået stillet til rådighed med SAD-indsatsen, er patienternes tværsektorielle IC-handleplan, som skal understøtte opstartssamtalerne og medvirke til at inddrage patienterne aktivt i planlægningen af SAD-indsatsen. Lægenes vurdering af, hvorvidt dette er tilfældet, er gengivet i Tabel 4.7 nedenfor.

Tabel 4.7 De praktiserende lægers vurdering af handleplanen og dens bidrag til opstartssamtalen

	Den fælles IC-handleplan er enkel at udarbejde	Den fælles IC-handleplan indeholder de rette informationer	Opstartssamtalen og den fælles IC-handleplan bidrager til øget inddragelse af patient og pårørende
1: Slet ikke	0 %	4 %	0 %
2: I beskeden grad	12 %	4 %	12 %
3: I nogen grad	54 %	62 %	42 %
4: I høj grad	31 %	31 %	38 %
5: I meget høj grad	4 %	0 %	4 %
Ved ikke	0 %	0 %	4 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 26 besvarelser.

Som det fremgår af tabellen, forholder praksislægerne sig væsentligt mere positivt til IC-handleplanen end til risikolisterne, og her er der ikke sket væsentlige udviklinger sammenlignet med midtvejsevalueringen. Der er således et stort flertal, som angiver, at IC-handleplanen mindst i

nogen grad er enkel at udarbejde, indeholder de rette informationer, og at planen sammen med opstartssamtalen bidrager til øget inddragelse af patienterne. Spørgeskemaet indikerer således, at lægerne med handleplanen har fået et nyttigt værktøj, som understøtter implementeringen af SAD-indsatsen.

Det sidste spørgsmål, som er stillet specifikt til praksislægerne, handler om, hvorvidt SAD-indsatsen – som forudsat – styrker lægernes rolle som patienternes tovholder.

Tabel 4.8 De praktiserende lægers vurdering af SAD-indsatsens betydning for deres rolle som SAD-patientens tovholder

	Antal	Procent
I meget høj grad	0	0 %
I høj grad	7	27 %
I nogen grad	14	54 %
I beskeden grad	5	19 %
Slet ikke	0	0 %
I alt	26	100 %

Note: 26 besvarelser.

Syv ud af de 26 læger, der har svaret – eller næsten 30 % – angiver, at SAD-indsatsen i høj grad understøtter deres tovholderrolle over for patienten, mens godt halvdelen angiver, at SAD-indsatsen gør dette i nogen grad. Dette svarer til, hvad praksislægerne svarede i midtvejsevalueringen.

4.2.2 Resultater fra interview med praksislægerne

Den tværgående pointe fra spørgeskemaundersøgelsen vedrørende praksislægernes særlige rolle og opgaver er, at flertallet oplever, at risikolisterne ikke er et godt bidrag til arbejdet med at identificere patienter¹⁵, mens IC-handleplanen ovevejende er et nyttigt redskab i arbejdet med og samarbejdet om patienterne. Disse pointer nuanceres og uddybes nedenfor på baggrund af de gennemførte interviews.

Risikolister og inklusion af patienter

Ved udformningen af SAD-indsatsen har der været lagt stor vægt på, at inklusionen af patienter skulle ske via et fælles datawarehouse, der på baggrund af data fra praksislægernes journalsystemer, kommune og region udsender risikolister til de praktiserende læger for at de systematisk kan identificere relevante patienter til SAD-indsatsen. Herudover kan lægerne også løbende inkludere ny-syge patienter ved konsultationen, hvor en tidlig indsats vurderes at være vigtig for at bevare kontakten til arbejdsmarkedet. Disse patienter identificeres via lægens subjektive vurdering, fordi de ikke kan findes via risikolisterne.

Interviewene viser – i overensstemmelse med midtvejsevalueringen og spørgeskemaundersøgelsen – at flertallet af lægerne ikke finder risikolisterne anvendelige som redskab til at inkludere de rigtige SAD-patienter til SAD-indsatsen, og heller ikke til at understøtte opstartssamtalerne. Alle interviewpersoner ved midtvejsevalueringen såvel som slutevalueringen var stort set stoppet med at anvende risikolisterne efter at have forsøgt det under opstarten af SAD-indsatsen. Det skyldes en kombination af, at listerne rammer forkert, og at de er tunge at arbejde

¹⁵ Hvilket også understreges i opgørelserne i Tabel 5.1, som viser, at under halvdelen af de inkluderede patienter optræder på IC-indsatsens risikolister.

med. Kritikken af risikolisterne var som nævnt allerede udtalt tidligt i SAD-indsatsens levetid. IC-sekretariatet tog kritikken til sig og reviderede risikolisterne med den regel til følge, at udgangspunktet var, at alle patienter på risikolisterne nu skulle inkluderes – medmindre de selv takkede nej. Lægerne oplevede dog stadig ikke, at risikolisterne ramte rigtigt, og de har fortsat ikke taget denne praksis til sig.

Derfor er det primært ny-syge patienter, som lægerne inkluderer, og det er i forbindelse med konsultationer hos lægen, at de vurderer, om patienten hører til i SAD-indsatsen. Også denne inklusionsvej oplever lægerne dog som udfordrende, dels i forhold til at holde rede på hvad kriterierne er¹⁶, dels i forhold til at vurdere kompleksiteten af patientens tilstand på et tidligt tidspunkt i forløbet:

Inklusion af de ny-syge? – Jeg skal hele tiden være obs. på kriterierne, og jeg må have sedlen liggende ved siden af. Det er også svært at vurdere, om patienten hører til symptomæssigt, fordi patienten fortæller ikke alt fra starten. Det nemmeste er dem, der lige er sygemeldte – der rammer man mest rigtigt.

(Praksislæge)

Ovenstående citat illustrerer, at praksislægerne ikke finder det enkelt at vurdere, hvilke patienter der hører til i SAD-indsatsen. Vurderingen skal i praksis foretages, overlappende med at den praktiserende læge bliver klar over, at patienten har det psykisk dårligt, og måske også samtidig med at patienten selv erkender at have det dårligt. Det er svært på et så tidligt tidspunkt at have reel indsigt i omfanget af problemerne, og hvilken støtte patienten kommer til at have brug for, og om de således er patienter, der faktisk falder inden for SAD-indsatsen. Det opleves fx som en udfordring at vurdere, hvorvidt der er basis for et tværsektorielt samarbejde, og om der er en berettiget formodning om, at patienten vil være sygemeldt i mere end fire uger.

Herudover fortæller flere læger, at de har tilbudt indsatsen til borgere, som de efterfølgende må afslutte, fordi de ikke lever op til inklusionskriterierne alligevel. Fra opstarten af SAD-indsatsen til tidspunktet for slutevalueringen har arbejdsgange udviklet sig, og bl.a. inklusions- og eksklusionskriterierne er løbende blevet debatteret, og procedurerne for inklusion og eksklusion er strammet op. Reglerne er som sådan ikke ændret, men praksis omkring dem er. Det betyder, at nogle aktører har skullet forholde sig til, at den måde, de forstod kriterierne på ét tidspunkt, ikke (længere) var den måde, de blev forvaltet af andre aktører i SAD-indsatsen. Det er således en processuel udvikling af en indsats – en læring undervejs i en proces – der har ført til ændringer i praksis, som har fået lægerne til at opleve, at de har udført et omsonst arbejde, som også opleves som en kompromittering af deres troværdighed over for patienterne, som de ved inklusion havde "lovet" et forløb i SAD-indsatsen.

De interviewede læger er desuden kritiske over for *inklusionskriterierne*, fordi de opfatter dem som en form for "cream-skimming", hvor de patienter, de i forvejen selv kunne behandle, sådan at de hurtigt kom tilbage på arbejdsmarkedet igen, bliver inkluderet. Samtidig oplever de at have patienter, der kunne have gavn af SAD-indsatsen, men som ikke kan komme med, netop på grund af de opstillede inklusionskriterier:

Man skal have patienten rask inden for et halvt år, ellers smides de bare ud... og det er jo ellers de patienter (der ikke bliver det, red.), vi bøvler med, og det er dem, vi gerne vil have et tværfagligt samarbejde om. De fleste af dem, jeg har inkluderet, ville have udsigt til raskmelding inden for overskuelig tid alligevel.

(Praksislæge)

¹⁶ Stratificeringskriterierne fremgår af Bilag 7.

Det udfordrer således lægernes motivation for deltagelse, at de ikke kan tilbyde SAD-indsatsen til dem, *de mener*, har det reelle behov for den.

I forbindelse med midtvejsevalueringen var også de øvrige faggrupper optaget af inklusionskriterierne, fordi de oplevede, at de mange fejlinkluderede patienter dominerede drøftelserne på TST-møderne og tog tid og opmærksomhed fra samarbejdet om de borgere, der faktisk hører til i SAD-indsatsen. Dette var ikke længere dominerende ved slutevalueringen, hvilket interviewpersonerne tilskrev det strammere fokus på inklusion og eksklusion. På den måde oplevede de øvrige fagpersoner, at det strammere fokus på inklusion og eksklusion gav et bedre samarbejde om de patienter, der hører til i SAD-indsatsen, og de satte pris på det samarbejde.

Samtidig med at de satte pris på samarbejdet om de "lette patienter", som jo bl.a. var opstået, fordi komplekse patienter, der ikke lever op til inklusionskriterierne, blev ekskluderet, var selve eksklusionen af patienter et ømtåleligt aspekt af SAD-indsatsen – særligt hos de kommunale sagsbehandlere, praksislægerne og psykologerne. To facetter dominerede. Det ene var, at når det er besluttet, at en borger skal ekskluderes, så bør der handles på det med det samme, så en ny foranstaltning kan sættes i værk. Som illustreret i nedenstående citat oplever de kommunale sagsbehandlere i den forbindelse, at nogle praksislæger er for tilbageholdende med at afslutte patienter, der er ekskluderet fra SAD-indsatsen:

IC-sekretariatet udleverede en liste til praksislægerne om patienter, der skulle afsluttes, fordi de ikke levede op til inklusionskriterierne. De skal have en ordentlig afslutning og overdragelse til et andet system, og det betyder, at de skal sagsbehandles hurtigt og tilbydes andre muligheder, men vi kan ikke gøre noget, før praksislægerne afslutter dem. Der er læger, der ikke har været villige til at gøre det hurtigt, og de har fået flere rykkere. Jeg ved ikke, hvorfor de ikke gjorde det, men det betyder, at der er nogle sager, der bare ligger hen.

(Kommunal sagsbehandler)

Praksislægerne er til gengæld skuffede over den behandling, som de ekskluderede patienter får, fordi de oplever, at de i god tro har stillet patienterne et tilbud om hjælp i udsigt for så blot at opleve, at de bliver afsluttet. Denne oplevelse går også igen hos psykologerne, der oplever, at de er gået ind i behandlingen af borgeren på et grundlag, hvor *de kunne forsikre patienten* om, at nu ville vedkommende få et godt behandlingsforløb. Når patienten derefter blev ekskluderet fra IC-indsatsen, oplevede fagpersonerne at sidde tilbage med en fornemmelse af dels ikke at have været troværdige, dels at efterlade et sårbart menneske til intet, som det fx fremgår af det følgende citat:

Jeg har en patient, som er ekstremt sårbar, men han er studerende. Jeg snakkede med IC-sekretariatet, for han kan ikke smides ud, for han er ekstremt sårbar. Vi kan ikke slippe ham, men jeg får det svar, at han skal smides ud, og han kan søge enkeltydelser og sådan, og en kommunal sagsbehandler har undersøgt det, og svaret var fint, men jeg synes det er uetisk, og i mit hjerte kan jeg ikke forstå det, for jeg har lovet ham, at vi bliver og holder hånden under ham. Jeg har det skidt med, at det er mig, der skal sidde over for ham... Der må og skal være en fejlkonto i sådan et projekt, så hvis vi har lukket dem ind, så hjælper vi dem.

(Privatpraktiserende psykolog)

De to citater ovenfor beskriver den samme etiske udfordring for fagpersonerne: at de føler, de har lovet deres patienter noget, som andre så beslutter, ikke skal gives patienten, og at deres muligheder for at påvirke patientens forløb, som deres faglighed ellers byder dem, er minimale. Der synes i særlig grad at være en "sprængfarlighed" i forhold til, at det så er fagpersonernes faglige og personlige integritet, der udfordres. Problematikken har rod i, at de har opfattet det at tilbyde SAD-indsatsen som en garanti for en bestemt ydelse, uagtet om patienten har vist

sig at leve op til inklusionskriterierne eller ej – hvilket SAD-indsatsens design ikke har mandat til.

Til fremtidig læring er det derfor væsentligt at være opmærksom på, at der skal være god tid til at afprøve inklusionskriterierne, så de er klare og tydelige, når projektet går i drift. Samtidig er det nødvendigt nøje at følge med i, om inklusionskriterierne overholdes/har en løbende dialog om fortolkningen af disse, så man undgår at skulle afslutte fejlinkluderede patienter. Flere fagpersoner fremhævede netop, at en læring, de havde gennemgået, var vigtigheden af ikke at stille mere i udsigt, end de kunne holde.

Opstartssamtalen og IC-handleplanen

Om inklusionen af patienter fortæller praksislægerne, at de informerer patienten mundtligt om SAD-indsatsen og giver dem nogle brochurer, som de kan læse. Patienten vender så tilbage med et samtykke eller et afslag om at deltage, hvorefter der afholdes en opstartssamtale.

I forbindelse med midtvejsevalueringen observerede vi en opstartssamtale, som viste, at der ikke var fokus på, hvordan patienten opfatter SAD-indsatsen, og ej heller hvilken rolle patienten selv kan indtage i et forløb i regi af SAD-indsatsen. Hvad de praktiserende læger i forbindelse med midtvejsevalueringen såvel som slutevalueringen fortalte, om hvordan de informerer patienterne, afspejler i høj grad det observerede. De informerer om SAD-indsatsen ved at udlevere en folder og fortælle om, at det er et tværfagligt samarbejdsprojekt, hvor patienten giver samtykke til, at fagpersonerne må drøfte patienten med hinanden, men de forklarer ikke, hvordan patienten kan komme ind på handleplanen og følge med i, hvad der skrives. Alle interviewede fagpersoner fortalte, at de oplever, at patienterne ikke har forstået, at de kan læse med, eller ikke har forstået, hvordan de kan det, og at det kun er meget få, der anvender muligheden.

Hvor de praktiserende læger, der deltog i midtvejsevalueringen, forklarede, at de var tilbageholdende med at opfordre patienten til at læse med i handleplanen for ikke at forvirre patienten på et sårbart tidspunkt i deres liv, informerede de praktiserende læger, der deltog i interviewet i forbindelse med slutevalueringen, ikke patienterne, fordi de fandt det meningsløst. Det illustreres i citatet nedenfor.

Jeg forstår ikke formålet med, at de skal kunne kigge i den. Det er jo en målgruppe, der ikke kan overskue noget. De kan ikke overskue information om, at de skal tage bestemte papirer med, så de tager hele bunken med! De har ikke overblikket, så selvom de får informationen og folderen, så bruger de det ikke. De stoler på os. Så jeg kan ikke se, det bidrager med noget. Og de får jo at vide, hvad man skriver om dem... og jeg viser dem, hvad der står, når de er hos mig, og jeg har siden åben... den information, du giver i konsultationen, er større, end hvad de kan læse derinde.

(Praktiserende læge)

Set på tværs af midtvejsevalueringen og slutevalueringen er der således to forskellige facetter af en omsorgslogik blandt praksislægerne, der begge synes at understøtte den samme praksis: at man ikke opfordrer patienterne til at anvende IC-handleplanen. Facetterne er, at man dels ikke vil forvirre patienterne og dermed skabe unødigt bekymring, dels en mere paternalistisk facit, hvor man som praktiserende læge tager føringen, fordi *man ved*, at patienten alligevel ikke kan anvende informationen, og man ved på patientens vegne, at det ikke vil bidrage med noget positivt, hvis de skulle vælge at læse i den. Herudover betoner lægen i citatet ovenfor også, at den viden, der gives i den mundtlige formidling fra dem, altid er bedre end det, der måtte stå i IC-handleplanen. Der var enighed blandt læger og flere psykologer om, at det er i selve dialogen mellem patient og behandler om, hvad der skrives i handleplanen – ikke dét at patienten har adgang til at læse med i handleplanen – at patienten inddrages i sit eget forløb.

På den måde synes potentialet i, at patienten kan følge sin proces og fagpersonernes dialog gennem handleplanen, at være overset.

Ud over at potentialet i, at patienten kan følge fagpersonernes dialog, er overset, opfattes det af nogle fagpersoner på tværs af fag som en ulempe for det tværfaglige samarbejde, at patienten kan følge fagpersonernes dialog. Det forhindrer nogle fagpersoner i at dele deres mere kontroversielle tanker og hypoteser (fx om patienten er psykotisk), som vil kunne støde patienterne:

Jeg synes, det begrænser, for jeg kan have lyst til at vende hypoteser, jeg har, som ikke kommer klienten ved som sådan, men hvis lægen ser det samme, så står vi stærkere, for så går vi samme vej, og det kunne jeg ikke drømme om at sige til klienten. Jeg savner et forum, hvor vi kan skrive frit – ved godt lægerne siger, det må vi ikke, for alt de skriver skal kunne offentliggøres, men hvis jeg skriver en mail, kan jeg jo lynhurtigt slette den og sige, jeg har aldrig skrevet den... men man kan lige have den der fortrolighed, hvor vores fagligheder kommer sammen, og vi siger: "Ser du også det her?"

(Privatpraktiserende psykolog)

Patientens mulighed for at læse med begrænser altså den faglige udveksling, som nogle fagpersoner ønsker at kunne have. Derfor er det ikke meningsfuldt for dem at arbejde for, at patienterne læser med, og derfor gør de ikke nogen væsentlig indsats for at motivere dem til at gøre det. På den måde spiller handleplanen ikke den rolle i samarbejdet mellem fagpersonen og patienten i SAD-indsatsen, som den er tiltænkt.

Selvom fagpersonerne ikke vurderer – og heller ikke ser det store behov for – at handleplanen ændrer samspillet med patienten, var der eksempler på, at patientens aktive følgen med i IC-handleplanen havde formet samspillet mellem fagpersoner positivt:

Jeg har én, der ringede til mig, "... fordi kommunen vil et, og I vil noget andet", så bad hun mig lægge en ny anbefaling ud, for kommunen havde ikke reageret på den første anbefaling. Så jeg lagde et notat ud på platformen. Hun var aktiv – og bad mig skrive i platformen, fordi de andre ikke reagerede på det, der stod. Det er nok også et usædvanligt tilfælde, og patienten havde mange ressourcer.

(Psykolog ved AMK)

Som eksemplet i citatet ovenfor illustrerer, giver handleplanen de patienter, der er velinformerede og aktive, mulighed for selv at agere en form for tovholder i deres forløb.

Der er også flere interviewpersoner, som fortæller grundigt om SAD-indsatsen og handleplanen, og de oplever, at det fungerer som en god del af behandlingsforløbet, da det letter borgen for bekymringer. Det illustreres i følgende citat:

Jeg synes, det er positivt, at de kan læse med, og jeg er begyndt at skrive, mens de er der, og det giver noget... Jeg siger, vi skal have kommunikeret det og det, og nu prøver jeg at skrive noget, og så læser jeg det op, og jeg synes, det giver det, at min klient og jeg bliver meget mere skarpe på, hvad det er der vigtigt at kommunikere, og de tager ejerskab, og det sikrer, at der kommunikeres ordentligt om dem, fordi de er medinddraget. Og det tager ikke lang tid at skrive – det koster lidt af klientens tid, men det giver også noget – mindsker patientens angst.

(Privatpraktiserende psykolog)

At patienten kan læse med, fremmer således patientens autonomi og dermed også bedring.

Der er nu tre forskellige rationaler som former, hvorvidt fagfolkene informerer patienterne om SAD-indsatsen og handleplanen. Der er et rationale om at tage hensyn til patienten: *Vil det forvirre mere, end det vil gavne, at patienten læser med?* Der er rationale om, at patienten ikke får noget ud af at læse med. Og endelig er der rationale om, at det at informere grundigt skaber et godt grundlag for behandlingen. Uanset hvilket rationale, der lægges til grund, så vil den måde, fagfolkene taler med patienterne om SAD-indsatsen og handleplanen på, være afgørende for, hvordan patienterne forstår deres muligheder i SAD-indsatsen og handleplanen.

I forhold til patienternes forståelse af IC-handleplanen viste spørgeskemaundersøgelsen og interviewundersøgelsen med patienterne noget forskelligt. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at 75 % af patienterne vurderede, at de havde et godt kendskab til IC-handleplanen, og af dem havde knap 50 % anvendt muligheden for at læse med mere end én gang. Omvendt fortalte kun fire blandt interviewpersonerne, at de havde hørt om den fra deres behandler, og kun én havde reelt forsøgt at anvende den. Når lægernes praksis og opfattelser af at informere patienterne om deres mulighed for at læse med i IC-handleplanen sammenholdes med patienternes besvarelser, synes det således at være sandsynligt, at patienterne reelt ikke informeres om og opfordres til at anvende IC-handleplanen, sådan som det var tænkt. Lægernes rationale om, at patienterne ikke kan rumme informationerne, bekræftes dog også i patientinterviewene. Patienterne fortæller, at de, når de er mest sårbare, ikke kan overskue informationerne, og at det derfor er godt, at lægen tager styringen i starten af behandlingsforløbet – det tidspunkt, hvor der ifølge designet af SAD-indsatsen skal informeres om IC-handleplanen. Det er ikke de øvrige fagpersoners formelle ansvar at informere patienterne om, at de kan læse med i IC-handleplanen, men skal patienterne reelt inddrages og blive aktive anvendere af IC-handleplanen, er det oplagt at dele ansvaret for at informere såvel som motivere til anvendelse ud på alle involverede fagpersoner og til alle tider i behandlingsforløbet.

Den praktiserende læges rolle som patientens tovholder

Den praktiserende læge har rollen som tovholder, og det er meningsfuldt for alle deltagere, at det er den praktiserende læge, der varetager den. Det er dem, som patienten også er tilknyttet, efter IC-indsatsen er afsluttet, og det er dem, der kan henvise patienten til tilbud hos forskellige aktører.

I midtvejsevalueringen beskrev de interviewede læger, at de gennem patientens forløb ikke behøvede se patienten så ofte, som de ser patienter uden for IC-regi, fordi de gennem IC-handleplanen kan følge med i, at patienten er i et forløb med hyppige kontakter til andre behandlere. De interviewede praktiserende læger oplevede således primært, at deres rolle som tovholder kom i spil på TST-møderne, hvor de kunne bidrage med deres brede og ofte langvarige kendskab til patienten. Det var således i den direkte dialog med andre faggrupper, at de oplevede at kunne træde ind i rollen som tovholder i IC-regi. Bortset fra det mente de interviewede læger ved midtvejsevalueringen ikke, at de havde en tovholderrolle, der adskilte sig fra den, de ellers har for deres patienter, og derfor heller ikke at de, uden for TST-møderne, skulle praktisere den på anden måde end for andre patienter. Det var de øvrige faggrupper ikke enige i ved midtvejsevalueringen, hvor de efterlyste, at praksislægen indtog en mere aktiv tovholderrolle, hvor han eller hun løbende skulle følge patienten og formidle om patientens forløb i IC-handleplanen. Ved slutevalueringen oplevede praksislægerne, at der blev stillet de krav til dem, som de øvrige faggrupper efterlyste ved midtvejsevalueringen. Som følgende citat illustrerer, var praksislægerne ikke tilfredse med dette, da de føler, at det mod lovnings øger deres arbejdsbyrde:

Jeg føler ikke, vi har fået gevinsten af, at patienterne er med i IC, for vi skal jo stadig se dem hver måned eller halvanden. Så det mindsker ikke vores arbejdsbyrde.

(Praktiserende læge)

De øvrige fagpersoners oplevelse

Mens de interviewede læger oplever tovholderrollen som mere omfattende end tidligere, er de øvrige fagpersoner nu i højere grad tilfredse med den måde, som praksislæger agerer tovholdere på:

Tovholderen fungerer i mange tilfælde godt, og lægen er den eneste meningsfulde tovholder, der er, for det er lægen, der kan henvise og afslutte. Og i mange tilfælde har de også et overblik, men der er forløb, hvor det ikke er optimalt, og det er dér, hvor praksislægen slipper borgeren helt, når andre aktører er inde over. Når de på henvendelse skriver: "Jeg har ikke set borgeren i tre måneder", og de ikke ved, hvad der foregår. Et samarbejde betyder, at man skal følge borgeren. Og det er vigtigt, at praksislægen følger borgeren, for at alle kan trække i samme retning.

(Kommunal sagsbehandler)

Af citatet fremgår, at de øvrige faggrupper er utilfredse med lægens varetagelse af tovholderrollen, når praksislægen ikke har kontinuerlig kontakt med patienten med forholdsvis korte intervaller mellem konsultationerne.

4.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde

Samarbejdet mellem fagpersonerne i SAD-indsatsen bygger på to dialogredskaber: IC-handleplanen og TST-møderne. Dette afsnit omhandler disse redskaber og fagpersonernes perspektiver på, hvordan disse påvirker kommunikation og samarbejde.

4.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

IC-handleplanen

Handleplanen er en it-plattform, som alle de fagpersoner, der i regi af SAD-indsatsen er tilknyttet en patient, kan skrive i og på forskellige måder gøre hinanden opmærksomme på deres overvejelser vedrørende patienten. Det er altså en art fælles journal, hvor der også er mulighed for at kommunikere mere direkte med hinanden, og er således et nyt redskab i arbejdet for de forskellige fagpersoner. I hverdagen er det ved at anvende handleplanen, at de forskellige fagpersoner kan praktisere SAD-indsatsen. Alle fagpersoner er derfor blevet spurgt om deres kendskab til IC-handleplanen – og blandt dem, der som minimum har nogen grad af kendskab, har de desuden fået nedenstående spørgsmål.

Tablet 4.9 Fagpersonernes vurdering af IC-handleplanens bidrag til tværgående samarbejde og kommunikation

	IC-handleplanen er meningsfuld og enkel at navigere i	Oplysningerne i den enkelte patients IC-handleplan er opdaterede, når jeg kigger i den	IC-handleplanen indeholder relevante oplysninger, der øger kvaliteten i mit eget arbejde med den enkelte patient	IC-handleplanen bidrager til øget fælles viden om den enkelte patient blandt de involverede fagpersoner	IC-handleplanen effektueres med bedre patientforløb til følge
1: Slet ikke	2 %	7 %	7 %	0 %	2 %
2: I beskeden grad	23 %	16 %	16 %	9 %	12 %
3: I nogen grad	43 %	36 %	36 %	30 %	8 %
4: I høj grad	25 %	32 %	32 %	43 %	18 %
5: I meget høj grad	5 %	9 %	9 %	18 %	59 %

Note: 44 besvarelser blandt fagpersoner, der minimum har nogen grad af kendskab til IC-handleplanen. Bemærk, at tallene ikke altid summer til 100 %, da en enkelt har afkrydset muligheden: "Kender ikke handleplanen".

Det fremgår for alle spørgsmålene, at ca. 75 % eller flere oplever, at handleplanen i nogen til meget høj grad er et positivt bidrag til deres arbejde med SAD-patienterne. Især oplevelsen af, at handleplanen bidrager til øget fælles viden, og at den effektives med bedre patientforløb til følge, er der bred positiv enighed om (mere end 85 %). Spørgeskemaundersøgelsen indikerer således, at handleplanen af mange opleves som et nyttigt og relevant redskab. Det er dog også værd at bemærke, at ca. en fjerdedel angiver, at IC-handleplanen "slet ikke" til kun "i nogen grad" er meningsfuld og enkel at navigere i, er opdateret og indeholder de relevante oplysninger. Set i forhold til midtvejsevalueringen er der ved slutevalueringen flere, der forholder sig kritisk til disse aspekter ved IC-handleplanen. Da brugervenligheden og relevansen er væsentlig for anvendelsen af handleplanen, synes der således stadig at være et behov for at udvikle på IC-handleplanens udformning og fagpersonernes brug af den.

