

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

Midtvejsevaluering af Integrated Care modellen

– et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO



Midtvejsevaluering af Integrated Care modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne 2015

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-908-5
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	12
1.1 Baggrund og formål.....	12
1.2 Midtvejsevalueringens datagrundlag og gennemførelse	13
1.3 Rapportens opbygning	17
2 Status på implementering	19
2.1 Aftaler, organisering og redskaber, som er ens for SAD- og DÆMP-indsatserne.....	19
2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver	19
2.3 Status DÆMP	20
2.4 Status SAD.....	23
2.5 Opsamling	25
3 DÆMP-patienternes perspektiver på IC- indsatsen	26
3.1 Indgangen til IC-indsatsen.....	26
3.2 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen	28
3.3 IC-indsatsens betydning for DÆMP-patienternes behandlingsforløb	35
3.4 Opsamling på DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen	37
4 SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen	39
4.1 Indgangen til IC-indsatsen.....	39
4.2 SAD-patienternes perspektiver på IC-handleplanen.....	42
4.3 IC-indsatsens betydning for SAD-patienternes behandlingsforløb	49
4.4 Opsamling på SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen	54
5 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på DÆMP-indsatsen.....	56
5.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af DÆMP-indsatsens implementering	56
5.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver	62
5.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde.....	68
5.4 IC-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb.....	74
5.5 Opsamling	79
6 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på SAD-indsatsen.....	83
6.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af SAD-indsatsens resultater	83
6.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver	89
6.3 IC-handleplanen og TST-mødernes bidrag til tværgående samarbejde.....	96
6.4 IC-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb.....	104
6.5 Opsamling	108
7 Konklusioner og anbefalinger	112
7.1 SAD-indsatsen er nået længere og opleves mere relevant end DÆMP-indsatsen	112

Anvendt litteratur.....	118
Bilag 1 Elementer fra IC-indsatsens Care og Integrationsmål, der belyses via evalueringen	119
Bilag 2 Eksempel på anvendt interviewguide: Praktiserende læger involveret i SAD.....	120
Bilag 3 Eksempel på anvendt interviewguide: DÆMP-patienter.....	123
Bilag 4 Oversigt over de interviewede DÆMP-patienter og deres forløb i IC-indsatsen	125
Bilag 5 Oversigt over de interviewede SAD-patienter og deres forløb i IC-indsatsen	127
Bilag 6 Supplerende figurer og tabeller fra DÆMP-patientspørgeskemaet.....	128
Bilag 7 Supplerende figurer og tabeller fra SAD-patientspørgeskemaet.....	131
Bilag 8 Supplerende tabeller fra DÆMP-fagpersonernes spørgeskema.	137
Bilag 9 Supplerende tabeller fra SAD-fagpersonernes spørgeskema ...	140

Resumé

Baggrund, formål og gennemførelse

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 evaluering undersøger IC-indsatsernes møde med praksis og udpeger opmærksomhedspunkter for den videre implementering og konsolidering af indsatserne. Evalueringens fokus er på, hvordan de involverede fagpersoner oplever IC-modellens organisering, implementering og foreløbige resultater, samt hvordan de inkluderede patienter oplever IC-indsatsen. Ovenstående fokus betyder også, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering.

Evalueringen er baseret på en kombination af spørgeskemaer, interview med de direkte involverede fagpersoner, og enkelte observationer af tværsektorielle team (TST) møder og patientsamtaler i almen praksis samt diverse skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra IC-sekretariatet. Spørgeskemaerne skal således give et bredt og dækkende billede af, hvordan de involverede patienter og fagpersoner oplever IC-indsatsen, mens interview og observationer med et mindre udvalg af fagpersoner og patienter bruges til at konkretisere og forklare de tendenser, der afdækkes via spørgeskemaerne.

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 midtvejsevalueringen og de opmærksomhedspunkter, der tidligere er peget på i henholdsvis pilotundersøgelsen og evalueringerne af IC-projektet i London. Det er derfor vores vurdering, at evalueringen giver et dækkende og validt billede af, hvordan IC-indsatserne opleves, samt hvilke opmærksomhedspunkter der er vigtige for den fortsatte implementering og udvikling.

Hovedkonklusioner og anbefalinger

Selvom SAD- og DÆMP-indsatsen bygger på de samme principper og redskaber, er der stor forskel på, hvor relevante de opleves, samt hvilke resultater fagpersoner og patienter forbinder med indsatserne. SAD-indsatsen opleves således på mange måder som en succes, der imødekommer et oplevet behov hos både fagpersoner og patienter. Samtidig vurderes de tværgående elementer i samarbejdet positivt. Heroverfor er DÆMP-indsatsen udfordret, selvom der er afdækket eksempler på, at dialogen på TST-møder, opstartssamtalerne med patienterne og de tilbud, patienterne kan henvises til, opleves positivt, både når det kommer til implementering og de resultater, der forventes at følge af indsatsen.

De væsentligste karakteristika/forskelle mellem fagpersoners og patienters perspektiver på indsatserne er opsummeret i tabellen nedenfor, og de uddybes i de efterfølgende afsnit:

Karakteristika for SAD- og DÆMP-indsatserne

	SAD	DÆMP
Målgruppe og relevans	Målgruppen er afgrænset, og patienternes behov matcher IC-indsatsens organisering	Målgruppen opleves diffus, og fagpersonerne oplever ikke, at den matcher IC-indsatsens organisering
Kreds af involverede fagpersoner	Afgrænset kreds af fagpersoner, som alle har relevante opgaver i de inkluderede patienters forløb	Stor kreds af fagpersoner og store forskelle på, hvor meget de forskellige grupper er involveret i IC-indsatsen
Indhold og indsatser	SAD-indsatsen fremstår som et forløb, hvor aktørerne supplerer hinanden om at realisere et fælles mål for patienterne	DÆMP-indsatsen består af enkeltstående tilbud, som patienterne henvises til af egen læge
TST-møder	Det lykkes i noget omfang at finde relevante patienter, og der opleves et godt udbytte af møderne. Overordnet er der enighed om, at den anvendte tid på møderne er givet godt ud	Det lykkes i et lille omfang at finde relevante patienter, og der er blandede oplevelser af udbyttet. Overordnet er der enighed om, at udbyttet af møderne ikke matcher de ressourcer, det kræver at afholde dem
Handleplan	Opleves tidskrævende, men relevant, og anvendes som et fælles dialogredskab og platform for videndeling om patienten	Opleves tidskrævende og unødvendig, fordi der er velfungerende alternativer på plads. Anvendes primært til envejskommunikation ved henvisning til IC-tilbud
Patientinddragelse	Graden af patientinddragelse er ikke ændret væsentligt, og handleplanen understøtter kun i begrænset omfang patientinddragelse	Graden af patientinddragelse er uændret, og handleplanen understøtter ikke patientinddragelse
Motivation til implementering	Indsatsen matcher et oplevet behov for at kommunikere og samarbejde mere om SAD-patienternes forløb	Indsatsen opleves ikke at løse de problemer omkring patienternes forløb, som fagpersonerne ønsker hjælp til
Patienternes oplevelse af indsatsen	Indsatsen er synlig, og flertallet af patienter oplever, at de får et konkret udbytte af indsatsen	Indsatsen er usynlig, og det er uklart for patienterne, hvad de får ud af at deltage

Hovedkonklusioner vedrørende SAD-indsatsen

SAD-indsatsen opleves på mange måder som en succes, der imødekommer et oplevet behov hos både fagpersoner og patienter. Samtidig vurderes de tværgående elementer i samarbejdet positivt. Der er således bred opbakning til antagelserne bag SAD-indsatsen, og den er i det store hele implementeret på en måde, som matcher de intentioner, der oprindeligt var. Samtidig oplever mange af de involverede, at indsatsen leder til de ønskede resultater, ligesom der er indikationer på, at samarbejdet imellem de involverede fagpersoner løbende modnes, og at der er begyndt at blive skabt nye kommunikations- og handlemønstre.

Overordnet har fagpersonerne et godt kendskab til SAD-indsatsen, og den opleves som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden. Et stort flertal oplever også, at indsatsen efterleves i hverdagen i nogen eller i høj grad. Fagpersonerne oplever også, at SAD-indsatsen bidrager til, at de i dag har større viden om hinanden og dermed kan bruge hinandens tilbud bedre. Ud over at have faktisk viden om hinandens tilbud fremhæves det, at det er det at kende hinanden og at have en dialog med hinanden, der gør, at samarbejdet fungerer bedre. Derfor fremhæves TST-møderne som et særligt bidrag til det forbedrede samarbejde.

De forskellige faggrupper fremhæver forskellige positive aspekter ved at være en del af IC-indsatsen. For praksislægerne er det en fordel, at patienterne er i behandlingsforløb hos

andre aktører, og at de kan følge forløbet qua handleplanen. Det betyder, at de ikke behøver se patienterne så ofte under forløbet, som de ser patienter uden for IC-regi. De privatpraktiserende psykologer værdsætter handleplanen, fordi den giver dem mulighed for at vise de øvrige aktører mennesket bag patienten, sådan at indsatsen i højere grad kan tilpasses mennesket, frem for at patienten skal tilpasses systemet. De kommunale sagsbehandlere fremhæver sammen med de privatpraktiserende psykologer, at koordineringen af patientforløbet er bedre og hurtigere. Psykologerne ved Miljø- og Arbejdsmedicinsk Klinik (herefter AMK) bakker op om IC-indsatsen og oplever, at de andre aktører via indsatsen får et bedre kendskab til AMK. Til gengæld oplever AMK ikke, at IC-indsatsen og handleplanen medfører betydende ændringer i deres egen opgaveløsning og relation til patienterne. Dette begrundes med, at AMK oftest ser patienterne kort tid, og at AMKs udredning repræsenterer en afgrænset ydelse, som andre aktører går videre med.

Opmærksomhedspunkterne i SAD-indsatsen handler derfor i høj grad om at agere på den læring, der er skabt undervejs, samt om at understøtte fagpersonerne i fuldt ud at realisere potentialet i indsatsens forskellige elementer.

Hovedkonklusioner vedrørende DÆMP-indsatsen

Overordnet har implementeringen af DÆMP-indsatsen været udfordret som følge af uklarheden omkring DAMD-databasen i efteråret 2014, organisationsændringer på ældre- og handicapområdet i Odense Kommune og implementering af nye journalsystemer i hjemmesygeplejen, så det tog lang tid, før der var truffet beslutninger/lavet beskrivelser af de kommunale patientrettede IC-tilbud. Ud over at disse forhold har gjort det tungt at komme i gang med indsatsen, har de også ledt til, at pilotafprøvningen i foråret 2014 blev gennemført uden egentlige patientforløb, og uden at der var klarhed omkring, hvilke kommunale tilbud der indgik i IC-indsatsen. Dermed har man ikke haft en reel mulighed for at identificere og handle på en række af de problemer, der efterfølgende er afdækket via midtvejs-evalueringen.

Midtvejs-evalueringen viser således, at aftalerne for DÆMP-indsatsen, ifølge fagpersonerne, kun i begrænset omfang efterleves i hverdagen, fordi:

- risikolisterne og inklusionskriterierne opleves upræcise, samtidig med at mange har svært ved at se relevansen af de fælles handleplaner og drøftelser på TST-møder, når det er så relativt lette DÆMP-patienter, der fokuseres på i IC-regi
- IC-handleplanen ses som et unødvendigt kommunikationsredskab, der medfører dobbeltarbejde og primært fungerer som et parallelt system til de elektroniske kommunikationsveje (Edifact, MedCom m.m.), der allerede findes og fungerer på tværs af aktørerne i DÆMP-forløbene
- IC-plattformen ikke er integreret i de eksisterende systemer på den måde, fagpersonerne ønsker, og den information, der afleveres via handleplanen, ikke opleves målrettet og konkret nok af modtagerne
- DÆMP-indsatsen i stort omfang fungerer, således at patienterne henvises til enkeltstående tilbud, hvilket betyder, at praksislægerne fra deres side ikke ser et behov for en fælles udvidet handleplan eller en særlig aktiv opfølgning på forløbet
- fagpersonernes møde og kommunikation med patienterne ikke adskiller sig fra den normale praksis
- det er meget svært at finde relevante patientcases til TST-møderne, og de cases, der findes, giver i mange tilfælde ikke et udbytte, der står mål med det store setup, der er omkring møderne

- i en del det tilfælde ikke lykkes at samle de relevante fagpersoner omkring de patient-cases, der drøftes på TST-møderne
- IC-indsatsen er tidskrævende for deltagerne, og hospitalet og kommunen har svært ved at imødekomme forventningerne til IC og samtidig passe den eksisterende drift.

Ovenstående perspektiver er også afspejlet i fagpersonernes oplevelser og forventninger til IC-indsatsens resultater. Der er således ingen af de interviewede fagpersoner, som har en oplevelse – eller fremadrettet forventning – om, at DÆMP-indsatsen i sin nuværende form påvirker den tværsektorielle kommunikation og koordination af DÆMP-patienters forløb, graden af patientinddragelse, patienternes oplevelse af sammenhæng eller antallet af hospitalsindlæggelser positivt.

De væsentligste opmærksomhedspunkter, som der bør tages stilling til i forhold til DÆMP-indsatsen, er derfor:

1. om der fortsat er en tilstrækkelig tro på og opbakning til indsatsen til at videreføre den, samt hvilke justeringer der i givet fald kan og skal gennemføres for at implementere indsatsen på en mere effektiv og meningsfuld måde blandt de deltagende fagpersoner
2. hvilke resultater der realistisk set kan forventes at følge med indsatsen, når projektperioden slutter ved udgangen af 2015.

Evalueringen har i forlængelse af ovenstående afdækket nedenstående forslag til, hvordan DÆMP-indsatsen kan forenkles og justeres for at fremstå mere relevant og mindre ressourcetrækvende for de involverede. Det er KORAs vurdering, at disse forslag med fordel kan danne afsæt for styregruppens dialog om DÆMP-indsatsens forsættelse og eventuelle justeringer af denne:

- Praksislægerne får i højere grad mulighed for at lægge deres egne subjektive vurderinger til grund for, hvilke patienter der skal inkluderes i indsatsen¹.
- Overvej, om det giver bedre mening at anvende og styrke de eksisterende kommunikationsveje frem for IC-handleplanen.
- Øge fokus på indsatsens relationelle dimension, så denne fremstår som et tydeligere grundlag for samarbejdet og drøftelserne på TST-møderne.
- Juster formen på TST-møderne og sikre et større fælles læringspotentiale i de patient-cases, der meldes ind.
- Se mere bredt på, hvilke typer af patientcases der kan meldes ind, så mødet fx kan tage afsæt i en kompliceret udskrivelse eller cases, der er illustrative for generelle samarbejdsproblematikker.
- Overvej mulighederne for at supplere det store TST-fora med mindre fora, hvor fx hospitalslæge, praksislæge og patient, eller praksislæge, hjemmesygepleje og patient mødes.

Tværgående anbefalinger

Midtvejsevalueringen har afdækket en række opmærksomhedspunkter og muligheder for at styrke arbejdet med de hovedelementer, der indgår i IC-indsatsen. Disse anbefalinger gælder for både SAD og DÆMP, og derfor præsenteres de samlet i de nedenstående afsnit.

¹ Eller sikre, at de har en tiltrækkelig viden om, at de allerede har denne mulighed.

Anbefalinger vedrørende opsporing og inklusion af patienter

Evalueringen viser, at risikostratificeringen og risikolisterne ikke anvendes som planlagt. Dels er der en udbredt oplevelse af, at listerne ikke identificerer de rette patienter, og dels oplever mange, at arbejdsgangene omkring redskaberne er for tidskrævende. Begge faktorer mindsker de praktiserende lægers anvendelse af risikolisterne.

Evalueringen indikerer derfor også, at der i ret stort omfang (og især på SAD-området) er etableret en praksis, hvor patienterne i højere grad inkluderes på ad hoc-basis via møder i konsultationen og på baggrund af lægernes subjektive vurderinger frem for via risikolister. Lægerne oplever således (især på SAD-området) ikke, at de har nytte af risikolisterne.

På den baggrund anbefaler vi, at det drøftes, hvorvidt brugen af risikolister fremadrettet er relevant at benytte på SAD-området, samt at der generelt følges op på, om de inkluderede patienter matcher de opstillede inklusionskriterier.

Anbefalinger vedrørende IC-handleplaner

Der er afdækket positive eksempler på, at handleplanerne fungerer efter hensigten, og opbakning til at have dem. Mange fagpersoner oplever dog, at kommunikationen er mangelfuld og ikke adskiller sig væsentligt fra den skriftlige kommunikation, der var i forvejen. På trods af dette er der kun afdækket få og usystematiske eksempler på, at disse forhold er adresseret på tværs af deltagerne, og indtrykket er, at implementeringsarbejdet først og fremmest har omhandlet handleplanens tekniske anvendelse og funktionalitet – som de fleste relevante fagpersoner (ifølge dem selv) også er udmærket bekendte med i dag.

Det fremstår derfor som et indsatsområde at facilitere en dialog og læring omkring den faktiske kommunikation på tværs af fagpersoner i handleplanen, således at det fulde potentiale kan realiseres fremadrettet. Det kan gøres casebaseret og fx handle om, hvad modtagerne har brug for, i hvilket omfang afsenderne er i stand til at matche modtagernes behov, hvad det betyder for kommunikationen, at patienterne kan læse med, hvilke gode og mindre gode erfaringer deltagerne har med handleplaner osv. Det er også KORAs vurdering, at en sådan dialog kan understøtte deltagerne generelle kapacitet til relationel koordinering og derved det fundament, som IC-indsatsen hviler på.

Anbefalinger vedrørende tovholderrollen

Mens nogle patienter glædeligt oplever, at de forskellige fagpersoner har større viden om dem, oplever flertallet, at der ikke er den deling af viden, som de var stillet i udsigt ved starten af deres forløb. Der er en tendens til, at patienterne ikke fortæller dette til deres praktiserende læge, eller forventer at deres læge selv reagerer på det og ændrer på forløbet. Der er således forskellige aspekter i arbejdet med tovholderrollen, der kan adresseres i den videre udvikling af IC-indsatsen, herunder:

- Hvordan skal tovholderrollen udfyldes, og hvad skal den bibringe? Disse spørgsmål kan både drøftes i IC-sekretariatet, ved besøg i lægepraksis og på TST-møder.
- Det bør drøftes, hvornår og hvordan tovholderen (hvad enten det er en praksislæge eller fx en kommunal sagsbehandler) følger op på, om patienten er i et gunstigt forløb, og hvordan tovholderen kan justere på forløbet inden for rammerne af IC-indsatsen.