TST-møderne

De tværsektorielle teammøder (TST) er et centralt samarbejdsforum, der skal bidrage til, at der udvikles netværk med fælles viden og gensidig respekt på tværs af de fagpersoner, der deltager i SAD-indsatsen. Derfor har vi specifikt undersøgt de faste medlemmers deltagelse og udbytte af TST-møderne, jf. Tabel 4.10 og Tabel 4.11 nedenfor.

Tabel 4.10 Fagpersonernes svar på, om der har været afholdt tværsektorielle teammøder i deres team, som de ikke har deltaget i, angivet i procent

	Praktiserende læge	Anden
Nej	30 %	42 %
Ja, et enkelt	52 %	42 %
Ja, flere	17 %	17 %

Note: 23 besvarelser blandt fagpersoner, der har deltaget i TST-møder.

Som det fremgår af tabellen, er der 30 % af de praktiserende læger og 42 % blandt de øvrige faggrupper, der ikke er gået glip af et eneste TST-møde. I forlængelse heraf har vi undersøgt fagpersonernes udfordringer med at deltage i møderne, og det fremgår, at det først og fremmest er mangel på tid (60 %) og ikke manglende udbytte (13 %) og relevans (0 %), der angives som årsag til manglende fremmøde af praksislægerne.

Det fremgår også, at deltagerne i TST-møderne generelt – som angivet i Tabel 4.11 – oplever, at tiden anvendt på møderne er givet godt ud.

Tabel 4.11 Fagpersonernes vurdering af udbyttet fra de afholdte TST-møder

	Den tid, jeg anvender på TST-møder, er godt givet ud	TST-møderne bidrager til et større kendskab til de andre aktørers faglige område	TST-møderne bidrager til større fælles viden om patienterne	TST-møderne bidrager til bedre samarbejde mellem aktørerne
1: Slet ikke	3 %	0 %	1 %	0 %
2: I beskeden grad	16 %	4 %	7 %	9 %
3: I nogen grad	36 %	26 %	21 %	29 %
4: I høj grad	30 %	47 %	51 %	38 %
5: I meget høj grad	15 %	22 %	20 %	24 %

Note: 23 besvarelser fra fagpersoner, der har deltaget i TST-møder.

Fordelingerne er stort set uforandrede siden midtvejsevalueringen; dog synes der at være en tendens til, at deltagerne oplever, at TST-møderne bidrager endnu mere til et bedre samarbejde mellem aktørerne, end de gjorde ved midtvejsevalueringen. Et klart flertal oplever således, at TST-møderne bidrager til større fælles viden om hinandens opgaver og patienterne samt et bedre samarbejde på tværs af aktørerne.

4.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

IC-handleplanen

Interviewene bekræfter i store træk, at IC-handleplanen opleves som et nyttigt redskab, og alene det, at man har et overblik og kontaktoplysninger på de andre, som er involveret i forløbene, opleves som en stor hjælp. Interviewene bekræfter dog også, at der er et ønske om forbedringer af IC-handleplanen både i forhold til udformningen og anvendelsen. Vi uddyber begge aspekter i det følgende.

I midtvejsevalueringen gav interviewpersonerne udtryk for, at de var forsigtige med ikke at kræve noget af hinanden gennem kommunikationen i IC-handleplanen. De var meget bevidste om ikke at formulere, at andre skulle gøre noget bestemt frem for at diktere, hvad de skulle eller burde gøre. Der var en form for forsigtig tilbageholdenhed i deres kommunikation. Ved slutevalueringen er kommunikationen blevet mere direkte, og det opleves positivt, fortæller interviewpersonerne. De efterspørger input fra hinanden, og de rykker fx hinanden for svar, hvis dialogen går trægt i IC-handleplanen. Tidligere forholdt de sig mere passivt, hvis andre aktører ikke svarede. Der er således nogle grænser, der er rykket, og man både må og tør noget mere i relationen med hinanden i dag, end man gjorde tidligere, fortælles det:

Der skal være gensidig og levende dialog – ellers går det dødt. Vi oplever også nu, at vi begynder at rykke hinanden, vi rykker lægerne og de rykker os... tidligere var det mere sådan, nå jeg har spurgt, så venter jeg en, to, tre måneder, og så, ja, suk.

(Kommunal sagsbehandler)

Årsagen til denne udvikling skal – som det også blev fremhævet i midtvejsevalueringen – findes i TST-møderne. Det er dét, at de kender hinanden fra dette forum, der gør, at de nu kan kommunikere lidt mere frit med hinanden:

Det handler om samarbejdet. Der er flere, der svarer nu. Og det er, fordi man sidder sammen til TST og ved, hvem der er hvem – ved hvordan de ser ud. Det er ikke længere bare de der læger, der sidder og... eller dem der oppe på kommunen... nej, man får en forståelse for hinandens arbejde, har mødt hinanden, ved hvem hinanden er... og man ved, at der er forventninger om, at der er et samarbejde.

(Kommunal sagsbehandler)

Koordinatorer nu er meget obs. på aktivt at bruge psykologerne... og selv at bede om vores input. De kommunale sagsbehandlere synes, vores input er relevant, og de kan bruge det. De skal bare blive endnu bedre til at hente det. Og jeg kan lide at give meldingerne.

(Privatpraktiserende psykolog)

Det giver synergi... det giver arbejdsglæde. Dem i IC er glade, når man blander sig, hvor andre tidligere har givet mig et fur, når jeg har henvendt mig, for jeg skulle ikke blande mig.

(Privatpraktiserende psykolog)

De to sidste citater udtrykker en glæde ved at dele viden med hinanden. I stedet for at det er en irritation, når andre fagpersoner efterspørger overvejelser eller vurderinger, så er det nu en

arbejdsglæde. Dog var der blandt praksislægerne irritation over, at andre fagpersoner henvender sig til dem gennem IC-handleplanen, fordi de synes, det er besværligt at logge ind og skrive. Hvis denne kritik sammenholdes med praksislægernes skuffelse over at skulle bruge mere tid på patientforløbene i rollen som tovholdere, synes det rimeligt at antage, at kritikken i høj grad er funderet i denne skuffelse. Uanset hvad er det tværfaglige samarbejde altså for flertallet af de interviewede fagpersoner ikke en irriterende afbrydelse i hverdagen. Flere interviewpersoner fortalte også om et udvidet samarbejde med de fagpersoner, de kender gennem SAD-indsatsen, hvor de bl.a. har udvekslet "bagom-telefonnumre", så de kan få fat i hinanden uden om telefonsluserne, hvis de har behov for at drøfte noget akut.

Fagpersoner i både midtvejs- og slutevalueringen oplever, at IC-handleplanen bør være mere brugervenlig. Den manglende brugervenlighed kommer til udtryk som tvivl om, hvor ting fx skal skrives; at det for nogen er svært at finde rundt i handleplanen; at der er tvivl om, hvordan man skal skrive, og hvad man kan forvente, at de andre skriver. Nogle er gode til at skrive skarpt og præcist, mens andre skriver langt og ufokuseret. I forlængelse heraf opfordrer flere fagpersoner til, at der fokuseres på at oplære deltagerne i at skrive målrettet og handlingsorienteret. Herudover efterspørger flere, at der integreres en patientkalenderfunktion i handleplanen, så de forskellige fagpersoner kan opdatere sig på, hvornår patienten har tid hos en anden fagperson.

En del – og i særlig grad de praktiserende læger – oplever også, at handleplanen er (for) tidskrævende, fordi det giver dobbeltarbejde, når man både skal skrive i sin egen journal og den fælles plan. Det betyder også, at de involverede fagpersoner typisk starter med at lave deres egen dokumentation, som herefter (når man har tid) kopieres over i handleplanen og redigeres, så oplysningerne vurderes at passe til de øvrige modtagere. Derfor betyder det også meget for motivationen for at anvende handleplanen, at man ved, at oplysningerne bliver brugt og anvendt af andre.

De kommunale sagsbehandlere er gode til at skrive, at de har brugt andres oplysninger, og det er fedt. Sagsbehandleren har lagt ud, at vi bruger psykologens oplysninger på dette møde – og den tilbagemelding er jo det, der skaber nærhed, og det, der skaber, at det er værd at være med i det her.

(Privatpraktiserende psykolog)

Det er ikke alle, der har viden om eller bare fornemmelse af, om det, de skriver, anvendes af andre, og det er for nogle med til at mindske motivationen for at anvende handleplanen. Når de forskellige aktører skriver, at de vil bruge eller har brugt informationerne fra andre, motiverer det til at skrive i IC-handleplanen.

Mange oplever det som en forstyrrelse, at når der skrives nyt i IC-handleplanen, så sendes det ofte rundt til alle (som en mail hvoraf det fremgår, at fagpersonen skal tjekke IC-handleplanen), uden at det er relevant for alle at læse informationen. Med andre ord bruger fagpersonerne ikke at målrette deres skriv i IC-handleplanen til de relevante aktører. Det virker demotiverende for flere at skulle bruge tid på at logge ind på IC-handleplanen for at opdage, at det, den er opdateret med, er irrelevant for dem.

Herudover har de forskellige grupper af interviewpersoner nedenstående perspektiver på deres egen tilgang til handleplanen og kvaliteten af dennes indhold:

De praktiserende læger var i midtvejsevalueringen tilfredse med den information, de får fra andre aktører, og den information de selv er afsendere af i handleplanerne. Ved slutevalueringen var de utilfredse med omfanget af den information, de skal videregive i IC-handleplanen, og dermed den arbejdsbyrde, der ligger i arbejdet med IC-handleplanen:

Der er kommet mere dobbeltarbejde. Der er meget. Overraskende meget. Den handleplan er vokset i omfang – det var tænkt som en handleplan og ikke en journal, men er blevet til en journal, så vi skal føre journal to steder nu.

(Praktiserende læge)

Samtidig oplever praksislægerne, at de informationer, de modtager fra de kommunale aktører, er mere mangelfulde i dag end det var tilfældet ved midtvejsevalueringen, samt at der er sagsbehandlere, som slet ikke skriver i IC-handleplanen. Praksislægerne antager, at dette skyldes, at der i en periode ikke har været tilstrækkelig kontinuitet blandt de sagsbehandlere, som er tilknyttet IC-indsatsen, til, at alle har en ordentlig forståelse af, hvad SAD-indsatsen er og kræver.

De **privatpraktiserende psykologer** efterspurgte i midtvejsevalueringen mere og bedre kommunikation fra de andre aktører, primært de praktiserende læger. De efterspurgte mere viden om patientens situation forud for opstart af behandlingsforløbet, da det skaber bedre rammer for det. Ved slutevalueringen var dette ændret, så psykologerne var meget tilfredse med praksislægernes kommunikation gennem IC-handleplanen. Til gengæld efterspurgte psykologerne nu en mere proaktiv brug af handleplanen fra de kommunale sagsbehandlere, som det ses i det følgende citat:

Indholdet i det skriftlige... det giver mere mening efterhånden. Jeg oplever, at kommunen synes, at de godt kan bruge informationer fra mig, men også at de ikke får bedt om den rettidigt og ender med at trække i sygedagpenge, og så bliver patienten bange... så jeg har slået på tromme for, at de skal blive bedre til at efterlyse i god tid, fx i handleplanen spørge: "Jeg skal have statusmøde med patienten i næste uge, er der noget nyt, jeg skal tage med?"

(Privatpraktiserende psykolog)

Ligesom praksislægerne antager psykologerne, at problemerne omkring kommunikationen med de kommunale sagsbehandlere opstår, fordi der er mange forskellige sagsbehandlere tilknyttet.

I forhold til deres egne input til handleplanen er billedet som ved midtvejsevalueringen, at nogle psykologer opdaterer efter hver konsultation, mens andre har svært ved at gøre det under forløbene. Nogle har integreret det i deres arbejde med patienterne, hvor de afslutningsvis i konsultationen dokumenterer i handleplanen og på den måde skaber en fælles forståelse med patienten om forløbet, mens dette for andre forekommer umuligt – enten fordi de ikke kan se det rimelige i at skulle bruge af patientens tid på at dokumentere, og/eller fordi de ikke ønsker, at patienten skal høre deres tanker, som de beskrives i IC-handleplanen.

Psykologerne ved Arbejds- og miljømedicinsk klinik oplevede ved midtvejsevalueringen, at de informationer, der var tilgængelige i handleplanen, var for sparsomme, og dette var også deres oplevelse ved slutevalueringen. Særligt psykologernes dokumentation oplevede de som for sparsom:

Det er udpræget hos privatpraktiserende psykologer (at der ikke dokumenteres tilstrækkeligt, red.) ... der er ikke nogen handleplan! Det er mest bare "fremmødt i dag", eller "ikke fremmødt". Der er så mange, der går til privatpraktiserende psykolog, og der bruges så mange ressourcer på den faggruppe, så der synes jeg også, vi skulle have mere tilbage i forhold til, hvad gør vi med den her borger.

(Psykolog, AMK)

Som ved midtvejsevalueringen havde psykologerne ved AMK den overordnede anke til anvendelsen af IC-handleplanen, at den ikke bruges struktureret og målrettet nok.

De handleplaner, der ikke er gode, er dem, hvor behandleren ikke har sat noget mål for, hvorfor man gør, som man gør, så man ikke kan se, hvad retning man bevæger sig i. De dårlige er dem, hvor der bare står, at patienten har været her i dag, men man ved ikke, hvad aftalen er nu! En god handleplan er en handleplan, der viser, hvad vej man har brug for at gå nu, og måske også hvad vej man i hvert fald ikke skal gå lige nu. Den skal ikke bare være et statusnotat, et beskrivelsesnotat – nej, der skal være handlingsorientering i den.

(Psykolog ved AMK)

Psykologerne efterspurgte således, at IC-handleplanen bliver anvendt anderledes fremover – på en måde, hvor der hele tiden er fokus på et mål; de handlinger, der skal til for at nå derhen, samt at der skal fokus på at oplære deltagerne i at anvende handleplanen på denne måde.

Psykologerne ved AMK er samtidig opmærksomme på, at deres egen kommunikation har svært ved at leve op til intentionerne med SAD-indsatsen. Det tager for lang tid, før deres notater kan ses i handleplanen. Det skyldes interne arbejdsgange. Der går oftest to uger til en måned, inden handleplanen er opdateret fra deres side, og inden da vil patienten oftest have været hos andre aktører. Derfor bliver patienten bærer af viden om udkommet af deres møde med AMK.

De kommunale sagsbehandlere stræber efter at skrive i handleplanen efter hver samtale med en patient, både hvis det blot er en status på, hvad der sker, såvel som hvis de ønsker at gå i dialog med de andre aktører om patienten. Derfor – mente de ved midtvejsevalueringen – videregiver de kun de informationer, som de andre aktører har behov for. Ved slutevalueringen er de ydmyge anerkendere af, at et højt arbejdspress og organisatoriske forandringer har gjort, at de ikke altid får dokumenteret, som de burde, men oplever også stadig, at det er et problem, at andre fagpersoner heller ikke holder IC-handleplanen opdateret med informationer. Som ved midtvejsevalueringen forsøger de kommunale aktører at bruge IC-handleplanen som et dialogredskab og efterspørger derfor herigennem input fra andre aktører.

Jeg skriver også i planen: "Hvis I har skånehensyn, forslag til en praktik eller andet, så er I velkomne til at skrive det inden den og den dato". Så tjekker jeg op på det inden mødet, og det, de har skrevet, tager jeg med mig til mødet.

(Kommunal sagsbehandler)

På den måde inviterer de kommunale sagsbehandlere de øvrige aktører til at komme med deres faglige vurderinger for at kunne inddrage dem i deres arbejde med patienten. Det kan der være varierende grader af succes med, fortæller de. De har således oplevet at stille direkte spørgsmål til konkrete aktører, som aldrig svarede, men nu rykker de for svarene; i første omgang selv, men hvis dette efter gentagne gange ikke resulterer i de ønskede informationer, beder de IC-sekretariatet om at kontakte den anden fagperson for at undersøge årsagen til den manglende dialog.

TST-møderne – indmelding af patientcases

Som angivet i kapitel 2 har der i gennemsnit været indmeldt cirka to tredjedele af det forventede antal patienter til de afholdte TST-møder, hvilket matcher, at antallet af inkluderede patienter også ligger på ca. to tredjedele af det forventede. Ved midtvejsevalueringen fremgik det også, at der var stor forskel på, hvor mange patienter der meldes ind, og hvor godt de enkelte TST-grupper fungerer som fælles mødeforum. Nogle af TST'erne havde således fire til fem patienter på i gennemsnit og fungerede som et aktivt og dynamisk mødeforum, mens andre kun havde en til to patienter i gennemsnit og fungerede mere passivt som mødeforum.

Derfor har der siden midtvejsevalueringen været fokus på at finde flere patientcases til TST-møderne, og der er også arbejdet med at optimere mødestrukturen og drøftelserne mellem

deltagerne. Som det senere fremgår, er dette ved slutevalueringen afspejlet i, at de mindre aktive TST-grupper fungerer bedre, samt at der i højere grad meldes tilstrækkeligt med patientcases ind i alle TST-grupper.

Selvom det i princippet er muligt for alle aktører at melde patienter ind på TST-mødet, er det ifølge de interviewede fagpersoner primært praksislægerne og de privatpraktiserende psykologer, der gør dette. Det forklares dels med manglende tid, som fx har afholdt de kommunale sagsbehandlere fra at melde relevante patienter ind til TST-møderne, og dels med at psykologerne fra AMK ganske enkelt ikke har vidst, at også de kan og må melde sager ind på TST-møderne. De vidste det ikke ved midtvejsevalueringen, og de var stadig ikke opmærksomme på muligheden ved slutevalueringen¹⁷.

TST-møderne – oplevet udbytte

Alle interviewpersonerne var ved såvel midtvejsevalueringen som slutevalueringen enige om, at TST-møderne er gode for samarbejdet, og at SAD-indsatsens positive udbytte er båret af disse møder. Den gennemgående forklaring fra alle faggrupper er, at det er *dét at få et ansigt på*, dvs. møde deres samarbejdsparter in persona, som skaber et bedre samarbejde. Det bliver også fremhævet, at TST-møderne giver mulighed for en tværfaglig dialog, der skaber ny, fælles viden, som inddrages i patientens forløb. De får på tværs af organisationer og fagligheder indblik i hinandens *sprog* og *"lærer at tale det"*, så det, der var deres hensigt, også er det, der kommunikeres. Psykiateren vejleder fx om, hvordan man skal formulere sig på skrift, for at patienten kan komme til udredning i psykiatrien, og ligeledes forklarer de kommunale aktører, hvordan bestemte formuleringer opfattes i deres regi og vejleder om, hvordan de øvrige skal formulere sig, for at patienten kan bevilliges det rette forløb.

Ud over den tværfaglige dialog om konkrete patienter bidrager TST-møderne også til et generelt større kendskab til hinanden. Deltagerne lærer hinandens fagligheder, rammer og muligheder at kende og kan derfor også bedre arbejde dem ind i deres eget arbejde med patienten.

I det hele taget så synes jeg, at jeg lærer meget af de her TST-møder. Jeg har fået nogle andre redskaber. Det har givet noget i ens dagligdag. Det har været godt for mig. Det påvirker jo også de andre patienter, så kan man se "nå, det kan jeg bruge dér også".

(Praktiserende læge)

Ved midtvejsevalueringen var det den kommunale koordinator og ikke de konkrete kommunale sagsbehandlere, der havde patientsagerne, som deltog i TST-møderne¹⁸. Det var både de kommunale sagsbehandlere og de øvrige faggrupper meget ærgerlige over, og det var stadig tydeligt hos de øvrige faggrupper ved slutevalueringen. Mødet mellem de relevante fagpersoner giver nemlig både fagligt input og den personlig relation, som udviklingen af det øvrige samarbejde hviler på. Med andre ord, det *skal* være de fagpersoner, der konkret arbejder med en sag, der skal deltage i TST-møderne, understregede alle fagpersoner. Det var også hensigten med SAD-indsatsen, at det skulle være sådan, og det er det ved at blive igen, oplyser IC-sekretariatet og de kommunale aktører.

Tonen og stemningen på TST-møderne

Som tidligere nævnt fremgik det af midtvejsevalueringen, at der er forskel på, hvor aktive møderne er. I nogle grupper var der livlig dialog og deltagelse fra mange, mens der i andre grup-

¹⁷ IC-sekretariatet gjorde ved kommenteringen af rapporten opmærksom på, at også de kommunale sagsbehandlere siden sensommeren 2015 har meldt en del patienter ind til TST-møderne.

¹⁸ IC-sekretariatet gør opmærksom på, at det var en ledelsesmæssig beslutning i Odense Kommune, at sagsbehandlere for en stund skulle prioritere anderledes (foråret 2015). Forventningen er, at de alle deltager fra TST-runden efter sommerferien, hvilket i øvrigt også er i overensstemmelse med IC-modellen.

per var en meget træg dialog med deltagelse af få og ikke megen drøftelse. Det fremgik af midtvejsevalueringen, at det var de aktive grupper, som oplevede det største udbytte. Derfor blev der også efterlyst et fokus på at få løftet dialogen i de mere passive TST-grupper. Efter Fælleskonferencen i oktober 2015 blev der indført en ny mødefacilitering af TST-møderne. Nu udsendes en mere udførlig dagsorden forud for mødet, hvor deltagerne orienteres om patienternes sag og (i de fleste tilfælde) også kan læse hensigten med at drøfte patienten. På selve mødet er facilitatoropgaven nu fordelt på to, således at en faciliterer gennemgangen og diskussionerne af cases, mens en anden varetager referatet og løbende skriver pointer og konklusioner ind i IC-handleplanen. Der er indført en talerække, hvor den, der bringer casen op, taler først. Vedkommende beskriver kort casen og den problematik, han eller hun ønsker at drøfte med de øvrige, hvorefter alle de øvrige aktører, der er inde over casen, får taletid, inden ordet gives frit til diskussion. Denne nye form på TST-møderne er alle de interviewede fagpersoner glade for. Den giver dem mulighed for at forberede sig bedre, hvilket for nogle er en forudsætning for at ville tage del i diskussionerne om cases, de ikke selv er tilknyttet:

Man har ikke lyst til at byde ind med noget om en patient, man ikke ved noget om, så det er rigtig fint, at vi får et lille skriv om patienten og kan gøre os nogle tanker forinden. For ellers bliver jeg passiv, for jeg vil ikke sidde og byde ind og lave gætværk.

(Psykolog hos AMK)

Flere giver i overensstemmelse med ovenstående pointe udtryk for, at der bl.a. på grund af den nye mødeform ikke længere er passive TST-grupper, som der var ved midtvejsevalueringen. Nu er der livlige diskussioner af cases. Muligheden for at forberede sig på forhånd giver således mere aktive deltagere. Talerækken gør, at (mindst) alle relevante aktører kommer til orde, og flere påpeger, at det er med til at nedbryde negative, uformelle hierarkier, der tidligere kan have fået nogle til at holde sig tilbage med at byde ind. På nogle TST-møder blev praksislægen givet ordet først, også uden at det var denne, der havde meldt casen ind. Det bør ikke være praksis, forklarer nogle fagpersoner, da det medvirker til at fastholde et hierarki mellem deltagerne, hvor lægerne er placeret over de andre deltagere, og det hierarki kan gøre det svært for nogle at komme til orde. Talerækkefølgen bør, som IC sekretariatet også efterfølgende har indført, sættes efter, hvem der har den mest aktuelle viden om patienten.

De nuværende facilitatorer får ros for deres personlige facon, som skaber engagement blandt deltagerne:

Der er kommet en anden leder af TST møderne. Det betyder også noget. En, der udfordrer os mere, kræver lidt mere af os. (...) Hende, der er der nu, er rigtig god. Hun udfordrer ved at spørge os: "Hvad kunne du gøre så?", "hvad kunne du som PL gøre?" - hun engagerer os.

(Psykolog hos AMK)

Det pointeres således af flere, at det er vigtigt at vælge mødefacilitatorerne med omhu ud fra kvaliteter som at kunne strukturere, udfordre, styre og styre udenom hierarkier såvel som at kunne engagere.

En anden årsag til, at TST-grupperne er blevet mere aktive, skal findes i, at deltagerne med tiden er kommet til at kende hinanden bedre. Det virker nedbrydende for de barrierer, fx uformelle hierarkier, der har fået nogen til at holde sig tilbage. Tonen er blevet mere fri, og man "må og tør lidt mere i forhold til hinanden", beskriver de. Stadig fremhæves nedbrydning af hierarkier, en god tone samt en "ok-fejl-kultur" dog som noget, der er vigtigt at pleje, hvis TST-møderne skal fungere som et givtigt læringsforum.

På sidste TST-møde var der tendens til at korrekte folk, og det giver ikke en god og givtig stemning. TST er det berigende, når man tør være skarpe på egne vurderinger og fagligheder, og så dur det ikke, hvis man ikke tør bringe det i spil på grund af hierarkier. Det med at turde udstille, hvad man er usikker på... det er så godt. Det er dér, vi bliver stærke sammen.

(Privatpraktiserende psykolog)

I det uformelle hierarki, der beskrives, ligger de kommunale sagsbehandlere nederst og den deltagende psykiater øverst. De øvrige fagpersoner beskriver, at de kommunale sagsbehandlere føler, at de er nederst i hierarkiet. Observationer af TST-møder har desuden vist, at de øvrige fagpersoner i nogle tilfælde står sammen og lægger pres på, at de kommunale aktører skal agere på bestemte måder – også måder der ligger ud over deres rammer. De kommunale aktører oplever dog ved slutevalueringen, at de ikke længere er "skydeskive" for de øvrige fagpersoner, sådan som de kunne være det, da midtvejsevalueringen blev foretaget. Det skyldes et forbedret forhold mellem aktørerne i SAD-indsatsen, og at de selv har fået en større *modstandskraft*.

Jeg synes, vi bliver mere og mere ligeværdige – at vi som sagsbehandlere bliver hørt og har mere mulighed for at komme med vores side af sagen. Og stille de undrende spørgsmål. Og interesserer os for hinandens arbejde. Der er stadig situationer, hvor kommunen er skydeskive, men vi har selv mere modstandskraft i dag, og vi siger fra og forklarer. Man er ikke offer mere – vi forklarer lovgivningen og rammerne, og hvad det er, vi kan samarbejde indenfor.

(Kommunal sagsbehandler)

Der er også fagpersoner, som har oplevet det uformelle hierarki i forbindelse med psykiaterens rolle. Som illustreret i nedenstående citat har det i flere tilfælde ledt til en oplevelse af, at diskussionerne lukkes, når psykiateren har talt, også selvom andre ikke er enige i den konklusion/ beslutning, som psykiateren bringer frem:

Jeg er træt af psykiaterens rolle. De første møder, jeg var med til, sad jeg helt blæst tilbage, for nogen sagde noget, og så kiggede de alle sammen på psykiateren. Så sagde psykiateren ja eller nej, og så tænkte jeg: "Det her er ikke i orden". Siden da har jeg taget kampen op. Misforstå mig ikke, for jeg har dyb respekt for psykiateren. Men der sker et eller andet, når han udtaler sig. Lægerne klapper hælene sammen og siger "ok psykiater", "så gør vi det psykiater", så han bliver næsten tovholder på mødet. Han er super dygtig, og det er dejligt, at han er der, og man kan spørge ham... men hans rolle er jo – og skal være – konsulentagtig ...

(Privatpraktiserende psykolog)

Som det fremgår af citatet, handler det ikke om psykiaterens person eller den rolle, han selv ønsker at indtage – det er den rolle, andre fagpersoner sætter ham i, og den indvirkning det har på selve mødet. Alle var enige om, at det er både et gavnligt og vigtigt input, psykiateren har. Kritikken falder derfor tilbage på den måde, TST-møderne ledes på, hvor det er vigtigt, at hierarkier udfordres, således at der holdes en god tone og en åben stemning, hvor alle kan og tør komme til orde, pointeres det. Og det blev også pointeret, at den nye mødefacilitering synes at være et godt skridt på vejen.

4.4 SAD-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb

I de foregående afsnit har vi undersøgt, hvordan SAD-fagpersonerne oplever de processer, redskaber og samarbejdsformer, der er introduceret via SAD-indsatsen, og som skal bane vej

for indsatsens endemål. Konklusionen er, at der generelt er stor opbakning til SAD-indsatsen. Med dette afsæt vender vi i de følgende afsnit blikket imod, hvordan fagpersonerne vurderer SAD-indsatsens mål vedrørende kommunikation, samarbejde og patientforløb.

4.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen¹⁹

Tabel 4.12 nedenfor viser fagpersonernes vurdering af, hvorvidt SAD-indsatsen og patientens handleplan bidrager til bedre kommunikation og samarbejde omkring de inkluderede patienter.

Tabel 4.12 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt SAD-indsatsen og patientens handleplan har bidraget til at forbedre kommunikation og samarbejde om SAD-patienterne

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	4 %	17 %
I høj grad	50 %	48 %
I nogen grad	31 %	22 %
I beskednen grad	12 %	4 %
Slet ikke	4 %	0 %
Ved ikke	0 %	9 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

Som det fremgår, er der ca. 85 % af fagpersonerne, som mindst i nogen grad vurderer, at SAD-indsatsen bidrager til forbedret kommunikation og samarbejde omkring de inkluderede patienter. Samtidig ses det, at 54 % af praksislægerne og 65 % af de øvrige fagpersoner vurderer, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet. Dette er en væsentlig forbedring sammenlignet med midtvejsevalueringen, hvor de tilsvarende tal var henholdsvis 37 % for praksislægerne og 43 % for de øvrige fagpersoner.

Tabel 4.13 nedenfor viser et tilsvarende positivt billede, når det kommer til fagpersonernes vurdering af SAD-indsatsens betydning for de inkluderede patienters behandlingsforløb. Det fremgår således, at mere end 85 % af fagpersonerne vurderer, at IC-indsatsen mindst i nogen grad bidrager til et bedre behandlingsforløb for de inkluderede patienter. Når vi sammenligner med midtvejsevalueringen, ses samtidig, at en del praksislæger har rykket sig fra "i nogen grad" til "i høj grad", mens der er blevet færre "ved ikke" blandt de øvrige fagpersoner.

¹⁹ Spørgeskemaundersøgelsen indeholder også en række spørgsmål, der specifikt undersøger, hvordan fagpersonerne oplever IC-indsatsen i forhold til de præmisser for relationel koordinering, som er opstillet af Jody Gittel (2009). Da svarene i høj grad svarer til resultaterne fra de overordnede spørgsmål, har vi undladt at inkludere tabellerne i selve rapporten. De kommenterede tabeller kan i stedet ses i Bilag 1.

Tabel 4.13 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt SAD-indsatsen og patientens handleplan alt i alt har bidraget til et bedre behandlingsforløb for SAD-patienterne

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	8 %	9 %
I høj grad	46 %	48 %
I nogen grad	35 %	30 %
I beskednen grad	8 %	4 %
Slet ikke	4 %	0 %
Ved ikke	0 %	9 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

Samtidig svarer 85 % af praksislægerne og knap 75 % af de øvrige fagpersoner i spørgeskemaet, at SAD-indsatsen i nogen til meget høj grad øger muligheden for god patientinddragelse, jf. Tabel 4.14. Dette er igen en lille stigning sammenlignet med midtvejsevalueringen.

Tabel 4.14 Fagpersonernes vurdering af, om SAD-indsatsen øger muligheden for god patientinddragelse

	Praktiserende læge	Anden
Slet ikke	4 %	0 %
I beskednen grad	4 %	9 %
I nogen grad	58 %	39 %
I høj grad	27 %	22 %
I meget høj grad	4 %	13 %
Ved ikke	4 %	17 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

Til gengæld er oplevelsen af SAD-indsatsens mulighed for øget pårørendeinddragelse knap så god. Her er det kun henholdsvis 38 % og 30 %, der vurderer, at dette gør sig gældende i nogen til høj grad, hvilket er et lille fald i forhold til ved midtvejsevalueringen.

Tabel 4.15 Fagpersonernes vurdering af, om SAD-indsatsen øger muligheden for god pårørendeinddragelse

	Praktiserende læge	Anden
Slet ikke	8 %	4 %
I beskeden grad	38 %	30 %
I nogen grad	27 %	30 %
I høj grad	8 %	0 %
I meget høj grad	0 %	0 %
Ved ikke	19 %	35 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

SAD-indsatsens tidsforbrug

Der er også opstillet en målsætning om, at arbejdet med SAD-indsatsen i sidste ende skal aflaste fagpersonerne og spare tid, fordi patienternes forløb koordineres og gennemføres bedre. For at få en indikation på dette har vi i spørgeskemaet bedt fagpersonerne om at vurdere SAD-indsatsens betydning for den tid, de anvender på at kommunikere om de inkluderede patienters forløb.

Tabel 4.16 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den tid, de bruger på at kommunikere med andre fagpersoner, er forandret i SAD-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Ja, bruger mere tid	50 %	65 %
Ja, bruger mindre tid	4 %	0 %
Nej, tidsforbruget er (stort set) uændret	35 %	22 %
Ved ikke	12 %	13 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

Det fremgår, at SAD-indsatsen har betydet et forøget tidsforbrug på kommunikation for omkring halvdelen af de tilknyttede læger, mens 65 % af de øvrige faggrupper oplever et øget tidsforbrug. Det er en stigning for begge grupper, da 41 % af praksislægerne og 57 % af de øvrige faggrupper svarede i midtvejsevalueringen, at de brugte mere tid. Som set i gennem de foregående afsnit, oplever de interviewede læger, at tovholderrollen kræver at de er mere aktive, end de var ved midtvejsevalueringen, og det er sandsynligt, at det afspejles i denne besvarelse. De øvrige fagpersoners besvarelse kan afspejle, at de er mere i dialog med hinanden, som også beskrevet i de foregående afsnit.

4.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I overensstemmelse med spørgeskemaet oplever de interviewede fagpersoner, at de har fået større viden om de andre faggrupper, og gensidigt at de andre faggrupper har fået større viden om dem såvel som en større gensidig respekt. De bruger hinanden og den viden, de har om hinanden, til at sikre patienterne gode forløb. Som ved midtvejsevalueringen oplever alle inter-

viewpersoner således et positivt udbytte af IC-indsatsen for dem selv såvel som de inkluderede patienter.

Vished om, at fagpersonerne samarbejder og er i dialog med hinanden om patienten, giver ifølge fagpersonerne i sig selv patienten tryghed og en mere handlekraft:

Jeg oplever, at borgere i IC er mere aktive selv – sender selv mail, tager mere kontakt... Mange borgere føler sig som et nummer, men her er de ikke et nummer, for de kan se, der er flere omkring dem, der ser dem, og det giver måske et andet selv-værd, som de kan konvertere til noget energi...

(Kommunal sagsbehandler)

Samtidig knytter flere interviewpersoner også den hurtigere og bedre proces, som de oplever i regi af SAD-indsatsen, til, at der i højere grad etableres en fælles behandlingsstrategi, hvor der arbejdes sammen om at nå i mål med patienten. Det betyder imidlertid ikke, at der altid er/kan være fælles mål for forløbet af SAD-indsatsen, fordi der er grundlæggende forskelle på de forskellige aktørers opgaver og tilgang til behandling. Som illustreret i nedenstående citat udgør dette fortsat et område, hvor der er potentiale for udvikling af forståelsen for hinanden:

Det, vi er sat i verden for, det er at hjælpe borgeren tilbage til arbejdsmarkedet. Det perspektiv kan lægerne godt glemme, synes jeg. Hvor det for os er et stort fokus. Det er meget med, at de tænker: "Det bedste er at lade borgeren være i fred seks måneder, og så måske lade dem komme i gang med noget mindfulness". Det er ikke bare, fordi vi er ansat til at få folk tilbage til arbejdsmarkedet, men vi har jo en erfaring med, at jo længere borgeren er væk fra arbejdsmarkedet, jo sværere er det at finde tilbage. De er mere tilbøjelige til at tænke: "Lad os give borgeren seks måneders ro" frem for at lave en plan over, hvordan vi kan skåne borgeren og lade borgeren holde fast i det, de kan. Der kan vi udvikle.

(Kommunal sagsbehandler)

Et andet gennemgående tema var, at de kommunale aktører i en periode har haft svært ved at leve op til deres forpligtelser i forbindelse med IC-indsatsen, bl.a. fordi der i en periode ikke deltog sagsbehandlere på TST-møderne. Dette illustrerer, hvorledes IC-indsatsen er en proces, der skal vedligeholdes, og som løbende udfordres af organisatoriske forhold, der påvirker mulighederne for at arbejde på den måde, det er tænkt i SAD-indsatsen. Organisationer såvel som personer er samtidigt foranderlige, og det betyder, at der er et behov for kontinuerligt at have fokus på, at SAD-indsatsen har opbakning i samarbejdsorganisationerne, for ellers kan den smuldre – om ikke andet så periodevist.

Hvor spørgeskemabesvarelserne viser, at mange oplever, at SAD-indsatsen øger muligheden for god patientinddragelse, tyder interviewene på, at inddragelsen ikke er som tænkt. Vi har beskrevet, at mange ikke introducerer eller opfordrer patienterne til selv at læse med i handleplanen, og det er ligeledes interviewpersonernes opfattelse, at patienterne ikke anvender den. Det er således – i det mindste for nogles vedkommende – ikke inddragelse gennem det redskab, som var tænkt som inddragende, at mulighederne øges. Hvad spørgeskemadeltagerne har tænkt på, når de har svaret, at mulighederne for god patientinddragelse øges, er derfor et åbent spørgsmål, som bør undersøges nærmere for at understøtte patientinddragelse fremover.

Deltagerkredsen til TST-møderne har også stor betydning for udbyttet. Her er interviewpersonerne enige om, at det i udgangspunktet er de rette faggrupper, der er en del af SAD-indsatsen. Interviewpersonerne gør sig dog også tanker om, hvorvidt det er muligt at tilknytte faste deltagere fra andre kommunale forvaltninger – fx i de sager, der involverer børn og andre familiemæssige forhold. Herudover efterspørges det, at der igen tilknyttes en privatpraktise-

rende psykiater til IC, som kunne holde tider ledige til IC-patienter, således at fast track-forløbene kan overholdes – også ved henvisning til psykiater.

Tidsforbruget i SAD-indsatsen

Interviewpersonerne vurderer overordnet, at den tid, de bruger på IC-indsatsen, er givet godt ud. Til gengæld oplever langt de fleste også et øget tidsforbrug som følge af SAD-indsatsen – også når tiden anvendt til TST-møder regnes fra. Derfor vurderer de også, at indsatsen er afhængig af, at der er sat ekstra tid og ressourcer af til arbejdet. Det ekstra tidsforbrug har forskellige konsekvenser for de forskellige aktører. For nogle giver det en presset arbejdsdag; for andre er det forbundet med et økonomisk tab, og for mange går det ud over den tid, de har til andre patienter. Nogle fortæller, at kompromisset bliver, at de i deres arbejde i IC-regi ikke helt lever op til det, de burde. Derfor vurderer de også, at tidsforbruget vil udgøre en væsentlig udfordring, som skal adresseres i det omfang, som indsatsen skal videreføres ud over projektperioden. Tidsforbruget er noget, der spiller ind i alle dele af IC-arbejdet, og kan således adresseres i forhold til it, design af redskaber, anvendelsen af handleplanen og deltagelsen i TST-møder. Mens interviewpersonerne fremhæver tidsforbruget som et problem, bør måden, det adresseres på, ses i forhold til, at det netop også er i forbindelse med eller forlængelse af nogle af de tidskrævende dele af SAD-indsatsen, at de oplever det positive udbytte: handleplanen, når den faktisk fungerer som dialogredskab og er opdateret, og TST-møderne, hvor man kommer grundigt omkring sagerne med engagement fra mange, såvel som når man på møderne lærer mere overordnede aspekter af hinandens arbejde at kende. Flere foreslår, at videreudviklinger på IC-handleplanen vil kunne mindske tidsforbruget og dobbeltarbejdet, samtidig med at det tværsektorielle samarbejde styrkes. For eksempel ved at der oprettes en kalenderfunktion, hvor patientens aftaler hos de forskellige registreres.

4.5 Opsamling på SAD-fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen

Overordnet har alle fagpersoner kendskab til SAD-indsatsen, og den opleves som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden. Et stort flertal oplever, at indsatsen i nogen eller høj grad efterleves i hverdagen. De oplever, at SAD-indsatsen bidrager til, at de i dag har større viden om hinanden, og dermed at kunne bruge hinandens tilbud bedre – også udenfor SAD-indsatsen. Ud over at have faktuel viden om hinandens tilbud har de opnået en forståelse af, hvordan hinandens systemer/organisationer fungerer, og formår derfor at formidle deres opfattelse af patienternes situation mere præcist med bedre resultater til følge.

Gennem projektperioden har SAD-indsatsen udviklet sig. For eksempel har praksislægens tovholderrolle forandret sig, ligesom også praksis i forbindelse med inklusion og eksklusion af patienter har det. Det betyder, at praktiseringen af SAD-indsatsen har været til stadig "forhandling" mellem deltagerne gennem projektperioden. Aspekter, der har spillet ind på udviklingen af praksis i SAD-indsatsen, er, hvordan fagpersonerne har forstået SAD-indsatsens rammer (fx inklusions- og eksklusionskriterier), samt hinandens og egne handlemuligheder (fx hvem der kan melde sager på TST-møder) som forpligtelser (fx hvad der ligger i tovholderrollen). Interviewundersøgelserne viste, at der blandt alle faggrupper florerede en række fejlagtige forståelser af de rammer, som SAD-indsatsen fungerer inden for, såvel som hvad de selv og de øvrige fagpersoner kan, må og skal gøre i SAD-indsatsen – dette trods omfattende information fra IC-sekretariatet om SAD-indsatsen. Fejlforståelserne vil have haft en indvirkning på fagpersonernes måder at agere på i SAD-indsatsen.

Tid er den væsentligste barriere for, at SAD-indsatsen efterleves. Mange forhold kan presse tiden, men et stort patient-/case-load er et væsentligt aspekt. Herudover har der i kommunen været organisatoriske udfordringer, som har bevirket en nedprioritering af SAD-indsatsen.

Kombinationen af tidspres og IC-handleplanens brugervenlighed har også betydning. Derfor er det vigtigt, at kommunikationen gennem IC-handleplanen målrettes dem, den er relevant for.

Som ved midtvejsevalueringen finder praksislægerne, at risikolister ikke er et optimalt redskab til at inkludere de patienter, der lever op til inklusionskriterierne. De vurderer i stedet, om patienterne lever op til inklusionskriterierne i forbindelse med konsultationer med patienterne.

Siden midtvejsevalueringen er der kommet et strammere fokus på at inkludere de patienter, der *lever op til* inklusionskriterierne, og samtidig også at ekskludere fejlinkluderede patienter. Det vil sige en opstramning i forhold til at følge kriterierne, men ikke en ændring af kriterierne. Frem for blot at være noget, fagpersonerne accepterede, skabte det frustrationer for nogle fagpersoner, at de nu skulle ændre praksis i forhold til kriterierne. Nogle pointerede, at de patient-cases, der faktisk lever op til SAD-indsatsens inklusionskriterier, er for lette og således nogle, der ville komme sig hurtigt – også uden SAD-indsatsen. Andre fagpersoner fandt eksklusionen som et etisk problem, fordi de oplevede, at de med deres faglige og personlige integritet havde lovet patienten, at de ville få hjælp i SAD-indsatsen. De fagpersoner, der ikke fandt inklusion og eksklusion etisk problematisk, fremhævede, at det er gennem ikke at love mere, end man kan holde, at man handler etisk forsvarligt – både i forhold til faglig og personlig integritet. Samlet set kan fagpersonernes indvendinger ses som et udtryk for, at de forhandler om, hvordan praksis skal være.

Hvordan IC-handleplanen skal anvendes, har også været under fortsat udvikling gennem projektperioden. Redskabet opleves overvejende som et positivt bidrag til deres arbejde med SAD-patienterne, men hvordan den skal anvendes, fx hvad der skal formidles, til hvem, hvordan og hvornår, har været til stadig diskussion og forhandling i projektperioden. Gennem projektperioden synes tonen i kommunikationen i handleplanen at være blevet mere fri, men der efterspørges bl.a. en mere målrettet og handlingsorienteret kommunikation.

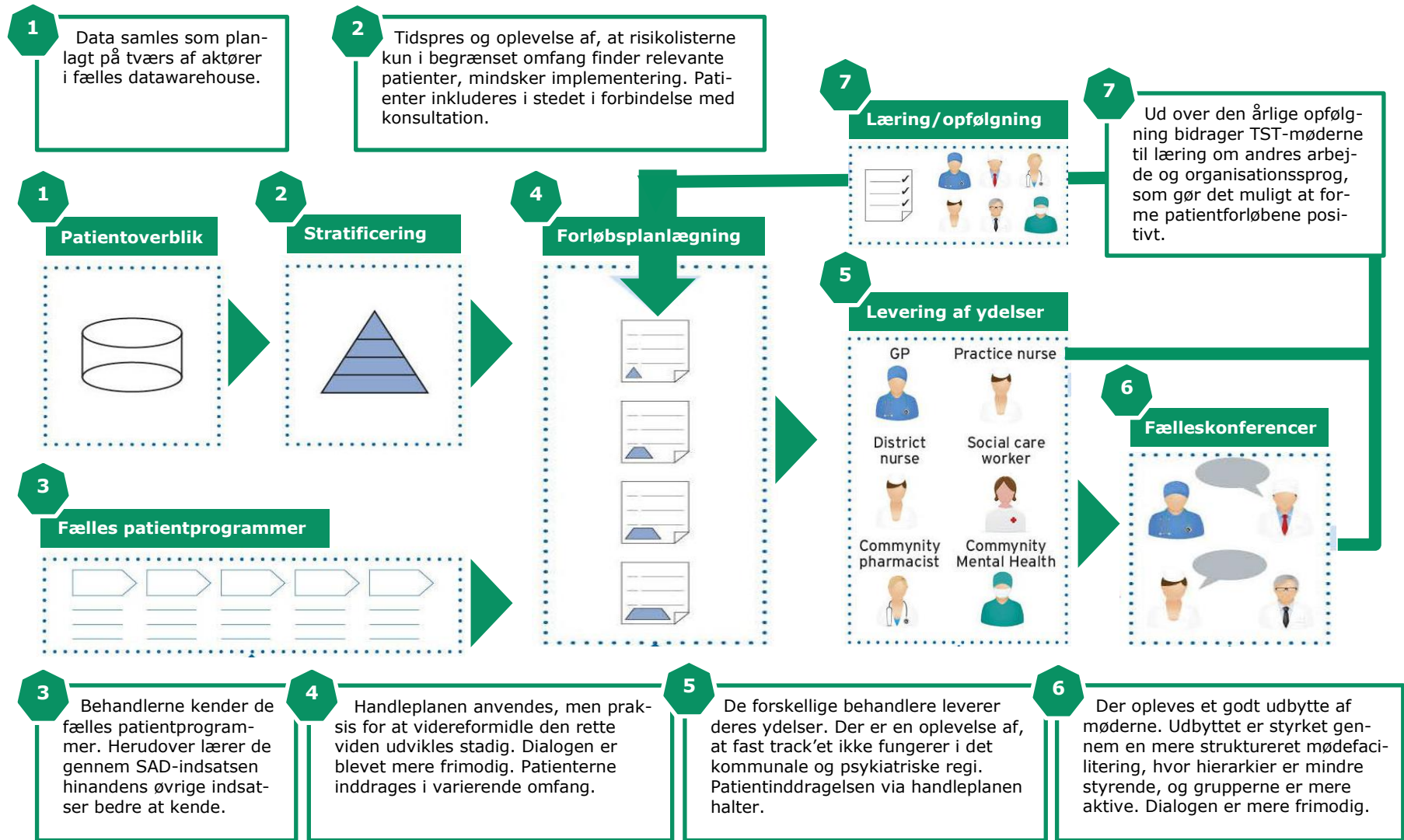
I forhold til at informere om og opfordre patienterne til at anvende IC-handleplanen til at følge med i eget forløb er der fortsat en del, der har svært ved at se formålet med, at patienterne læser med og derfor ikke motiverer patienten til det. Der er dog også en del, som inddrager patienten, fordi de oplever, at det fremmer vedkommendes bedring.

I forhold til det tværsektorielle samarbejde er der sket en positiv udvikling. Fagpersonerne kommunikerer mere med hinanden, og der er en større frimodighed i kommunikationen, både i IC-handleplanen og på TST-møderne. De tør noget mere i dialogen med hinanden og skal ikke i samme grad 'holde sig på egen banehalvdel', som de gjorde ved midtvejsevalueringen. Gennem samarbejdet med hinanden, primært fremmet af TST-møderne, har de lært at "forstå hinandens sprog". De har fået gensidig indsigt i, at bestemte formuleringer opfattes på bestemte måder i de forskellige organisationer/systemer, og de vejleder hinanden i at bruge sproget – de korrekte ord – i hinandens systemer, for at sikre patienten den rette behandling. Denne viden bruger de også uden for SAD-indsatsen.

Faciliteringen af TST-møderne var ændret ved slutevalueringen, hvor der nu forud for mødet blev givet en mere omfattende information om de cases, der var på mødet, såvel som der var introduceret en anden mødeledelse. Det blev oplevet meget positivt, bl.a. fordi det fremmede, at alle relevante aktører kom til orde, og uformelle hierarkier blev nedtonet.

I Figur 4.1 nedenfor opsummerer vi evalueringens fund i forhold til SAD-indsatsens proces og hovedelementer. Figuren giver et overblik over, hvordan SAD-indsatsens forskellige dele fungerer. I det følgende kapitel samler vi op på evalueringens fund og kommer med anbefalinger til det videre arbejde med SAD-indsatsen.

Figur 4.1 IC-modellens møde med praksis i SAD-indsatsen



5 Omkostninger og effekter

5.1 Beskrivelse af patienter i IC-indsatsen

Siden september 2014 er 435 SAD-patienter blevet tilknyttet Integrated Care-indsatsen. Som beskrevet tidligere har praksislægerne i høj grad implementeret patienter gennem konsultationer frem for via risikolisterne, og særligt i den tidlige del af SAD-indsatsen har der været en tendens til, at patienter, der ikke levede op til inklusionskriterierne, blev inkluderet. Siden den 1. januar 2015 vurderer IC-sekretariatet dog, at inklusionen af patienter har stemt overens med projektets tiltænkte målgruppe. Derfor baseres estimeringen af effekten af indsatsen kun på patienter tilknyttet efter 1. januar 2015.

Som det fremgår af Tabel 5.1, er der tilknyttet 261 SAD-patienter til IC-indsatsen efter 1. januar 2015. Det fremgår dog også, at selvom de inkluderede patienter efter 1. januar er mere målrettet målgruppen for projektet, så er der dog stadig 56 % af dem, der ikke opnår stratificeringspoint på 5 point og derover og dermed indgår på risikolisterne. En af grundene til, at det efter målgruppeindsættelsen den 1. januar 2015 stadig er over halvdelen af de inkluderede patienter, der ikke indgår på risikolisterne, kan være, at nogle af stratificeringspointene baseres på de kommunale registreringer i sygedagpengesystemet, som har en del forsinkelse tilknyttet. Dermed vil det automatiserede pointsystem ikke svare til den reelle aktuelle situation, der er den, som lægerne inkluderer efter – og ikke via risikolisterne.

Tabel 5.1 Fordeling af SAD-patienter tilknyttet IC-indsatsen før og efter 1. januar 2015

	Før 1. januar 2015		Efter 1. januar 2015	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Stratificering: 5-9 point	84	48	114	44
Ikke stratificeret	90	52	147	56
Samlet	174	100	261	100

Af nedenstående tabel fremgår forskellen mellem de patienter, der har opnået stratificeringspoint; dem, der ikke har, og de patienter, der er inkluderet henholdsvis før og efter 1. januar 2015. Det fremgår, at der er et overtal af kvinder i indsatsgruppen, og at dette overtal er større blandt dem, der er startet i indsatsen efter 1. januar 2015. Overtallet er knap så stort blandt de IC-patienter, der ikke er på risikolisterne. De unge, ugifte patienter udgør knap så stor en andel af indsatsgruppen efter 1. januar. Således var 66 % af de ikke-stratificerede IC-patienter før 1. januar ugifte, mens de kun udgør 33 % blandt de stratificerede IC-deltagere efter 1. januar. Tilsvarende er næsten halvdelen af de ikke-stratificerede IC-deltagere før 1. januar under 30 år, mens det kun gør sig gældende for 15-21 % efter 1. januar. Endelig ses det tydeligt, at tidligere sygedagpengesager forekommer sjældnere blandt de ikke stratificerede deltagere end blandt dem på risikoliste – især efter 1. januar, hvor kun 16,7 % af deltagerne på risikolisten ikke tidligere har haft en sygedagpengesag. I effektanalysen vil vi kun medtage de patienter, der er blevet inkluderet efter 1. januar 2015, da det først var efter denne dato, at udvælgelsen af patienter svarede til formålet med indsatsen. De observerede forskelle mellem stratificerede og ikke-stratificerede patienter vil der dog alle blive korrigeret for, når kontrolgruppen udvælges i matching-analysen.

Tabel 5.2 SAD-patienter i IC-indsatsen fordelt på baggrundsfaktorer, stratificeringspoint og tidspunkt for start i indsats

	Stratificering: 5-9 point				Ikke stratificeret			
	Før 1. januar 2015		Efter 1. januar 2015		Før 1. januar 2015		Efter 1. januar 2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kvinde	65	77,4	92	80,7	54	60,0	110	74,8
Mand	19	22,6	22	19,3	36	40,0	37	25,2
30 år og over	62	73,8	96	84,2	47	52,2	116	78,9
Under 30 år	22	26,2	18	15,8	43	47,8	31	21,1
Fraskilt	15	17,9	26	22,8	10	11,1	22	15,0
Gift	25	29,8	46	40,4	19	21,1	46	31,3
Ugift	42	50,0	38	33,3	59	65,6	77	52,4
Herkomst: dansker	66	78,6	101	88,6	85	94,4	132	89,8
Efterkommer	6	7,1	2	1,8	2	2,2	1	0,7
Indvandrere	12	14,3	11	9,7	3	3,3	14	9,5
Antal sygedagpengesager forud: 0	28	33,3	19	16,7	62	68,9	69	46,9
1	33	39,3	53	46,5	16	17,8	54	36,7
2 eller flere	23	27,4	42	36,9	12	13,3	24	16,3

5.2 Matchning af kontrolgruppe

Som beskrevet i afsnit 1.2.4 anvendes en matchning-metode til udsøgning af kontrolgruppen til effektmålingen. Udgangspunktet for en sådan matchning er en regressionsanalyse, hvor sandsynligheden for at deltage i Integrated Care estimeres på baggrund af en række forklarende faktorer såsom alder, køn, civilstand, herkomst, antal børn, antal flytninger, tidligere forsørgelsesgrundlag, herunder sygemeldingsperioder, indikator for misbrug, tidligere kontakt til sundhedsvæsen samt diagnoser. For hver indsatsdeltager findes herefter op til ti kontrolpatienter, der ville have samme statistiske sandsynlighed for at deltage i Integrated Care, hvis de havde været tilknyttet en læge fra projektet²⁰. Efter matchningen skal kontrolgruppen gerne ligne indsatsgruppen på alle de relevante forklarende faktorer²¹.