Muligheder for at optimere udbyttet af TST-møderne

TST-møderne er dét element af IC-indsatsen, fagpersonerne fremhæver mest positivt. Fagpersonerne oplever, at de får ansigt på hinanden, lærer de andre, der arbejder med patienten, at kende og får en større generel viden om hinandens faglighed, opgaver og vilkår. De

får bedre indsigt i, hvad de kan forvente af hinanden, og de kan bruge hinandens input til at tilrettelægge en bedre indsats for patienten.

TST-møderne er imidlertid sårbare, fordi de a) er struktureret ud fra, at der skal gennemgås patientcases, og b) at ansvaret for patientcases og mødeledelse i høj grad er placeret hos de deltagende praksislæger. Mødernes succes afhænger med andre ord af, at praksislægerne melder nok og relevante patienter ind til dagsordenen, samt at disse er i stand til at fungere som mødeledere og sikre en ligeværdig og lærende dialog på tværs af de mange deltagende fagpersoner og fagligheder.

Dette har vist sig at være en stor udfordring i Odense, og det afspejles i, at der er for få patientcases på de enkelte TST-møder, samt at der bruges en del tid på at diskutere patientcases, der ikke har et optimalt læringspotentiale. Samtidig har det vist sig vanskeligt at få praksislæger til at påtage sig (den krævende) rolle som mødeleder og ordstyrer. På møderne er det således den fagperson, der har taget sagen op, der indleder og som sådan indtager en faciliterende rolle for at få input til sin patient, mens en repræsentant fra IC-sekretariatet agerer sekretær.

De møder, vi har observeret, havde generelt en god stemning og en god dialog omkring de indmeldte patientcases. Det var dog også klart, at drøftelserne i høj grad handlede om kliniske problemstillinger relateret til de enkelte cases, så det primært var lægerne (og psykologerne på SAD-området), der talte med hinanden, samt at drøftelserne i lille omfang løftede sig op på et niveau, hvor der var fokus på kommunikation og samarbejdsforhold generelt. Dette blev efterfølgende bekræftet i de gennemførte interview, og der er således et behov for at adressere mulighederne for at få TST-møderne løftet, så det fulde potentiale for at styrke det tværsektorielle samarbejde udnyttes.

Anbefalinger vedrørende patientinddragelse

IC-indsatsen fremstår i de formelle projektbeskrivelser som et projekt, der skal lede til bedre patientinddragelse. Midtvejsevalueringen har imidlertid ikke afdækket nogen indikationer på, at graden af patientinddragelse og patienternes forståelse for deres behandlingsforløb er ændret som følge af IC-indsatsen.

Mens patienterne generelt udtrykker glæde over IC-indsatsen og opfatter den som relevant, har det store flertal ikke et korrekt indblik i, hvad IC-indsatsen og handleplanen er, og hvordan den kan anvendes. Herudover lader det også til, at patientinddragelse i forbindelse med IC-indsatsen ikke er bevidstgjort og tænkt ind i de praksisser, som medarbejderne udfører i regi af IC-indsatsen, og derfor inddrages patienterne i mindre grad, end de kunne.

Hvis der skal skabes større patientinddragelse, er det fagpersonerne, der skal skabe muligheden for det, ved at inddragelse bliver en integreret del af fagpersonernes tilgang. Forslag, der kan fremme dette, er at:

- drøfte, hvordan fagpersonerne kan dele faglige overvejelser i IC-handleplanen, når patienten kan læse med, og uden bekymring for, hvordan patienten påvirkes af at læse faglige overvejelser om sig selv. Dette, vurderer vi, er vigtigt også for at sikre, at fagpersonerne er trygge ved at anvende IC-handleplanen og dermed forbliver engagerede i IC-indsatsen
- få alle fagpersoner til at se det som deres ansvar at tale med patienterne om IC-indsatsens muligheder og anvendelsen af handleplanen. Det vil sikre løbende information og dialog om samarbejdet om patientens sag og sikre, at patienten inddrages, når vedkommende er klar til det. Der er fagpersoner, der har positive erfaringer med at

inddrage patienterne, og deres erfaringer kunne danne udgangspunkt for at motivere andre fagpersoner, fx i regi af en generel drøftelse på et TST-møde

- behandlerne prioriterer at skrive i IC-handleplanen, mens patienten er til stede og sørge for, at patienterne kan følge med i, hvad der bliver skrevet og får det forklaret. Fordele ved denne praksis er, at patienten vil se IC-handleplanen i brug. Der vil naturligt komme dialog om, hvad der skrives, og om hvad andre har skrevet, og patienten vil blive motiveret til at anvende den, hvis det opleves relevant. Det vil skabe åbenhed og gøre patienten fortrolig med behandlernes brug af handleplanen.

1 Evalueringens formål, design og gennemførelse

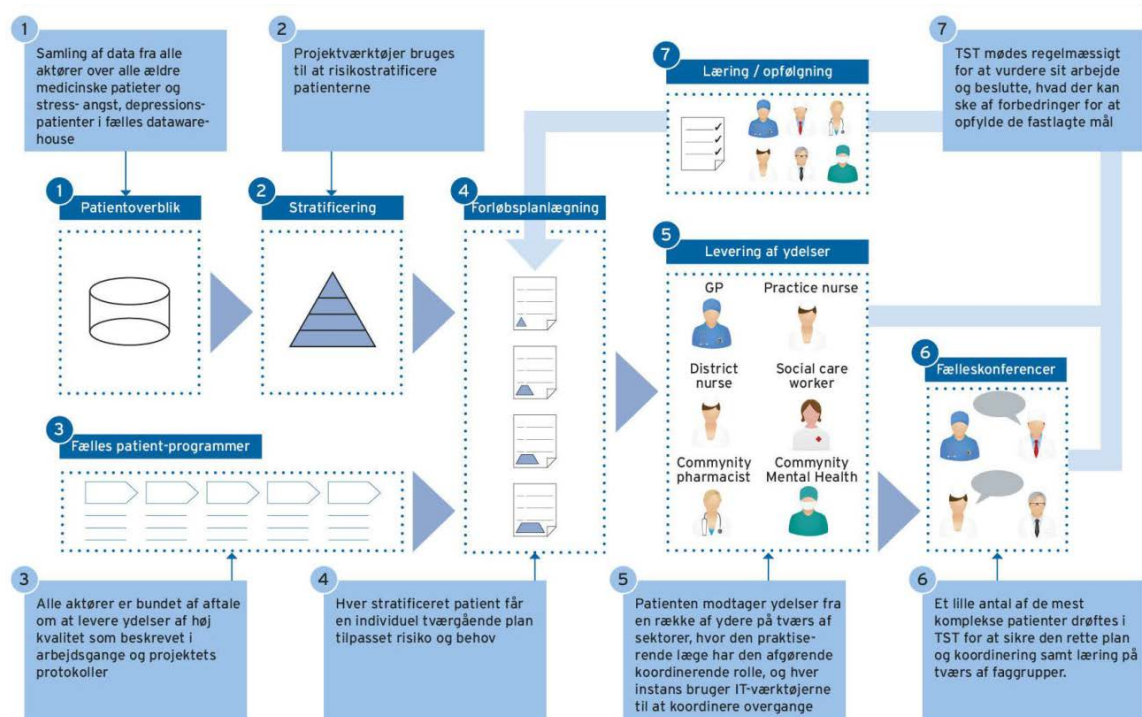
1.1 Baggrund og formål

Denne rapport formidler midtvejsresultaterne 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 henholdsvis ældre medicinske patienter (herefter DÆMP) og patienter med stress, angst og depression (herefter SAD)².

Formålet er at undersøge IC-indsatsens møde med praksis og udpege opmærksomhedspunkter for den videre implementering og konsolidering af indsatserne. Evalueringen undersøger og formidler på denne baggrund, hvordan de involverede fagpersoner oplever IC-modellens organisering, implementering og foreløbige resultater, samt hvordan de inkluderede patienter oplever IC-indsatsen. Ovenstående fokus betyder også, at evalueringen ikke systematisk har undersøgt de overordnede organisatoriske rammer og det ledelsesmæssige ansvar for indsatsernes implementering.

Evalueringen undersøger de involverede fagpersoners anvendelse og perspektiver på IC-indsatsens forskellige redskaber og opgaver jf. Figur 1.1 nedenfor:

Figur 1.1 Procesmodel for IC modellen



² Anden leverance afleveres til marts 2016 og heri indgår også register- og omkostningsanalyser, der vurderer effekterne og omkostningerne af IC indsatsen.

Fokuspunkterne i forhold til implementeringen af IC-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, patienterne kan tilbydes, opleves relevante, og hvorvidt fagpersonerne kender og overholder de aftaler, der er indgået for IC-indsatsen
- det lykkes at afholde fælles konferencer i de tværsektorielle teams (herefter TST), og hvilket udbytte der opleves i relation til de drøftede patienter samt samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper.

For det andet undersøger midtvejsevalueringen, hvilket resultater fagpersoner og patienter forbinder med IC-indsatsen³. Fokuspunkterne tager her afsæt i de målsætninger, der er opstillet for IC-indsatsen jf. Bilag 1, og vi har særlig vægt på at undersøge, hvorvidt:

- patienter og fagpersoner forbinder IC-indsatsen med mere aktiv patientinddragelse, mere sammenhængende forløb og bedre behandling
- de involverede fagpersoner forbinder IC-indsatsen med øget fælles viden, bedre gensidig respekt og bedre kommunikation på tværs af sektorer og faggrupper.

1.2 Midtvejsevalueringens datagrundlag og gennemførelse

Midtvejsevalueringen er baseret på spørgeskemaer, interview, og enkelte observationer af TST-møder og patientsamtaler i almen praksis, samt diverse skriftligt materiale og aktivitetsopgørelser fra IC-sekretariatet. De forskellige datakilder præsenteres nedenfor sammen med de metodiske overvejelser omkring det indsamlede datagrundlag.

1.2.1 Patienternes perspektiver på IC-indsatsen

Spørgeskema til alle DÆMP- og SAD-patienter

For at få et dækkende billede af, hvordan patienterne oplever deltagelsen i IC-indsatsen, er der udsendt spørgeskemaer til alle deltagende patienter cirka tre måneder efter opstarten af deres forløb. Spørgeskemaernes spørgsmål er formuleret med afsæt i IC-indsatsens succeskriterier, og de falder inden for følgende overordnede temaer:

- Oplevelsen af opstarten og informationen omkring IC-indsatsen.
- Perspektiver på stratificering, deling af data og anvendelse af patientens egen handleplan.
- Om IC-indsatsen påvirker graden af patientinddragelse.
- Samarbejde og kommunikation mellem de fagpersoner, som indgår i IC-indsatsen.
- Om IC-indsatsen resulterer i bedre forløb og bedre udbytte (egenmestring) af behandlingen.

³ Ved afslutningen af projektperioden undersøges via register og omkostningsdata, hvilke effekter der opnås i forhold til patient-outcome – fx forebyggelse af genindlæggelser, forbrug af sundhedsydelser, tilknytning til arbejdsmarkedet etc.

Inden spørgeskemaernes udsendelse var de blevet kommenteret og testet af IC-indsatsens sekretariat og evalueringsgruppe, og deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet. Spørgeskemaerne er udsendt af IC-sekretariatet, som også har sørget for at udsende en påmindelse til dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet⁴.

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

Tabel 1.1 Svarprocent opgjort for henholdsvis DÆMP- og SAD-patienter pr. 5.5.2015

	Antal udsendte spørge- skemaer	Antal spørgeskema- besvarelser	Svarprocent pr. 10.5.2015
DÆMP-spørgeskema	81	49	60 %
SAD-spørgeskema	145	77	53 %

Som det fremgår af Tabel 1.1, var der ved starten af maj måned henholdsvis 81 DÆMP-patienter og 145 SAD-patienter, som havde været inkluderet i IC-indsatsen i mere end tre måneder og dermed var i målgruppen for spørgeskemaundersøgelsen⁵. Per 5. maj havde 49 DÆMP-patienter og 77 SAD-patienter besvaret skemaet. Det giver en svarprocent på henholdsvis 60 % og 53 %, hvilket er sammenligneligt med lignende KORA undersøgelser.

Interviewundersøgelse af IC-indsatsens betydning for udvalgte DÆMP- og SAD-patienter⁶

I forlængelse af spørgeskemaundersøgelsen er der gennemført kvalitative interview med i alt 19 af de 37 patienter, som i spørgeskemaet har angivet, at KORA må kontakte dem for at aftale et interview. 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 IC-indsatsen har spillet for de udvalgte patienter samt b) hvilke forhold der bidrager henholdsvis ikke bidrager til et positivt udbytte af indsatsen.

Tabel 1.2 Datagrundlag for SAD-spørgeskema og patientinterview pr. 5.5.2015

	Antal patienter der har sendt kontaktop- lysninger retur med spørgeskemaet	Antal gennemførte interview
DÆMP-interview	14	9
SAD-interview	23	10

Alle 37 patienter er kontaktet ud fra en intention om at interviewe 10 patienter fra hver gruppe, og dette er stort set lykkedes. Årsagerne til frafaldet hos DÆMP-patienterne er, at to af patienterne hverken kunne erindre IC-indsatsen eller det udsendte spørgeskema, da vi kontaktede dem, samt at tre havde angivet forkerte kontaktoplysninger. For SAD-patienterne skyldes frafaldet en kombination af forkerte kontaktoplysninger samt vanskeligheder med at få interviewaftalerne passet ind med patienternes hverdag/evalueringens tidsplan. I mange tilfælde skyldtes dette det positive forhold, at patienterne var startet på deres arbejde igen⁷.

⁴ DÆMP-spørgeskemaet er sendt som brev, mens SAD-spørgeskemaet er sendt til patienternes e-boks.

⁵ Egentlig havde der været 84 DÆMP-patienter tilknyttet, men tre af dem er afgået ved døden og indgår derfor ikke i spørgeskemaundersøgelsen.

⁶ Et eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som Bilag 3

⁷ Vanskelighederne med at indgå aftaler med SAD patienterne betyder også, at der er gennemført interview med tre studerende, selvom disse ikke indgår i målgruppen for indsatsen, da alternativet var kun at interviewe syv patienter.

1.2.2 Fagpersoner og lederes perspektiver på IC-indsatsen

Elektronisk spørgeskema til IC-indsatsens fagpersoner

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

- sektorplacering og faggruppe
- kendskab, opbakning til, forståelse og ejerskab til IC-indsatsens organisering og centrale delelementer
- vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen fører til de ønskede ændringer i fagpersonernes handle-mønstre og informationsudveksling
- vurdering af, hvorvidt IC-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 april/maj 2015, og der er to gange udsendt påmindelser til dem, der ikke havde svaret på spørgeskemaet. Inden spørgeskemaets udsendelse, var det blevet testet af IC-indsatsens sekretariat og evalueringsgruppe, og deres kommentarer blev indarbejdet i spørgeskemaet.

IC-sekretariatet har haft ansvaret for at levere navne og e-mailadresser på de relevante fagpersoner. Der er leveret navne på i alt 84 fagpersoner fra DÆMP-indsatsen, og heraf har 77 svaret, hvilket giver en meget tilfredsstillende svarprocent på 92 %. De indkomne DÆMP-besvarelser fordeler sig på tværs af faggrupper, som angivet i Tabel 1.3 nedenfor:

Tabel 1.3 Antal DÆMP-besvarelser fordelt på stillingskategori

Stilling	Antal	Procent
Praktiserende læge	18	23 %
Hjemmesygeplejerske	31	40 %
Praksissygeplejerske	0	0 %
Psykolog	1	1 %
Hospitalslæge	3	4 %
Social- og sundhedsassistent	0	0 %
Anden	24	31 %
I alt	77	100 %

Note: 21 af de personer, der har angivet *Anden* stilling, er enten ergoterapeut eller fysioterapeut.

De fagpersonerne, der er tilknyttet DÆMP-patienterne, kan i grove træk opdeles i tre hovedgrupper, som vi følger i præsentation og analyse af de indsamlede data: de praktiserende læger (23 %), hjemmesygeplejersker (40 %) og ergo- eller fysioterapeuter (31%)⁸.

⁸ Hospitalslægerne, den privatpraktiserende psykolog og repræsentanten fra Ældresagen er alle interviewet kvalitativt. Da de samtidig udgør en meget lille andel af respondenterne i spørgeskemaet, har vi udeladt deres besvarelser i analysen af spørgeskemaerne til fordel for den viden, der er indsamlet via interview.

I forhold til SAD-indsatsen er der leveret navne og e-mailadresser på i alt 58 fagpersoner, og af disse har 52 svaret på spørgeskemaet, hvilket igen giver en meget tilfredsstillende svarprocent på 87 %.

Tabel 1.4 Antal SAD-besvarelser fordelt på stillingskategori

Stilling	Antal	Procent
Praktiserende læge	28	54 %
Privatpraktiserende psykolog	13	25 %
Hospitalslæge	1	2 %
Sagsbehandler i SAF	5	10 %
Psykolog på Miljø- og Arbejdsmedicinsk klinik	4	8 %
Anden	1	2 %
I alt	52	100 %

Fagpersonerne tilknyttet patienter med stress, angst og depression kan inddeles i fire hovedgrupper: to grupper fra behandlingssystemet, de praktiserende læger (54 %) og de privatpraktiserende psykologer (25 %) samt sagsbehandlere i Jobcenteret (10 %) og psykologer på Miljø- og Arbejdsmedicinsk klinik på Odense Universitetshospital (8 %). Af disse udgør de praktiserende læger langt den største gruppe.

Interviewundersøgelse af IC-indsatsens betydning for udvalgte DÆMP- og SAD-fagpersoner⁹

I forlængelse af spørgeskemaerne er der gennemført gruppe- og enkeltinterview med i alt 18 fagpersoner fra DÆMP-indsatsen og i alt 17 fra SAD-indsatsen. Fordelingen af interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører fremgår af Tabel 1.5 nedenfor:

Tabel 1.5 Fordeling af interviewpersoner på tværs af indsatser og aktører

	DÆMP	SAD
Praksislæger	5	3 ¹⁰
Hospitalslæger	4	4
Kommune	7	4
Privatpraktiserende psykolog	1	6
Ældresagen	1	-

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

- om fagpersonerne kender og tager et aktivt ansvar for at leve op til aftalerne omkring IC-indsatsen i hverdagen, samt hvilke muligheder/behov de eventuelt ser for styrke implementeringen af IC-indsatsen

⁹ Et eksempel på de anvendte interviewguides er vedlagt som Bilag 2.

¹⁰ Der var inviteret otte læger til interviewet, men desværre mødte der kun tre frem til aftalen. Samtidig var interviewet præget af afbrydelser, fordi en læge kom et kvarter for sent, mens en anden flere gange forlod interviewet for at tale i telefon.

- hvordan praksislægerne arbejder med risikolister, opstartssamtaler og patientens egen handleplan, samt i hvilket omfang disse elementer i IC-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 IC-indsatsen har de ønskede effekter for patienternes forløb og behandling.