I Bilagstabel 8.1 er de gennemsnitlige værdier for disse forklarende faktorer angivet for IC-patienterne, bruttokontrolgruppen og den matchede kontrolgruppe. Det fremgår af tabellen, at den matchede kontrolgruppe er i fin balance med gruppen af SAD-patienter, der får IC-indsats. De største procentvise skævvridninger (bias) ses på andelen af uger med løntilskud i perioden op til start på indsats og andelen af medlemmer af Danmarks Lærerforening. Der er dog ingen af faktorerne, der er i nærheden af at være forskellige på et statistisk signifikant niveau. I forhold til bruttomålgruppen ses det, at kvinder, A-kassemedlemmer, medlemmer af BUPL, DSA og DLF, patienter med psykiske lidelser og sygedagpengemodtagere specifikt med SAD-diagnose der er overrepræsenteret i indsatsgruppen. Det fremgår endvidere, at selvom unge under 25 år og unge på SU ikke er en del af målgruppen, og at dette har været indskærpet efter 1. januar 2015, så udgør de stadig henholdsvis 6 % og 9 % af indsatsgruppen. Dette er dog en langt mindre andel, end de udgør blandt bruttokontrolgruppen.

²⁰ Den statistiske model for sandsynligheden for deltagelse i IC-indsatsen fremgår af Bilagstabel 8.2.

²¹ Kontrolgruppen matches på baggrund af en fiktiv indsatsstart den 1. januar 2015.

5.3 Omkostningsestimater for SAD

I forhold til den økonomiske evaluering af IC-projektet er der indsamlet oplysninger om de kommunale og regionale merudgifter, der direkte kan relateres til projektet. Oplysningerne stammer fra tre forskellige kilder. For det første er omkostninger for de privatpraktiserende lægers tidsforbrug i projektet registreret i sygesikringssystemet i henhold til § 2-aftalen om de praktiserende lægers deltagelse i projekt Integrated Care i Odense Kommune. For det andet indhentes de administrative udgifter til udvikling, implementering og drift af projektet fra IC-sekretariatets regnskab og fremadrettede budget. Og endelig indhentes viden om øvrige fagpersoners tidsforbrug til TST-møder og IC-relaterede patientindsatser fra spørgeskemaer rettet mod alle tilknyttede fagpersoner.

Omkostningerne opgøres dels på udviklingsomkostninger, dels på implementeringsomkostninger og dels på driftsomkostninger. Udviklingsomkostningerne henføres til de omkostninger, der har været afholdt i perioden, inden de første patienter blev henvist (1. juni 2013 til 1. september 2014), mens implementeringsomkostningerne henføres til de udgifter, der har været afholdt i perioden, fra den første patient blev henvist, til indsatsen var fuldt implementeret (1. september 2014 til 1. januar 2015). Udviklings- og implementeringsomkostningerne beregnes pr. påbegyndt IC-forløb, mens driftsomkostningerne opgøres pr. afsluttet IC-forløb.

I Tabel 5.3 vises de samlede udviklings- og implementeringsomkostninger, som er baseret på de omkostninger til projektsekretariatet, der har været afholdt i perioden, inden projektet var fuldt implementeret. Da disse udgifter ikke er områdespecifikke, er vi nødt til at lave en manuel opdeling. Vi præsenterer derfor beregningerne ved brug af to forskellige opdelingsmetoder. I den første metode opgøres udgifterne pr. patient, dvs. de samlede udgifter deles med det samlede antal DÆMP- og SAD-patienter, der har påbegyndt et IC-forløb. Med denne metode antages det, at udviklings- og implementeringsopgaven har fyldt mere på SAD-området, der har flere patienter tilknyttet. Omvendt har vi i den anden metode antaget, at udviklings- og implementeringsopgaven har krævet det samme for de to områder, selvom antallet af tilknyttede patienter er forskelligt. Udgifterne er derfor delt ligeligt mellem de to områder, og de samlede udgifter pr. SAD-patient er derfor beregnet som halvdelen af de samlede udgifter delt med antallet af SAD-patienter. Den estimerede udgift til udvikling og implementering pr. SAD-patient er således opgjort til enten 4.342 eller 3.293 kr.

Tabel 5.3 Udviklings- og implementeringsomkostninger

		Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 mellem de to områder
Udvikling (13 måneder)	Løn til projektkontor	2.169.530	1.084.765
	Antal påbegyndte forløb i alt	650	428
	Udvikling pr. patient	3.338	2.534
Implementering (4 måneder)	Løn til projektkontor	623.240	311.620
	Listegennemgang praksislæger	31.800	15.900,00
	Antal påbegyndte forløb i alt	650	428
	Implementering pr. patient	1.008	765
Omkostninger i alt for udvikling og implementering pr. påbegyndt patient		4.345	3.300

Kilde: IC-sekretariatets regnskab 2013-2014.

De estimerede driftsomkostninger består af flere forskellige faktorer. For det første indgår der også her en fællesomkostningsdel, som består af projektledelse og projektsekretariat. Som for udviklings- og implementeringsomkostningerne kan fordelingen af disse opgøres på to forskellige måder. Der er dog også dele af projektsekretariatets udgifter, som direkte kan henføres til hvert patientområde, nemlig udgifter til de to projektkoordinatorer. Vurderingen af omkostninger til projektledelse og -sekretariat består dels af det historiske forbrug i 2015, dels af en fremadrettet vurdering af behovet, hvis projektet skulle fortsætte som en integreret og fuldt implementeret del af det kommunale arbejde. Denne vurdering er foretaget af det nuværende projektsekretariat.

Tabel 5.4 Fælles driftsomkostninger

	Forgangne		Estimeret fremadrettet	
	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50
Projektkonsulent	1.005.720	502.860	706.722 ¹⁾	353.361 ¹⁾
Ledelse	864.000	432.000	216.000 ²⁾	108.000 ²⁾
Samlet	1.869.720	934.860	922.722	461.361
Antal forløb	520	344	520 ³⁾	344 ³⁾
Koordinator	356.757	356.757	82.800 ⁴⁾	82.800 ⁴⁾
Antal forløb	344	344	344	344
Pr. forløb i alt	4.633	2.835	2.015	1.128

Note: 1) 1 projektkonsulent 37 timer + 1 kommunikationskonsulent 15 timer (antaget månedsløn fuld tid: 41.905 DKK), 2) 1 leder i ¼ stilling (antaget månedsløn fuld tid: 72.000 DKK), 3) Forventet antal IC- og IC-SAD-sager på et år, 4) 1 BSF-koordinator 7,4 timer (antaget månedsløn fuld tid: 34.500 DKK).

Kilde: IC-sekretariatets regnskab 2015 samt fremadrettede vurdering.

Ud over fællesomkostningsdelen består driftsomkostningerne af udgifter til de enkelte dele af SAD-indsatsen, dvs. TST-møder, pakkeforløb, koordinering, handleplaner og gennemgang af stratificeringslister. Disse udgifter fordeler sig på de forskellige faggrupper, der varetager opgaven.

Tabel 5.5 Omkostninger til TST-møder

	Prakt. læger	Prakt. psykolog	Sagsbeh. i SAF	Hospitals-læge	Psykolog, Miljø- og Arbejdsmed. klinik	Samlet
Opfølgende samtale pr. møde	334					
Forberedelse pr. møde	84					
Mødedeltagelse pr. møde	8.296					
Antal timer pr. møde		4,4	8,9	2	3,4	
Løn pr. præsteret time		332	254	560	323	
Pr. møde i alt	8.714	1.450	2.254	1.120	1.091	14.629
Gns. antal møder pr. forløb						0,09
Pr. forløb i alt						1.317

Note: Opgørelsen dækker perioden september 2014-december 2015, hvor der har været afholdt 30 TST-møder. den gennemsnitlige timelønomsøstning for øvrige faggrupper er baseret på Kommunernes og Regionernes Løndatakon-tors beregning af løn pr. præsteret time: http://www.krl.dk/statistik/sirka/?ini=ovk_p

I Tabel 5.5 er omkostningerne ved afholdelse af TST-møderne opgjort. De praktiserende lægers udgifter kan fordeles mellem forskellige dele af TST-mødet, idet lægerne fakturerer deres tid på særskilte ydelsesnumre for særskilte dele.

For de øvrige fagpersoner er omkostningerne til afholdelse af TST-møder estimeret ud fra fagpersonernes egne vurderinger af den gennemsnitlige tid anvendt pr. TST-møde ganget med den gennemsnitlige lønudgift for denne faggruppe.

Som det fremgår af tabellen, når den samlede omkostning pr. møde op på 14.629 kr., men da antallet af møder pr. forløb kun er 0,09, bliver den samlede udgift pr. forløb kun 1.317 kr. En af grundene til de få møder pr. patientforløb er, at der til hvert møde bliver drøftet flere forskellige patienter (i perioden var det knap fire patienter pr. møde), men samtidig er det også klart, at ikke alle IC-patienter bliver drøftet på et TST-møde.

Den sidste driftsomkostningsdel består af omkostninger til indsatsens forskellige redskaber og patientrettede tilbud. For de praktiserende læger er arbejdet med et af de centrale redskaber, nemlig handleplanen, og arbejdet omkring stratificeringslisterne registreret særskilt i sygesikringsregisteret og indgår derfor også særskilt i opgørelsen.

Et af de patientrettede tilbud er en hurtig udredning hos praktiserende psykiatere. Omkostninger til dette tilbud udtrækkes fra sygesikringsystemet under § 66-aftalen: Pilotprojekt i Odense Kommune vedrørende adgang for praktiserende læger til hurtig foreløbig diagnose og udredning hos praktiserende psykiatere.

Et andet tilbud er samtaleforløb hos privatpraktiserende psykolog. Udgifterne til disse er indhentet samlet for hele SAD-indsatsen hos IC-sekretariatet.

Endelig er der Arbejdsmedicinsk Klinik og de kommunale tilbud i det kommunale jobcenter. Udgifter til disse beregnes ud fra de regionale og kommunale fagpersoners egne vurderinger af tid anvendt til IC-projektet ud over TST-møder. Dette gennemsnitlige tidsforbrug ganges herefter med antallet af fagpersoner inden for gruppen, der er tilknyttet projektet, for at få den samlede tidsanvendelse for denne faggruppe. Endelig ganges tidsanvendelsen med den gennemsnitlige lønudgift for denne faggruppe for at få den samlede omkostning.

Tabel 5.6 Omkostninger til driften af Integrated Care

	Tidsforbrug pr. måned/antal timer pr. person	Antal personer i faggruppen	Omkostning i perioden
Praktiserende læger:			
Handleplan ¹			251.389
Stratificeringslister ¹			15.759
Patientkontakt i forbindelse med IC ¹			76.041
Psykiater (§ 66-aftale) ¹			302.400
Privatpraktiserende psykolog ²			1.282.204
Sagsbehandler i SAF ³	5,8	5	88.395
Psykolog på Miljø- og Arbejdsmedicinsk klinik ³	9,4	5	181.835
Antal afsluttede forløb			344
Omkostning pr. forløb			6.390

Note: Opgørelsen dækker perioden september 2014-december 2015, hvor der har været afholdt 30 TST-møder. Den gennemsnitlige timelønomkostning for øvrige faggrupper er baseret på Kommunernes og Regionernes Løndatakontors beregning af løn pr. præsteret time (se satser i Tabel 5.6).

1) fra sygesikringsregisteret, 2) opgørelse fra IC-sekretariatet, 3) beregnet på baggrund af besvarelser af spørgeskemaet til fagpersoner,

Kilde: http://www.krl.dk/statistik/sirka_/?ini=ovk_p

Tabel 5.7 Samlede omkostninger pr. IC-patientforløb

	Driften opgøres efter tal fra 2015		Driften opgøres efter IC-sekretariatet Forventet vurdering	
	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 mellem de to områder	Opdeles pr. patient	Opdeles 50/50 mellem de to områder
Udvikling og implementering	4.342	3.293	4.342	3.293
Fælles drift	4.469	2.671	2.023	1.136
TST-møder	1.317	1.317	1.317	1.317
Indsatser og redskaber	6.390	6.390	6.390	6.390
Pr. forløb i alt	16.518	13.671	14.072	12.136

Alt efter, hvilken metode der anvendes til opgørelse af de fælles drifts- og implementeringsudgifter, kan den samlede gennemsnitlige udgift til IC-indsatsen for SAD-patienter opgøres til mellem 12.136 og 14.072 kr. Disse udgifter skal holdes op imod de potentielle gevinster, som er estimeret i næste afsnit.

5.4 Estimerede gevinster af IC-indsatsen for SAD-patienter

IC-indsatsens tidlige indsats – forbedret samarbejde og koordinering – blev forventet at kunne skabe bedre og mere effektive patientforløb og reducere antallet af borgernes kontakter med sundhedsvæsenet. For patienter med stress, angst og depression vil det bl.a. medføre en hurtigere og bedre tilknytning til arbejdsmarkedet, specifikt en forkortelse af sygedagpengeforløb og formindsket risiko for førtidspensionering eller langvarig ledighed. Derfor er effekten på beskæftigelse og offentlige forsørgelsesydelse et af de centrale mål for potentielle gevinster ved IC-indsatsen over for SAD-patienter.

Det skal pointeres, at gevinsten opgøres på kort sigt, idet perioden, hvor gevinsten måles maksimalt er et år, og for mange af indsatsdeltagerne er den godt under et år. Det skyldes, at effekterne kun måles for de deltagere, der er startet i indsatsen efter 1. januar 2015, så vi kun har 2015 at måle output i. I nedenstående tabel fremgår fordelingen af den periode, som gevinsten kan måles for blandt alle SAD-patienter. Som det fremgår, er måleperioden under 26 uger for over halvdelen af deltagere. For kontrolgruppen måles output imidlertid for hele 2015, og de to grupper sammenlignes derfor ved at vægte målene, så de svarer til en måleperiode på et år²².

Tabel 5.8 Opfølgingsperiode for de IC-patienter, der indgår i effektanalysen

Måleperiode efter start i indsats	Procent	Antal
13 uger og derunder	30	78
14-26 uger	25	66
27-52 uger	45	119

Af Tabel 5.9 ses det – modsat intentionen med indsatsen, at IC-/SAD-patienterne i perioden efter start i indsatsen har opnået flere uger med sygedagpenge og færre uger i selvforsørgelse end den matchede kontrolgruppe.

²² Det betyder, at fx antal uger i beskæftigelse ganges med 52 og divideres med antal uger i måleperioden for alle indsatsdeltagere.

Tabel 5.9 Estimerede forskelle i forsørgelsesgrundlag 52 uger efter start af indsats mellem indsatsgruppen og den matchede kontrolgruppe

	Uger med sygedagpenge	Uger med selvforsørgelse	Uger med SU	Uger med løntilskud	Uger med dagpenge	Uger med kontanthjælp
Indsatsgruppe	17,7	25,9	2,3	0,13	2,7	3,9
Matchede kontrol	9,6	32,8	3,9	0,34	4,1	2,9
Forskel mellem indsats og kontrol¹	7,8***	-6,5***	-1,1	-0,1	-1,5***	0,8
Standardafvigelse	(1,147)	(1,247)	(0,665)	(0,0976)	(0,426)	(0,842)
Antal i bruttogruppe	66.247	66.247	66.247	66.247	66.247	66.247

Note: 1) Gennemsnitlig effekt blandt IC-patienter (ATT-effekt). Forskellen er signifikant, hvis der er angivet en eller flere stjerner: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Det gennemsnitlige forbrug efter indsatsstart er vægtet med (52/antal uger i måleperioden), så de måler forbruget over et år.

Matching procedure udført i Stata teffects med robuste standard afvigelser.

Ser vi på forbruget af sundhedsydelser, ser resultatet ikke bedre ud (Tabel 5.10). Her viser det sig nemlig, at indsatsgruppen har et signifikant højere forbrug af almen praksis. Det skal understreges, at de ydelser, der er direkte tilknyttet IC-indsatsen gennem § 2, ikke medregnes i det forbrug, der opgøres i perioden efter indsatsstart. Der er således ikke tale om forbrug, som direkte knytter sig til indsatsen, men alle øvrige ydelser i almen praksis.

Omvendt ser det ud til, at IC-patienterne har færre hospitalsindlæggelser i perioden efter indsatsstart, men forskellen er ikke signifikant.

Tabel 5.10 Estimerede forskelle i forbrug af sundhedssystem mellem indsats og den matchede kontrolgruppe

	Gns. forbrug pr. år, almen praksis	Gns. forbrug pr. år, døgnindlæggelser	Gns. antal indlagte døgn pr. år	Gns. forbrug pr. år, ambulante indlæggelser	Gns. antal ambulante indlæggelser pr. år
Indsatsgruppe	2.751,1	358,7	0,13	1.126,4	3,9
Matchede kontrol	1.562,7	532,3	0,16	715,9	3,7
Forskel mellem indsats og kontrol¹	1.182,3***	-242,2	-0,0546	335,3	-0,130
Standardafvigelse	(147,5)	(197,2)	(0,0523)	(188,2)	(0,477)
Antal i bruttogruppe	66.247	66.247	66.247	66.247	66.247

Note: 1) Average treatment effect of the treated (ATT). * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Antal uger efter indsatsstart er vægtet med (52/antal uger i måleperioden), så de måler antal uger på et år.

Matching procedure udført i Stata teffects med robuste standard afvigelser.

I det omfang vi stoler på, at den matchede kontrolgruppe består af personer, der ville modtage IC-indsatsen, hvis de havde været tilknyttet Integrated Care-lægehuse, så viser resultatet, at indsatsen faktisk fører til lavere tilknytning til arbejdsmarkedet og et højere forbrug af almen praksis.

Det er dog muligt, at de faktorer, der rent faktisk er afgørende for, om en patient får tilbudt indsatsen og også ønsker at deltage, ikke er målbare i vores registre. Det vil sige, hvis de læger, der inkluderer patienterne, udvælger dem på mere subjektive faktorer som fx motivation, humør, sårbarhed e.l., og at disse subjektive faktorer også har betydning for vores output-mål, så skyldes resultatet snarere en selektion af patienterne end en egentlig effekt af indsatsen.

I Tabel 5.11 fremgår den samlede gevinst pr. IC-forløb. På grund af de negative effekter er den samlede gevinst også negativ på -27.233 kr. Der er således ikke noget, der tyder på, at udgifterne til Integrated Care kan opvejes af økonomiske gevinster i løbet af det første år fra indsatsstart. Sammenholdes det med den mest optimistiske vurdering af den samlede omkostning pr. IC-forløb (se eventuelt Tabel 5.7), finder vi et samlet tab på 40.904 kr. pr. forløb. Intet tyder således på, at udgifterne til Integrated Care kan opvejes af økonomiske gevinster i løbet af det første år fra indsatsstart.

Tabel 5.11 Den samlede økonomiske "gevinst" ved IC-indsatsen

	Uger med sygedagpenge	Uger med dagpenge	Gns. forbrug pr. år, almen praksis	I alt gevinst
ATT	7,8^{***}	-1,5^{***}	1.182,3^{***}	
Sats	-4.135	-4.135		
'Gevinst' året efter	-32.253	6.202	-1.182	-27.233
Omkostninger pr. forløb*				-13.671
I alt pr. forløb med en opfølgingsperiode på et år				-40.904

Note: Effekten på selvforsørgelse er ikke medregnet, da den pr. definition indgår komplementært til effekterne på forsørgelsesydelse. En eventuel forskel i skatteindtægten kan ikke beregnes, da vi ikke har indkomstoplysninger.

* Der er her anvendt den mest optimistiske vurdering af omkostningen pr. IC-forløb.

5.5 Opsamling

Der ses større offentlige udgifter for patienter, der har været tilknyttet i SAD-indsatsen, end for patienter, der er sammenlignelige med SAD-indsatsens patienter, og som har været i et ordinært behandlingsforløb. Samtidig ses, at de ønskede effekter vedrørende øget beskæftigelse ikke er fundet.

6 Konklusion og anbefalinger

6.1 Status på implementering

Udviklingen og implementeringen af SAD-indsatsen har fundet sted sideløbende gennem hele projektperioden. Dette forhold knytter sig særligt til, at det løbende har været nødvendigt at præcisere og justere praksislægernes kriterier for inklusion og eksklusion af patienter, praksislægens tovholderrolle og brugen af IC-handleplanen. Der er inkluderet 428 patienter i SAD-indsatsen, hvilket svarer til ca. to tredjedele af det forventede antal på ca. 600 patienter i løbet af projektperioden. En praksislæge (ud af de 33) står for 20 % af inklusionerne, mens de tre mest aktive står for 40 % af det samlede antal inkluderede patienter. Heroverfor står de ti praksislæger, som har inkluderet færrest patienter, kun for ca. 7 % af det samlede antal patienter. Der er således grundlag for at stille spørgsmålstegn ved, hvorvidt IC-indsatsen reelt er implementeret som en fast rutine hos flertallet af de deltagende praksislæger.

De inkluderede patienter har i gennemsnit været henvist til 1,8 behandlingstilbud, og langt de fleste – 375 patienter – har været i behandling hos en psykolog. 210 patienter var desuden i samtaleforløb hos egen læge, og de to tilbud er således de hyppigst givne behandlingstilbud.

Der har været afholdt 30 TST-møder, hvor der har været drøftet 117 patientsager, svarende til ca. to tredjedele af det forventede antal. Særligt den første del af projektperioden var præget af, at meget komplicerede patientcases, dvs. fejlinkluderede, fyldte på TST-møderne, men det ændrede sig med det strammere fokus op inklusion og eksklusion, hvorefter det er de cases, der reelt hører til i SAD-indsatsen, der har fyldt.

6.2 Patienter og fagpersoners perspektiver på SAD-indsatsen

Blandt patienterne er der gennemgående en tro på, at idéen i SAD-indsatsen er rigtig, og at den hjælper dem med at få det bedre/komme tilbage til arbejde. De fremhæver udsigten til hurtig hjælp, de specifikke tilbud (primært psykologhjælpen), den fælles vidensdeling mellem behandlerne, og det at flere forskellige fagligheder vurderer deres sag, som de væsentligste positive elementer i SAD-indsatsen. Der er en udbredt oplevelse af, at behandlerne kommunikerer i en grad, der betyder, at de har fælles viden og mål for patienternes forløb – særligt i relationen mellem egen læge og psykolog.

Flertallet af patienterne oplever desuden at have fået større viden om deres tilstand, bedre mulighed for at handle selv samt stabiliseret og forbedret deres tilstand gennem SAD-indsatsen. Undersøgelsen indikerer dog også, at patienternes oplevelse af at blive aktivt inddraget i eget forløb ikke ændres væsentligt gennem SAD-indsatsen. Patienterne er på den anden side generelt tilfredse med deres IC-forløb, og det fremgår, at opstartssamtalen og de konkrete forløb, de tilbydes, for de fleste afspejler de ønsker og behov, de har.

Selvom patienterne er meget positive over for IC-handleplanen, tyder det på, at den ikke spiller den rolle for patienterne, som der er lagt op til i SAD-indsatsen, da de af forskellige årsager ikke orienterer sig i handleplanen, fx ikke har overskud til det eller ikke er klar over, at de har mulighed for at bruge den.

Fagpersonerne oplever generelt SAD-indsatsen for SAD-patienterne som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden, som også kommer andre patienter end de, der er inkluderet i SAD-indsatsen, til gode. De har fået bedre viden om hinandens organisationer og rammer at arbejde under, og de forstår nu at kommunikere, så de forstås korrekt i de øvrige

organisationer. Det betyder, at de bedre kan sikre patienterne den behandling i andre organisationer, som de finder, at patienten har behov for.

SAD-indsatsen for SAD-patienterne har udviklet sig gennem hele projektperioden. Dels fordi fagpersonerne har opnået erfaringer med SAD-indsatsens forskellige komponenter og ud fra denne har justeret deres praksis, dels fordi der har fundet en fortsat "forhandling" sted om, hvordan praksis skulle være. Det gælder bl.a. forståelsen af og praksis omkring inklusion af patienter såvel som for eksklusion af patienter, der efter inklusion viste sig ikke at leve op til inklusionskriterierne. Både inklusion, men særligt eksklusion af patienter, synes at være nært koblet til faglig og personlig integritet, og derfor kan der være meget på spil i forhandlingerne om praksis i forhold til dette. Inklusionen af patienter er i SAD-indsatsen er desuden lagt an på anvendelsen af redskabet "risikolisten", men denne afvises af mange, fordi den ikke fungerer optimalt. I stedet har praksislægerne udviklet deres inklusionspraksis i forbindelse med konsultationer med patienterne.

Hvordan IC-handleplanen, der er det fælles kommunikationsredskab, som alle aktører omkring en patient anvender, har også været under fortsat udvikling. Redskabet opleves overvejende som et positivt bidrag til arbejdet med SAD-patienterne, men hvordan den skal anvendes, fx hvad der skal formidles, til hvem, hvordan og hvornår, har været til stadig diskussion og forhandling gennem projektperioden. Gennem projektperioden synes tonen i kommunikationen i redskabet at være blevet mere fri, men der efterspørges bl.a. fortsat en mere målrettet og handlingsorienteret kommunikation. Interviewundersøgelsen viser, at patienterne næppe inddrages i IC-handleplanen, som det er lagt op til, mens spørgeskemaundersøgelsen viser, at de pårørende heller ikke inddrages efter hensigten.

TST-møderne, hvor fagpersonerne mødes for at diskutere patientcases, er det IC-redskab, som fagpersonerne er mest positive over for, og de er meget positive over for det. I dette forum har de *fået ansigt på hinanden*, og det er ved at kende hinanden og være i ansigt-til-ansigt-dialog, at de oplever at have fået mere indsigt i hinandens arbejde og arbejdets rammer samt have lært at forstå hinandens organisationers "sprog". Ved at kende dette sprog og ved at vejlede hinanden i brugen heraf, kan de sikre sig, at deres vurdering af patientens behov forstås korrekt, og det øger chancen for, at patienten får den behandling, som de vurderer, at han eller hun har brug for.

6.3 Økonomi og omkostninger

Det positive udbytte af SAD-indsatsen, som ses hos både fagpersoner og patienter, afspejles ikke i den økonomiske undersøgelse. Her ses større offentlige udgifter for patienter, der har været tilknyttet i SAD-indsatsen end for patienter, der er sammenlignelige med SAD-indsatsens patienter, og som har været i et ordinært behandlingsforløb.

Der er flere mulige oplagte forklaringer på, at det positive udbytte ikke afspejles i en økonomisk gevinst:

En forklaring er, at den manglende økonomiske gevinst skyldes en selektionsbias, når praksislægerne udvælger patienter til SAD-indsatsen. Den kvalitative interviewundersøgelse afdækker, at praksis omkring inklusionskriterierne (ikke inklusionskriterierne per se) har været til forhandling gennem hele projektførelsen, og praksislægerne har beskrevet, at de ser et større behov for SAD-indsatsen i forhold til patienter, der er mere komplicerede, end inklusionskriterierne tillader. Det kan betyde, at de i praksis har inkluderet mere komplekse patienter end tiltænkt, og end den gruppe der sammenlignes med i den økonomiske analyse. Det vil betyde, at de to grupper reelt ikke er sammenlignelige, og også at SAD-indsatsen ikke har haft en tilstrækkelig positiv indvirkning til at forbedre den – i denne forklaringsmodel – antageligt mere komplekse

gruppe af IC-patienters bedring så meget, at de sidestilles med den – i denne forklaringsmodel – antageligt mindre komplekse sammenligningsgruppe.

En anden forklaring er, at IC-patienterne får mere omfattende forløb, fordi fagpersonerne nu forstår at navigere i hinandens systemer og dermed sikrer patienterne flere ydelser hos de forskellige aktører – med den negative sideeffekt, at patienterne så faktisk er sygemeldte/ude af arbejdsmarkedet i længere tid. Det kan også være, at fagpersonernes forbedrede kompetencer til at navigere i hinandens systemer netop sikrer, at patienterne får bedre og mere korrekt tilpassede forløb, som vil give dem en bedre og mere varig recovery, som i forhold til sammenligningsgruppen på sigt vil spare dem for gen-sygemeldinger, men den effekt fanges ikke i denne undersøgelse, fordi followup perioden er for kort.

I forlængelse af ovenstående er en tredje forklaring således, at den tidsperiode, der måles på i denne undersøgelse, er for kort. Det vil med andre ord sige, at den positive effekt af at have været en del af SAD-indsatsen fx først slår igennem et år efter, at forløbet er afsluttet, fordi patienterne i denne gruppe holder sig mere raske end patienterne i kontrolgruppen.

Det er sandsynligt, at alle tre forklaringsmodeller er i spil og indvirker på, at der ikke ses en økonomisk gevinst af SAD-indsatsen, men det er ikke muligt at konkludere præcist, hvordan og hvor meget de forskellige forklaringsmodeller vægter. Uagtet hvad der måtte være forklaringen, står SAD-indsatsen i et vadested, hvor det skal besluttes, om den skal videreføres, og derfor også over for at der skal foretages en vurdering af, om de ressourcer, der puttes ind i SAD-indsatsen, giver et tilfredsstillende afkast.

6.4 KORAs anbefalinger

På SAD-indsatsen er der, som allerede beskrevet, udtalt tilfredshed blandt både patienter og fagpersoner, og fagpersonerne beskriver konkret læring fra deres deltagelse i SAD-indsatsen. Patienterne oplever, at de får et positivt udbytte af deres behandlingsforløb. Til gengæld halter implementeringen af indsatsen hos en stor del af de praktiserende læger, ligesom den økonomiske evaluering på den korte bane viser øgede omkostninger og længere sygemeldinger som følge af indsatsen.

Set i dette lys kan spørgsmålet om SAD-indsatsens fremtid vendes om og i stedet blive: Hvor meget må det udbytte, som deltagerne – fagpersoner såvel som patienter – får af SAD-indsatsen gerne koste? I dette lys bliver SAD-indsatsen til et samarbejdsudviklingstiltag, og altså en prioritering af at udvikle det tværsektorielle samarbejde, der generelt og over hele landet har haltet gennem mange år, frem for en økonomisk vinding ved forandrede patientforløb.

Hvis SAD-indsatsen videreføres, anbefaler vi at anvende nedenstående anbefalinger som afsæt for fortsat justering af de forskellige elementer, der indgår:

Risikolister har mange praksislæger allerede – mere eller mindre – afskrevet og er holdt op med at anvende dem på grund af negative erfaringer hermed. Holdes der fast i det redskab, vil det kræve en markant indsats for at udvikle redskabet, således at praksislægerne oplever, at det fanger de rette patienter – og ikke mindst sikre, at de, der er motiverede for at anvende det, også gør det.

Mange praksislæger inkluderer i dag patienter i forbindelse med konsultationerne, og de oplever, at det giver mere mening for dem. Der har altså udviklet sig en praksis, som lægerne selv prioriterer over risikolisterne, og vi vurderer derfor, at det vil være mindre ressourcekrævende at arbejde videre med denne praksis.

Det bør dog også pointeres, at der er meget stor spredning på, hvor mange patienter de forskellige læger har inkluderet, og at mange læger ikke har opnået stor erfaring med at inkludere patienter i IC-forløb. Hvis samarbejdet om patienterne videreføres, er det derfor oplagt, at der lægges en indsats i dels at undersøge, *hvorfor* så mange læger ikke inkluderer patienter særligt hyppigt, dels *hvordan* de kan støttes i at inkludere patienter og opstarte samarbejde med de øvrige fagpersoner om dem.

Inklusion og eksklusion af patienter er for en del fagpersoner et spørgsmål om etik og faglig såvel som personlig integritet. Uagtet hvilken form for inklusionspraksis der måtte videreføres, er det vigtigt, at der i en periode allokeres ressourcer til at skabe opbakning til de givne kriterier, ligesom fagpersonerne udvikler en for dem etisk forsvarlig måde at arbejde med dem på. Interviewene med fagpersonerne virkede som en erfaringsudveksling, hvor de, der fandt, at det ikke var svært at arbejde etisk forsvarligt med inklusion og eksklusion, videreformidlede deres praksis til de øvrige og på den måde inspirerede og viste skeptikerne, at det er muligt. Med andre ord vurderer vi, at det er en oplagt idé at facilitere erfaringsudveksling mellem fagpersonerne.

IC-handleplanen – fagpersonernes brug af den såvel som designet af den – er under stadig udvikling, og det betyder også, at vi vurderer, at brugen af IC-handleplanen fortsat i en rum tid vil skulle støttes af IC-sekretariatet, hvis den skal udvikle sig til et redskab, som fagpersonerne finder relevant og meningsfuldt, og som de vil prioritere at anvende til fælles dialog – og ikke mindst formår at anvende korrekt uden støtte. Fagpersonerne "forhandler" stadig om, hvad, hvordan, hvornår og hvor meget der skal skrives i IC-handleplanen, ligesom de også stadig er i færd med at finde ud af, hvilken viden der er relevant for hvem, og fx også hvornår videndeling skal målrettes eller sendes bredt ud. Det kræver såvel kendskab til hinanden som en læringsperiode at nå til enighed om dette. Vi foreslår derfor, at hvis der fortsat skal arbejdes med IC-handleplanen, skal der i værksættes et forløb, hvor brugen af handleplanen er i fokus, og hvor de forskellige fagpersoner kommer til orde med deres ønsker og behov for egen og andres brug af IC-handleplanen som til designmæssige forbedringer til platformen. Et konkret forslag, der allerede er fremkommet i interviewene, er at opstille klare kriterier for, at dokumentationen skal være målrettet, målorienteret og handlingsorienteret.

TST-møderne er ligeledes stadig under udvikling, men dette forum er allerede meget værdsat af fagpersonerne, som oplever, at de her får et stort og positivt bidrag til deres arbejde. Møderne fremhæves som den væsentligste kilde til læring. Det er de bl.a., fordi fagpersonerne mødes *in persona* – *de får ansigt på hinanden*. De er i dialog med hinanden om cases og om mere generelle facetter af deres arbejde, og på den måde får de både konkret sparring og en generel viden, som de tager med sig i deres øvrige arbejde. Den seneste udvikling af mødeledelsen viser, at netop mødeledelse er vigtig for, at der skabes en god dynamik, som sikrer, at alle kommer til orde, og ikke mindst gør det trygt at tage ordet. Derfor vurderer vi, at TST-møderne er afhængige af en fortsat facilitering – og det af nogle udenforstående (altså ikke fagpersonerne selv), fordi det bl.a. er vigtigt, at mødeledelsen formår at nedbryde uformelle hierarkier blandt fagpersonerne, for ellers fremmes samarbejdet ikke optimalt.

Patient- og pårørendeinddragelsen er også afhængig af støtte fremover. Den kvalitative del af evalueringen viser, at patientinddragelsen ikke prioriteres og heller ikke findes meningsfuld af en del fagpersoner, ligesom spørgeskemaundersøgelsen viser, at pårørendeinddragelsen ikke fremmes. Dette er ikke blot en udfordring i SAD-indsatsen, men en udfordring og et udviklingsområde generelt inden for det psykiatriske felt. Fagpersonerne skal se patienten og de pårørende i et andet lys – som samarbejdspartnere, og de skal fundere denne opfattelse af patienten i en viden om, at deres aktive deltagelse er et væsentligt element i en bedringsproces. En sådan forandret opfattelse af patienter og pårørende forudsætter bl.a. en vedvarende støtte og vejledning fra fx ildsjæle, der formår at inddrage patienter og pårørende, for at de fagpersoner, der

finder det problematisk, ser, hvordan det kan lade sig gøre og prøver kræfter med det. Ud over at være et element i SAD-indsatsen er det et generelt udviklingsbehov og derfor også noget, der til dels ligger ud over SAD-indsatsen.

Klarhed over indhold og rolle i IC-indsatsen: Både midtvejs- og slutevalueringen viser, at der er fejlforståelser af, hvad SAD-indsatsen er; hvad de forskellige faggrupper må og er forpligtede til, der lever, til trods for at IC-sekretariatet gentagne gange har informeret fagpersonerne om SAD-indsatsen gennem både skriftligt materiale og dialog. Disse fejlopfattelser former fagpersonernes måde at agere på i SAD-indsatsen, samt måderne de agerer over for hinanden på. Derfor vurderer vi, at der vil være behov for en løbende og vedvarende dialog med fagpersonerne om, hvad SAD-indsatsen er, og hvad fagpersonerne må og er forpligtede til i forhold til at være en del af indsatsen.

Bilag 1 Elementer fra SAD-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen

Evalueringsspør 1A: Organisation og professionelle	Elementer fra målhierarkiet for Care-mål 1: Bedre outcome, som undersøges	Elementer fra målhierarkiet for Integrationsmål 2: Samarbejde og læring, som undersøges
<p>Anvendte metoder: Kombination af spørgeskemaer, observationer og interview</p>	<p>Rammer redskaber til opsporing og risikostratificering rigtigt, og er de overskuelige at anvende i praksis?</p> <p>Lykkes det at rekruttere relevante borgere, og hvad henholdsvis fremmer og hæmmer rekruttering?</p> <p>Hvordan udarbejdes handleplaner, og hvilke udfordringer og erfaringer er der?</p> <p>Hvilke muligheder/barrierer opleves for at inddrage borger/pårørende i handleplaner?</p> <p>Er handleplaner brugbare i forhold til timing, indhold og opgavedeling mellem involverede parter?</p> <p>Lykkes det at afholde TST-møder – hvor mange ressourcer kræver det? Er der udfordringer?</p> <p>Hvad fungerer godt på møderne, og hvad fungerer mindre godt? Står resultaterne mål med de ressourcer, det kræver at afholde møderne?</p> <p>Bidraget IC-modellen til at styrke praktiserende lægers tovholderrolle?</p> <p>Hvilke effekter vurderer fagprofessionelle, at IC-modellen giver for borgere og pårørende?</p>	<p>Oplever fagpersoner og ledere bedre samarbejde og kommunikation som følge af IC-indsatserne?</p> <p>Hvordan fungerer – og hvilken læring følger af – muligheden for at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dele data via handleplaner? • dele viden og koordinere via TST-møder? <p>Opleves bedre kapacitet til relationel koordinering, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oplevelse af fælles mål og retning for indsatsen på tværs af aktører? • bedre tilgængelighed til information og kontakt med samarbejdspartnere? • fælles forståelse for helheden og borgerens forløb og samarbejdspartneres opgaver og rammevilkår? • respektfuld kommunikation og samarbejde? <p>I hvilket omfang opleves øget:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mulighed for at levere gode borgerforløb? • personlig effektivitet og arbejdsglæde? <p>I hvilket omfang bidrager samarbejdet om IC-modellen til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • øget ensartethed i de social- og sundhedsfaglige opgaver og afgørelser? • kompetenceløft og spredning af viden på tværs af faggrupper og aktører?
Evalueringsspør 1B: Borgere og pårørende	Elementer fra Care-mål 2: Mere tilfredse borgere, som undersøges	
<p>Anvendte metoder: Kombination af spørgeskemaer og interview</p>	<p>I hvilket omfang oplever borgere og pårørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • bedre behandling, afgørelser og forløb? • større inddragelse i planlægning af eget forløb, og hvilke fordele/ulempes ser de ved dette? <p>Opleves tryggere overgange, bedre kommunikation og videndeling på tværs af involverede aktører?</p> <p>Hvordan oplever borgere og pårørende, at der foretages en risikostratificering som grundlag for tilbud om en planlægningssamtale?</p> <p>Hvilke årsager til fravalg og frafald angives af borgere, som er tilbudt planlægningssamtale/started på et forløb, som er afbrudt?</p>	
Evalueringsspør 2: Effektevaluering	Elementer fra målhierarkiet for Integrationsmål 1: Samme eller bedre resultater for færre eller samme ressourcer, som undersøges	
<p>Register- og omkostningsanalyser</p>	<p>SAD-indsatsens betydning for borgernes arbejdsmarkedstilknnytning, inkl. subgruppeanalyser af, hvilke segmenter i gruppen af SAD-borgere der responderer bedst på indsatsen.</p> <p>SAD- og DÆMP-borgernes forbrug af kommunale og regionale sundheds- og omsorgsydelser. Ressourceforbruget opgøres samlet, samtidig med at det undersøges, om der kan konstateres et ændret mønster i ydelsesforbruget.</p> <p>Opgørelse af interventionsomkostninger samt de driftsomkostninger, der kan forventes fremadrettet. Ressourceforbruget søges endvidere opgørt pr. patient i programmerne med udgangspunkt i involverede fagpersoners timeforbrug. Dette giver mulighed for at analysere sammenhængen mellem effekten og omfanget af indsatsen.</p>	

Bilag 2 Guide til patientinterview SAD

Præsentation af interviewer og referent

Intro om, at interviewet handler om, at borgeren har været en del af et samarbejdsprojekt mellem praktiserende læge, den regionale og den kommunale psykiatri. Formålet med projektet er, at borgerne skal

- blive mere tilfredse med deres behandling
- blive bedre i stand til at håndtere sit eget liv
- opleve et sammenhængende og proaktivt sundhedssystem, der understøtter borgerens bedring.

Det samarbejdsprojekt, I er eller har været en del af, er bygget op om nogle forskellige arbejdsgange og måder at samarbejde på, og i interviewet skal vi tale om, hvordan I har oplevet dels hele jeres forløb, og dels de her forskellige arbejdsgange.

Præsentation af interviewdeltagere

Overblik over forløb

- Jeg vil først bede jer nævne de behandlere i sundhedsvæsenet og ved kommunen, I har været i kontakt med i IC. I behøver ikke bruge deres navne - deres funktion/sted for ansættelse er helt i orden.

Indgangen i IC

Vi rejser nu lige tilbage i tiden til, da I kom med i IC projektet.

- Hvorfor valgte I at være med i IC-projektet?
- Kan I huske opstartssamtalen? Hvordan oplevede I den?
 - a. Prøv at beskrive hvordan den forløb...
 - b. Hvordan oplevede I den?

Det videre samarbejde med PL

I IC-projektet spiller den praktiserende læge en central rolle, for det er ham eller hende, I først har set, og som har ansvaret for at lægge den behandlingsplan, som har sendt jer videre til de forskellige behandlere. Så nu vil jeg gerne, at I skal fortælle om, hvordan jeres forløb med PL har været?

- Har jeres PL været interesseret i jeres tanker om jeres behandling, og hvordan er de blevet inddraget?
- Jeres PL har lavet en handleplan på jer – har I set den? (og hvornår/hvor ofte har I set den?, har I brugt den undervejs? Hvorfor? Hvorfor ikke?)
- Har handleplanen gjort det tydeligt for dig, hvilke behandlere og kontaktpersoner, der er tilknyttet dit forløb?
- (Hvordan) inddrog PL jeres tanker og ønsker i udarbejdelsen af handleplanen?
- Hvordan talte I om, hvad I havde behov for, og matcher handleplanen det I har behov for?

Informationer deles mellem behandlere

Som en del af IC-projektet har de forskellige professionelle, der har været inde over jeres forløb, haft adgang til den handleplan, som først blev lavet af PL. Så PL skrev sin vurdering – som de andre arbejdede ud fra, og som de så skrev videre i, så de andre kunne læse i den, og I ikke skulle forklare alt forfra, hver gang I mødte en ny behandler. Sådan var den tænkt i hvert fald, men...

- Har I indtryk af, hvordan handleplanen bruges i samarbejdet mellem de professionelle, der er inde over jeres sag?
- Hvordan har I det med, at de deler informationer om jer gennem handleplanen?
- Har handleplanen gjort det tydeligt for jer, hvem der er inde over jeres behandling?
- Oplever I, at dem, I kom i kontakt med, allerede kendte jeres historie og situation godt?
- Vidste de for meget – eller for lidt om jer – ved at læse i handleplanen?
- Giver handleplanerne jer mulighed nok for selv at beskrive, hvordan I har det, og hvad I har brug for set i lyset af, at behandlerne allerede har kunnet læse andre behandleres vurdering af jeres situation?
- Har I skullet forklare til jeres behandlere, hvad andre behandlere gjorde, når I kom i kontakt med nye behandlere, som er med i IC-projektet?
- Har I oplevet, at en behandler har sagt, at I skulle bede en anden behandler om noget bestemt?

Koordinering og samarbejde mellem enheder og jer

Nu vil jeg gerne have, at vi snakker om, hvordan det har været for jer at samarbejde med de forskellige behandlere i jeres forløb...

- Hvad er et godt samarbejde mellem jer og behandlerne, og har I det?
 - Har I tillid til behandlerne?
 - Har behandlerne tillid til jer?
- Har det givet mening, at I har haft kontakt med de forskellige behandlere på de forskellige tidspunkter?
 - Var det trygt at starte op hos nye behandlere?
 - Eller har I oplevet, at I er blevet kastede i et system, der bare sendte jer videre...
- Har behandlerne været interesseret i jeres tanker om jeres behandling, og hvordan er jeres tanker blevet inddraget?
 - Har I selv været med til at formulere målene for jeres behandling?
 - Har behandlerne anerkendt jeres problemer og bekymringer?
 - Er de aftaler, der er indgået i handleplanen, blevet gennemført?
 - Oplever I, at de forskellige behandlere er enige om, hvad der skal gøres i jeres forløb?
 - Giver behandlerne udtryk for, at der kunne gøres mere, men noget bremser dem i at kunne gøre det? For eksempel 'systemet' eller andre behandlere bremser dem?
 - Får I de tilbud om hjælp, som I har brug for?
 - Tilpasses tilbuddene løbende til, hvordan jeres situation udvikler sig?
 - Eller har de i højere grad kørt 'deres forløb' af på jer?

Tilfredshed og betydning for forløbet

Og som det sidste emne for i dag, skal vi tale om, om I er tilfredse med jeres forløb...

- Sådan frit tænkt – hvilke ord beskriver det forløb, I har været igennem?
- Har jeres forløb givet mening?/Har det været sammenhængende?
 - Hvorfor? Hvordan?
 - Hvordan vurderer i ventetiden i jeres forløb? – og hvordan har personalet håndteret det?
- Oplever I, at der var et godt samarbejde mellem behandlerne, som kommer jer til fordel?
- Har I det bedre i dag?
 - Hvad har gjort forskellen?
 - Er I bedre i stand til at håndtere jeres situation og hverdag i dag?

Spørgsmål? Noget vi har glemt at spørge om? Andet?

Bilag 3 Eksempel på anvendt interviewguide: Praktiserende læger involveret i SAD

Interviewet falder i tre dele:

- Status på indsatsen – de nye redskaber og rutiner – risikolister, opstartssamtaler, IC-handleplan, TST-møder og opfølgning. Målet er, at vi så konkret som muligt får snakket erfaringerne med de nye elementer igennem.
- Oplevet udbytte – kommunikation og samarbejde, bedre forløb for inkluderede borgere.
- Erfaringer, eventuelle udfordringer, og hvad bør i givet fald gøres for at adressere disse.
- Spørgsmål før vi går i gang?
 - Præsentation af interviewdeltagere

Implementering

- Et vigtigt aspekt af, om et projekt fungerer og implementeres, er, om der er enighed om eller i hvert fald kompatibilitet i, hvad projektet faktisk går ud på. Derfor – som indledning: Forklar, hvad IC-projektet er?
- Oplever I, at jeres samarbejdspartnere deler jeres opfattelse?
- Beskriv jeres rolle og opgaver i forbindelse med IC-projektet.

Risikolister/opsporing af patienter

- Hvor mange patienter har I hver især inkluderet i IC-projektet?
- Hvordan går det med at agere proaktivt – at invitere patienter/pårørende til opstartssamtale?
- Inklusion ved hjælp af risikolister – anvender I listerne, og er det de rigtige patienter, der identificeres?
 - Anvender I listerne systematisk, eller...?
 - Hjælper risikolisterne med at identificere patienter, I ellers ville have overset?
 - Er risikolisterne lette at arbejde med?
 - Giver risikolisterne et (godt) afsæt for opstartssamtalen med patienten?
 - Inkluderer I patienter, som ikke identificeres via risikolisterne?

Opstartssamtaler og anvendelse af IC-handleplan

- De patienter, der inviteres til at deltage, er de interesseret i at deltage, og møder de op til konsultation?
- Understøtter patientens handleplan opstartssamtalen?
- Taler I med patienterne om andre ting nu, end I gjorde før IC?
- Udfylder I handleplanen sammen med patient og pårørende? Hvordan – spørgeskemaagtigt? Samtaleagtigt?
- Vurderer I, at opstartssamtalen – og de nye tilbud, der er etableret med SAD-indsatsen – øger muligheden at inddrage patienter og pårørende i deres forløb?
- Alt i alt – vil I så sige, at tiden anvendt på opsporing af patienter og opstartssamtaler og handleplaner er givet godt ud?

IC-plattformen/patientens handleplan

- Har I et godt kendskab til indhold og arbejdsgange omkring patientens fælles handleplan?

- Hvad har I gjort/hvad er der gjort for at oplære jer i at anvende handleplanen?
- Er der gjort nok for at informere om og undervise i brugen af de nye redskaber?
- Er IC-plattformen/patientens handleplan brugervenlig?
- Indeholder handleplanen i udgangspunktet de rigtige oplysninger?
- Giver IC-handleplanen et bedre overblik over patientens forløb? – og bedre mulighed for at være tovholder?
- Er handleplanen opdateret, når I kigger i den, og kan I bruge de oplysninger, der er indsat af andre?
- Er der udfordringer i forhold til at anvende den fælles IC-handleplan?
- Alt i alt – vil I så sige, at tiden anvendt på patienternes handleplaner er givet godt ud?

Samarbejdet med patienten

- Påvirker IC-projektet jeres møde med patienten?
- At borgerne har adgang til at læse handleplanerne, har det fået jer til at ændre praksis med, hvad I skriver, og hvordan I skriver det? Godt? Skidt?
- IC-projektet former samarbejdet med patienten – de giver jer fx lov til at dele viden og koordinere med andre fagfolk uden om dem. Hvordan påvirker det jeres inddragelse af patienten?
- Taler I med patienten om andre ting nu, end I gjorde tidligere (fx fordi tid er frigivet, fordi man allerede ved, hvad andre gør, muligheder for at tilbyde borgeren er anderledes)?
 - Taler I mere/mindre med patienten om hans/hendes situation nu?
 - Taler I mere/mindre med patienten om hans/hendes forløb nu?
 - Styrer I mere/mindre, hvad der skal ske i patientforløbet nu end tidligere?

TST-møder

- Hvem har det formelle ansvar for at melde cases ind på TST-møder?
 - Det har I – gør I det?
 - Gør andre det?
 - Beskriv jeres rolle på møderne.
- Hvordan forbereder I jer til TST-møderne?
- Der er udarbejdet en arbejdsgangsbeskrivelse for TST-møderne – har I set den?
 - Der er en række formaliserede processer om, hvornår man skal have gjort hvad op til møderne – følger I den regelbog? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har I drøftet egne patientcases på jeres møder – hvis ja, hvordan opleves udbyttet?
 - Er det et tværsektorielt udbytte – hvis man kan sige det sådan? Går I derfra klogere på, hvordan andre organisationer kan bidrage til borgerens bedring, og hvad I som koordinerende led kan/skal gøre nu?
- Oplever I, at den tid, I anvender på møderne, er godt givet ud – hvorfor/hvorfor ikke?
- Er der forbedringspotentialer, som vi skal tage med videre?

Oplevede resultater – betydning for kommunikation og samarbejde

- Påvirker IC-projektet jeres samarbejde med hospitalssektoren og den kommunale sektor?
- Projektet er udformet således, at I som praktiserende læger har en koordinerende funktion, hvor I udvælger patienterne og sender dem videre i systemet. Har denne rolle påvirket jeres samarbejde med de andre aktører?
- Overholder jeres samarbejdsparter de formelle spilleregler såsom tidsfrister for svar (senest 14 dage efter), der er i projektet – gør I selv? Hvordan påvirker det? (Det kan jo også være

positivt i det enkelte projekt, at man ikke kører efter formelle spilleregler, hvis man derimod har udviklet sine egne relationelle...)

- Er der fælles faglig forståelse for de handleplaner, I udarbejder? Redigeres/ændres de meget? Skaber det glæde eller irritation?
- Hvordan er jeres rolle koordinerende, efter borgeren er sendt videre til behandling hos andre?
 - Privatpraktiserende psykiater
 - Privatpraktiserende psykolog
 - Arbejdsmedicinsk klinik
 - Social- og arbejdsforvaltningen
- Vurderer I, at IC-projektet har bidraget til gensidig respekt mellem de involverede fagområder i SAD-forløbene?
- Er der i dag bedre mulighed for at komme i dialog med relevante samarbejdspartnere, hvis der er opstået komplekse problemstillinger i patientforløbet? Hvordan?
- I hvor høj grad oplever I, at der er fælles mål for samarbejdet om forløb i IC-regi, og adskiller dette sig fra samarbejdet med aktører uden for IC-regi?
- Er det de rigtige aktører, der er en del af SAD-projektet, eller mangler der nogen?

Oplevede effekter – for patienter

- I hvilket omfang tror du, IC-handleplanen og de aftaler, der opstilles heri, bidrager til bedre patientforløb?
- Skaber SAD-indsatsen mulighed for en tidligere indsats og hurtigere forløb?
- Tror I, det skaber større sammenhæng i patientens forløb?
- Smitter det af på andre patienters forløb?

Afrunding

- Andet vi skal tage med – gode råd til det fremafrettede arbejde med IC-projektet?
- Pointer der skal uddybes – eller noget vi har glemt?