1.2.3 Om de anvendte metoder

Behandling og præsentation af data

Alle interview er optaget elektronisk og udskrevet af en studentermedarbejder. Udskrifterne er efterfølgende tematiseret i henhold til evalueringens undersøgelsesspørgsmål, hvorefter de er anvendt som afsæt for analyse. Gennem rapporten anvender vi citater, der illustrerer de temaer, problemstillinger og forslag, der er drøftet via interview. Citaterne bliver anvendt uden angivelse af konkret informant, men vi angiver, hvilken sektor og/eller faggruppe informanten repræsenterer.

Validitet og repræsentativitet

Vi har interviewet et relativt stort udsnit af de fagpersoner, som er involveret i IC-indsatsen, og der er opnået meget høje svarprocenter i spørgeskemaundersøgelsen. Samtidig er der god overensstemmelse mellem interviewundersøgelsen og resultaterne fra spørgeskemaet. Derfor vurderer vi, at rapportens resultater er repræsentative for, hvordan fagpersonerne oplever IC-indsatsen.

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 IC-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 IC-indsatsen adskiller sig fra de patienter, der ikke har svaret.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten starter med kort status på IC-indsatsens organisering og implementering, hvor mange fagpersoner og patienter der deltager, samt hvilke aktiviteter der er aftalt og gennemført. Midtvejsevalueringens resultater præsenteres herefter i fire hovedkapitler og en konklusion, således at:

Kapitel 3 og 4 præsenterer henholdsvis DÆMP- og SAD-patienternes perspektiver på de centrale elementer i IC-indsatsen, samt hvilke resultater patienterne oplever i deres eget patientforløb.

Kapitel 5 og 6 præsenterer fagpersonernes perspektiver på organiseringen og implementeringen af henholdsvis DÆMP- og SAD-indsatsen. Kapitlerne undersøger også fagperso-

nernes kendskab til IC-indsatsens delelementer og arbejdsgange, hvordan de hver især arbejder med IC-modellen, hvilke forhold der påvirker arbejdet med IC-modellen, samt hvilke resultater der opleves som følge af IC-indsatsen.

Kapitel 7 Opstiller evalueringens konklusioner og anbefalinger og forholder disse til de resultater, der tidligere er afdækket i pilotundersøgelsen (Lee et al. 2014) samt evalueringerne af IC-modellen i North West London (Curry et al. 2014).

2 Status på implementering

2.1 Aftaler, organisering og redskaber, som er ens for SAD- og DÆMP-indsatserne

IC-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- og DÆMP-patienters forløb.
- Der er udviklet en fælles elektronisk handleplan, som er et fælles planlægnings- og kommunikationsredskab, hvor involverede aktører har fælles adgang til at vidensdele, kommunikere og planlægge patientens forløb, og hvor patienten selv har mulighed for at læse med.
- Der er indgået aftaler om honorering til de praktiserende læger, psykiatere og psykologer, som deltager i IC-indsatserne.
- Der er etableret TST-grupper og indgået aftaler om fem årlige TST-møder, en årlig læringsdag for alle deltagere i henholdsvis SAD- og DÆMP-indsatsen og et årligt læringsmøde for hver af de oprettede TST-grupper.

2.2 IC-sekretariatets rolle og opgaver

For at understøtte implementeringen af IC-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 projektet har en volumen på omkring 70 aktører, fordelt på følgende grupper:

- Styregruppe og politisk følgegruppe
- Faglig gruppe for SAD og DÆMP
- Økonomigruppe
- Juragrube
- IT-gruppe
- Evaluering- og forskningsgruppe

Derudover består den udøvende del af organisationen af et stort antal fagprofessionelle der omfatter 51 praktiserende læger, 12 praktiserende psykologer samt et stort antal personale i det kommunale og regionale regi. 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 værktøjer
- Ad hoc opgaver i forbindelse med drift
- Tovholder på samarbejdsprojekter med eksterne parter

- Udarbejdelse af samarbejdsaftaler

2.3 Status DÆMP

2.3.1 DÆMP-indsatsens redskaber og patientrettede tilbud

Risikostratificering

DÆMP-indsatsen introducerer en algoritme, der på baggrund af oplysninger fra DAMD og data fra kommune og region omkring bl.a. diagnoser, indlæggelser, hjemmesygepleje, polyfarmaci og familiestatus inddeler patienterne i forskellige risikogrupper. Risikolisten inddeler patienterne i grøn – 0-9 point, gul – 10-12 point og rød 13-21 point, alt efter hvor syge de er og hvor komplekst deres behandlingsforløb er. I udgangspunktet har det været besluttet at inkludere "gule" patienter, fordi der skal være et potentiale for at forebygge sygdomsforværring, indlæggelser o.l. via en tidlig og fokuseret forebyggende indsats. På baggrund af de foreløbige erfaringer er det imidlertid i marts 2015 besluttet at justere inklusionskriterierne, så mere komplekse patienter også kan inkluderes i indsatsen.

Patientrettede DÆMP-tilbud

Der er udarbejdet et katalog over en række patientrettede tilbud blandt de involverede aktører, som praksislægerne kan henvise DÆMP-patienter til på baggrund af opstartssamtalen. Det er således aftalt, at praksislægerne kan henvise patienterne til aktiviteter som beskrevet i de følgende afsnit.

Aktiviteter i Odense Kommune

Udgangspunktet for den kommunale indsats er den praktiserende læges beskrivelse af problemstillingen i IC-handleplanen. Den kommunale indsats igangsættes senest en uge efter, der er modtaget besked via IC-handleplanen. Sygeplejen varetager den koordinerende funktion i den kommunale del af IC-forløbet. Den praktiserende læge og patienten kan vælge inden for nedenstående ti indsatser:

1. Problemer med mentale funktioner: Omhandler hjernens funktioner, både overordnede mentale funktioner som bevidsthed, energi og handlekraft og specifikke mentale funktioner som hukommelse, sprog og regning.
2. Problemer med bevægeapparatet: Omhandler funktioner i forbindelse med bevægelse og mobilitet inklusive funktioner i led, knogler, reflekser og muskler.
3. Problemer med kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner: Omhandler funktioner, som indgår i det kardiovaskulære system, det hæmatologiske, immunologiske system og det respiratoriske system.
4. Problemer med huden og tilhørende strukturers funktioner: Omhandler hudens, neglernes og hårets funktioner.
5. Problemer med fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner: Omhandler funktioner relateret til optagelse, omsætning og udskillelse af føde og samt funktioner i forbindelse med stofskiftet og hormonproducerende kirtler. Udskillelse af affaldsstoffer.
6. Problemer med sanser og smerter: Omhandler funktioner relateret til syn, hørelse, smag etc. samt smerteopfattelse.
7. Problemer med kønsorganer og urinveje: Omhandler funktioner relateret til vandladning og seksualfunktioner.

8. Problemer med daglig aktivitet: En persons UDFØRELSE af en opgave eller en handling. Eksempelvis daglige aktiviteter, indtagelse af medicin, omsorg for sig selv samt husførelse.
9. Problemer med deltagelse (fx social involvering): En persons INVOLVERING i dagliglivet. De samfundsmæssige aktiviteter det enkelte menneske engagerer sig i. Eksempelvis sociale aktiviteter, hobbies og foreningsliv.
10. Problemer med omgivelser (fx boligforhold): Kan omhandle afklaring af boligforhold, hjælpemidler, netværk.

Aktiviteter Odense Universitetshospital (OUH)

Der er udpeget en række overlæger inden for geriatri og farmakologi, der deltager i IC-indsatsen. Dels som faste deltagere på TST-møder og dels som ansvarlige for nedenstående to tilbud:

- Subakut geriatrisk vurdering: Hos borgere, hvor der mistænkes ukendt somatisk sygdom, eller hvor en eller flere kroniske sygdomme er blevet ustabile, kan den praktiserende læge henvise til subakut geriatrisk vurdering og eventuel behandling på Geriatrisk Ambulatorium. Aftalen indebærer, at der aftales en tid inden for få hverdage fra kontakt.
- Medicingennemgang ved klinisk farmakolog: Aktiviteten bruges til borgere udsat for polyfarmaci, hvor den praktiserende læge mistænker, at over- eller undermedicinering eller interaktioner kan være årsag til problemer for borgeren. Praktiserende læger sikrer sig via det Fælles Medicinkort (herefter FMK), at recepterne er indløst, og at FMK er opdateret. Medicingennemgang sker ved afdeling for Klinisk Farmakologi. Der vil være en tilbagemelding fra Klinisk Farmakologi senest fem arbejdsdage efter aktiviteten er afkrydset.

Aktivitet Ældresagen

Ældresagen har en række af tilbud, der kan være relevante for den ældre medicinske patient i IC. Relevante patienter har derfor siden februar 2015 kunnet henvises til Ældresagen, der kontakter patienten for at aftale et besøg. Ved besøget aftales den konkrete indsats, der vil bero på borgerens situation og behov for fx besøgsven, spiseven, fælles spising, sorg- og samtalebesøg, motion og bevægelse, syng sammen.

Samtaleforløb hos praktiserende psykolog

Siden marts 2015 har der været mulighed for at henvise DÆMP-patienter, som er i risiko for nedtrykthed, ensomhed og depression, til samtaleforløb hos en praktiserende psykolog. Patienterne tilbydes op til ti samtaler, og formålet er at styrke patienternes mestring og forebygge forværring.

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

Til og med 10. juni 2015 var der i alt (inklusive de ti patienter fra pilotfasen) inkluderet 145 patienter i DÆMP-indsatsen. På baggrund af det hidtidige henvisningsmønster forventer IC-sekretariatet, at der vil blive inkluderet yderligere 110 patienter i resten af projektperioden, så der i alt ender med at være inkluderet cirka 250 patienter. Hvilket svarer til ca. halvdelen af det antal patienter der i udgangspunktet var forventning om.

Tabel 2.1 Oversigt over de patientrettede tilbud, som DÆMP-patienterne er henvist til

Tilbud	Antal
Problemer med mentale funktioner	12
Problemer med bevægeapparatet	57
Problemer med kardiovaskulære funktioner.	25
Problemer med huden og tilhørende strukturers funktioner	7
Problemer med fordøjelse, stofskifte	6
Problemer med kønsorganer og urinvej	8
Problemer med sanser og smerter	17
Problemer med daglig aktivitet	16
Problemer med deltagelse	8
Problemer med omgivelser	13
Medicingennemgang	13
Subakut geriatrisk vurdering	3
Ældresagen	11
Psykologsamtaler	14
I alt	210

Note: Opgørelse baseret på udtræk fra DÆMP-patienternes IC-handleplaner 26. juni 2015

Det fremgår, at hver inkluderet patient i gennemsnit er henvist til cirka 1,4 af patientrettede tilbud. Langt de fleste tilbud er kommunale, og en stor del af disse omhandler problemer med bevægeapparatet, daglige aktiviteter og forskellige sociale problemstillinger.

Heroverfor er der kun henvist til henholdsvis 13 medicingennemgange og 3 subakutte vurderinger på OUH. De tilsvarende tal er henholdsvis 11 henvisninger til Ældresagen og 14 til psykologsamtaler, men her skal man være opmærksom på, at henvisningsmuligheden kun har eksisteret siden henholdsvis februar og marts 2015.

2.3.3 Deltagende læger, TST-møder og læringsdage

Der har i alt været tilmeldt 26 praktiserende læger til DÆMP-indsatsen, men tre af disse har i foråret 2015 meldt sig ud, så pt. er der 23 tilmeldte læger som er fordelt på fire TST-grupper. IC-sekretariatet er pt. i gang med en 2. rekrutteringsrunde for at undersøge muligheden for at etablere endnu en DÆMP-TST-gruppe. Samtidig har IC-sekretariatet løbende fokus på at udvikle og afprøve nye og mere smidige arbejdsgange, som skal gøre det mindre tidskrævende for de praktiserende læger at kontakte og inkludere de patienter, som optræder på lægernes risikolister.

TST-møder

Intentionen er, at der på hvert TST-møde drøftes cirka seks komplekse patientcases. Det har imidlertid været vanskeligt at finde tilstrækkeligt med relevante patienter, og der er i gennemsnit kun drøftet to patienter på hvert af de afholdte TST-møder.

Læringsdage og TST-statusmøder

Det indgår i IC-indsatsen, at der skal afholdes en årlig fælles læringsdag for alle deltagerne i DÆMP-indsatsen samt et årligt statusmøde i hvert enkelt TST, hvor deltagerne vurderer 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 35 deltagere. Programmet havde fokus på det tværsektorielle samarbejde, tilbud til patienterne, optimering af arbejdsgang i IC handleplan og særlige udfordringer ift. TST-mødet. Herudover er der til efteråret planlagt en fælleskonference for DÆMP TST'er, hvor bl.a. resultaterne af midtvejsevalueringen skal anvendes som afsæt for videre udvikling af mødeformen.

2.4 Status SAD

2.4.1 Indsatsens redskaber og patientrettede tilbud

Redskab til risikostratificering

SAD-indsatsen introducerer en algoritme, der på baggrund af oplysninger fra DAMD 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 IC-indsatsens SAD-patienter. Der er således i stort omfang tale om indsatser, der allerede eksisterer i forvejen, men det nye element, der introduceres via IC-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 nedsat funktionsevne, som vanskeliggør eller umuliggør at gå på arbejde. Psykologbehandlingen består af en 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: Hurtig psykiatrisk udredning hos praktiserende psykiatere, som sikrer inkluderede SAD-patienters opstart af udredningsforløb inden for ti dage efter henvisning fra egen læge. Det er egen læge, som vurderer behovet og henviser.

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-kordinator og de kommunale IC-sagsbehandlere, som derefter har nedenstående palet af tilbud, som patienterne kan tilbydes:

- 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. Tilbuddet indeholder forskellige former for træning, mindfulness o.l., som skal understøtte patienternes tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

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

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

Tilbud	Antal henviste SAD-patienter
Samtaleforløb psykolog	246
Udredning psykiater	35
Arbejdsmedicinsk klinik	49
Arbejdsfastholdelse	39
Netværk	49
Virksomhedspraktik	21
Sundhed og træning	38
I alt	477

Note: Opgørelse baseret på udtræk fra SAD-patienternes IC-handleplaner 26. juni 2015. Ud over de aftalte IC-aktiviteter fremgår det også af opgørelsen, at 160 patienter går i samtaleforløb hos egen læge.

Det fremgår, at hver inkluderet patient i gennemsnit er henvist til ca. 1,7 af patientrettede tilbud. Næsten alle inkluderede patienter har modtaget tilbuddet om psykologsamtaler, og som det fremgår af noten, er der også 160 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, der hver især er henvist til SAD-indsatsen øvrige tilbud, men som det fremgår, er alle tilbud i brug.

2.4.3 Deltagende læger og inkluderede patienter

Der er i alt tilmeldt 35 praktiserende læger til SAD-indsatsen, og disse er fordelt på fem TST-grupper. Også på SAD-området er IC-sekretariatet i gang med en 2. rekrutteringsrunde for at undersøge muligheden for at inkludere flere praktiserende læger og patienter i indsatsen.

Per 10. juni 2015 var der inkluderet i alt 287 patienter, inklusive 10 patienter fra pilotfasen. På baggrund af det hidtidige henvisningsmønster forventer IC-sekretariatet, at der vil blive inkluderet yderligere 160 patienter i resten af projektperioden, så der i alt ender med at være inkluderet ca. 450 patienter. Hvilket svarer til ca. 2/3 dele af det antal patienter der i udgangspunktet var forventning om.

2.4.4 Afholdte TST-møder og drøftede patientcases

Intentionen er, at der på hvert TST-møde drøftes ca. seks komplekse patientcases. Imidlertid var der til og med juni 2015 afholdt 15 TST-møder og drøftet i alt 48 patienter på disse, hvilket vil sige, at der i gennemsnit har været drøftet tre patienter på hvert enkelt møde.

2.4.5 Læringsdage og TST-statusmøder

Det indgår i IC-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 arbejdsgang i IC handleplan og særlige udfordringer ift. TST-mødet.

Herudover er der til efteråret planlagt fælleskonference for TST'er, hvor bl.a. resultaterne af midtvejsevalueringen skal anvendes som afsæt for den videre udvikling af mødeformen.

2.5 Opsamling

Som det fremgår, er fundamentet for IC-indsatsen implementeret som planlagt, og der inkluderes og henvises patienter til alle de oprettede tilbud. Det fremgår dog også, at der i DÆMP-indsatsen er inkluderet færre patienter, end det var planlagt fra IC-indsatsens start. Det gælder også for både SAD- og DÆMP-indsatsen, at de enkelte TST-grupper har drøftet færre patienter på de afholdte TST-møder end planlagt. Dette skyldes, at der går et stykke tid, inden de enkelte læger og TST-grupper for alvor kommer i gang med indsatsen, men – som vi senere i rapporten vender tilbage til – også at mange har svært ved at finde de rigtige patienter. Disse forhold vil vi derfor være særligt opmærksomme på i de følgende kapitler.

3 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

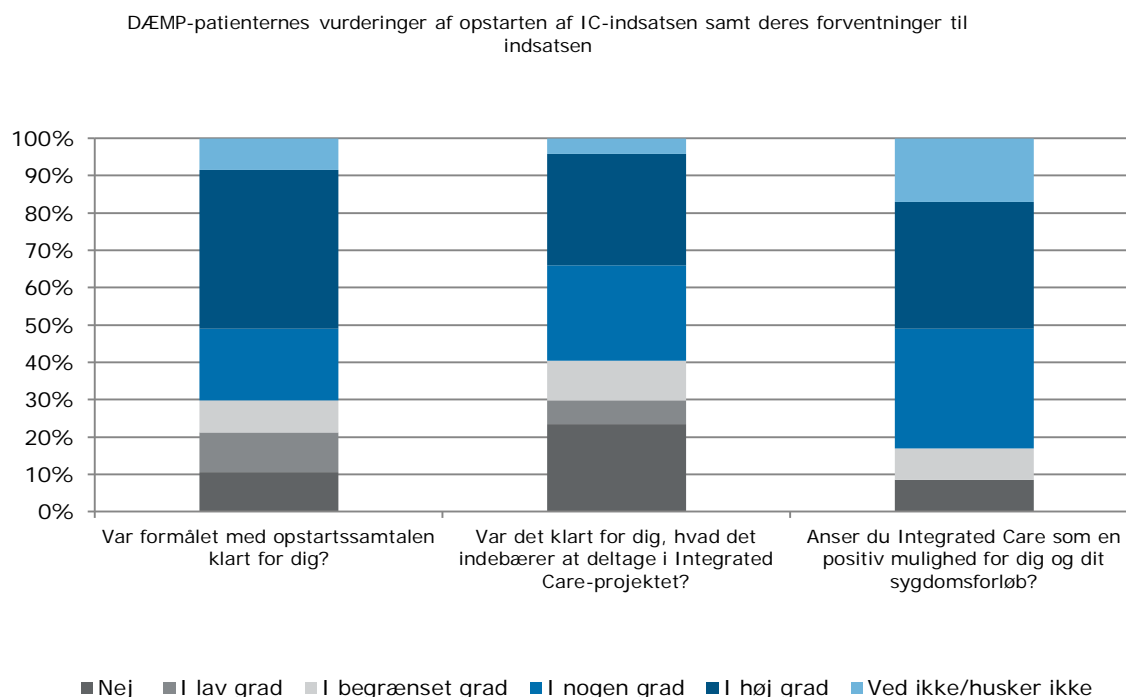
Et af de væsentlige mål med IC-indsatsen er, at den skal give patienterne bedre behandling og en oplevelse af mere sammenhængende forløb. Derfor har vi via interview og spørgeskemaer undersøgt DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen. Resultaterne præsenteres i dette kapitel, hvor det gennemgående fokus er på patienternes vurdering af mødet med IC-indsatsens forskellige elementer, hvorvidt indsatsen opleves sammenhængende og meningsfuld, samt hvilke resultater patienterne oplever i relation til eget forløb

3.1 Indgangen til IC-indsatsen

DÆMP-patienternes indgang til IC-indsatsen sker via en opstartssamtale hos egen læge. Her skal patienten a) introduceres og give samtykke til IC, 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 IC-indsatsen, hvor mange elementer skal gå op i en højere enhed for at skabe et godt afsæt for patientens videre forløb.

Det første væsentlige opmærksomhedspunkt handler derfor om, hvorvidt patienten ved, hvad der skal ske og oplever IC-indsatsen som en positiv mulighed for deres sygdomsforløb. I den forbindelse viser spørgeskemaundersøgelsen, jf. Figur 3.1 nedenfor, at ca. 55 % vurderer, at det efter opstartssamtalen var klart, hvad deltagelse i IC-indsatsen indebærer, mens 25 % slet ikke mente, at det var klart, og yderligere 15 % kun i begrænset grad vurderer, at dette er tilfældet. Til gengæld fremgår det også, at 2/3 af de adspurgte i nogen eller høj grad anser IC-indsatsen som en positiv mulighed for deres videre sygdomsforløb, tre måneder efter de er startet på forløbet, mens kun cirka 10 % mener, at dette slet ikke er tilfældet.

Figur 3.1 DÆMP-patienternes viden om IC-indsatsen og forventninger til IC-forløbet



Note: 47 DÆMP-patienter har besvaret disse spørgsmål

Som supplement til ovenstående spørgsmål, blev alle respondenter bedt om at begrunde deres deltagelse i IC-indsatsen i et fritekstfelt i spørgeskemaet. Besvarelsenerne kan jf. Bilag 6 i grove træk deles op i fem hovedkategorier: På lægens opfordring, til gavn for patienten selv, til gavn for andre, specifikt pga. samarbejdet, og endelig pga. interesse for projektideen. 18 af de 40 patienter, der har svaret på spørgsmålet, har anført lægens opfordring som begrundelse for deltagelse i IC. Det gør den dermed til den mest brugte begrundelse. Yderligere otte patienter har valgt at deltage i IC, fordi de håber, at indsatsen på den ene eller anden måde vil forbedre deres tilstand, mens fire deltager, fordi de mener, det kan hjælpe andre. Endelig nævner seks patienter specifikt det tværgående samarbejde som begrundelse for deltagelse og andre tre, at de synes projektideen er god.

Resultater fra interview

Otte af de ni interviewede DÆMP-patienter husker, at de har haft en opstartssamtale med deres praktiserende læge, som omhandlede IC-indsatsen. Patienterne har dog svært ved at adskille opstartssamtalen fra de øvrige konsultationer, de har hos deres egen læge. Der blev heller ikke afdækket eksempler på, at patienterne oplevede at være mere eller mindre inddraget som følge af IC-indsatsen, og der fremkom ingen kritiske perspektiver på opstartssamtalen. Det generelle indtryk er således, at graden af inddragelse og dialogen med de sundhedsprofessionelle er upåvirket af IC-indsatsen. Der var heller ingen, som på forhånd havde forholdt sig til den risikostratificering, der ligger til grund for deltagelsen i IC-indsatsen, og adspurgt var der heller ingen, som havde noget at udsætte på denne fremgangsmåde.

Ovenstående forhold afspejles også i, at de interviewede DÆMP-patienter, med en enkelt undtagelse, har et meget uklart billede af, hvad IC-indsatsen indebærer, og hvad der blev

aftalt til opstartssamtalen. Patienterne forklarer dette med, at det var lang tid siden, de var til opstartssamtalen, samt at de ikke oplever, at der er opstillet klare mål for deres forløb.

Cirka halvdelen af patienterne kan dog nævne konkrete eksempler på emner, der blev drøftet til opstartssamtalen: Fx at de snakkede om at få en besøgsven, at blive henvist til en psykolog, patientskole, vedligeholdende træning, at de skulle tage sig etc. Cirka halvdelen forklarer også, at de ser det som det vigtigste formål med IC-indsatsen, at sygehus, kommune og hospital skulle få en fælles journal – og alle informanter ser (når de har fået det forklaret) meget positivt på dette aspekt af indsatsen:

Det, jeg fik ud af opstartssamtalen, var, at sygehuset, lægen osv. skulle have en fælles journal. Det er uhyre vigtigt, tænker jeg.

(Peter)

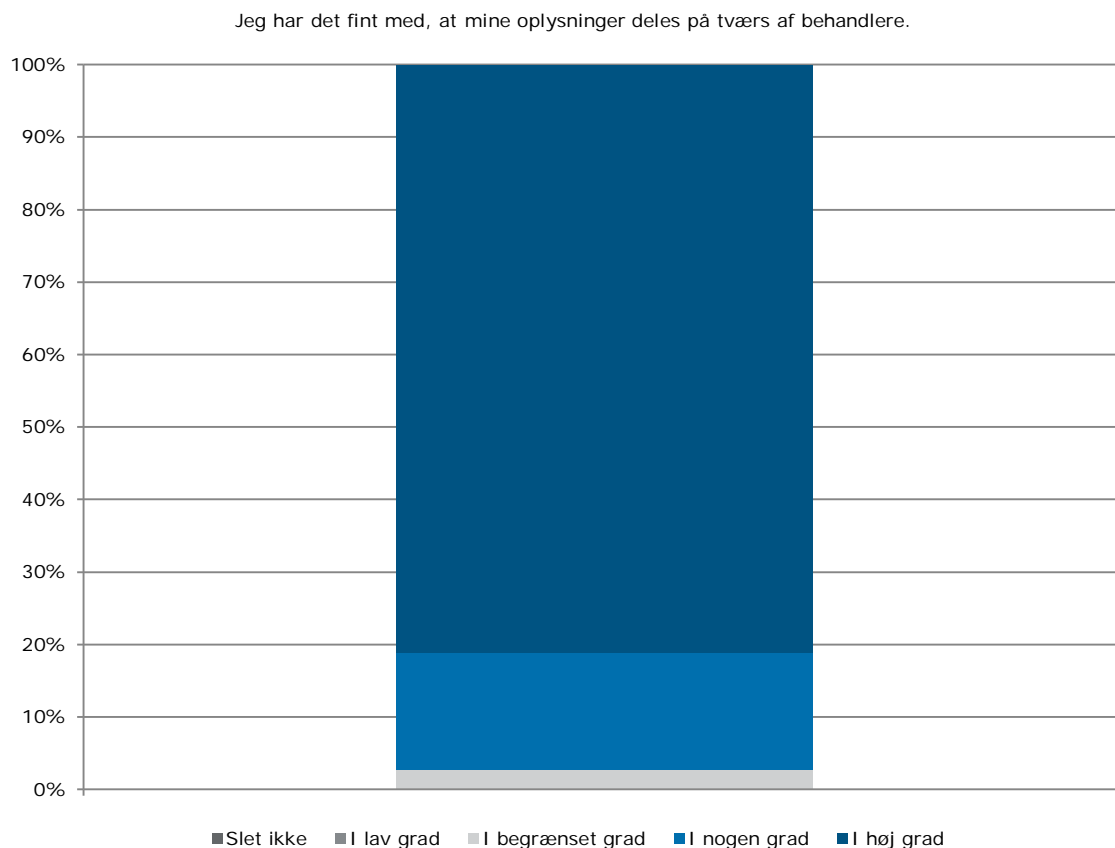
I overensstemmelse med resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen ovenfor er der også flere interviewdeltagere, der specifikt begrundet deltagelsen med, at de stoler på, at det er en god ide, når deres læge foreslår det, samt at de håber deres deltagelse kan medvirke til at hjælpe andre med at få et bedre forløb. Dette aspekt ser således ud til at betyde mere for mange DÆMP-patienter end deres reelle viden om IC-forløbet.

3.2 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

Den fælles IC-handleplan, der udarbejdes i forbindelse med opstartssamtalen hos egen læge, er tænkt som et centralt værktøj i fagpersonernes IC-samarbejde. Samtidig indgår det som et element, at patienterne selv kan 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 stor opbakning blandt respondenterne til, at de involverede fagpersoner deler deres viden om patienten. Der er således ingen, som er imod dette, og næsten alle angiver, at de i nogen eller i høj grad har det fint med, at deres oplysninger deles på tværs af behandlerne:

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

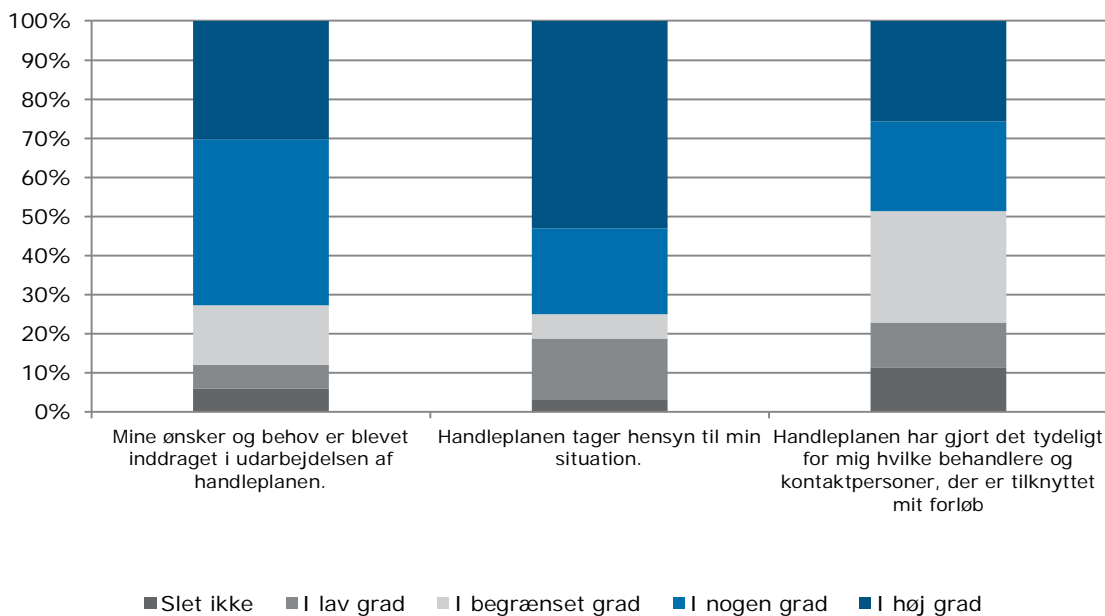


Note: 37 respondenter har besvaret spørgsmålet

Spørgeskemaundersøgelsen viser også, at cirka 30 % af respondenterne ikke kender handleplanen og derfor ikke har kunnet forholde sig til spørgsmålene om denne. Figur 3.3 nedenfor viser til gengæld, at der blandt de respondenter, der kender handleplanen, er et klart flertal, der tilkendegiver, at deres ønsker og behov er indarbejdet i planen, og at den tager hensyn til deres situation. Det fremgår samtidig, at cirka 40 % af de respondenter, der kender handleplanen (svarende til cirka 28 % af de patienter, der har svaret) angiver, at denne i nogen eller i høj grad har gjort det mere tydeligt, hvilke fagpersoner der er tilknyttet deres behandling.

Figur 3.3 DÆMP-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

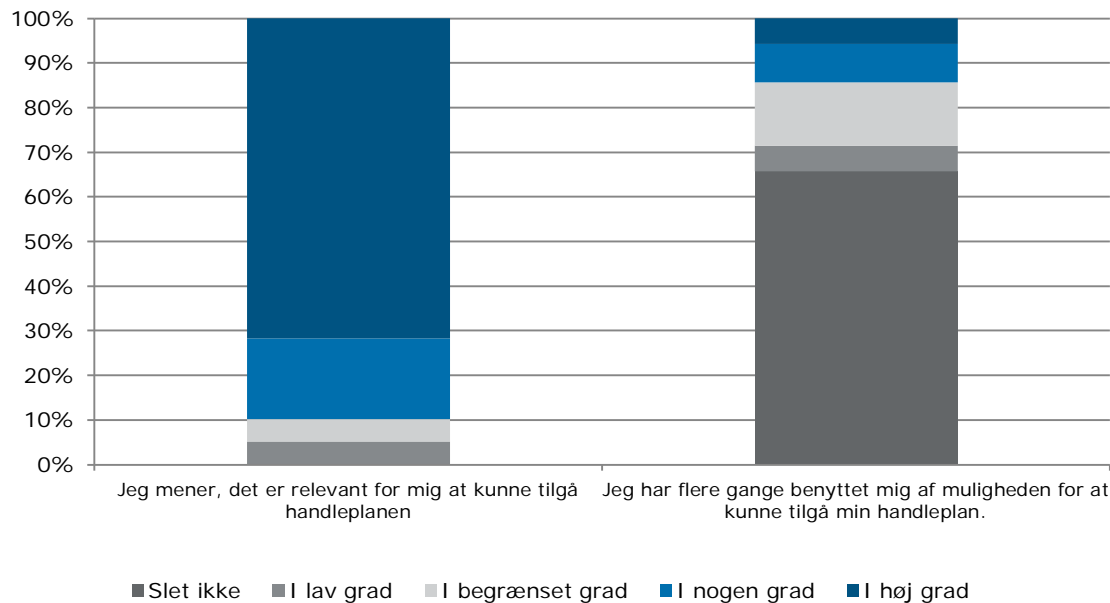
I forlængelse af opstartssamtalen blev der udarbejdet en handleplan for dit forløb, som de involverede fagpersoner er fælles om at arbejde med. Vurder følgende udsagn om den fælles handleplan:



IC-indsatsen giver også patienterne mulighed for selv at logge på IC-handleplanen og dermed opnå en større forståelse for deres forløb og bedre mulighed for at indgå i en aktiv dialog med de involverede fagpersoner. Spørgeskemaet viser på den ene side, at cirka 90 % af respondenterne forholder sig positivt til dette element i IC-indsatsen. På den anden side fremgår det også (jf. Figur 3.4 nedenfor), at mindre end 15 % af respondenterne flere gange har benyttet sig af muligheden for tilgå handleplanen. Det må således konkluderes, at der for DÆMP-patienterne er langt fra intention til praksis.

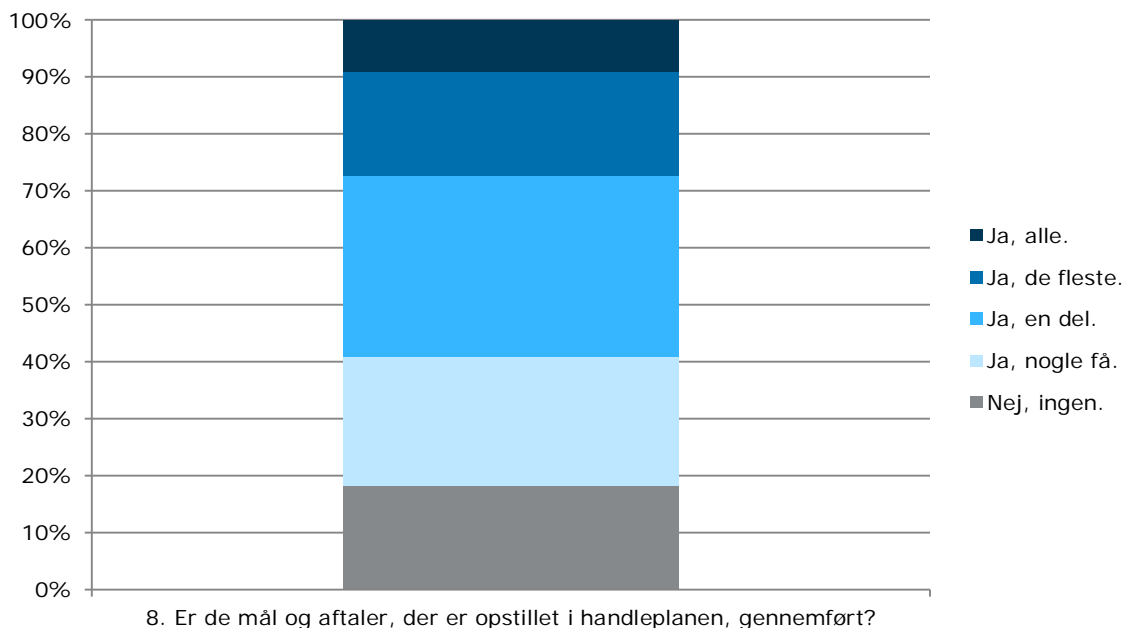
Figur 3.4 DÆMP-patienternes vurdering og anvendelse af IC-handleplanen

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:



Vi har også ønsket at vide, hvorvidt patienterne oplever, at de mål, som opstilles i handleplanen, realiseres. Det viser sig dog (jf. Figur 3.5), at kun godt halvdelen kender handleplanen, når det kommer til dens indhold. Blandt dem, der har svaret, oplever omkring halvdelen, at mindst en del af de indgåede aftaler er blevet gennemført.

Figur 3.5 DÆMP-patienternes vurdering af handleplanens mål og aftaler



Note: 22 patienter, der kender handleplanen, har svaret på spørgsmålet

Resultater fra de gennemførte interview

Som tidligere nævnt, har ingen af de interviewede DÆMP-patienter noget imod intentionen om at bruge handleplanen til at dele oplysninger mellem relevante behandlere. Interviewene bekræfter imidlertid også, at DÆMP-patienterne har en meget mangelfuld viden om handleplanen. Der var således kun fire af de ni interviewpersoner, der kunne udtale sig om IC-handleplanen, og patienterne ser generelt ikke et stort behov for at følge med i deres egen plan.