Bilag 4 Oversigt over de interviewede SAD-patienter og deres forløb i SAD-indsatsen

Bilagstabel 4.1 De interviewede SAD-patienter

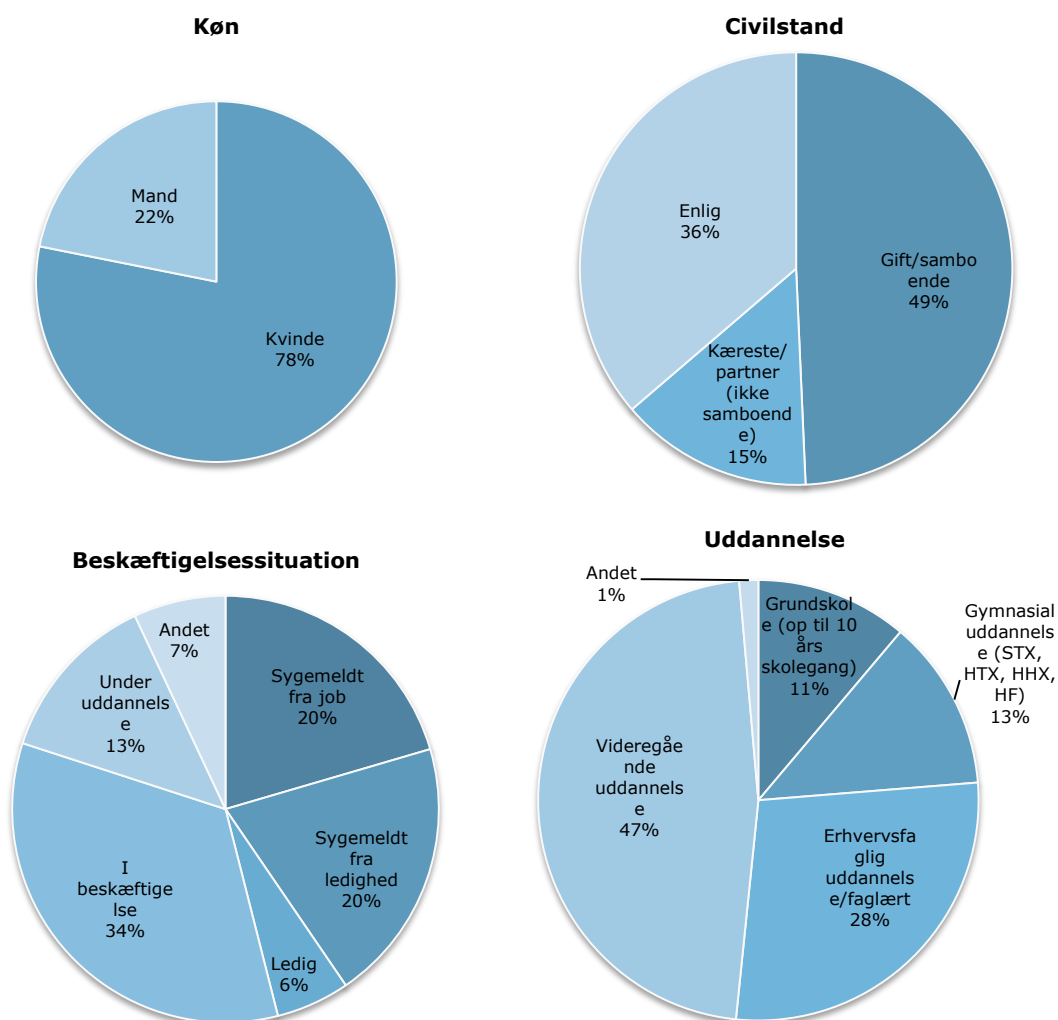
Køn	Helbred	Patientens SAD-forløb
Kvinde	Angst	Praktiserende læge , som interviewpersonen ikke efterfølgende taler med om SAD-indsatsen. Det, oplever hun, skyldes en gensidig forståelse af, at det jo netop bare kører med psykologen. Psykologforløb , der er i gang.
Mand	ADHD, angst, stress	Praktiserende læge En samtale med arbejdsmediciner foretaget i december, hvorefter han ikke har hørt mere fra SAD-indsatsen.
Mand	Depression	Praktiserende læge Fem til seks samtaler med psykolog
Kvinde	Stress	Praktiserende læge Totimers samtale på arbejdsmedicinsk klinik Syv til otte samtaler hos psykolog
Kvinde	Stress	Løbende kontakt med praktiserende læge Haft en ca. tretimers samtale med arbejdsmediciner Psykologforløb startet dette forår efter ca. tre måneders ventetid. Har kontakt med kommunal sagsbehandler , som er tilknyttet SAD-indsatsen, men interviewpersonen ved ikke, om der reelt er et IC-samarbejde om hendes forløb, hvor den kommunale sagsbehandler deltager. Netværkshuset , som ikke er en del af SAD-indsatsen. Kommer der efter forslag fra den kommunale sagsbehandler. XXX , også tilknyttet SAD-indsatsen, som hun selv har taget kontakt til efter at have hørt ham tale i Netværkshuset. Hun tror dog ikke, at der er et IC-samarbejde om hendes forløb mellem XXX og de øvrige behandlere, da han er ny i IC-regi.
Kvinde	Depression	Løbende kontakt med praktiserende læge Psykolog , forløbet er nu afsluttet Den praktiserende læge og psykologen diskuterede, om hun skulle henvises til psykiater, men blev enige om, at hun ikke havde behov for det.
Kvinde	Stress	Løbende kontakt med praktiserende læge To samtaler med psykolog ved arbejdsmedicinsk klinik . Psykologen fortæller, at han ikke er en del af SAD-indsatsen, men at han ved, at andre i klinikken er. <i>Denne del af indsatsen regnes altså af interviewpersonen (herefter IP) ikke som en del af SAD-indsatsen, som fortæller, at arbejdsmedicinsk klinik fx ikke er koblet på handleplanen og derfor – naturligvis – heller ikke har skrevet i den. IP får en kommunal sagsbehandler, der ikke er tilknyttet SAD-indsatsen. Det bliver PL opmærksom på, fordi der ikke kobles en sagsbehandler på handleplanen, fortæller IP. PL og IP kontakter begge, uafhængigt af hinanden, SAD-indsatsens projektledelse, og IP kobles nu op på en anden sagsbehandler, der er tilknyttet SAD-indsatsen. Vedkommende skriver dog aldrig i handleplanen. IP har meget lidt kontakt med den nye sagsbehandler, hvilket opleves positivt, da samarbejdet med den forrige bestod i, at sagsbehandleren sendte standardskrivelser om sygedagpenge og lignende. Noget, der stressede IP og ikke passede til det tempo, som IP's bedring forløb med. Bedringen var hurtigere end det, skrivelserne adresserede. Den nye sagsbehandler sender borgeren til en fastholdelseskonsulent, som IP er glad for, men ikke ved, om er en del af SAD-indsatsen. Det er altså ikke noget, de drøfter. Fastholdelseskonsulenten sørger for, at IP tilbydes at komme på et mindfulness-hold.</i> <i>Fra arbejdsmedicinsk klinik sendes IP til tilbuddet Stressrådgivningen, hvor IP deltager i gruppeforløb om egenhåndtering af stress. Stressrådgivningen er heller ikke en del af SAD-indsatsen. Det harmonerer godt med mindfulness og den indsats, fastholdelseskonsulenten tilbyder, og på den måde opstår der for IP en form for rød tråd i forløbet, men altså ikke en rød tråd/et sammenhængende forløb, der kan tilskrives SAD-indsatsen.</i>

Køn	Helbred	Patientens SAD-forløb
Kvinde	Depression	Praktiserende læge , som hun under forløbet skriver sammen med to til tre gange Får et psykologforløb , hvor hun oplevede tre ugers ventetid, før behandlingen begyndte. Forløbet er nu afsluttet.
Kvinde	Stress	Den praktiserende læge henviser patienten til IC, men under forløbet har patienten kontakt med en sygeplejerske i den praktiserende læges klinik. Mødes løbende undervejs og taler om, hvordan det går. Henvises til psykolog og kommer til uden megen ventetid

Bilag 5 Supplerende tabeller og figurer fra SAD-patientspørgeskemaet

Af Bilagsfigur 5.1 fremgår det, at 3/4 af de medvirkende SAD-patienter er kvinder, og at knap 40 % er enlige, mens næsten halvdelen er gift/samboende (49 %) eller har en ikke-samboende partner (15 %). SAD-patienternes beskæftigelsessituation er meget varieret. Selvom et af stratificeringskriterierne er, at SAD-patienterne skal være en del af arbejdsstyrken, så fremgår det, at 13 % er under uddannelse. Denne andel er et udtryk for, at dette kriterie ikke blev håndhævet i starten af projektperioden. Siden midtvejsevalueringen er denne andel halveret, hvilket afspejler det strammere fokus på, at inklusionskriterierne følges, og patienter, der ikke lever op til dem, ekskluderes. 40 % af patienterne er sygemeldte, og halvdelen af dem er sygemeldt fra ledighed. Endelig ses det, at SAD-gruppen er forholdsvis højt uddannet, idet 47 % har en videregående uddannelse, og 28 % har en faguddannelse.

Bilagsfigur 5.1 Baggrundskarakteristika for medvirkende SAD-patienter



Note: 213 respondenter har besvaret disse spørgsmål.

Bilagstabel 5.1 SAD-patienternes begrundelser for at deltage i IC indsatsen

Patientens svar	Kategorisering
Med projektet havde jeg mulighed for hurtigt at kunne komme til en psykolog. Samtidig var psykolog tilmed gratis, hvilket naturligvis også var en stor bonus.	Gratis psykolog/hurtig psykolog
Umiddelbar adgang til psykologhjælp	Gratis psykolog/hurtig psykolog
Efter lang tids sygdom fik jeg stress pga. smerter og øvrige problemer og udfordringer, der er i forbindelse med langtidssyggemelding. Jeg håbede at en psykolog ville kunne give mig nogle redskaber til at håndtere min stress og hjælpe mig ud af det. Samtidig synes jeg, det er vigtigt, at læge og kommune samarbejder under et langt sygemeldingsforløb	Gratis psykolog/tværfaglig indsats/hurtig hjælp
Fordi jeg gerne ville blive rask og tilbage på studie og arbejdsmarkedet. Jeg har mange psykiske problemer, som medicin ikke kan hjælpe med, så da jeg blev tilbudt at være med, takkede jeg ja	Gratis psykolog/hurtig hjælp
For at alle ting vil gå igennem hurtigt og ubesværet. Og en væsentlig begrundelse er gratis psykolog behandlinger. Jeg føler mig heldig og virkelig hjulpet!	Gratis psykolog/hurtig hjælp
Fordi det gav mig en mulighed for at komme hurtigere igennem systemet, så jeg hurtigst muligt kunne vænne tilbage på fuld tid - og økonomisk billigere for mig	Gratis psykolog/hurtig hjælp
Fordi det var en mulighed for mig at få den hjælp, jeg havde brug for. Hurtigt. Og skulle jeg selv have betalt, havde jeg ikke fået hjælp, da jeg er på SU og ikke har råd Desuden lød det godt at der var tæt samarbejde mellem læge psykolog og kommune, sådan at man ikke hele tiden skal forklare de forskellige steder	Gratis psykolog/ hurtig hjælp
Fordi jeg vil tage imod alt, hvad der måske kan hjælpe mig, og så er det vigtigt for mig, at der er en vis sammenhæng og kontinuitet i mit behandlingsforløb. Jeg ser det som en stor fordel, at min egen læge er en central person i forløbet	Gratis psykolog/tværfaglig indsats
Sidst er jeg som studerende glad for, at jeg har mulighed for gratis psykologhjælp	
Fordi det er et sammenhængende tilbud, med bl.a. fælles journal og netværk, så jeg ikke skulle fortælle den samme oplevelse igen og igen. Jeg er desuden ikke sikker på, at jeg havde valgt psykologbehandling, hvis jeg ikke havde deltaget i tilbuddet	Gratis psykolog/tværfaglig indsats
Tilbuddet om psykologsamtaler var det rigtige for mig. Det tætte samarbejde mellem praktiserende læge/kommune/psykolog virkede fordelagtigt	Gratis psykolog/tværfaglig indsats
Fordi det gav mig mulighed for hurtigt og gratis at komme i den behandling, der var nødvendig, for at jeg kunne fortsætte på min uddannelse	Gratis psykolog
Flot tilbud om gratis psykologhjælp. God følelse af at få den bedst mulige behandling af de forskellige deltagende i IC ift. mit konkrete forløb, og i min situation virkede det som en helt rigtig vej at gå.	Gratis psykolog
Gratis psykologhjælp var meget tiltalende især som nyuddannet uden nogen som helst form for indtægt	Gratis psykolog
Da jeg er studerende, var det en kæmpe hjælp for mig at kunne modtage psykologhjælpen gratis. Havde jeg ikke haft den mulighed, var jeg nok aldrig kommet ind i et forløb med en psykolog og var muligvis ikke blevet rask igen	Gratis psykolog
På grund af mine begrænsede økonomiske ressourcer som studerende	Gratis psykolog
Projektet giver mig mulighed for at arbejde med mig selv med hjælp fra en psykolog	Gratis psykolog
Det er en fantastisk mulighed for en studerende som mig at kunne komme til psykolog, uden at man skal vælge noget fra i hverdagen eller tage et SU-lån	Gratis psykolog
Jeg var bevidst om, at jeg ikke ved egen hjælp kunne arbejde mig ud af min stresstilstand pga. arbejdsforhold og især traume efter trafikuheld. Jeg kunne ikke overskue selv at skulle finde en psykolog og vente længe på behandling samt overskue det økonomiske aspekt. Det har været befriende ikke at skulle tænke, om jeg nu havde råd til psykologbehandling	Gratis psykolog

Patientens svar	Kategorisering
Jeg fik valget, gratis psykologhjælp osv.	Gratis psykolog
Da det ville give mig muligheden for at komme ovenpå igen, planen var, at jeg skulle henvises til psykolog, dette ville dog tvinge mig ind i økonomiske vanskeligheder. Integrated Care er det bedste, der er sket for mig i lang tid, det gav mig muligheden for at komme op igen, hvor jeg kunne fokusere på min depression uden for mange andre problemer	Gratis psykolog
Som studerende er muligheden for gratis psykologhjælp virkelig meget værd	Gratis psykolog
Gratis psykologsamtaler	Gratis psykolog
Da jeg har brug for at bearbejde nogle ting fra fortiden. Det er gratis og kan ikke gøre min situation værre, men måske gøre den bedre	Gratis psykolog
Det virkede som en god mulighed for at få behandling på, og samtidig kostede det mig ikke noget, hvilket også var vigtigt, når jeg var på SU	Gratis psykolog
Fordi det var et gratis forløb med psykolog hjælp og min praktiserende læge var tovholder	Gratis psykolog
Fordi jeg havde brug for psykolog for at håndtere problemer og blive i arbejdet	Gratis psykolog
Fordi jeg fik muligheden for at få den hjælp, jeg ellers ikke havde kunnet få	Gratis psykolog
For at få hjælp, især gratis psykologhjælp, til engang at komme videre med mit liv	Gratis psykolog
Fordi det var et gratis tilbud, og at jeg så det som en god hjælp. Jeg blev utrolig glad og overrasket over tilbuddet og takkede min læge mange gange. Og sagde at jeg var imponeret over, at de tog tilbuddet fra kommunen til sig og tilbød det til deres patienter	Gratis psykolog
Det gav mig en mulighed for at tale med en psykolog om, hvad det er der forårsager stress i min hverdag med henblik på igen at kunne fungere i et arbejdsliv	Gratis psykolog
Jeg valgte at deltage, da jeg kunne få psykologhjælp, arb-psykisk klinik var en del af projektet, samt kommunen. Tænkte det var et godt udgangspunkt til, hvor jeg kunne få noget hjælp til at komme videre både mentalt, psykisk og jobmæssigt. Jeg må skrive, jeg er super godt tilfreds med den hjælp, jeg har fået og stadig får af alle instanser i mit stressforløb. Så her fra en positiv opbakning til dette forløb	Gratis psykolog
Jeg havde mulighed for hurtigt at komme til en psykolog, som jeg havde behov for pga. stress	Hurtig psykolog
Lød som et godt tilbud, med mulighed for hjælp fra forskellige relevante fagpersoner og med direkte vej til psykologhjælp	Hurtig psykolog/tværfaglig indsats
Hurtig psykologhjælp, målrettet mod at komme tilbage på arbejde	Hurtig psykolog
Jeg var i en situation, hvor jeg havde brug for hurtig psykologhjælp, og da jeg på det tidspunkt var ledig, nyskilt og i en livskrise, var det det bedste valg for mig	Hurtig psykolog
Jeg gik ned med ikke arbejdsrelateret stress og vidste, at jeg havde behov for en psykolog som hjælp. Muligheden for at nå "lettere" gennem systemet, og hvis der skulle være brug for ekstra kræfter, var det til rådighed	Hurtig psykolog
For at få hjælp til at blive rask. Personligt betyder det meget, at det er de samme personer, jeg taler med. Da det er meget svært for mig at skulle fortælle om mit privatliv. Men det bedste er samtalerne med psykologen og lægen. Desværre har/er der stor udskiftning af socialrådgivere, jeg har nu nr. tre, og det er ganske ubehageligt. En stor ros til læge og psykolog for at handle hurtigt og den store værdighed, de har vist	Hurtig hjælp/få hjælp
Fordi jeg er på bar bund med, hvad jeg skal gøre ellers	Hurtig hjælp/få hjælp
For at blive mentalt rask og blive klar til arbejdsmarkedet	Hurtig hjælp/få hjælp
Var så lost, at jeg tog imod al hjælp, jeg blev tilbudt	Hurtig hjælp/få hjælp
Jeg er sygemeldt med stress og svær depression	Hurtig hjælp/få hjælp
Et spændende projekt som både kunne hjælpe mig og på længere sigt også jer	Hurtig hjælp/hjælpe andre (forskning)

Patientens svar	Kategorisering
Fordi jeg selv er kommet godt ud på den anden side, og håber det evt. kan hjælpe andre	Hurtig hjælp/hjælpe andre (forskning)
Depression Henvist	Hurtig hjælp/opfordret af læge
Min læge tilbød dette, da jeg blev sygemeldt fra jobbet pga. arbejdspress og valgte at tage imod det. Jeg vidste, jeg havde brug for hjælp i form af fx en psykolog	Hurtig hjælp/opfordret af læge
Jeg er på nuværende tidspunkt så langt nede mentalt, at jeg er villig til at tage imod al slags hjælp. Jeg har brug for, at der bliver lagt en plan og en skræddersyet handlingsplan, og det lød dette projekt, som om det ville	Hurtig hjælp/handleplan
Jeg havde brug for en fælles indsats med fagfolk, som kunne hjælpe mig på benene igen	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp
I håb om det hjalp en lidt med at komme i gang igen	Hurtig hjælp
Fordi det lød som en rigtig god mulighed for at komme videre på. Er sygemeldt fra studiet	Hurtig hjælp
Alt, der kan hjælpe mig til at blive rask, er værd at deltage i	Hurtig hjælp
Depression	Hurtig hjælp
Jeg blev syg af stress og måtte sygemeldes fra arbejde. Det var afgørende for mig at få behandling, så jeg dels kunne komme tilbage på arbejde, men også så jeg fremadrettet kunne passe bedre på mig selv	Hurtig hjælp
For at blive rask	Hurtig hjælp
Fordi jeg var psykisk dårlig	Hurtig hjælp
For at komme hurtigst muligt tilbage på job fuld tid	Hurtig hjælp
Fordi jeg ikke rigtig forstod, hvorfor jeg reagerede så voldsomt på nogle ting, som jeg gjorde. Det har samtalerne med psykologen helt klart hjulpet mig med at forstå	Hurtig hjælp
For at få yderligere støtte til at forblive i bedring	Hurtig hjælp
Fordi at jeg har en ikke anerkendt lidelse, der hedder Histamin intolerance, hvilket gør, at jeg næsten ikke tåler nogen fødevarer. Det gør, at jeg er virkelig presset på mange fronter. Jeg er udkørt efter tre graviditeter efter hinanden og nu denne her lidelse	Hurtig hjælp
Optimal mulighed for at kommer sikkert igennem sygemelding	Hurtig hjælp
Jeg var på daværende tidspunkt delvist sygemeldt på grund af stress, og da min læge så tilbød mig det, sagde jeg straks 'ja tak'. Det har jeg på intet tidspunkt fortrudt. Jeg havde rigtig meget brug for at tale med en, som jeg ikke var personligt involveret med og en, som kunne hjælpe mig videre fra det 'hul', jeg var landet i	Hurtig hjælp
Jeg var glad for at få tilbudt noget, der kunne hjælpe mig mere præcist med de psykiske belastninger, jeg gik med og førte til sygemeldingen	Hurtig hjælp
Fordi, at jeg nu er gået ned med stress og depression tre til fire gange, og hver gang er jeg blevet sendt for hurtigt tilbage på arbejdet igen. Selvom jeg denne her gang er blevet fyret pga. sygdom, så er jeg sikker på, at dette her projekt kan hjælpe mig HELT igennem og ikke havner i denne situation igen	Hurtig hjælp
For at få bedre jobmuligheder. Jeg har pt. 15 timers rengøring, som jeg lige kan klare men vil gerne bruge min uddannelse også	Hurtig hjælp
For at søge hjælp til et bedre i liv med mindre stress og bedre nattesøvn	Hurtig hjælp
Da det vil kunne afhjælpe min stress-situation	Hurtig hjælp
Syntes det var det rigtige spring for mig	Hurtig hjælp
Det lød til at kunne være en mulighed for at komme videre	Hurtig hjælp
I håb om at det kan hjælpe mig i forhold til depression	Hurtig hjælp
Fordi jeg har brug for støtte og hjælp	Hurtig hjælp

Patientens svar	Kategorisering
Jeg har før haft store problemer med angst/depression/tvangstanker og OCD. Efter stop med mine antidepressive piller gik der ikke lang tid, før mine problemer startede igen. Jeg kunne ikke finde den rigtige måde at håndtere det på og havde ikke mine piller. Fik meget angst/depression. Gik til praktiserende læge, som henviste mig til Integrated Care-projekt	Hurtig hjælp
Jeg havde brug for hjælp pga. svære kognitive vanskeligheder	Hurtig hjælp
Har prøvet så meget andet for at blive rask, så tænkte, at jeg gerne ville prøve noget nyt	Hurtig hjælp
Måske de kan hjælpe mig	Hurtig hjælp
Samtale med psykolog, vejledningen	Psykolog
Mulighed for psykologhjælp + psykiater	Psykolog
Såfremt jeg ikke havde fundet arbejde, ville det have været relevant at blive tilknyttet en socialrådgiver	Psykolog
Fordi jeg havde behov for hjælp, brug for at snakke med en person, som ikke var personligt knyttet og kunne se på mit liv mere professionelt og fagligt	Få det bedre/hjælp
Fordi det var en mulighed for at få hjælp og samtidig være med i et projekt omkring unges mentale sundhed	Få det bedre/hjælp
For at få hjælp til at blive rask	Få det bedre/hjælp
Jeg vil prøve næsten alt for at blive frisk igen, dette program lød til at kunne hjælpe mig på vej	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg var stresset og følte ikke snart længere, at jeg kunne holde den kørende uden at skulle gå ned med stress. Valgte at deltage for at få hjælp til at håndtere stress	Få det bedre/hjælp
For at løsne knuder ift. angst	Få det bedre/hjælp
Så jeg får nogle redskaber til at håndtere min sygdom	Få det bedre/hjælp
Ville gerne have redskaber til at forstå og ændre min situation (som var, at jeg ikke at kunne sove, når jeg havde opgaver, der indebar, at jeg skulle ud at køre langt eller havde aftaler med patienter). Det udviklede sig på sigt til angst for ikke at kunne sove i disse situationer	Få det bedre/hjælp
Jeg så det som en mulighed til at få snakket om nogle af de ting, jeg går og tumler med, det har gjort, at jeg føler mig mere stabil og ikke har nær de samme dårlige dage	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg har brug for hjælp til at få det bedre med mig selv og derved komme videre, især da ønsket er at uddanne mig	Få det bedre/hjælp
For at få hjælp hurtigt	Få det bedre/hjælp
Jeg var meget syg af depression og kunne kun se det positive i en hurtig og intensiv behandling. Havde jeg ikke fået hjælp så hurtigt, så ved jeg ikke, om jeg havde været her i dag	Få det bedre/hjælp
Fordi der var hurtig behandlingsmuligheder hos psykolog, arbejdsmedicinere, egen læge	Få det bedre/hjælp
Kort ventetid. Beregnet for en målgruppe, jeg tilhører. Vil gerne bidrage til ny viden på området, ved at jeg deltager	Få det bedre/ hjælp
Fordi det var en mulighed at komme hurtigere i behandling samtidig øge bedre kombination og samarbejde mellem forskellige sundsfaglig personer	
For at komme videre	Få det bedre/hjælp
Jeg ønsker at finde min plads i livet trods de udfordringer, jeg har. Jeg har gået alt for længe uden hjælp, og her føler jeg, jeg har mulighed for at komme ud på den anden side	Få det bedre/hjælp
For at få hjælp at komme tilbage på arbejdsmarked og blive rask	Få det bedre/hjælp

Patientens svar	Kategorisering
Jeg var blevet sygemeldt med belastningsstress og havde brug for at komme videre. Den hjælp, jeg havde fået fra min virksomheds krisehjælpspsykolog, var - for at være ærlig - af tvivlsom karakter	Få det bedre/hjælp
Fordi i samarbejde med min læge var det det, der var bedst for mig	Få det bedre/hjælp
Jeg har længe haft brug for hjælp til min psyke, føler mig meget alene. Min psyke er påvirket af jobmæssig modgang i alt for mange år og andre svære påvirkninger de seneste år. Jeg er brændt ud af for mange hårde kampe, uden at det har givet mig noget. Mit selvværd og min selvtillid er nul men ellers er jeg en sund og solid borger med ressourcer, der kan rette mig, hvis jeg får hjælp	Få det bedre/hjælp
Jeg blev sygemeldt fra mit job pga. stress og udbændthed men på vej mod depression	Få det bedre/hjælp
Og da min læge foreslog det, tog jeg imod det, da jeg ville gøre alt, der kunne hjælpe mig til at få det bedre	Få det bedre/hjælp
Ville gerne have hjælp til at komme videre med mit liv	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg havde alvorligt brug for hjælp til at komme videre. Synes, det er godt, hvis min deltagelse kan bruges i projektet og dermed hjælpe andre	Få hjælp/hjælpe andre (forskning)
Det gav mig tryghed at vide, der blev taget hånd om mig, når jeg ikke selv helt var i stand til det. At alle områder var inddraget - job, psyke, medicinering	Tværfaglig indsats/få hjælp
Fordi jeg havde brug for, at nogen tog sig af mig og mit kaos, uden at jeg hele tiden skulle være den aktive, der skulle fortælle og forklare	Tværfaglig indsats/få hjælp
Fordi jeg håber, den kan hjælpe med min sygdomme	Få det bedre/hjælp
For at få hjælp til at håndtere min stress på arbejdspladsen	Få det bedre/hjælp
For at komme hurtigt videre og modtage mest mulig hjælp til dette	Få det bedre/hjælp
Jeg var i en fastlåst situation, hvor jeg ikke vidste, hvordan jeg skulle prøve at komme lidt videre i mit sygdomsforløb	Få det bedre/hjælp
Jeg valgte at sige ja til dette projekt pga. jeg skulle have professionel hjælp. Da jeg ikke kunne hjælpe mig selv	Få det bedre/hjælp
Jeg har tidligere været ramt af stress og sygemeldt to gange. Kunne mærke nogle af de samme symptomer + at jeg ofte blev fysisk syg. Lægen fortalte om projektet, og vi blev enige om, at det var det rigtig tilbud til mig	Få det bedre/hjælp
For at få hjælp/redskaber til at håndtere min stress	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg havde brug for hjælp, vejledning og støtte. Både personligt og i forhold til faglighed - at få professionel hjælp og opleve, at jeg ikke stod alene	Få det bedre/hjælp
Fordi det gav mig de hjælpemidler, jeg havde brug for, for at blive rask igen og eventuelt at komme i uddannelse eller arbejde igen	Få det bedre/hjælp
God hjælp og støtte i mit forløb. God brug for psykologsamtalerne	Få det bedre/hjælp
Da jeg var udbændt i mit job og havde brug for hjælp til at finde perspektiver/muligheder i mit fremtidige arbejdsliv	Få det bedre/hjælp
For at forebygge stress og dermed fravær	Få det bedre/hjælp
For at kunne få hjælp til at håndtere min PTSD	Få det bedre/hjælp
Af to årsager: 1 De sagde det ville give mig mulighed for at få styr på de ting, jeg led/lider af 2 Fordi De ville kunne bruge mig som hjælp til andre, som evt. led af samme ting	Hjælpe andre (forskning)/få det bedre
Fordi det er vigtigt, at man kan medvirke til forskning	Hjælpe andre (forskning)
Min læge foreslog mig at deltage, da jeg har tilbagevendende stress	Opfordret af læge
Fordi min læge mente, det kunne være den rigtige hjælp for mig.	Opfordret af læge
Det gjorde jeg, fordi at min læge anbefalede det for mig. Jeg ser det også som en rigtig god mulighed, især fordi kommune, læge, psykolog er forbundet. Så skal jeg ikke forklare mig så mange steder, Da det kan være rigtig svært	Opfordret af læge