Den første patient, der kender handleplanen fortæller, at det var gået hen over hovedet på hende, at der var lavet en handleplan, og hun husker ikke, at hendes læge orienterede hende om denne til opstartssamtalen. Til gengæld fortæller hun:

Da jeg udfyldte jeres (KORAs, red.) spørgeskema dukkede ordet "handleplan" frem, og så måtte jeg høre min egen læge, hvad det var. Jeg ringede til ham, og der var så lavet en handleplan. Det var så det her på integratedcare.dk, og så gik jeg ind og kiggede. Nu kan jeg bare ikke huske, hvad der stod. Men jeg har ikke været inde og kigge siden, for jeg synes ikke, jeg har haft behov for det.

(Lone)

Den anden patient, som kender til handleplanen, er positiv over for muligheden for at kunne følge med i sit eget forløb. For hende er det dog en udfordring, at handleplanen ligger på internettet, fordi hun er usikker på, hvordan hun bruger en computer, og dette har indtil videre afholdt hende fra at kigge i handleplanen.

Den tredje, som kender handleplanen, er en pårørende, der oplever at have et stort ansvar for hendes mors forløb. Hun fortæller om handleplanen, at:

Det er umiddelbart en god ide. Men jeg har ikke fået noget af vide om, at min mor som borger har ret til at læse i sådan en handleplan. Jeg har bare blevet spurgt, om vi vil deltage, så der kan blive bedre samarbejde mellem fagpersoner, og det vil jeg gerne.

(Pårørende til IC-patient)

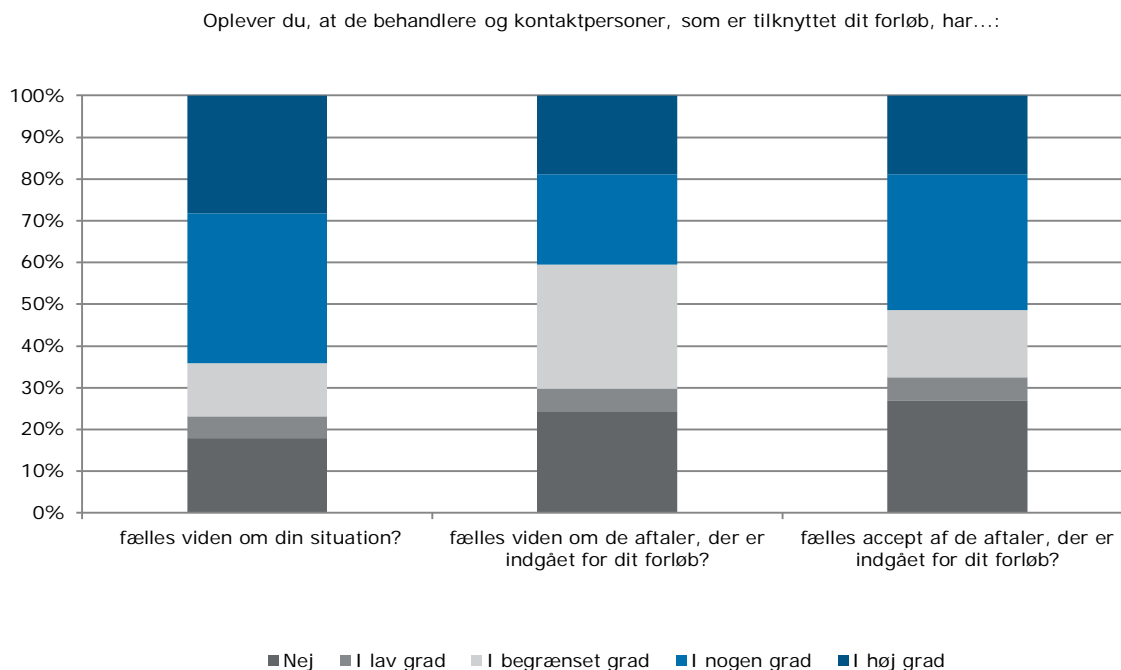
Den fjerde patient, som kender handleplanen, har til gengæld et godt indblik i planen, som han løbende anvender. Denne patient fremstår på mange måder som en positiv undtagelse i datamaterialet, fordi han oplever alle de positive forventninger, der er forbundet med IC-indsatsen og handleplanen. Han udtrykker således, at:

- det er interessant og oplysende at kunne læse om sin egen sygdom og fagpersonernes notater i handleplanen
- planen er opdateret, når han kigger i den, og at den gør det nemmere at overskue hans eget forløb og se, hvilke behandlere han er i kontakt med
- den praktiserende læge er meget interesseret i hans forløb og har holdt opfølgings-samtaler, hvor de sammen har fulgt op på de mål, de sammen har opstillet i handleplanen
- de behandlere (fx på KOL-patientskolen), han er i kontakt med, kender og anvender handleplanen, og dette bidrager til, at de involverede fagpersoner har en bedre viden om hans forløb end tidligere.

3.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet

Når det kommer til samarbejdet på tværs af behandlere, så oplever over 60 % af DÆMP-patienterne, at de forskellige behandlere og kontaktpersoner mindst i nogen grad har fælles viden om deres situation. Samtidig er der 40 %, som svarer positivt på spørgsmålet om, hvorvidt behandlere og kontaktpersoner har fælles viden om de *aftaler*, der er indgået for patienten, ligesom halvdelen oplever, at der på tværs af behandlere er en fælles accept af de indgåede aftaler.

Figur 3.6 Samarbejde mellem behandlere og kontaktpersoner



Note: 39 patienter har svaret på spørgsmålet i søjle et, mens 37 patienter har svaret på spørgsmålene i søjle to og tre.

Resultater fra interview

Syv af de ni interviewede kan ikke komme med eksempler på, at de forskellige behandlere, de er i kontakt med, benytter/har omtalt handleplanen eller i øvrigt givet udtryk for, at de har afstemt deres viden med andre behandlere efter opstarten af IC-forløbet. Flertallet ser dog heller ikke det store behov for dette, fordi de generelt oplever, at behandlerne har nok viden om dem og deres forløb, når de møder dem. Nedenstående citat er derfor illustrativt for patienternes holdning til fagpersonernes videndeling og brug af handleplanen:

De har ikke omtalt, at de bruger handleplanen, overhovedet ikke. Men det behøver de vel heller ikke orientere mig om. Jeg er faktisk ligeglad med, om der er to læger eller 50 der har set i handleplanen, bare de har den baggrundsviden, de har brug for.

(Egil)

Der er dog en enkelt pårørende, som oplever, at der er dårlig kommunikation mellem de forskellige behandlere, der er involveret i hendes mors forløb:

Det er ligesom mig, der står i centrum og mig, der skal gøre det hele. Jeg har også nævnt for min mors praktiserende læge, at det er et stort problem. Jeg bruger mange kræfter på at ringe til sygeplejersken osv. Jeg tog det op med lægen og sagde, at jeg gerne ville have et møde hjemme hos min mor, hvor ham og sygeplejerskerne kunne komme, så vi kunne finde en løsning på det. ... Det er altid mig, der skal forklare, når der er sket noget og sige 'nej, du skal gøre sådan og sådan nu'. Og det er ikke mit job.

(Pårørende til IC-patient)

Den pårørende havde derfor i udgangspunktet store forventninger til IC-indsatsen, men, som det fremgår, har deltagelsen og det, at hendes mor har været drøftet på et TST-møde, ikke ændret oplevelsen af mangelfuld kommunikation:

Det var min mors læge, der kontaktede mig telefonisk og forklarede, hvad det gik ud på – at vi skulle kunne få et bedre samarbejde, nu hvor der er rigtig mange behandlere involveret i min mor. Min mors læge har været til noget samtale med forskellige læger på sygehuset, jeg ved ikke lige, hvad det var, og så skulle han vende tilbage. Men det er faktisk det eneste, jeg har fået af vide – altså omkring hvad det går ud på. Så har jeg også fået at vide, at han skriver gennem Integrated Care, når han skriver til sygeplejerskerne, men det har ikke virket, for de vidste ikke, hvad det gik ud på, og de kunne ikke læse nogen steder i Integrated Care, når jeg ringede til dem. Så ringer jeg retur til lægen, og han kan heller ikke forstå det, for han har skrevet i Integrated Care, siger han. Det er sådan noget bøvl, der har været – en tre til fire gange mindst. Det var det samme på afd. XX, hvor min mor går, der kunne de heller ikke se noget om Integrated Care...

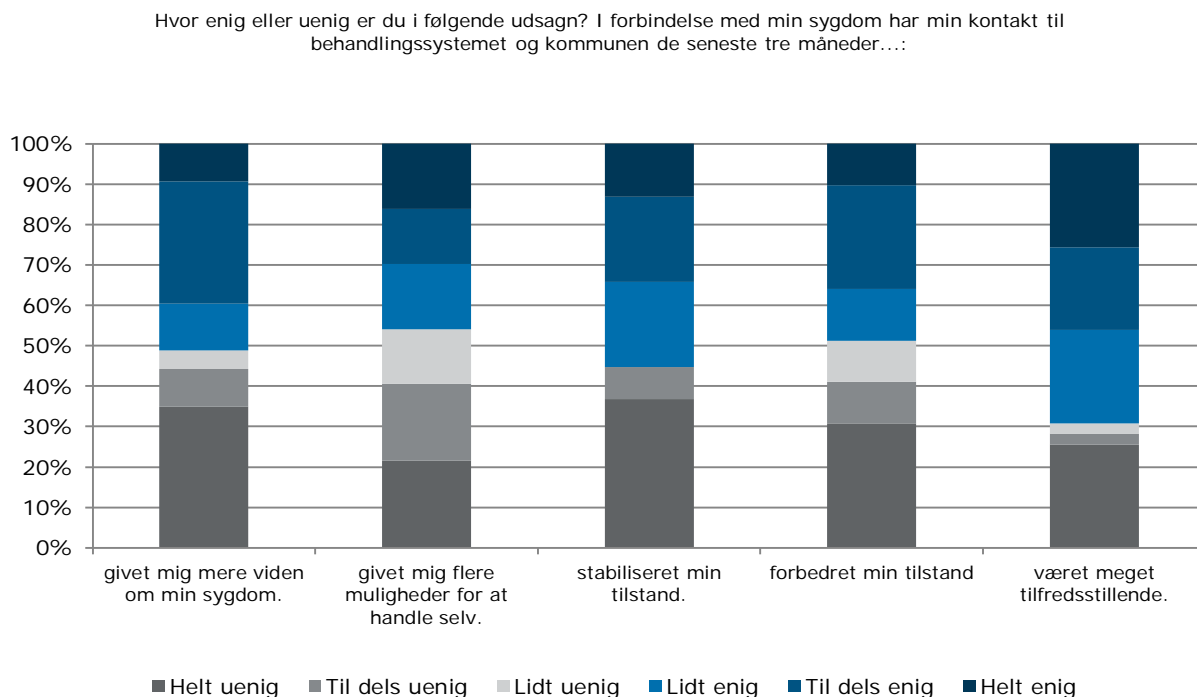
(Pårørende til IC-patient)

Den pårørende oplever således, at situationen, hvor hun skal fungere som mellemlid for behandlernes kommunikation om moren, er uændret, samt at de involverede behandlere ikke kender og anvender IC-redskaberne på den måde, hun blev stillet i udsigt.

3.3 IC-indsatsens betydning for DÆMP-patienternes behandlingsforløb

Den sidste del af spørgeskemaet omhandler DÆMP-patienternes oplevelse af deres behandlingsforløb de seneste tre måneder, hvor de har været tilknyttet IC-indsatsen. Knap 70 % har været overvejende enige i, at forløbet har været meget tilfredsstillende. Når man ser på de enkelte faktorer i behandlingen, så er omkring halvdelen overvejende enige i hvert af følgende udsagn: at have opnået større viden, fået bedre mulighed for at handle selv, stabiliseret sin tilstand og forbedret sin tilstand. Der er færrest, der er helt uenige og samtidig flest, der er helt enige i at have fået flere muligheder for at handle selv. Omvendt er der færrest, der er helt enige, og flest der er helt uenige i, at de har fået mere viden om deres sygdom.

Figur 3.7 Udbytte af behandling de seneste tre måneder



Note: 43 patienter har svaret på spørgsmålene i søjle et, 37 har svaret på søjle to og tre, og 39 har svaret på søjle fire og fem.

I slutningen af spørgeskemaet havde patienterne mulighed for at komme med generelle kommentarer til Integrated Care forløbet (se evt. Bilag 6). Der er to hovedtemaer, der går igen i over halvdelen af kommentarerne: Patienterne mangler kendskab til hele eller dele af IC-projektet, eller patienterne mener, at inddragelse og aktivitet i projektet/behandlingen går for langsomt.

Resultater fra de gennemførte interview

Otte af de ni interviewede DÆMP-patienter oplever ikke, at IC-projektet har haft nogen særlig betydning for deres behandlingsforløb eller kommunikationen omkring dette. Flere har også – som det også fremgår af spørgeskemakommentarerne – en oplevelse af, at IC-indsatsen har stået stille siden opstartssamtalen. Disse patienter brugte derfor interviewsituationen til at efterspørge handling i deres forløb, men det fremgik også, at patienterne ikke selv havde planer om at rykke for dette. Dette hænger formentlig sammen med, at de interviewede DÆMP-patienter i udgangspunktet er tilfredse med den behandling, de får. De fleste peger således på, at de får den hjælp, de har brug for, og at de behandlere, de møder, kender til deres situation og arbejder godt sammen på tværs af læge, hospital og kommune.

Igen er der en enkelt patient, som oplever, at aktiviteterne under IC-indsatsen har haft en stor positiv betydning for hans forløb og helbred. Først og fremmest er vedkommende stort set blevet smertefri og har nedsat sit forbrug af smertestillende piller fra seks til otte piller om dagen til en til to piller om dagen. Det forklarer han dels med sin deltagelse i kommunens KOL-patientenskole, hvor igennem han har fået styr på sin vejrtrækning og lært at anvende en PEP-fløjte. Dels fordi der er blevet arbejdet med de mål om vægttab, der er opstillet i handleplanen, som har bevirket, at han har tabt 15 kg. Samtidig peger han på, at

de forskellige behandleres anvendelse af den fælles handleplan har haft betydning for hans forløb, og udtaler:

Jeg synes, jeg har fået meget bedre behandling, end jeg har fået førhen. Det virker mere som om, at de bekymrer sig om det. Før kunne det virke lidt overfladisk, når der var et eller andet. Jeg synes, jeg bliver godt behandlet alle steder. Jeg bliver også informeret, så det er rigtig godt.

(Peter)

Det generelle billede er dog, at interviewresultaterne i ret stort omfang adskiller sig fra de svar vedrørende IC-indsatsens betydning, der er afgivet i spørgeskemaet. Samtidig viser interviewene, at DÆMP-patienterne generelt har svært ved at adskille IC-indsatsen fra deres øvrige møder med sundhedsvæsenet. Derfor bør svarene i spørgeskemaet tolkes med varsomhed, da det er uklart, hvorvidt disse specifikt er relateret til IC-indsatsen, fremfor DÆMP-patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet generelt.

3.4 Opsamling på DÆMP-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

Det fremgår af de foregående afsnit, at der er generelt stor konsistens imellem resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen og de gennemførte interview. Samtidig viser interviewene, at patienter, fx i forhold til IC-indsatsens indhold, aktiviteter og betydning, har et mere uklart billede af IC-indsatsen, end spørgeskemaet umiddelbart indikerer. Derfor bør svarene i spørgeskemaet tolkes med varsomhed, da det er uklart, hvorvidt disse specifikt er relateret til IC-indsatsen, frem for DÆMP-patienternes oplevelse af sundhedsvæsenet generelt. Samtidig flugter resultaterne fra midtvejsevalueringen med konklusionerne fra undersøgelsen af IC-indsatsens pilotfase (Lee et al. 2014). Nedenstående konklusioner fremstår derfor på tværs af de forskellige datakilder og de to undersøgelser:

På den ene side bakker et stort flertal af DÆMP-patienterne op om IC-indsatsen, som de også har mange positive (om end ukonkrete) forventninger til. Der er således ikke afdækket egentlige kritiske perspektiver på indsatsen og særligt delingen af oplysninger mellem behandlere ses som et positivt element, der kan bidrage til fælles viden på tværs af de involverede behandlere og dermed kontinuitet i patienternes møde med disse. DÆMP-patienterne har derfor ingen indsigelser over for, at der arbejdes med risikolister eller den tværgående videndeling, der lægges op til via IC-handleplanen.

På den anden side har langt de fleste interviewede DÆMP-patienter et uklart billede af, hvad IC-indsatsen indebærer, og hvad de har fået ud af at deltage. Deres perspektiver på opstartssamtale, IC-handleplan og de konkrete tilbud, de har fået i IC-regi, er således fragmenterede, og de har i meget lille omfang gjort brug af handleplanen. Sidstnævnte hænger både sammen med manglende viden om handleplanen, manglende behov og manglende it-kompetencer.

Det er også i langt højere grad opfordringen fra egen læge til at deltage i IC-indsatsen, ønsket om at hjælpe andre o.l., frem for forventninger til bedre behandling, der ligger til grund for, at de interviewede patienter deltager i IC-indsatsen. Patienterne har således stor tillid til det, deres læge foreslår, og de ser generelt ikke selv et stort behov for mere koordinering, aktiv inddragelse eller adgang til handleplaner o.l. Først og fremmest fordi de i udgangspunktet er godt tilfredse med deres kontakter i sundhedsvæsenet og ikke oplever væsentlige problemer med manglende koordinering af deres behandling.

Det fremgår også, at den del af IC-indsatsen, der rækker ud over opstartssamtalen hos egen læge, fremstår usynlig for langt de fleste patienter. Det kan dels hænge sammen med, at patienterne ikke har modtaget specifikke ydelser via IC-indsatsen, men det hænger formentlig også sammen med, at en del patienter ikke relaterer de enkeltstående tilbud, de er blevet henvist til med IC-indsatsen. Det fremstår dog også som en væsentlig pointe, at flere patienter oplever, at deres forløb er gået i stå efter opstartssamtalen, samt at der ifølge patienterne ikke har været en aktiv tovholder, som har fulgt op på de aftaler, der er indgået for deres forløb.

Interviewene har afdækket to væsentlige afvigelser i forhold til ovenstående. På den ene side er der den velinformerede, kompliance og selvhjulpne patient, som har haft stort udbytte af IC-indsatsen, og som aktivt anvender IC-handleplanen og er i løbende dialog med sin egen læge. På den anden side er der den pårørende, som oplever mange problemer med koordinering og videndeling på tværs af de fagpersoner, som kommer i hendes mors hjem. Hun har imidlertid snarere haft en oplevelse af, at IC-indsatsen har forværret koordineringen, fordi der, sammenlignet med hvad hun var stillet i udsigt, har været en række svigt og fejl i IC-kommunikationen omkring hendes mors forløb.

De to forskellige forløb er på mange måder illustrative for, hvornår IC-indsatsen virker godt og mindre godt:

I det gode forløb anvendes handleplanen som et fælles og gensidigt kommunikationsredskab, patienten er ledt hen til nyttige behandlingstilbud, som vedkommende har været motiveret til at gennemføre, og ikke mindst har patienten været aktivt involveret i forløbet, i stand til at lade sig inddrage og kompetent til at orientere sig i handleplan mm.

I det mindre gode forløb har handleplanen og IC-indsatsen i sig selv resulteret i svigtende kommunikation og koordination på tværs af de involverede fagpersoner, og der har ikke været en aktiv patient til at indgå i dialogen og få udbytte af de behandlingstilbud, der tilbydes i IC-regi.

Ovenstående forskellige forløb peger i sig selv på en række opmærksomhedspunkter i forhold til, hvad IC-indsatsen kræver af de involverede fagpersoner for at få en reel betydning for de inkluderede patienter, og det vender vi tilbage til i kapitel 4, der omhandler fagpersonernes perspektiver samt i kapitel 6, hvor vi diskuterer resultaterne og opstiller rapportens konklusioner og anbefalinger.

4 SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

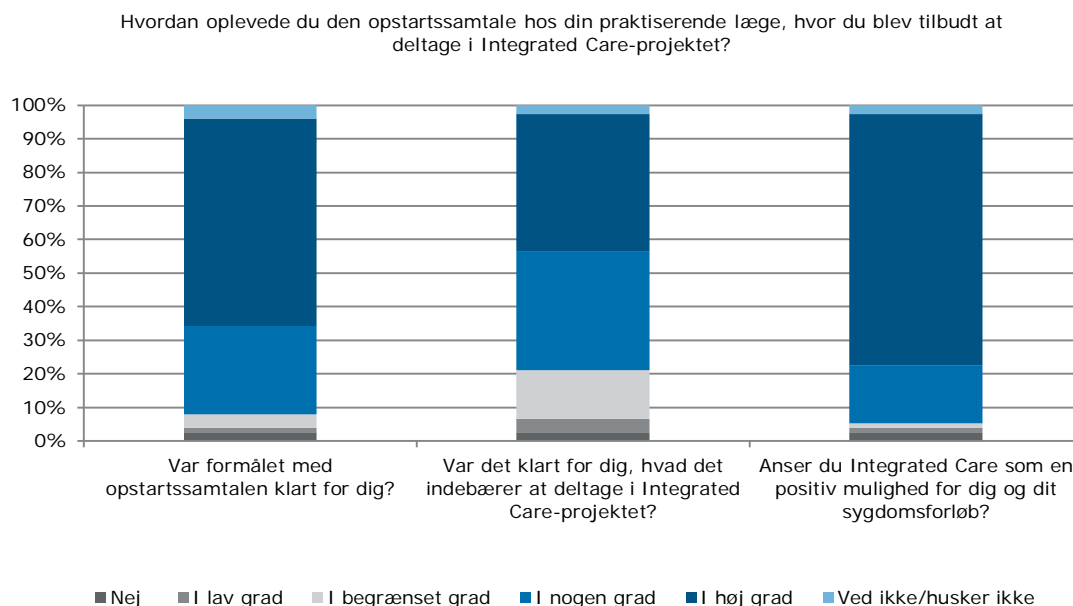
Et af de væsentlige mål med IC-indsatsen er at give bedre og hurtigere forløb for de SAD-patienter, der deltager, så muligheden for at bevare kontakten til arbejdsmarkedet øges. Med det afsæt har vi via interview og spørgeskemaer undersøgt SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen. Resultaterne præsenteres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

4.1 Indgangen til IC-indsatsen

SAD-patienterne inkluderes ligesom DÆMP-patienterne i IC-indsatsen via en opstartssamtale hos egen læge. Her skal patienten a) introduceres og give samtykke til IC, 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 IC-indsatsen, hvor mange elementer skal gå op i en højere enhed for at skabe et godt afsæt for patientens videre forløb.

Det første væsentlige opmærksomhedspunkt handler derfor om, hvorvidt patienten ved, hvad der skal ske og i øvrigt oplever IC-indsatsen som en positiv mulighed for deres sygdomsforløb. I den forbindelse viser spørgeskemaundersøgelsen jf. Figur 4.1, at op mod 90 % af SAD-patienterne mener, at formålet med opstartssamtalen i nogen eller høj grad var klart. Knap 80 % svarer også, at det mindst i nogen grad var klart, hvad deltagelse i IC-indsatsen indebærer, mens kun 2 % slet ikke mener, det var klart. Endelig fremgår det, at omkring 75 % af de adspurgte i høj grad anser IC som en positiv mulighed for deres videre sygdomsforløb, og igen er det kun 2 %, der ikke anser, at dette er tilfældet. Spørgeskemaet viser således meget entydigt, at SAD-patienterne oplever at være velinformerede om formålet med IC-indsatsen, samt at de – også tre måneder efter starten af forløbet – har positive forventninger til resultaterne for deres sygdomsforløb.

Figur 4.1 Deltagelse i IC



Note: 76 respondenter har besvaret disse spørgsmål

Patienterne er desuden blevet bedt om med egne ord at skrive, hvorfor de har valgt at deltage i IC. Besvarelsenerne kan (jf. Bilag 7) i grove træk deles op i seks hovedkategorier: 1) pga. psykologhjælp, 2) pga. anden (udefineret) hjælp/for at få det bedre, 3) til gavn for andre (forskningen), 4) på lægens opfordring, 5) specifikt pga. det tværfaglige samarbejde, 6) pga. handleplanen. Ud af de 74 patienter, der har svaret på spørgsmålet, har:

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

De frie svarkategorier viser således, at det er psykologbistanden samt muligheden for at få bedre hjælp, der ligger til grund for cirka 73 % patienternes deltagelse, mens de tværgående elementer i indsatsen rangeres relativt lavt.

Resultater fra de gennemførte interview

Alle interviewpersoner fortæller, at deres læge har introduceret dem til IC-indsatsen i forbindelse med en konsultation, som patienten selv havde bestilt på baggrund af, at de havde det dårligt psykisk, eller fordi de troede, de fejlede noget fysisk. Der er således ingen interviewpersoner, der er kontaktet af deres praktiserende læge, fordi der havde fundet et screeningsarbejde sted. Interviewene indikerer således, at SAD-indsatsen typisk sker ved, at lægen i selve konsultationen tager initiativ til at fortælle om IC-indsatsen, og det frem-

går af interviewene, at dette typisk sker via en kombination af mundtlig og skriftlig kommunikation (IC-indsatsens foldere).

Interviewdeltagerne peger på, at det er kombinationen af mulighed for 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.

Jeg er helt vild med ideen, 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 den behandling, der bliver givet og for flere en oplevelse af, at der er fælles viden på tværs af behandlerne og derved lægger interviewpersonerne større vægt på IC-indsatsens tværfaglige elementer, end spørgeskemaet umiddelbart indikerer. Samtidig betyder det meget for interviewpersonerne, at de ved at deltage i IC-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 de oplevede som lang, og som et tomrum at navigere i, hvilket formentlig hænger sammen med de flaskehalsproblemer, der tidligere har været omkring adgangen til IC-indsatsens psykologbistand.

SAD-patienternes perspektiv på information og inddragelse ved opstartssamtalen

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 har læst det udleverede materiale om IC-indsatsen. Under interviewene blev det derfor også tydeligt, at mens mange troede, de havde et godt kendskab til IC-indsatsen, så var der for alle væsentlige dele af IC-indsatsen, som de ikke kendte til, fx hvilke aktører man kan komme til i regi af IC-indsatsen, at psykologhjælpen er gratis og en række forskellige aspekter vedrørende handleplanen, såsom at patienten selv har læsead-

gang til den, men også hvad der er formålet med den, og hvordan fagpersonerne anvender den.

Flere havde en oplevelse af, at opstartssamtalen mere 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 men tog den som en selvfølge, for at IC-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 et øget fokus på patientinddragelse. Dette er ikke noget interviewpersonerne reflekterede over som noget negativt i forbindelse med opstarten af IC-indsatsen. Faktisk forekom selve den proces at være neutral og selvfølgelig for interviewpersonerne. Flere interviewpersoner gav også 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 aktiv og involverende del i det praktiske, og de var derfor 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 skulle være aktiv i sit forløb. Denne balancegang vender vi tilbage til i afsnit 6.2.2 om praksislægenes perspektiver på opstartssamtalen.

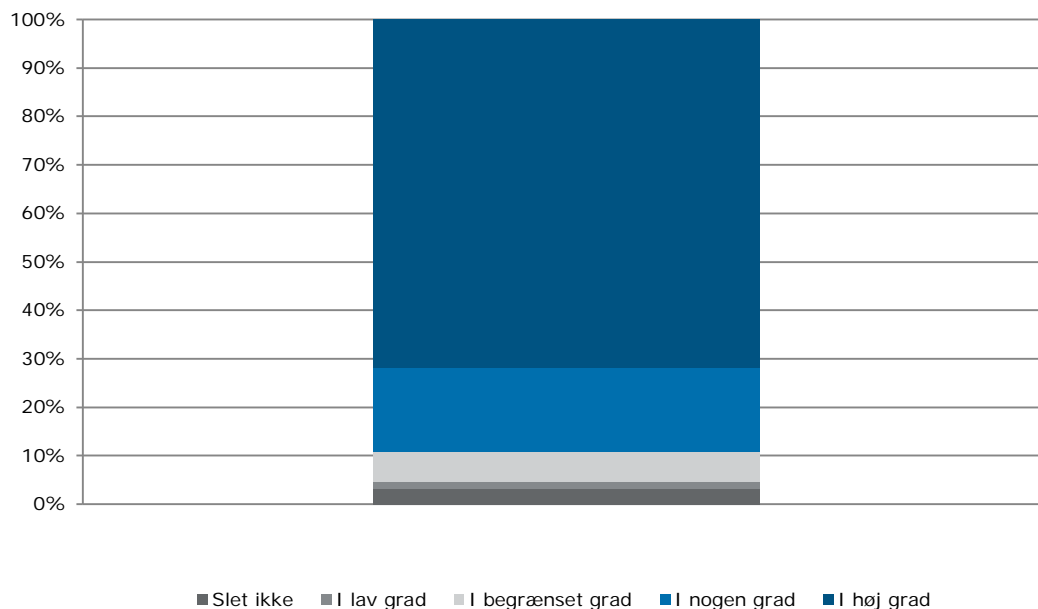
4.2 SAD-patienternes perspektiver på IC-handleplanen

Den fælles IC-handleplan, der udarbejdes i forbindelse med opstartssamtalen hos egen læge, er tænkt som et centralt værktøj i fagpersonernes IC-samarbejde. Samtidig indgår det som et element, at patienterne selv kan 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 4.2 nedenfor, er der knap 90 % af respondenterne, som er positive over for, at deres oplysninger deles på tværs af relevante behandlere, mens godt 10 % forholder sig kritisk til dette aspekt af IC-indsatsen.

Figur 4.2 SAD-patienternes holdning til, at deres oplysninger deles på tværs af behandlere

Jeg har det fint med, at mine oplysninger deles på tværs af behandlere.

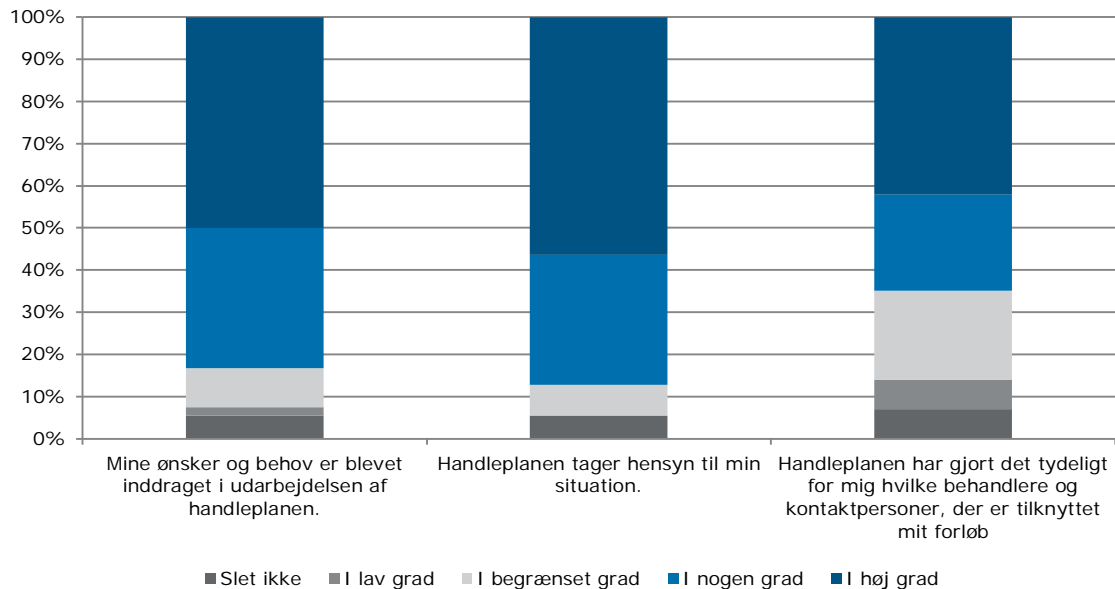


Note: 64 respondenter har besvaret spørgsmålet

Selvom IC-handleplanen er et centralt værktøj i IC-indsatsen, svarer knap 30 % af SAD-patienterne, at de ikke kender handleplanen. Figur 4.3 viser til gengæld, at der blandt de 70 %, 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 65 % (svarende til cirka 46 % af det samlede antal respondenter), der vurderer, at handleplanen har gjort det mere tydeligt, hvilke personer der er tilknyttet deres behandling.

Figur 4.3 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:

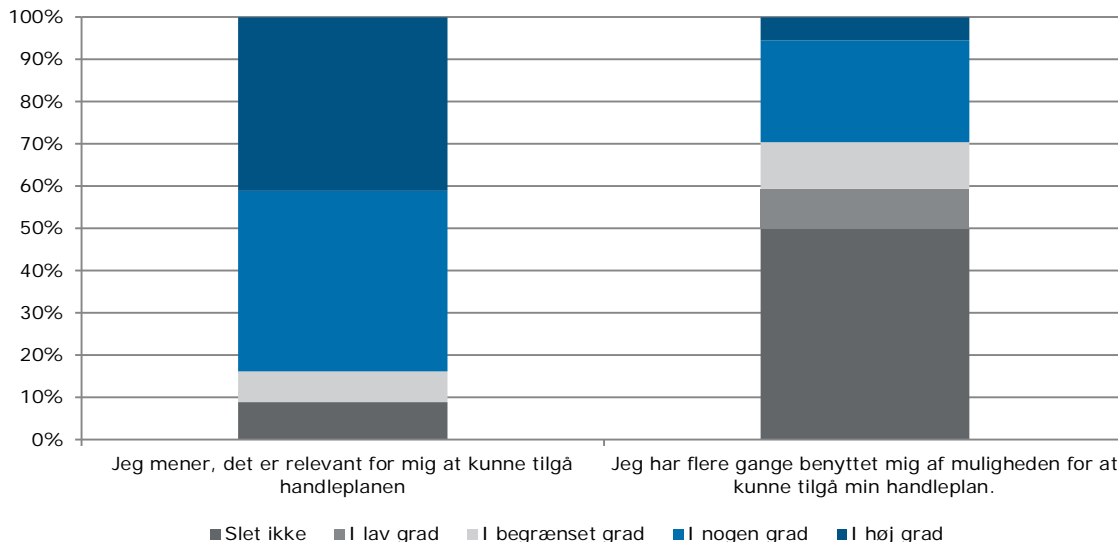


Note: 54 respondenter har besvaret spørgsmålet i første søjle, 55 respondenter har besvaret spørgsmålet i anden søjle og 57 respondenter har besvaret spørgsmålet i tredje søjle

IC-indsatsen giver også patienterne mulighed for selv at logge på IC-handleplanen og dermed opnå en større forståelse for deres forløb og bedre mulighed for at indgå i en aktiv dialog med de involverede fagpersoner. Med hensyn til muligheden for at tilgå handleplanen, så fremgår det af Figur 4.4, at langt de fleste af de SAD-patienter, der kender handleplanen, mener, at dette i høj grad er relevant. Det ses dog også, at kun omkring 30 % (svarende til 21 % af det samlede antal respondenter) mere end en gang har benyttet sig af muligheden. På samme måde, som det var tilfældet for DÆMP-patienterne, er der således relativt langt fra intention til praksis for SAD-patienterne.

Figur 4.4 SAD-patienternes vurdering og anvendelse af IC-handleplanen

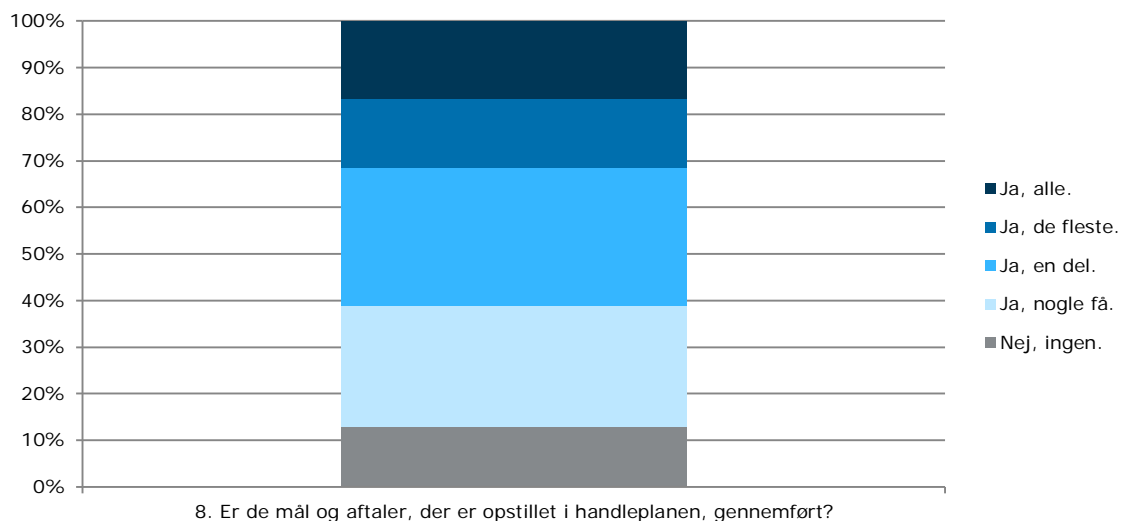
I forlængelse af opstartssamtalen blev der udarbejdet en handleplan for dit forløb, som de involverede fagpersoner er fælles om at arbejde med. Vurder følgende udsagn om den fælles handleplan:



Note: 56 respondenter har besvaret spørgsmålet i første søjle og 54 respondenter har besvaret spørgsmålet i anden søjle.