Patientens svar	Kategorisering
Efter min læges anbefaling, hun talte varmt om projektet	Opfordret af læge
Fordi min læge foreslog det for mig	Opfordret af læge
Desperation efter fyring. Min læge anbefalede mig det	Opfordret af læge
Fik det tilbudt af min læge	Opfordret af læge
Min læge anbefalede mig Integrated Care, da jeg ikke var "syg nok" til at blive henvist til psykiatrisk på OUH, og der valgte jeg at sige ja, for tilbuddet lød mere, som om det var det, jeg havde brug for	Opfordret af læge
Det blev jeg anbefalet af arbejdsmedicins klinik på OUH	Opfordret af læge
Min læge foreslog det, så jeg takkede selvfølgelig ja	Opfordret af læge
Det var lægen, der anbefalede det	Opfordret af læge
På lægens anvisning	Opfordret af læge
Fordi min læge sagde det	Opfordret af læge
Min læge valgte det for mig. Kendte intet til projektet	Opfordret af læge
Min læge meldte mig til, men jeg har aldrig hørt fra nogen. Min læge er blevet gjort opmærksom på, at jeg ikke er blevet kontaktet, men jeg ved ikke, om der er blevet fulgt op på det	Opfordret af læge
Fik mulighed for det via lægen	Opfordret af læge
Egen læge foreslog det - virkede som en god løsning, og det var det	Opfordret af læge
Det var lægen, som tilbyder det	Opfordret af læge
Jeg blev opfordret til det, men jeg ikke er sygemeldt lige nu. Vi det som om, det ikke er noget for mig	Opfordret af læge
På grund af anbefaling af min læge og psykolog	Opfordret af læge
Jeg var meget syg, og min læge fortalte om projektet - og jeg var ikke i tvivl om, at det ville jeg gerne deltage i. Min læges vurdering og min tilstand var sammen med hurtig indsats det helt afgørende	Hurtig hjælp
For hurtigere at blive klar til at vende tilbage til arbejdet	Hurtig hjælp
Jeg valgte at deltage i projektet, da jeg håber, at resultaterne og statistikkerne fra mit forløb kan være med til at forbedre behandlingen af stress og depression hos andre	Hjælpe andre (forskning)
For at andre måske kan få hjælp før mig i fremtiden	Hjælpe andre (forskning)
Jeg tænkte, at det var ikke kun mig, der fik noget ud af det	Hjælpe andre (forskning)
Jeg havde brug for ro og ikke for mange mennesker omkring mig med for mange spørgsmål	Handleplan
Her ville der være en mulighed for alle omkring mig og min stress-situation at se, hvor i forløbet jeg var/er	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp
Jeg havde udfordringer, som jeg ikke kunne overkomme, og manglede at snakke om tingene og se det fra et andet perspektiv. Og det med, at lægen kan følge op på, hvor langt vi kommer	Handleplan
Fordi jeg havde læst om projektet og håbede, at der i højere grad var forståelse for min situation, og der så var mulighed for at afprøve andre muligheder, da det er et projekt. At tanken var hurtigere at få den enkelte videre og derved kunne benytte "ordninger" mere legalt	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp
God mulighed for at få hjælp uden at skulle fortælle alt flere gange, så det også går hurtigere	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp
Fordi det var en kæmpe hjælp for mig til at komme videre uden alt for lang sygemelding. Og rart med samarbejde mellem psykolog og læge	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp

Patientens svar	Kategorisering
For fordi det gav mig mulighed for at komme i behandling hurtigere og mulighed for at skifte behandling, hvis det var nødvendigt. Jeg kunne også godt lide muligheden for, at både min læge og en anden behandler kunne læse mine journaler	Tværfaglig indsats/hurtig hjælp
Da det giver større overskuelighed ang. mine muligheder for at blive helt rask igen. Derudover er det et stort plus, at forskellige "instanser" taler sammen	Tværfaglig indsats/handleplan
Det var en god mulighed for at kortlægge, hvad stress og arbejde kan gøre ved ens krop, og at der er flere instanser der kan følge med i forløbet	Tværfaglig indsats/handleplan
For at mærke en kontinuitet i min behandling, at alle behandlere kendte min sag	Tværfaglig indsats
For at få en helhedsorienteret hjælp til hele familien, hvor alle behandlede/involverede har samme oplysninger og let kan kommunikere	Tværfaglig indsats
Med henblik på at der bliver en mere struktureret proces gennem mit forløb, så folk kan se processen, og situationen skal ikke forklares gang på gang	Tværfaglig indsats
Det lød som det rigtige for mig. At der var en forbindelse mellem læge, psykolog og kommunen	Tværfaglig indsats
Synes, det er rart, at jeg ikke skal fortælle min situation igen og igen	Tværfaglig indsats
Det lød som en god ide, så man var fri for at forklare sig hele tiden til kommunen og rigtig godt med gratis psykologhjælp	Tværfaglig indsats
Det gav en rigtig god mulighed for at håndtere min situation at vide, at der var flere steder at få hjælp. Det var også en mulighed for at få hjælp flere steder uden at skulle fortælle sin situation igen og igen	Tværfaglig indsats
For fordi det er godt ikke at skal forklare sig, når jeg skal til behandling andre steder end ved lægen	Tværfaglig indsats
Min læge spurgte, om det var med henblik på, at dem, der have med mig at gøre, kunne bruge det sammen og skrive til hinanden omkring, hvad der sker med mig	Tværfaglig indsats
Der er flere faggrupper ind over - større sandsynlighed for at blive rask	Tværfaglig indsats
Det lød meget tiltalende. Fordi ens oplysninger bliver delt, og man ikke skal starte forfra en gang til	Tværfaglig indsats
Min læge foreslog dette projekt, og jeg synes det lød lige noget for mig og synes, det var en stor fordel for mig, at egen læge, psykolog og sagsbehandler har mulighed for at kunne samarbejde omkring mit sygdomsforløb, dette giver en god tryghed for mig. Psykologen har helt klart været det bedste for mig	Tværfaglig indsats
Syntes det lød som det rigtige tilbud til mig, da jeg ikke har fysiske problemer. Men måske undervejs ville have svært ved - også psykisk - at skulle viderebringe de forskellige overvejelser/resultater fra behandler til behandler	Tværfaglig indsats
På grund af samarbejdet mellem de involverede fagpersoner	Tværfaglig indsats
Jeg har været sygemeldt over en længere periode med stress/angst, som udvikle sig til en regulær depression, som sidenhen behandles og skal behandles sideløbende med stress/angst. Jeg deltager i Integrated Care, da det er en stor kilde til stress at skulle gentage de samme forklaringer over for personer med forskellige baggrunde inden for systemet. Jeg deltager i Integrated Care, da det tilbyder bedre behandling og bedre koordinering af indsatser	Tværfaglig indsats
Jeg er for anden gang gået ned med belastningsreaktion/stress ifm. med en privat sag. Formen i projektet tiltalte mig, da et samarbejde mellem Jobcenter, læge og psykolog kunne nemmere hjælpe mig i den rigtige retning til helbredelse og til raskmelding	Tværfaglig indsats
Jeg ser det som en klar fordel, at min almen praktiserende læge, min psykolog, kommunen samt Arbejds- og Miljømedicinsk kan kommunikere på en fælles platform. Så ser man i højere grad den hele patient	Tværfaglig indsats
En stor fordel, at praktiserende læge og psykolog samarbejder. Det skaber et overskueligt forløb. Det er rart, at egen læge er så meget med ind over ens situation.	Tværfaglig indsats

Patientens svar	Kategorisering
I håbet om, at en samlet fælles indsats kan få mig tilbage i arbejde på en mere hensigtsmæssig måde. Og i håbet om en mindre bureaukratisk og opslidende proces med det kommunale system i og med, at de er fuldt ud informeret i hele forløbet	Tværfaglig indsats
Et helhedsorienteret indsats	Tværfaglig indsats
Tror det er godt med en tværfaglig indsats, og at læge, psykolog m.fl. kan snakke sammen	Tværfaglig indsats
Det lød smart, at alle de evt. fagpersoner, der blev tilknyttet mig, kunne følge forløbet på samme side	Tværfaglig indsats
Fordi det for mig lød som en fornuftig ting, at kommunen, lægen og psykologen samarbejdede	Tværfaglig indsats
Jeg troede, der ville være en mere åben og mere lige til kommunikation mellem læge/psykolog og sagsbehandler	Andet
Lægen har ikke informeret mig godt nok. De var spild af min tid, da det ikke var relevant for mig	Irrelevant
Jeg blev tilbudt en tid med en psykiater. Jeg ventede næsten en måned for at blive kontaktet, men var nødt til at ringe til min læge igen for høre, hvornår jeg vil blive kontaktet. Det tog ca. en uge mere for at få en tid med en psykiater. Jeg troede, at det vil være et forløb og ikke kun et besøg. Jeg havde det rigtig skidt, efter jeg var til psykiater, da han sagde, at han ikke kunne hjælpe mig, fordi han mente, at det kun var stress og ikke en depression, men han sagde, at jeg er tæt på en depression og helt presset. Han sagde, hvis det hele brændte sammen, kunne jeg stige i min cymbalta dosis, men det var hans eneste råd! Jeg synes ikke han var særlig god til at lytte til, hvordan jeg har det og hørte ikke alt om min situation og bekymringer, da han stoppede mig/afbrød mig flere gange. Han sagde, at jeg skal have styr på min arbejdssituation, der er risiko for at udvikle en depression, og hvis jeg synes, at jeg ikke kan klare mere, kan min cymbalta dosis stige til 30 mg, men han vil ikke se mig, ikke igen, og jeg skal klare mig selv. Hvad med FORBYGGELSE af en depression!!! Jeg synes, at jeg har brug for et forløb og en til at hjælpe mig igennem, så jeg ikke bryder sammen	Andet
Jeg ved ikke, om jeg har valgt det	Andet
Fordi jeg lider af angst og får psykologhjælp samt hjælp af min læge i form af samtaler og medicin	Andet
Stor klage til dette projekt. Jeg har i mange år kæmpet med angst og depressioner og er endelig i gang med et uddannelsesforløb. Fik et tilbagefald og var ræd for, at jeg skulle ryge ud af uddannelsen igen! Jeg mistede da også min SU og måtte studere for egen regning og uden indkomst (er udeboende, 27 år!) -Kommunen kunne ikke hjælpe med kontanthjælp eller andet, MEDMINDRE jeg droppede min uddannelse og meldte mig ledig!! Dette forløb skulle hjælpe mig til at få det bedre, så jeg kunne komme tilbage til at have timer nok til at få SU (og ikke var nødsaget til at gå LEDIG for at have en indkomst!!!) Men jeg har ALDRIG NOGENSINDE hørt fra dette projekt! Har ventet og ventet i måneder, og ringet til min læge og rykket for det! Men INGEN hjælp fået!!!	Andet

Bilagstabel 5.2 Oversigt over SAD-patienternes generelle kommentarer

Kommentar	Kategori
Det er et rigtig godt projekt, og jeg har kun gode oplevelser med det	Positiv
Synes projektet er rigtig godt, og dejligt det går så hurtigt med at få det i gang	Positiv
God ide - ser patienten i en helhed. Holistisk tilgang	Positiv
Projektet har været fantastisk, og jeg syntes, det skal fortsætte så længe som mulig	Positiv

Kommentar	Kategori
Thumbs up guys, nice work. :)	
God ide. Irriterende at jeg ikke kunne se alle begrænsningerne fra start af såsom antal af samtaler, men nok meget smart, at det var enkelt som patient at takke ja til	Positiv
Det har hjulpet mig til at være glad igen, hvilket jeg sætter stor pris på. Jeg føler, at jeg er på rette vej	Positiv
Jeg er glad og taknemmelig for den hjælp Integrated Care tilbyder mig	Positiv
Tilbuddet om en fælles professionel indsats burde blive brugt i langt højere grad. Det er meget vigtigt, at der kommer kvalificeret hjælp til at skabe et godt overblik, og at der er tæt samarbejde mellem fagfolkene, så den syge ikke skal fortælle sin historie forfra hele tiden. Det er nemlig meget opslidende, og der bliver brugt energi, som ikke eksisterer. Derved kan man blive mere syg og opgivende. Det skal være et teamwork imellem alle at få skabt et overblik, som kan give energi til at få gang i hjulene igen og komme tilbage til et sundt og lykkeligt liv	Positiv
Super godt tilbud, når man er i en situation med stress, hvor man ikke kan overskue selv de mindste beslutninger	Positiv
Jeg har været meget glad for at få den hjælp og støtte igennem IC	Positiv
Det burde være mere udbredt	Positiv
En rigtig god løsning	Positiv
Jeg synes, at tilbuddet er rigtig godt og er utrolig glad for at have fået det! Det forbedrer helt klart min tilstand, selvom det tager lang tid at komme sig helt	Positiv
Psykologsamtalerne har holdt mig på arbejde. De har hjulpet mig igennem og af med nogle tunge tanker og følelser	Positiv
Jeg er meget taknemmelig for den hjælp, jeg har fået igennem Integrated Care. Jeg har følt mig tryk i et forløb, der ellers kunne have været meget overvældende i et stressforløb	Positiv
Jeg håber virkelig, der stadig vil blive tilbudt psykologsamtaler. For mig har det fungeret helt fantastisk, og jeg kan mærke en positiv ændring. Det går langsomt men positivt fremad	Positiv
Det er godt, at der er hjælp at hente, og det har fungeret godt for mig i dette projekt her og kan stort anbefale det eller snakke med andre om dette	Positiv
Godt forløb - og grundigt	Positiv
Tusind tak, fordi ordningen findes. Jeg ved ikke, hvordan jeg ellers skulle have kommet igennem min livskrise så hurtigt	Positiv
Jeg synes, det er et godt projekt, som jeg har stor gavn af, men det virker, som om min læge ikke havde 100 % styr på det	Positiv
Jeg er meget glad for de muligheder, jeg har fået gennem Integrated Care	Positiv
Fantastisk mulighed! Jeg er fuldt tilbage på arbejde og vil altid kunne bruge det, jeg har lært af denne proces. Alene det at jeg følte min situation accepteret og understøttet via projektet, gav den første energi til at komme videre og ud på den anden side. Jeg er dybt taknemmelig	Positiv
Jeg er rigtig tilfreds med mit forløb	Positiv
Jeg synes, det er et rigtig godt projekt og er meget ked af, at der ikke er mulighed for psykologbehandling i mit videre forløb, fordi jeg kan mærke, det hjælper mig og nu må stoppe midt i det hele. Hvis jeg havde pengene, så havde jeg fortsat at kommet til min psykolog. Jeg håber, projektet bliver mere udbredt og brugt til flere borgere, som måtte have behov for det	Positiv
Jeg har været rigtig tilfreds med samarbejdet mellem læge og psykolog, men kommunen og sagsbehandler har ikke været en del af det tværfaglige samarbejde, og det har påvirket mit forløb meget	Positiv
Har siden henvisningen til Integrated Care kun haft kontakt til min psykolog og været yderst tilfreds med mine samtaler med hende. Synes, det er fantastisk ikke at være "tvunget til" selv at skulle referere, hvordan situationen er vurderet af behandler til evt. øvrige behandlere	Positiv
Virkeligt, virkelig godt koncept. Kæmpe, kæmpe hjælp at tilbyde borgerne, der har behov for det	Positiv
Jeg er, som det fremgår af mine svar, meget glad for at have været med i projektet. Det er min opfattelse, at det uden det meget vel kunne have forværret min tilstand væsentligt. Læge, psykolog, Odense Kommune, sygedagpengeafsnit har alle været en kæmpe støtte for	Positiv

Kommentar	Kategori
<p>mig. Det skal bemærkes, at jeg er 56 år og har aldrig modtaget offentlig støtte - det har jeg nu, og jeg er overbevist om, at pengene er givet godt ud. Jeg er ikke rask endnu, men det tror og håber jeg på, at jeg bliver - så jeg igen kan fungere og bidrage til velfærdssamfundet. Aldrig har jeg været så glad for den skat, jeg har betalt igennem årene. Alle fagpersoner jeg har mødt i Integrated Care har udvist empati og stor venlighed</p>	
Har oplevet stor hjælp fra både læge og psykolog og er blevet taget alvorlig	Positiv
Stor ros til psykolog xxx	Positiv
Utrølig god mulighed for at få bearbejdet stress	Positiv
Det er et godt projekt og vigtigt, at man trods sin alder, stadig har mulighed for at få den nødvendige hjælp	Positiv
Et virkelig godt forløb med tæt samarbejde mellem egen læge og psykolog. Det har været rigtig godt i min situation og håber, det er et program, som vil fortsætte. Hvis jeg skal sætte fingeren på én ting, er det, at jeg har ikke rigtig fået indtrykket af, at jeg selv kunne logge ind og se min handlingsplan, og ved heller ikke, hvordan jeg gør (kan jeg finde ud af efterfølgende). Jeg har til gengæld ikke tænkt over, at jeg manglede at kunne følge med i denne handlingsplan	Positiv
<p>Syntes kommunen har gjort meget lidt, når man hører andre, hvor meget hjælp de kan få i deres kommune osv. så Odense en lidt øv kommune...</p> <p>Er dog meget tilfreds med min psykolog, da jeg endelig fik en.. hun har hjulpet en del.. men ang. Kommunen, når man var syg, var der ingen form for hjælp eller snakke om fremtiden, og hvad de kan gøre for at få os i gang igen på en god måde efter at have været syg.. den mangler..</p>	<p>Positiv: Psykologhjælp</p> <p>Negativ: Kommunens indsats</p>
<p>Der er nogle løse ender... Mine behandlere har ikke været gode til at skrive i den fælles portal, så fx socialrådgiveren på kommunen kunne følge med. Desuden slutter det nu lidt brat - mit forløb...Jeg er blevet fyret fra mit job og har brug for hjælp til at starte på arbejdsmarkedet igen. Men der er ikke flere timer hos psykologen, og jeg er ikke helt rask - men heller ikke syg nok. Så jeg står lidt og bævrer...og mangler lidt nogen, der tager mig i hånden, nu hvor jeg gerne vil på arbejdsmarkedet igen, men frygter samtidig at "falde tilbage". Så hvis målet er at komme på arbejdsmarkedet igen, hvor er hjælpen så nu? Jeg blev lovet hjælp til at finde en praktikplads eller hjælp til at prøve nyt gennem projektet, da jeg talte med arbejdsmedicinsk klinik. Men nu er de muligheder der ikke?? Så ja, jeg har været meget taknemmelig og glad for hjælp - især psykologtimerne. Men jeg er stadig mærket af stress, depression og angst - selv om jeg har det langt bedre nu. Jeg har brug for en mentor e.l. til at rådgive mig i forhold til min fremtid og tage mig i hånden. Min psykolog havde det også underligt med, at forløbet sluttede lidt brat. Det er jeg ked af. Jeg følte mig meget tryk og at der endelig var nogen, der forstod + tog hånd om den sag, som jeg ikke selv magtede. Det gav mig styrke til at tro på det. Men nu står jeg igen alene</p>	<p>Positiv: Psykologhjælp</p> <p>Negativ: Forløb slutter for tidligt Tværfaglig indsats</p>
<p>Integrated Care er et rigtig godt initiativ, men det lider under problematikken med sygedagpengelovgivningen, som betyder, at langtidssyge, som jeg selv, kan miste vores økonomiske grundlag, inden behandlingen når at hjælpe os tilbage til arbejdsmarkedet. Det, at jeg er i reel risiko for at miste mit forsørgelsesgrundlag, er en meget stor kilde til stress og angst, og det forværrer mine symptomer</p>	<p>Positiv: Godt initiativ</p> <p>Negativ: Administration</p>
<p>Ideen er rigtig godt. Men i mit tilfælde virker slet ikke. Har ventet over en mdr. på psykiater og resten har lægen taget, som ikke rigtig kan håndtere mine symptomer. :(</p>	<p>Positiv: Godt initiativ</p> <p>Negativ: Langsomt forløb</p>
<p>I nogle af spørgsmålene er der ikke de svarmuligheder, som jeg ellers ville svare. For eksempel kender jeg ikke den handlingsplan, der spørges ind til, og de efterfølgende spørgsmål er derfor vanskelige at besvare, så det giver mening</p>	Andet
<p>Alt i alt har jeg været godt tilfreds med projektet, fordi man kan mærke, at de snakker sammen og er informeret inden møderne, og man kan mærke, at de gerne vil hjælpe en. Har været rigtig glad for min psykolog</p>	<p>Positiv: Psykolog og samarbejde</p> <p>Negativ: Kender ikke handleplan</p>
<p>Jeg fik hurtigt den hjælp i systemet, som jeg manglede. Men der er også meget tid, man går og laver intet/venter på nye aftaler eller behandlinger</p>	<p>Positiv: Hurtig hjælp</p> <p>Negativ: Langsomt forløb</p>

Kommentar	Kategori
<p>Synes, det har været positivt, at flere faggrupper blev inddraget og meget glad for at få tilbudt så professionel hjælp. Dog synes jeg, at der gik lang tid, inden jeg fik samtale med psykolog. Undervejs har jeg enkelte gange savnet, at de forskellige behandlere (læge, psykolog og arbejdsmedicinere) kendte til, hvad jeg havde talt med den sidste behandler om. Undervejs havde de ikke samme mening til en sag, det kunne være en ulempe, men jeg valgte at se sådan på det, at der kunne være flere tilgange til en given sag og valgte det, der gav mest mening for mig</p>	<p>Positiv: Samarbejde</p> <p>Negativ: Langsomt forløb</p>
<p>Kan ikke takke nok for muligheden for at være en del af Integrated Care, det har været lidt besværligt til tider (specielt da jeg blev henvist til Netværksgruppe men intet har hørt vedr. dette efterfølgende), dog har min depression stabiliseret sig pga. medicinsk behandling og jeg er langsomt ved at komme ind i systemet igen! Tusind tak</p>	<p>Positiv: Medicinsk behandling</p> <p>Negativ: Uklarhed (netværksgruppe)</p>
<p>Det er ikke nemt at gå ind på siden, ej brugervenligt. Jeg har ikke kunnet se noget af det, mine behandlere har lagt ind på siden. Ikke tilfredsstillende. Da jeg kontaktede kommunen, vidste de ikke, hvad projektet drejede sig om. Evaluering: Godt forløb med psykolog og arbejdsmedicinsk men har ingen ide om, om de har samarbejdet igennem dette projekt</p>	<p>Positiv: Psykolog</p> <p>Negativ: Handleplan og samarbejde</p>
<p>Jeg har overordnet været tilfreds med forløbet, især hos egen læge samt psykologsamtalerne. Jeg har kun mødt søde og hjælpsomme sagsbehandlere i kommunen men har ikke et indtryk af at være en del af et samlet forløb - samarbejdet på tværs af kommune/læge/psykolog har ikke været tydeligt for mig. Men som sagt har jeg alligevel følt mig godt hjulpet hele vejen igennem af instanserne hver især. Mit eneste kritikpunkt er, at der gik alt, alt for lang tid, inden jeg kom i gang med psykologsamtalerne. Jeg mener, at der gik godt to måneder, inden jeg kom i gang, og det var de hårdeste måneder, hvor alt ramlende. Derfor burde psykologsamtalerne have startet meget tidligere i mit forløb</p>	<p>Positiv: Psykolog, egen læge</p> <p>Negativ: Langsomt forløb Tværfagligt samarbejde</p>
<p>Det har været en rodet, ustruktureret og demotiverende affære - og jeg ville aldrig have deltaget i det, hvis jeg havde kendt konditionerne. Projektet synes hverken visionært eller nyskabende, men bare at være mere af det samme: bureaukrati og manglende sammenhængskraft, og ikke til borgerens fordel (det kræver et godt helbred og et godt netværk at være syg...)</p>	<p>Negativ</p>
<p>Jeg undrer mig meget over, at de psykologer, man kommer ind til i IC-projektet, ikke har nogen former for viden om stresspåvirkningen af kroppen ved lang tids smerte og lang tids sygdomsmedling. Den viden, jeg har om det, kommer fra Sano Centret, og jeg har måttet bruge meget lang tid på at prøve at forklare begge psykologer, hvad jeg har lært dernede. Jeg mener, at det skal være mindstekrav til IC-behandlere, at de har viden om dette emne. Er der ingen screening af de psykologer, der bliver ansat i IC-projektet, og hvad der skal være deres kompetenceområder?</p>	<p>Negativ</p>
<p>Jeg er ked af, at jeg er blevet smidt ud af projektet, fordi min læge har henvist mig, på trods af at jeg er under uddannelse og ikke har et job, som er påkrævet for at kunne deltage i projektet</p>	<p>Negativ</p>
<p>Ja det er noget fup</p>	<p>Negativ</p>
<p>Synes, kommunikationen mellem psykolog og læge ikke helt er lykkedes. Og kommunikationen mellem psykolog og kommune er ikke eksisterende. Og det er ikke pga. min psykolog, han har skrevet flere gange. Men de påstår, de ikke har hørt noget. Det fungerer ikke helt optimalt. Men idéen er super god</p>	<p>Negativ: Samarbejde</p>
<p>Jeg er overrasket over, hvor lidt kommunen følger min sag via Integrated Care. Samt at arbejdsmedicinsk ikke er en del af min sag på Integrated Care. Arbejdsmedicinsk og min læge er dem, der har gjort, at min stress ikke udviklede sig mere end den gjorde. Jeg har ikke fået det udbytte af Integrated Care, som jeg havde forventet, kommunen kører stadig deres samtaler og deres plan, selvom jeg var langt foran deres plan...de eneste, der har skrevet i min journal, er min læge...meget mærkeligt samarbejde på tværs af behandlere og behandlersystemet. Synes, ideen bag Integrated Care er god.</p>	<p>Negativ: Samarbejde</p>
<p>Synes spørgeskema er svært at udfylde. Har fx ikke haft kontakt til kommunen under forløbet og hvorfor de samme spørgsmål to gange.</p>	<p>Negativ: Samarbejde (ingen kontakt med kommunen)</p>
<p>Jeg har, foruden kontakten til læge og psykolog, ikke haft nogen kontakt til kommunen eller andre aktører</p>	<p>Negativ: Samarbejde (ingen kontakt med kommunen)</p>

Kommentar	Kategori
Jeg var kun i kontakt med én psykolog i mit forløb, og der var derfor ikke tale om, at nogen viden blev delt på tværs af behandlere. Jeg følte ikke, at jeg kom nogen vegne i min behandling, og stoppede derfor med mine regelmæssige samtaler med psykologen	Negativ: Samarbejde
Jeg oplevede, at min kontaktperson ved sygedagpenge i kommunen ikke kunne se alle de ting, min psykolog havde noteret ned om mig. Så hun anede faktisk ikke, hvad der skulle tages hensyn til osv. Og endnu engang skulle jeg til at forklare alt selv. For b.la. folk med angst er det netop meningen med Integrated Care-projektet at undgå disse situationer og skabe mere tryk og samhørighed for den syge	Negativ: Samarbejde (dårlig kontakt med kommunen)
Jeg syntes ikke, det har levet op til det, jeg troede, det var, da jeg ikke har fornemmelsen af at læge, psykolog, sagsbehandler ved kommune har arbejdet sammen, jeg har heller ikke selv haft mulighed for at gå ind og se, hvad der er skrevet om mig. Og det var sådan, jeg havde fået opfattelsen af, det var, og at det skulle være lettere for mig at være patient	Negativ: Samarbejde
Jeg har hørt, at man kan få et login til Integrated Care. Dette har jeg ikke modtaget. Min læge er den absolut bedste, men it-mæssigt i Integrated Care-systemet, kunne jeg godt tænke mig, at hun kunne navigere noget mere. Fik fx ikke bestilt ønsket samtale, fordi der var valgt "forkert" punkt	Negativ: Uklarhed (handleplan)
I mit forløb har jeg haft brug for, at min læge har haft mere viden om, hvad jeg har haft aftalt med psykologen. Jeg ved, at psykologen havde skrevet, hvordan det gik mig, og hvad der videre var aftalt i forhold til opstart af job igen. Da jeg besøgte min egen læge, havde jeg en klar fornemmelse af, at hun ikke havde læst, hvad psykologen havde skrevet. Grunden til, at jeg havde denne fornemmelse, var, at hun kom med et andet forslag til, hvordan jeg skulle starte job, end det som jeg havde aftalt med psykologen. Det er vigtigt, at man som patient føler at der rent faktisk er et samarbejde imellem de to	Negativ: Uklarhed Samarbejde
Handleplaner kender jeg ikke noget til og kender eller ikke til, at jeg kan tilgå dem. Psykologen kom jeg først til efter flere måneders ventetid! Jeg gik i tre måneder og ventede på en psykolog. Jeg trådte vande og spildte tiden. Det var virkelig alt for dårligt! Og mine samtaler med kommunen kan man ikke bruge til en pind. Psykologsamtaler er det eneste, der virker. Sørg for, at folk, der har brug for det, kommer til psykolog. Alt det renderi op til kommunen er ubrugeligt	Negativ: Uklarhed (handleplan) Langsomt forløb Samarbejde
Har ikke fået lavet en handleplan. Er kun kommet videre, fordi jeg har viljen og værktøjer i qua af mit job. Og oplever, at det med at tage ansvar for egen situation er negativt. Synes meget kan forbedres, og folk, der er syge, kan hjælpes på en helt anden måde	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Jeg skal vist lige have forhørt mig om, hvorledes jeg kan følge med på handleplanen	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Det eneste jeg har af kommentar er: Hvordan finder jeg min handleplan på nettet?? Jeg har spurgt lægen, kommunen og ingen kan fortælle mig, hvordan jeg kommer ind, og hvor den findes. Jeg har prøvet igennem integratedcare.dk men kender ikke den kode, der skal indtastes. Må gerne kontaktes vedr. dette :-)	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Tænker det er derfor min handleplan ikke fremgår	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Alle mine besvarelser er ikke korrekte. Flere af dem kunne jeg ikke svare på, fordi ingen af kategorierne passede, men var nødt til at sætte en obligatorisk markering. For eksempel var jeg ikke klar over, at psykolog og læge havde udarbejdet en handleplan i fællesskab. Yderligere har jeg ikke været i kontakt med min læge, efter jeg indgik i forløbet, men har kun været til psykolog - jeg er heller ikke klar over, om jeg også skal have kontakt med min læge. Jeg er usikker på, hvad der menes i forbindelse med en handleplan. Tror også, de involverede hjælpepersoner er	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Sygeplejersken hos min praktiserende læge er dog tovholder, men jeg har intet set på skrift i forhold til forløbet - bortset fra brochuren, da jeg blev præsenteret for muligheden for at deltage. Jeg har haft samtaler med sygeplejersken undervejs og har været ved psykologen ca. fire gange	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Jeg har ikke set skriftlige målsætninger eller handleplan. Jeg tog til psykolog, har ikke haft kontakt til kommunen eller andre, som kunne hjælpe i forhold til job/udd.løsning	Negativ: Uklarhed (handleplan)
Til fremtiden må det godt blive klargjort, om patienten skal betale noget for forløbet. Det er en vigtig faktor for, om patienten kan gennemføre det	Negativ: Uklarhed