Vi har også ønsket at vide, hvorvidt patienterne oplever, at de mål, som opstilles i handleplanen, realiseres. Svarene viser (jf. Figur 4.5), at godt 60 % af de patienter, der kender handleplanen, oplever, at mindst en del af de opstillede mål og aftaler er blevet gennemført.

Figur 4.5 SAD-patienternes vurdering af handleplanens mål og aftaler



Note: 54 patienter har svaret på spørgsmålet

Resultater fra de gennemførte interview

Til interviewene var der seks patienter, som på forhånd kendte til handleplanen. Heraf var de fire bevidste om, at de havde 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. Under interviewene kom det frem, at der var flere forskellige opfattelser af, hvad handleplanen er, og hvordan den anvendes/kan anvendes. Dels var der en opfattelse af handleplanen som:

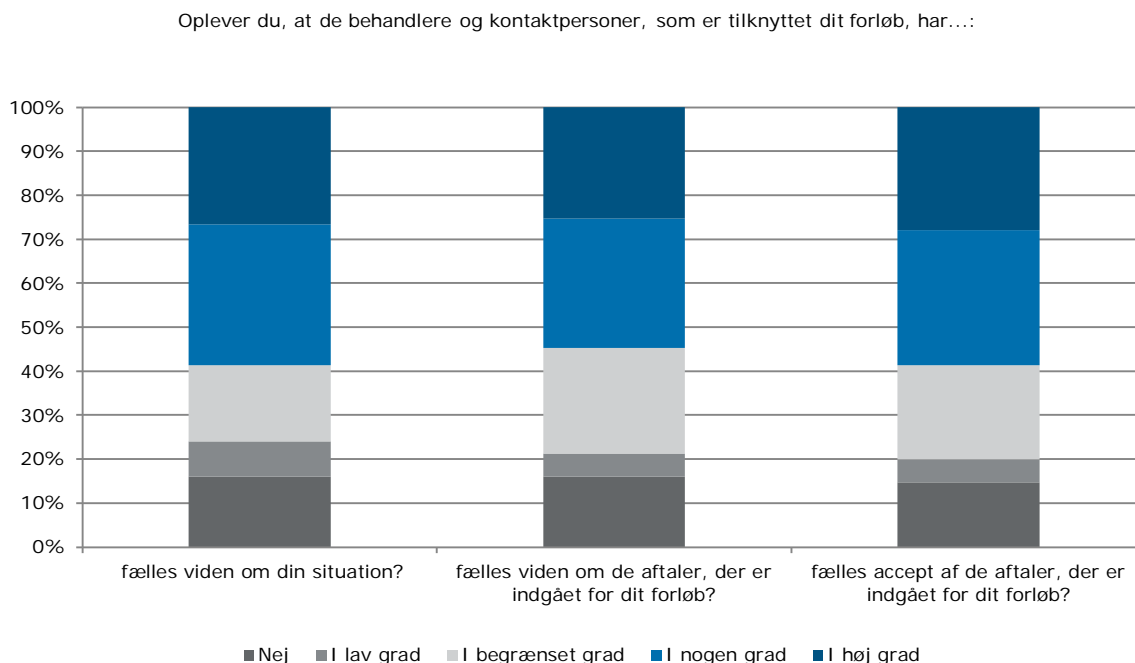
- et redskab til at holde den røde tråd i patientens forløb, hvor alle aktører kan skrive, og patienten kan læse med. Denne opfattelse er i overensstemmelse med hensigten i IC-indsatsen, og appellerer også til, at patienten skal læse med i den
- et sted til overlevering af simple, faktuelle informationer om patienten, fx et 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 den
- et redskab, alle kan skrive i, også patienten. Denne opfattelse appellerer til at anvende den 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 behandlerne.

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 IC-indsatsen. Derfor har det betydning, hvordan behandlerne opfatter handleplanen som en del af at inddrage patienten og ikke mindst, hvordan de undervejs i forløbet fortæller om den, og hvorvidt og hvordan de motiverer til at anvende den. Hvordan fagpersonerne forstår og formidler handleplanen kan bl.a. læses i afsnit 6.2.

4.2.1 Koordinering på tværs af IC-forløbet

I Figur 4.6 ses det, at mellem 50-60 % 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 forløbet:

Figur 4.6 Samarbejde mellem behandlere og kontaktpersoner



Note: 75 patienter har svaret på disse spørgsmål

Resultater fra interview – perspektiver på videndeling via handleplanen

Som tidligere nævnt er der kun en interviewperson, der aktivt har anvendt handleplanen i sit forløb¹¹ og derved har en viden om, hvad der rent faktisk er delt via handleplanen. Hendes erfaring er imidlertid, 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 i den forbindelse, at de er glade for, at behandlerne tydeliggør, at der er en fælles viden om deres forløb, fordi det giver en oplevelse af, at der er styr på forløbet, og at behandlerne interesserer sig for dette.

¹¹ 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.) snakke 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 IC-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 havde en god balance, hvor de spurgte dem til, hvordan det gik, men hvor interviewpersonerne også kunne mærke på deres behandlere, at de havde en grundlæggende viden om dem. 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 IC-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 overfor 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 afhængigt 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 en fleksibilitet fra behandlernes side at kunne tilpasse sig patienternes behov.

SAD-patienternes forbehold over for vidensdeling

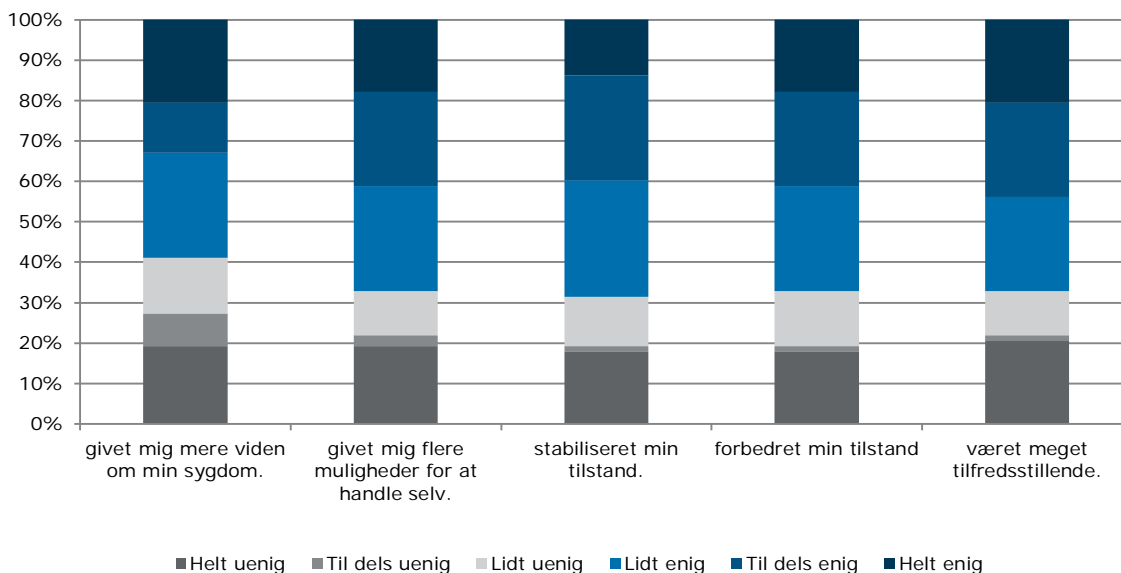
Som det fremgik af Figur 4.2 er der godt 10 % af SAD-patienterne, der forholder sig kritisk til den deling af informationer, der lægges op til via handleplanen. Dette går også igen i interviewene, hvor tre deltagere fortæller, at de ikke er helt trygge ved, at de kommunale aktører får indblik i de personlige forhold, som de deler med forskellige behandlere. Det skyldes, at patienterne er usikre på, hvordan sagsbehandlerne vil anvende en sådan viden og ikke mindst en frygt for, at det vil kunne falde negativt ud for patienten. Der er således patienter, der etablerer aktørerne i IC-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 – men også klarhed omkring, hvilken viden der overleveres til de kommunale sagsbehandlere, samt hvad denne skal anvendes til i IC-regi.

4.3 IC-indsatsens betydning for SAD-patienternes behandlingsforløb

Den sidste del af spørgeskemaet omhandler SAD-patientens oplevelse af sit behandlingsforløb de seneste tre måneder, hvor IC har været tilknyttet. Knap 70 % 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. Kun i spørgsmålet om viden om sygdommen erklærer under 60 % sig overvejende enige i at have opnået det som følge af IC-indsatsen.

Figur 4.7 Udbytte af behandling de seneste tre måneder

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn? I forbindelse med min sygdom har min kontakt til behandlingssystemet og kommunen de seneste tre måneder...:

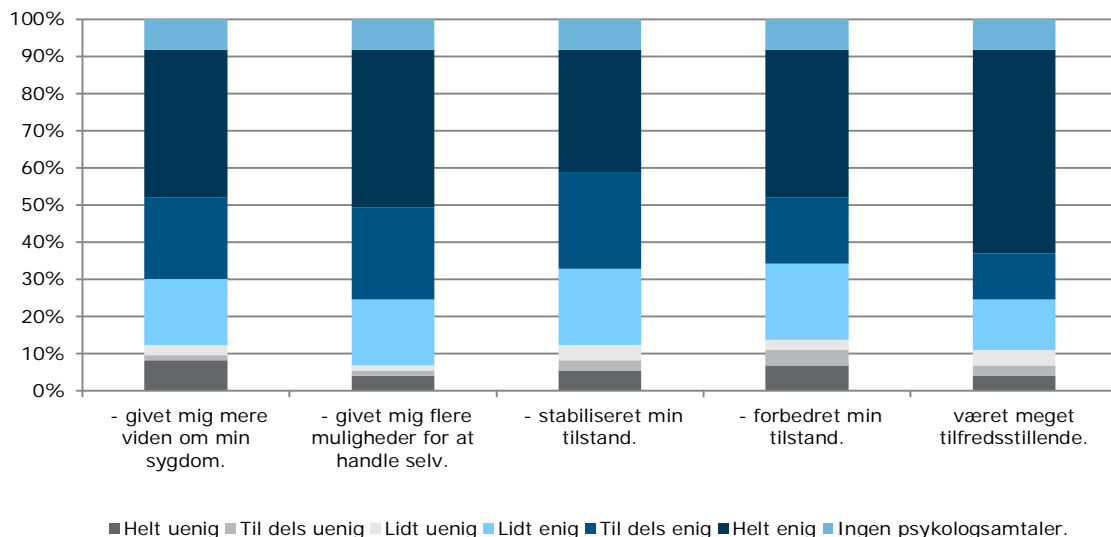


Note: 73 patienter har svaret på disse spørgsmål

Som det også fremgik af patienternes egne begrundelser for at deltage i IC-indsatsen (se evt. afsnit 4.1) er den gratis psykologhjælp et af de centrale tilbud i indsatsen. Det fremgår da også af spørgeskemaet, at over 90 % har deltaget i psykologsamtaler, og blandt disse er der udpræget positiv respons. Således er omkring 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 10 %, 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 4.8 SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsens psykologsamtaler

Der indgår et tilbud om psykologsamtaler i den integrerede indsats. Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn om psykologsamtalerne? Psykologsamtalerne har...



Note: 73 personer har svaret på disse spørgsmål

31 respondenter har ved afslutningen af spørgeskemaet givet generelle kommentarer til IC-indsatsen (jf. Bilag 7). Kommentarerne kan opdeles i to hovedkategorier: Dem, der er positive og tilfredse med IC-indsatsen og dem, der er negative.

Cirka 1/3 af kommentarerne er positive, og her er det især oplevelsen af at have været med i et godt tilbud, som bør fortsætte, det tværfaglige samarbejde og psykologhjælpen, der fremhæves.

Cirka 2/3 af kommentarerne er negative, og her er der to hovedtemaer, der går igen: For det første føler 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 ni interviewpersoner havde været eller var i et forløb hos en psykolog. Af disse var tre meget positive over for forløbet. Det, der havde gjort forløbet godt, var, at de 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)

Arbejdsmedicineren havde nogle nye briller på det arbejdsmæssige. Hun sagde, psykologen og jeg ville være et godt match, og det var det.

(Grethe)

Det match havde en behandler sikret dem – enten den praktiserende læge eller en psykolog hos Arbejds- og miljømedicinsk klinik. Interviewpersonerne oplevede således, at psykologen blev udvalgt i forhold til at kunne imødekomme deres behov. Det tyder på, at netværksdelen af IC-indsatsen fungerede i disse tilfælde, hvor den behandler, der udpegede psykologen, havde kendskab til psykologernes kompetencer, såvel som at det var muligt at få patienten i et forløb hos psykologen.

Omvendt fortalte fire, at samarbejdet med psykologen ikke havde fungeret optimalt, fordi de ikke havde været et godt match rent personligt. På den måde var der i det konkrete samarbejde ikke opnået 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 eller påvirke 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 det 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 på tiltag, der ikke virker efter hensigten.

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 IC-indsatsen er begrænset. Begge interviewpersoner oplevede imidlertid, at IC-indsatsens opkobling til kommunen fejlede ved opstarten af forløbet. Det afspejles dels ved, at den ene patient selv måtte være aktiv, før hun blev tilknyttet en sagsbehandler, der var en del af IC-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, på den måde de i udgangspunktet havde forventet. En interviewperson forklarede således at:

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 indsatsen, så længe det omhandlede behandling af hende, så forsvandt sammenhængen, da hun fik det så godt, at hun var parat til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Derfor oplever hun i dag at mangle en kommunal tovholder, der 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. Og så er der det der netværks, hvor jeg sidder i rundkreds en gang om ugen. Det er ikke noget, jeg har brug for 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/erne, 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 IC-indsatsen, men hans kollegaer var. Interviewpersonen oplevede således ikke at få et forløb i IC-regi, men blot et forløb i klinikken, og oplevede derfor ikke, at der var et samarbejde på tværs af organisationer.

Flere oplevede således 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. Således havde en af interviewpersonerne haft en samtale med AMK i december 2014, og i maj 2015 ventede han stadig på, at der skulle ske mere i hans forløb. Hvad det skyldes, at deres forløb går langsomt efter at være hos AMK, ved interviewpersonerne ikke, blot at det er frustrerende¹².

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

I tråd med angivelserne fra spørgeskemaet vurderer et klart flertal af interviewpersoner, at de har fået det bedre i den tid, de har været tilknyttet IC-indsatsen¹³. Der er også en enkelt patient, der eksplicit fremhæver dialogen mellem de forskellige aktører, 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)

¹² Dette vender vi tilbage til i kapitel 5, som omhandler fagpersonernes perspektiver på SAD indsatsen.

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

Som illustreret i nedenstående citater, peger de øvrige interviewpersoner imidlertid ikke på, at det er IC-indsatsen som helhed eller elementerne vedrørende videndeling mm., der har været udslagsgivende for deres bedring:

Jeg har fået meget ud af min stresssygemelding, og jeg har intet at klage over. Jeg har fået en rigtig fin behandling, og jeg har det godt. Men jeg tænker ikke, det er Integrated Cares skyld. Det er nok på grund af min egen læge – hun har henvist mig til rette sted.

(Jane)

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 arbejdsmedicinere.

(Grethe)

Jeg ved ikke, om det er projektet, der har gjort, at jeg er kommet her til, hvor jeg er nu. Min læge overtalte mig til at snakke med en psykolog. Da hun foreslog IC, der var jeg så udmattet, jeg var ligeglad. Jeg ved ikke, om det er tiden eller mit eget initiativ, der gør, at jeg er, hvor jeg er i dag.

(Ditte)

Som det fremgår, kæder patienternes 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. Samtidig havde flere en god oplevelse af, at deres praktiserende læge havde været en tovholder, som havde givet dem en ro og trykthed undervejs i forløbet:

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 IC-indsatsen som irrelevant, for der er bred enighed om, at ideen er rigtig god, og at den repræsenterer det, der er behov for, når man står som 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 uhenigtsmæssig ventetid i forløbet, c) at der har manglet opfølgning på opstartssamtaler og handleplan samt d) manglende viden om struktur og indhold af IC-indsatsen.

4.4 Opsamling på SAD-patienternes perspektiver på IC-indsatsen

Som det fremgår af de foregående afsnit, fremstår IC-indsatsen væsentligt tydeligere og relevant for SAD-patienterne, end den gør for DÆMP-patienterne. Der er gennemgående en tro på, at idéen i IC-indsatsen er rigtig, og at den hjælper patienterne med at få det bedre/komme tilbage til arbejde. Patienterne fremhæver i den forbindelse udsigten til hurtig hjælp, de specifikke tilbud (primært psykologhjælpen), den fælles videndeling mellem be-

handlerne, og det at flere forskellige fagligheder vurderer ens sag som de væsentligste positive elementer i IC-indsatsen.

Det store flertal af patienter er glade for og trygge ved, at fagpersonerne deler oplysninger om dem. Der er dog også et mindretal, der er skeptiske over for dette, eller direkte utrygge ved det, og om det fx kan skade deres muligheder i det kommunale system eller på arbejdsmarkedet. Det fremstår således som et opmærksomhedspunkt – både hos psykologen – og de øvrige behandlere, at de løbende informerer og involverer patienterne om, hvilken viden der viderefremmes, og hvorfor det sker.

Det fremgår også, at flertallet af SAD-patienterne efter deltagelsen er tilfredse med den behandling, de har fået og oplever, at de har fået det bedre. Der er samtidig en ret 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. 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 IC-indsatsen. Patienterne er dog 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. Samtidig fremgår det – i tråd med resultaterne fra pilotundersøgelsen – at mange SAD-patienter er glade for, at nogen 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, men også være opmærksom på de muligheder for inddragelse, der opstår i takt med, at patienten får det bedre.

Selvom patienterne er meget positive over for IC-handleplanen, er der meget, som tyder på, at den ikke spiller den rolle for patienterne, som der er lagt op til i IC-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 er der flere, som har orienteret sig i handleplanen og oplevet, at indholdet ikke har været relevant og opdateret. Det fremgår også, at patienterne har mange forskellige perspektiver på, hvordan handleplanen fungerer og anvendes, og at der forskel på, hvor aktivt behandlerne informerer om handleplan og IC-indsats undervejs i forløbet. Dette fremstår således også som et opmærksomhedspunkt i det videre arbejde med IC-indsatsen, fordi behandlerens tilgang til handleplan o.l. har stor betydning for patienternes anvendelse af samme redskaber.

Endelig fremgår, at et klart flertal af SAD-patienterne vurderer, at de har fået det bedre i den tid, de har været i IC-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. Samtidig fremstår det som et fremadrettet opmærksomhedspunkt at sikre det rette match mellem patient og psykolog.