Kommentar	Kategori
Jeg forstår ikke meget dansk og er ikke klar over, hvad Integrated Care er for noget	Negativ: Uklarhed
Det er meget svært selv at logge på og finde nogle oplysninger. Det er utrygt ikke helt at vide, hvem der kan læse med	Negativ: Utryghed
Der har været for stor udskiftning af socialrådgiverne i kommunen. Det føles utrygt og er ikke det, der stod i programmet	Negativ: Utryghed
Jeg vil gerne have mulighed for ved et personligt interview at uddybe mine svar fra dette spørgeskema, da mine svar langt hen af vejen er angivet pga. utrolig lang ventetid på de for mig relevante indsatser. Men alt i alt, synes jeg at Integrated Care er en rigtig god tankegang, på papiret et godt samarbejde, men det er ikke helt min oplevelse, at det endnu virker helt optimalt. Hvis jeg på sigt kan være med til at styrke indsatsen for folk, der lander i en lignende situation som jeg selv, så vil jeg utrolig gerne det	Negativ: Langsomt forløb
Jeg er ked af min ret negative vurdering og vil gerne nuancere den, hvis I kontakter mig. I hovedtræk: Det lød godt, men så skete der ikke rigtigt mere	Negativ: Langsomt forløb
Jeg synes ikke, at det har været en positiv oplevelse. Jeg været ikke velinformeret omkring projektet, eller den hjælp jeg kunne få. Jeg synes, at et forløb med en psykolog kunne havde hjulpet mig meget mere, men det var tilbudt. Kun et besøg men en psykiater, som gjorde, at jeg fik det dårligere. Her er resten af historien.....Jeg blev tilbudt en tid med en psykiater. Jeg ventede næsten en måned for at bliver kontaktet, men var nødt til at ringe til min læge igen for høre, hvornår jeg vil blive kontaktet. Det tog ca. en uge mere for at få en tid med en psykiater. Jeg troede, at det ville være et forløb og ikke kun et besøg. Jeg havde det rigtig skidt, efter jeg var til psykiater, da han sagde, at han ikke kunne hjælpe mig, fordi han mente, at det kun var stress og ikke en depression, men han sagde, at jeg er tæt på en depression og helt presset. Han sagde, hvis det hele brændte sammen, kunne jeg stige i min cymbalta dosis, men det var hans eneste råd! Jeg synes ikke, han var særlig god til at lytte til, hvordan jeg har det og hørte ikke alt om min situation og bekymringer, da han stoppede mig/afbrød mig flere gange. Han sagde, at jeg skal have styr på min arbejdssituation, der er risiko for at udvikle en depression, og hvis jeg synes, at jeg ikke kan klare mere kan min cymbalta dosis stige til 30 mg, men han vil ikke se mig igen, og jeg skal klare mig selv. Hvad med forebyggelse af en depression!!! Jeg synes, at jeg har brug for et forløb og en til at hjælpe mig igennem, så jeg ikke bryder sammen	Negativ: Ingen indsats Uklarhed
En psykiaterhenvisning var en misforståelse. En anden henvisning er benyttet og en samtale med en fra arbejdsmedicin har været gennemført på fire mdr.	Negativ: Ingen indsats
Når et menneske meget længe har været nede og følt sig alene om sin egen psykiske situation, kan dette menneske næsten ikke klare flere frustrationer. Det eneste, jeg har fået ud af IC, er netop frustrationer, og den eneste "hjælp", som jeg har fået, er dette tilsendte spørgeskema. Jeg har været med i IC i et halvt år og intet hørt, hvilket jeg har gjort min læge bekendt med flere gange. 4/2 fik jeg et brev, hvor der står, at jeg har været glemt i systemet, men jeg er med! Der går yderligere tre til fire uger og stadig hører jeg intet. Jeg raskmelder mig 10/3, det eneste, jeg holder fast i, er held og mirakler, hvis jeg ikke skal vælte igen. I uge 11 kontaktes jeg af en koordinator fra IC, hvor jeg fortæller, at jeg i min ferie har aftalt et møde med (red: sagsbehandler) på jobcenteret. 17/3- dette bliver skrevet i min handleplan (min egen aftale...fantastisk hjælp!!) Jeg har ikke fået oplyst, hvordan jeg har adgang til IC-handleplanen, jeg fik af min læge at vide, at jeg ville modtage "noget" fra IC i form af tilbud til hjælp til det psykiske. Jeg har intet modtaget. Jeg har ikke fået tilbud om psykologhjælp, hvilket jeg især har brug for nu efter mit møde med IC)-:	Negativ: Ingen indsats
Jeg har kun været til en samtale. Og jeg syntes ikke, jeg er blevet tilbudt hjælp af nogen som helst art. Så jeg syntes tværtimod ikke, jeg er kommet videre. For at være ærlig havde jeg næsten glemt, jeg var en del af det	Negativ: Ingen indsats
Tror bare, jeg er "meldt fredet" lidt endnu pga. usikkerhed omkring min søns fremtid. Har kun kontakt med egen læge og psyk. Jeg er opsagt pga. længerevarende sygefravær men har løn endnu og modtager derfor ikke sygedagpenge endnu	Negativ: Ingen indsats
Jeg har op til flere gange været i kontakt med min kommune (Odense), da jeg er blevet udmeldt af mit studie grundet min sygdom. Ingen, som jeg har talt med, kender til Integrated Care-projektet. Jeg bliver sidestillet som "rask" og er flere gange blevet ignoreret i denne sammenhæng	Negativ: Ingen indsats
Jeg har ikke deltaget i noget ud over opstartssamtale ved læge. Hørte aldrig fra nogen derefter	Negativ: Ingen indsats
Jeg har ikke deltaget i noget, andet end den indledende samtale ved lægen. Jeg er fuldt ud arbejdende igen, og har det psykisk rigtig godt. Vil gerne give min viden og erfaring videre	Negativ: Ingen indsats

Kommentar	Kategori
Tror jeg blev fejlplaceret i Integrated Care	Negativ: Ingen indsats
Jeg har ikke hørt fra Integrated Care siden min opstartssamtale	Negativ: Ingen indsats
Det er svært at svare på spørgsmålene efter så kort tid i projektet	Spørgeskema
Nogle spørgsmål kunne jeg ikke svare korrekt på qua svarmuligheder. Et spørgsmål var jeg i tvivl om, hvad menes med behandlingssystemet – hvem hører under det?	Spørgeskema
Jeg vil sige, en del af spørgsmålene er rigtig svære for mig at svare på, da jeg først lige er startet på det. Den psykolog, jeg har fået, er rigtig dygtig. Men han har svært ved at give mig værktøjer. Da jeg har haft psykiater igennem fire år	Spørgeskema
Jeg har svært ved at huske pga. lavt stofskifte	Andet
Det skal retfærdigvis nævnes, at jeg har været sygemeldt med samme lidelse og tilknyttet et kvalitativt forløb ved OUH. Derfor har jeg ikke erhvervet yderligere ny viden om min lidelse via IC	Andet

Bilag 6 Supplerende tabeller fra SAD-fagpersonernes spørgeskema

Det er en grundlæggende præmis for arbejdet med IC-modellen, at den skal bidrage til at øge kapaciteten til relationel koordinering på tværs af de involverede fagpersoner, aktører og sektorer. Derfor har vi i spørgeskemaundersøgelsen stillet en række spørgsmål, der specifikt undersøger, om fagpersonerne oplever, at SAD-indsatsen påvirker Jody Gittels syv dimensioner for relationel koordinering positivt. Resultaterne præsenteres og kommenteres i de følgende tabeller²³.

I spørgeskemaerne spurgte vi fagpersonerne, om SAD-indsatsen bidrager til, at de får større viden om deres samarbejdspartneres arbejde og får større gensidig respekt. Bilagstabel 6.1 og Bilagstabel 6.2 nedenfor viser fagpersonernes svar.

Bilagstabel 6.1 Fagpersonernes vurdering af, om SAD-indsatsen bidrager til, at de og deres samarbejdspartnere generelt har viden om hinandens arbejde

	Praktiserende læge	Anden
1: Slet ikke	0 %	0 %
2: I beskeden grad	15 %	13 %
3: I nogen grad	50 %	39 %
4: I høj grad	35 %	35 %
5: I meget høj grad	0 %	9 %
Ved ikke	0 %	4 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

Bilagstabel 6.1 undersøger, i hvilket omfang fagpersonerne oplever, at SAD-indsatsen skaber fælles viden om hinandens opgaver og behov for viden på tværs af SAD-patienternes forløb. Som det fremgår, mener ca. 85 % af fagpersonerne i alle faggrupper, at SAD-indsatsen bidrager til øget viden om hinandens arbejde i nogen til høj grad, mens ingen mener, at indsatsen slet ikke bidrager til øget viden.

²³ Det gælder på tværs af tabellerne, at der ikke ses væsentlige udviklinger i forhold til svarene fra midtvejsevalueringen. I det omfang, der er udvikling, er der tale om en svag tendens til mere negative svar samt en tendens til, at flere svarer "ved ikke".

Bilagstabel 6.2 SAD-indsatsens bidrag til at etablere gensidig respekt for hinandens bidrag og kompetencer på tværs af de inkluderede patienters forløb

	Praktiserende læge	Anden
1: Slet ikke	4 %	0 %
2: I beskeden grad	4 %	0 %
3: I nogen grad	15 %	35 %
4: I høj grad	65 %	35 %
5: I meget høj grad	8 %	26 %
Ved ikke	4 %	4 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

I Bilagstabel 6.2 har vi undersøgt, hvorvidt fagpersonerne oplever, at SAD-indsatsen bidrager til at øge den gensidige respekt på tværs af de faggrupper, der indgår i SAD-indsatsen. Her svarer henholdsvis 73 % af praksislægerne og 61 % af de øvrige faggrupper, at dette i høj eller meget høj grad er tilfældet. Ingen af de øvrige faggrupper svarer, at det ikke eller kun i beskeden grad er tilfældet. Af interviewundersøgelsen fremgik det desuden, at nogle svarede negativt på dette spørgsmål, fordi – pointerede de – de allerede havde en god, gensidig respekt for hinanden.

Bilagstabel 6.3 Fagpersonernes vurdering af SAD-indsatsens bidrag til at skabe et fælles defineret mål for samarbejdet om de inkluderede patienters forløb på tværs af faggrupper og sektorer

	Praktiserende læge	Anden
1: Slet ikke	0 %	0 %
2: I beskeden grad	12 %	13 %
3: I nogen grad	38 %	22 %
4: I høj grad	42 %	48 %
5: I meget høj grad	0 %	9 %
Ved ikke	8 %	9 %
I alt	100 %	100 %

Note: 49 besvarelser.

I Bilagstabel 6.3 præsenteres fagpersonernes vurdering af SAD-indsatsens bidrag til at skabe fælles mål. Som det fremgår, svarer de to faggrupper meget ensartet med 42-48 %, der mener, at SAD-indsatsen i høj grad bidrager til at definere fælles mål for patienternes forløb, mens 12-13 % procent mener, at dette kun er tilfældet i beskeden grad.

Bilagstabel 6.4 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den faglige kommunikation i SAD-indsatsens bidrager til mere hyppig, rettidig og relevant information samt mulighed for dialog ved komplekse problemstillinger

	...relevante parter kommunikerer hyppigt nok til, at vi har en fælles viden og fælles mål for SAD-patienten	...jeg modtager informationer tids nok til, at jeg har nytte af dem	...jeg modtager informationer, der er relevante og målrettede mine behov	...jeg har mulighed for at komme i dialog med relevante samarbejdspartner, når der opstår komplekse problemstillinger i patientforløbet
1: Slet ikke	6 %	6 %	2 %	0 %
2: I beskeden grad	14 %	8 %	12 %	12 %
3: I nogen grad	43 %	51 %	43 %	37 %
4: I høj grad	20 %	27 %	37 %	39 %
5: I meget høj grad	4 %	4 %	2 %	12 %
Ved ikke	12 %	4 %	4 %	0 %

Note: 49 besvarelser.

Bilagstabel 6.4 viser fagpersonernes vurdering af SAD-indsatsens betydning for hyppighed, rettidighed og relevans af den information, der udveksles på tværs af patientforløbet, og muligheden for dialog med relevante parter, når der opstår komplekse problemstillinger i patienternes forløb. Svarene viser, at henholdsvis 67 %, 82 %, 82 % og 88 % af fagpersonerne mindst i nogen grad oplever, at SAD-indsatsen bidrager positivt til udveksling af viden og problemløsning relateret til de inkluderede patienter. Der er altså stor enighed blandt fagpersonerne om, at SAD-indsatsen bidrager til mere og bedre kommunikation omkring SAD-patienter.

Bilagstabel 6.5 Oversigt over fagpersonernes generelle kommentarer

Type af kommentar	
Positive kommentarer	<p>Det er en samarbejdsplatform til gavn for alle aktører – ikke mindst borgerne. Der er visse skønhedsfejl endnu, men alt i alt meget virksomt.</p> <p>Alt i alt en fint sammenhængende oplevelse af faglige aktører omkring patienterne.</p> <p>Permanent etablering af IC ville klart forbedre behandlingsforløbene, idet en tidsmæssig investering i samarbejdet ville være mere holdbar.</p> <p>Projektet er klart mest relevant for "ny-syge". Den helt store gevinst er hurtig psykologhjælp og hurtig fælles indsats.</p> <p>Man får viden, der kan bruges i andre patientforløb.</p>
Konstruktive kommentarer	<p>Gør flere informationer tilgængelige via handleplan. Bagnumre til behandlere – referater af TST-møder – Henvisningsprocedure til forskellige instanser, som vi kan få brug for (psykiater, psykiatrisk skadestue, jobkonsulenter, speciallæger m.m.). Desto mere fagrelevant, vi får lige ved vores fingerspidser, des mere bruger vi systemet. Og meget kunne tilføjes, gøres smartere og integreres. ... Hvorfor kommer dette spørgeskema som mail frem for at dukke op via handleplanen?</p> <p>Min oplevelse er, at kommunen ikke helt kan leve op til de ting, de lover, hvilket jeg som sådan har forståelse for: de er pressede. Dog oplever jeg en meget lille selverkendelse fra systemet, hvilket dels gør, at jeg som fagperson føler mig afvist, hvilket mindsker kvaliteten af samarbejdet, og dels gør, at patienterne føler sig afvist og mindsker kvaliteten af deres forløb. Alt i alt en "lose-lose"-situation</p> <p>Vi, der ikke har været med fra starten, har brug for en meget mere grundig indføring og sammenføring af de enkelte teams.</p> <p>Jeg havde ønsket, I spurgte mere til TST og direkte kommunikation via telefon. Kommunikation ad disse veje er en rigtig god idé. Virtuel konference burde også afprøves.</p> <p>Desværre tager det tekniske længere tid end ønskeligt, og det er svært at finde rundt i, hvis ikke man bruger det regelmæssigt.</p> <p>Det største problem for patienten ser jeg i det begrænsede udbud af psykologer. Ofte er der kun én eller to ledige. Hvis patienten fik henvisning på almindelig vis, ville vedkommende selv kunne vælge.</p>
Vedrørende manglende erfaring med systemet	<p>Er koblet på IC-samarbejdet, men har meget få borgere, som henvises gennem samarbejdet, og har derfor svært ved at forholde mig til en del af spørgsmålene.</p>

Bilag 7 Stratificeringsmodel SAD (6. version, december 2014)

Eksklusionskriterier:

- Førtidspensionister og efterlønnere
- Studerende
- Borgere med svær psykopatologi (psykiatriske diagnoser F 20.0-F 29.9 og F.30.0-F 31.9)
- Borgere med en kommunal misbrugssag (undersøges)
- Borgere, der har været sammenhængende ledige i en periode på mere end 2 år og fortsat er ledige (borgere på ressourceforløb, midlertidig arbejdsmarkedsydelse, særlig uddannelsesydelse og kontante ydelser (sidstnævnte med virkning fra 1. oktober 2015) ekskluderes)
- Døde og udvandrede (inaktive)

Data		Kvalificering af data
Alder		Alle mellem 18-65 år (inkl.)
Sygdom i relation til SAD		Der trækkes på "stress", "depression" og "andre mentale psykiske problemer" for sygedagpengemodtagere
- usikkert om patienten har SAD (kun kommunale data med koden stress, angst eller depression)	1 point	
- kendt med stress, angst eller depression (i lægesystem)	3 point	
Gentagne (> 3 af > 2 ugers varighed) sygemeldinger inden for 2 år	5 point	
Sidste sygemeldings længde:		
< 2 uger	0 point	
> 2 uger	1 point	
Tilknytning til arbejdsmarkedet		
- i beskæftigelse	2 point	
- A-dagpenge	1 point	
- jobafklaringsforløb	0 point	
Behandling		
- brug af psykofarmaka	1 point	
- brug af psykolog (henvist fra almen praksis)	1 point	
- brug af psykiater	0 point	
Hyppige kontakter til praktiserende læge		
- < 15 gennem de sidste 2 år	0 point	
- 15-20 gennem de sidste 2 år	1 point	
- > 20 gennem de sidste 2 år	2 point	
Civilstand		
- gift/samboende	0 point	
- enlig	1 point	
- hjemmeboende førskolebørn	1 point	
Herkomst		Der trækkes på herkomst
- dansk	0 point	
- udenlandsk	1 point	
A-kassetilknytning		Data trækkes på årsbasis
- FTF, BUPL, lærernes A-kasse og DSA	1 point	
- øvrige eller ingen a-kasse	0 point	

Målgruppen er borgere med 5 eller flere point.

Bilag 8 Supplerende tabeller fra kapitel 3

Bilagstabel 8.1 Gennemsnit af forklarende faktorer, der ligger til grund for udvælgelse af kontrolgruppen. For indsats- og kontrolgruppen – før og efter match

	Gns. for indsats-gruppe	Gns. for matchet kontrol	Gns. for brutto-gruppe	% bias for matchet kontrol	% bias for brutto	p> t matchet kontrol
Kvinde	0,78	0,77	0,51	1,1	59,3	0,9
Indvandrer	0,1	0,1	0,12	0	-7,7	1
A-kasse, aktuelt medlem	0,86	0,86	0,6	-1,7	59,7	0,83
Alkoholmisbrug	0,02	0,02	0,01	1,4	2,8	0,88
Barn, stofmisbruger	0,02	0,02	0,01	-1,1	3,1	0,92
Selv stofmisbruger	0,01	0,01	0,01	3	-4,5	0,7
Antal flytninger	1,24	1,16	0,78	5,9	32	0,58
Antal uger i aktivering året før	2,17	2,12	1,36	0,6	9,4	0,95
Medlem af BUPL	0,05	0,05	0,02	0,2	16,7	0,98
Medlem af FTF	0,06	0,05	0,05	2	5,2	0,84
Medlem af DSA	0,07	0,07	0,04	-1,8	11,6	0,87
Medlem af DLF	0,06	0,07	0,03	-5,9	13,4	0,6
Alder < 25 år	0,06	0,05	0,19	1,3	-40,6	0,85
Alder 25-35 år	0,26	0,26	0,2	0,6	14	0,95
Alder 35-45 år	0,34	0,35	0,19	-1,7	34,8	0,87
Alder 45-55 år	0,23	0,23	0,19	-1	7,6	0,92
Antal kontakter med hospitalsvæsen med følgende aktionsdiagnose:						
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	0,15	0,13	0,16	1,7	-0,3	0,84
Svulster	0,42	0,33	0,82	1,6	-7,4	0,78
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	0,48	0,45	0,65	0,9	-4,8	0,9
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser inkl. psyk. udviklingsforstyrrelser	0,37	0,34	0,08	2,3	24,7	0,87
Sygdomme i nervesystemet	0,13	0,13	0,39	0	-11,6	1
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	0,24	0,19	0,18	2,9	3	0,76
Sygdomme i øre og processus mastoideus	0,15	0,07	0,15	5,7	0,5	0,5
Sygdomme i åndedrætsorganer	0,59	0,54	0,22	1,5	10,9	0,91
Sygdomme i fordøjelsesorganer	0,59	0,66	0,6	-2,4	-0,5	0,8
Sygdomme i hud og underhud	0,4	0,35	0,27	2	5,8	0,82
Sygdomme i urin- og kønsorganer	1,82	1,36	0,79	4,9	11	0,5
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	0,81	0,8	0,9	0,5	-3,9	0,95
Symptomer og abnorme fund, ikke klassificeret andetsteds	1,5	1,6	0,86	-2,4	14,8	0,83
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	4,05	4,08	3,38	-0,6	11,5	0,95
Gennemsnitligt honorar pr. uge til ambulante indlæggelser	15,22	15,01	13,44	0,5	4,4	0,93
Gennemsnitligt honorar pr. uge til døgnindlæggelser	4,75	4,54	5,51	0,7	-2,6	0,91
Gennemsnitligt honorar til almen læge pr. uge i perioden før	22,81	23,24	11,1	-3,2	86,6	0,81
Gennemsnitligt honorar til tandlæge pr. uge i perioden før	4,02	3,96	3,53	1,3	11,8	0,89

	Gns. for indsats- gruppe	Gns. for matched kontrol	Gns. for brutto- gruppe	% bias for matched kontrol	% bias for brutto	p> t matched kontrol
Gennemsnitligt honorar til vagtlæge pr. uge i perioden før	2,42	2,45	1,34	-0,7	21,9	0,97
Gennemsnitligt honorar til øjenlæge pr. uge i perioden før	1,38	1,33	1,22	0,7	2,1	0,94
Gennemsnitligt honorar til ørelæge pr. uge i perioden før	1,57	1,52	1,05	1,1	11,7	0,92
Gennemsnitligt honorar til anden læge pr. uge i perioden før	12,76	14,05	9,46	-5,2	13,3	0,56
SAD-diagnose i sygedagpengesystemet	0,38	0,39	0,02	-3,2	103,4	0,81
På sygedagpenge ved start af indsats	0,43	0,44	0,02	-1,5	115,1	0,91
Andel af uger med sygedagpenge i perioden før	0,1	0,1	0,02	-3	66,1	0,8
Andel af uger på SU i perioden før	0,09	0,09	0,17	1,1	-28,8	0,88
Andel af uger i selvforsørgelse i perioden før	0,74	0,75	0,73	-3,3	2,8	0,69
Andel af uger i løntilskud i perioden før	0,02	0,01	0	8,3	24,8	0,47
Andel af uger i dagpenge i perioden før	0,09	0,08	0,03	5,3	42,4	0,64
Andel af uger i kontanthjælp i perioden før	0,02	0,02	0,04	1,3	-13,4	0,86

Note: Den matchede kontrolgruppe er udsøgt via Propensity score matching, se afsnit 1.2.4.

Bilagstabel 8.2 Logistisk estimation af sandsynligheden for deltagelse i IC-indsatsen

	Koefficient	Standardafvigelse	P> z
Kvinde	0,739	0,180	0,00
Indvandrer	-0,127	0,243	0,60
A-kasse aktuelt medlem	0,414	0,254	0,10
Alkoholmisbrug	0,070	0,577	0,90
Barn stofmisbruger	0,426	0,533	0,42
Selv stofmisbruger	-0,292	0,752	0,70
Antal flytninger	0,400**	0,049	0,00
Antal uger i aktiveringsåret før	0,030**	0,009	0,00
Medlem af BUPL	0,125	0,328	0,70
Medlem af FTF	0,109	0,308	0,72
Medlem af DSA	0,170	0,294	0,56
Medlem af DLF	0,199	0,316	0,53
Alder <25	-0,930*	0,412	0,02
Alder25-35	0,158	0,282	0,58
Alder35-45	0,571	0,257	0,03
Alder45-55	0,301	0,264	0,26
Antal kontakter med hospitalsvæsen med følgende aktionsdiagnose:			
Infektiøse inkl. parasitære sygdomme	0,017	0,043	0,69
Svulster	-0,009	0,021	0,66
Endokrine og ernæringsbetingede sygdomme samt stofskiftesygdomme	-0,045	0,031	0,15
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser	0,051*	0,026	0,05

	Koefficient	Standardafvigelse	P> z
Sygdomme i nervesystemet	-0,086	0,070	0,22
Sygdomme i øje og øjenomgivelser	0,009	0,035	0,79
Sygdomme i øre og processus mastoideus	-0,003	0,059	0,96
Sygdomme i åndedrætsorganer	0,035*	0,014	0,02
Sygdomme i fordøjelsesorganer	-0,007	0,026	0,78
Sygdomme i hud og underhud	0,012	0,029	0,67
Sygdomme i urin- og kønsorganer	0,013	0,009	0,14
Læsioner, forgiftninger og visse andre følger af ydre påvirkninger	-0,023	0,032	0,47
Symptomer og abnorme fund ikke klassificeret andetsteds	0,026	0,014	0,07
Faktorer af betydning for sundhedstilstand og kontakter med sundhedsvæsen	-0,024	0,014	0,09
Gns honorar pr uge til ambulante indlæggelser	-0,002	0,004	0,53
Gns honorar pr uge til døgnindlæggelser	-0,003	0,003	0,32
Gns. Honorar til almen læge pr uge i perioden før	0,040**	0,004	0,00
Gns. Honorar til tandlæge pr uge i perioden før	0,038*	0,017	0,02
Gns. Honorar til vagtlæge pr uge i perioden før	0,005	0,006	0,36
Gns. Honorar til øjenlæge pr uge i perioden før	0,015	0,012	0,23
Gns. Honorar til ørelæge pr uge i perioden før	-0,005	0,004	0,17
Gns. Honorar til anden læge pr uge i perioden før	0,006	0,015	0,70
SAD-diagnose i sygedagpengesystemet	1,417**	0,229	0,00
På sygedagpenge ved start af indsats	2,752**	0,229	0,00
Andel af uger med sygedagpenge i perioden før	-0,193	0,754	0,80
Andel af uger på SU i perioden før	-0,481	0,355	0,18
Andel af uger i selvforsørgelse i perioden før	2,284**	0,563	0,00
Andel af uger i løntilskud i perioden før	5,021**	1,378	0,00
Andel af uger i dagpenge i perioden før	3,035**	0,719	0,00
Andel af uger i kontanthjælp i perioden før	1,118	0,751	0,14
Konstant	-10,177**	0,557	0,00

Note: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

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