Vi vender tilbage til ovenstående opmærksomhedspunkter i kapitel 5 som omhandler fagpersonernes perspektiver på SAD-indsatsen, samt i kapitel 6, hvor vi diskuterer resultaterne og opstiller rapportens konklusioner og anbefalinger.

5 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på DÆMP-indsatsen¹⁴

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

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

5.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af DÆMP-indsatsens implementering

5.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

DÆMP-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 5.1 nedenfor viser, at fagpersonernes primære kilder til viden om IC-indsatsen er orienteringsmøder og skriftlig information. Samtidig fremgår det, at besøg fra IC-sekretariatet er en vigtig kilde til viden for de praktiserende læger, mens nærmeste leder/koordinator/kolleger er en vigtig informationskilde for hjemmesygeplejersker og ergo-/fysioterapeuter. Disse svar afspejler den strategi, der er valgt, hvor IC-sekretariatet har ansvaret for at understøtte almen praksis, mens Odense Kommune specifikt har udnævnt decentrale ledere og en fastansat IC-koordinator, som er ansvarlige for at understøtte implementeringen blandt hjemmesygeplejersker og terapeuter.

¹⁴ Som en del af DÆMP-indsatsen har de praktiserende læger siden februar haft mulighed for at henvise til Ældresagens frivillig-tjeneste, for at denne kontakter patienten og orienterer om muligheden for at få en besøgsven eller muligheden for at deltage i Ældresagens forskellige netværk og arrangementer. På samme måde har praksislægerne siden marts 2015 haft mulighed for at henvise fx deprimerede DÆMP-patienter til samtaleforløb hos en psykolog, på samme måde som det sker i SAD-indsatsen. I forbindelse med evalueringen har vi interviewet Ældresagens repræsentant i IC-indsatsen samt den tilknyttede psykolog. For begge repræsentanter gælder, at de oplever IC-indsatsen som en positiv mulighed for at give patienterne relevante tilbud, og at de patienter, de indtil videre har modtaget, har været relevante. Det gælder dog også for begge interviewpersoner, at der på interviewtidspunktet kun var et spinkelt erfaringsgrundlag relateret til de henviste patienter. Derfor har vi udeladt yderligere interviewdata fra nærværende kapitel. Vi forventer, at der er et bedre erfaringsgrundlag og derved bedre mulighed for at inddrage perspektiver fra Ældresagen og psykologen efter de afsluttende interview, der gennemføres til november 2015.

Tabel 5.1 Fagpersonernes angivelser af, hvordan de er informeret om DÆMP-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Via skriftlig information	67 %	42 %	50 %
På orienteringsmøde, temamøde, kursus el. lign.	72 %	35 %	17 %
Besøg fra IC-projektsekretariat	56 %	19 %	13 %
Af nærmeste leder	0 %	19 %	13 %
Af kollega/koordinator	22 %	58 %	54 %
På egen hånd	17 %	13 %	17 %
På anden måde	0 %	0 %	8 %

Note: 73 besvarelser. Det har været muligt at afgive flere svar

Tabel 5.2 nedenfor viser fagpersonernes vurdering af eget kendskab til IC-indsatsen. Som det fremgår, er der stor forskel på henholdsvis praksislægenes og de kommunale respondents kendskab til IC-indsatsen:

Tabel 5.2 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til indholdet i IC-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ja, i meget høj grad	28 %	6 %	0 %
Ja, i høj grad	28 %	6 %	13 %
Ja, i nogen grad	44 %	52 %	33 %
Nej, kun sporadisk kendskab	0 %	35 %	50 %
Nej, har slet ikke kendskab	0 %	0 %	4 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 73 besvarelser

Det fremgår således, at praksislægerne angiver, at de har et relativt højt kendskab til indholdet i IC-indsatsen, mens en stor del af de kommunale respondenter svarer, at de kun har et sporadisk kendskab. Forskellene på fagpersonernes viden om indholdet i IC-indsatsen matcher de forskelle, der er på rollefordelingen i IC-indsatsen, hvor praksislægerne er ansvarlige for at opspore og inkludere patienter, at være tovholder for den enkelte patients forløb, ligesom det er praksislægerne, der er faste medlemmer af TST. Heroverfor har de kommunale respondenter en langt mere afgrænset rolle med at tage imod handleplaner for de inkluderede patienter og levere den kommunale indsats, som praksislægerne anbefaler – samtidig deltager de kommunale fagpersoner kun i TST-møder på ad hoc basis. Endelig møder den enkelte kommunale respondent meget få IC-patienter i deres hverdag¹⁵.

En anden væsentlig forudsætning for IC-modellens implementering og anvendelse er, at den opleves relevant af de involverede fagpersoner, da dette alt andet lige øger motivationen til at efterleve de indgåede aftaler. Derfor har vi bedt de fagpersoner, som kender IC-indsatsen, at vurdere indsatsens vigtighed i Tabel 5.3 nedenfor:

¹⁵ Ved interviewtidspunktet var der inkluderet cirka 120 DÆMP-patienter, mens der er 140 hjemmesygeplejersker, som kan modtage handleplanerne.

Tabel 5.3 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtig IC-indsatsen er for at sikre kommunikation og koordination af samarbejdet omkring DÆMP-patienter

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ikke vigtig	39 %	20 %	9 %
Lidt vigtig	22 %	20 %	0 %
Til dels vigtig	22 %	30 %	18 %
Vigtig	0 %	15 %	18 %
Meget vigtig	6 %	5 %	36 %
Ved ikke	11 %	10 %	18 %
I alt	100 %	100 %	100 %

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

Som det fremgår, er der næsten ingen praksislæger og få hjemmesygeplejersker, der vurderer, at IC-indsatsen er vigtig/meget vigtig for at sikre kommunikation og samarbejde omkring DÆMP-patienter. Spørgeskemaundersøgelsen indikerer således, at der ikke er særligt stor opbakning til IC-indsatsen blandt de praksislæger og hjemmesygeplejersker, som har en helt central rolle på udførende niveau.

Til gengæld vurderer mere end halvdelen af terapeuterne, at IC-indsatsen er vigtig/meget vigtig. Dette mere positive syn på IC-indsatsen hænger formentlig sammen med, at den viden, som terapeuterne får del i, samt at de opgaver, de er tildelt i IC-regi, er nye og derfor opleves som en forbedring over for de inkluderede DÆMP-patienter.

Tabel 5.4 nedenfor viser, at fagpersonernes manglende kendskab og opbakning til DÆMP-indsatsen også afspejles i deres vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen efterleves i daglig praksis:

Tabel 5.4 Fagpersonernes vurdering af, om DÆMP-indsatsen efterleves i hverdagen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	0 %	0 %	0 %
I høj grad	0 %	10 %	0 %
I nogen grad	44 %	40 %	55 %
I beskeden grad	50 %	30 %	18 %
Slet ikke	0 %	10 %	0 %
Ved ikke	6 %	10 %	27 %
I alt	100 %	100 %	100 %

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

Det fremgår, at 94 % af de praktiserende læger mener, at aftalerne for indsatsen kun i nogen eller beskeden grad efterleves i hverdagen, mens det samme gælder for henholdsvis 70 % af hjemmesygeplejerskerne og 60 % af terapeuterne. Samtidig ses det, at 27 % af terapeuterne ikke er i stand til at vurdere, hvorvidt aftalerne efterleves i hverdagen, hvilket formentlig hænger sammen med terapeuternes afgrænsede rolle og opgaver i IC-regi.

For at få en ide om, hvad der evt. kan gøres for at øge efterlevelsen af IC i hverdagen, bad vi fagpersonerne om at vurdere, hvilke forhold der udfordrer arbejdet med IC. Svarene er sammenfattet i Tabel 5.5:

Tabel 5.5 Fagpersonernes vurdering af, hvad der mangler, for at IC-modellen kan efterleves i hverdagen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Tid	59 %	88 %	63 %
Driftssikre it-systemer	35 %	6 %	25 %
IC-handleplanens brugervenlighed	71 %	50 %	25 %
Ledelsesmæssigt fokus	6 %	63 %	63 %
Lettere adgang til pc	18 %	19 %	0 %
Information om ICs indhold	12 %	38 %	25 %
Andet	18 %	0 %	13 %

Note: 42 besvarelser blandt de fagpersoner, der ikke vurderer, at IC indsatsen i høj grad efterleves i hverdagen. Det har været muligt at afgive flere svar

Det fremgår, at et klart flertal af alle fagpersoner oplever manglende tid som en udfordring for efterlevelsen af aftalerne for IC-indsatsen. Samtidig er der forskel på, hvor meget de øvrige udfordringer fylder for fagpersonerne. Således oplever 71 % af de praktiserende læger (som er ansvarlige for at starte patienternes handleplaner) manglende brugervenlighed i IC-plattformen som en udfordring. Denne oplevelse deles af halvdelen af hjemmesygeplejerskerne, mens "kun" 25 % af terapeuterne oplever manglende brugervenlighed som en barriere.

Over 60 % af hjemmesygeplejerskerne og terapeuterne angiver også manglende ledelsesmæssigt fokus som en barriere¹⁶, ligesom henholdsvis godt en tredjedel og en fjerdedel af de to grupper oplever manglende viden om IC-indsatsens indhold som en barriere. Dette understreger igen, at den kommunale ledelse og den kommunale koordinator har en vigtig opgave med at understøtte implementeringen af IC-indsatsen.

5.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

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

Fagpersonerne kender IC-indsatsen og bakker op om indsatsens målsætninger

De interviewede fagpersoner var alle faste deltagere i TST-møder og/eller deltagere i IC-indsatsens formelle projektorganisation. Dette afspejles også ved, at der – på tværs af sektorer og faggrupper – var et godt kendskab til indholdet og målsætningerne for IC-indsatsen, ligesom der (ud over forventningen om løbende support og opfølgning) ikke blev efterlyst yderligere implementeringstiltag fra IC-sekretariatet.

De overordnede målsætninger, som interviewpersonerne fremhæver og bakker op om i forhold til IC-modellen, er, at indsatsen skal bidrage til:

¹⁶ Der er i maj måned – efter gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen - gennemført ti dialogmøder med alle relevante rehabiliteringsledere i Ældre- og Handikapforvaltningen med henblik på at sikre den ledelsesmæssige opbakning og støtte.

- bedre koordination og kommunikation mellem aktørerne
- netværksdannelse og fælles viden blandt de deltagende fagpersoner
- øget inddragelse af patienterne i eget forløb, samt at patienter og pårørende oplever mere sammenhængende forløb
- at forebygge indlæggelser og spare sundhedsudgifter.

Herudover har de primære aktører også deres egne specifikke motiver og forventninger til, hvad indsatsen skal betyde for dem selv og deres patienter. Det fremgår således, at:

- **praksislægerne** først og fremmest håber på et bedre samarbejde med kommunen, samt at opstartssamtalerne, IC-handleplanen og TST-møderne til sammen vil give lægerne et bedre overblik og en mere rationel udnyttelse af konsultationstiden som følge af færre men bedre konsultationer. Samtidig lægger praksislægerne vægt på, at indsatsen i sidste ende skal komme de inkluderede patienter til gode og forebygge indlæggelser for at være en succes
- **hospitalslægerne** ikke selv forventer at få noget ud af deltagelsen i IC-indsatsen, som de først og fremmest ser som et projekt, der skal komme samarbejdet i primærsektoren til gode. Samtidig vurderer hospitalslægerne, at de medicingennemgange praksislægerne kan bestille af OUH og den sparring omkring medicin og udredning, der finder sted på TST-møderne, har et potentiale for at komme de deltagende praksislæger og de aktuelle patienter til gode
- **de kommunale deltagere** dels håber, at IC-samarbejdet forebygger sygdomsforværing og hospitalsindlæggelser for de inkluderede patienter, og dels håber, at indsatsen bidrager til, at praksislægerne får en større forståelse og respekt for den faglighed, der er/det arbejde, der udføres i kommunen.

Selvom ovenstående specifikke målsætninger er forskellige, var der ingen interviewpersoner, som nævner, at de forskellige forventninger til IC-indsatsen skaber modsætninger i IC-samarbejdet. Tværtimod er oplevelsen, at der på de overordnede linjer er et fint fælles fodslag mellem deltagerne, samtidig med at de forskellige dele af IC-indsatsen, potentielt, kan rumme og imødekomme deltagerens specifikke målsætninger.

DÆMP-indsatsen opleves i begrænset omfang relevant

Som det fremgik af spørgeskemaundersøgelsen (jf. Tabel 5.3 og Tabel 5.4), svarer en relativt stor andel af respondenterne, at DÆMP-indsatsen ikke er vigtig for kommunikationen og samarbejdet om patienternes forløb, samt at aftalerne for indsatsen kun i begrænset omfang efterleves i hverdagen. Disse forbehold er også afspejlet blandt interviewdeltagerne, som alle har væsentlige forbehold over for den måde, IC-indsatsen er organiseret og implementeret på. Disse perspektiver sammenfattes adskilt for de deltagende faggrupper i nedenstående afsnit.

Hospitalslægerne er den gruppe, som er mest kritiske over for DÆMP-indsatsen. Dels fordi de i høj grad oplever en manglende sammenhæng mellem IC-indsatsen intentioner, og måden den er udmøntet på i praksis, og dels fordi der er en række specifikke forhold, der mindsker lægernes ejerskab til indsatsen:

Hospitalslægerne oplever, at deres rolle som medicinske eksperter på TST-møderne er uklart beskrevet, og at de har haft for lidt indflydelse på udformningen af indsatsen. Lægerne opfatter derfor, at udformningen af indsatsen fra starten af forløbet har været låst fast, så der har manglet mulighed for at tilpasse interventionen til de problemer og mulige løsninger, lægerne ser i deres hverdag:

Vi har prøvet mange gange i arbejdsgruppen at gøre det mere handy, fordi vi syntes, at hele målgruppen med den ældre medicinske patient og de formål, der var opstillet med at forebygge sygdomsudvikling og indlæggelser, var meget fluffy. På den ene side var det formuleret meget løst, og på den anden side viste det sig, at hver gang vi prøvede at præcisere det lidt, så vi fx målrettede det de patienter, der ofte bliver indlagt, så blev der sagt stop. Så arbejdsgruppen havde et meget bundet mandat, fordi der var en politisk gruppe, som havde bestemt, hvordan setuppet skulle være.

(Overlæge, OUH)

Vi har været i en situation, hvor projektet handler om alt – og dermed ender med at handle om ingenting. Og det har vi forgæves forsøgt at påpege.

(Overlæge, OUH)

Hospitalslægerne oplever derfor, at IC-indsatsen er ude af trit med deres hverdag, og det understøtter en oplevelse af, at arbejdet med IC-indsatsen – selvom den objektivt set ikke er så stor – er en belastning. Dette gælder ikke mindst, fordi hospitalsafdelingerne, ifølge de interviewede læger, ikke bliver kompenseret for den tid, de anvender i IC-regi. Derfor har lægerne også en forventning om, at det er de praktiserende læger, der må stå i spidsen og tage ansvar for IC-indsatsen, fordi de som de eneste bliver økonomisk kompenseret for arbejdet med IC-indsatsen:

Vi oplever, at det er en indsats, som er målrettet de praktiserende læger, der fx får medicinsk vejledning fra os, uden at vi får noget retur. Og det gør vi gerne, men jeg oplever, at flertallet ikke tager deres rolle seriøst, så måske er de ikke klar til indsatsen. Jeg savner, at de tager lederskabet – det var jo også dem, der skulle være mødeledere på TST-møderne og sætte den faglige standard, der sikrede, at møderne fungerer som et team, men det har man ikke kunnet få dem til.

(Overlæge, OUH)

Det fremgår af spørgeskemaundersøgelsen, at en stor del af de **kommunale hjemmesygeplejersker og terapeuter** har et sporadisk kendskab til IC-indsatsen, og at de efterlyser et mere tydeligt fokus på implementeringen af indsatsen i deres hverdag. Dette billede bekræftes af interviewdeltagerne, som oplever mange udfordringer for at forankre IC-indsatsen som en fast og kendt rutine i den kommunale hverdag. Dette er også årsagen til, at der er ansat en kommunal koordinator på fuld tid, som med egne ord:

Fungerer som bagstopper for de 140 udførende sygeplejersker, der kan tage imod adviser omkring IC-patienter fra praksislægerne og sikrer, at der bliver handlet på henvendelserne, og at patienterne kommer godt videre.

(Kommunal IC-koordinator)

Koordinatoren bruger derfor, som forventet, meget af sin tid på lavpraktisk rådgivning omkring, hvordan man logger ind i IC-handleplanen, og hvordan man skriver i den. Denne rådgivning leveres dels via oplæg på personalemøder o.l., og dels som sidemandsoplæring i forbindelse med konkrete patienters forløb. For at styrke IC-indsatsen er det også besluttet, at det fremadrettet skal være seks navngivne sygeplejevisitatorer, som er ansvarlige for at modtage og handle på alle de patienter, der henvises i IC-regi.

Det fremgår også, at IC-handleplanen er introduceret, samtidig med at Odense Kommune i forvejen er ved at implementere/overgå til et nyt journalsystem. Derfor oplever medarbej-

derne, at de nu skal dokumentere i tre forskellige systemer¹⁷, på tre forskellige måder. Medarbejdernes tilbagemeldinger til de implementeringsansvarlige ledere og koordinatoren er derfor, for det første at handleplanerne resulterer i et øget tidsforbrug, som ikke står mål med udbyttet og for det andet, at den dynamik, der kunne være for de patienter, der ikke drøftes på TST-møder, udebliver. Samtidig lægger informanterne vægt på, at IC-handleplanen ikke lever op til de ønsker, de involverede fagpersoner fra starten har haft:

Det har helt klart været med til at gøre implementeringen vanskelig, at det, vi alle har anmodet om fra projektets start – at der enkelt kan trækkes oplysninger fra de respektive it-systemer, ikke er imødekommet. Så lige nu er det en ekstra byrde.

(Kommunal leder)

Praksislægerne oplever i udgangspunktet, at IC-indsatsen er relevant, og som tidligere nævnt, oplever de også et godt udbytte af de TST-møder, de har deltaget i. Til gengæld er der en række forhold omkring indsatsens implementering, som ifølge lægerne mindsker relevansen og udbyttet af IC-indsatsen. Disse forhold hænger i høj grad sammen med praksislægerens særlige rolle og opgaver i forbindelse med opstarten af DÆMP-forløb jf. afsnit 5.2 nedenfor.

5.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver

5.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

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

Det første redskab, vi har undersøgt, er de risikolister, som anvendes til at udvælge relevante patienter jf. Tabel 5.6:

Tabel 5.6 De praktiserende lægers vurdering af risikolisternes anvendelighed angivet i procent

	Risikolisterne er anvendelige som arbejdsredskab	Risikolisterne finder de rigtige DÆMP-patienter	Risikolisterne er anvendelige som afsæt for opstartssamtale med ældre medicinske patienter og evt. pårørende
Slet ikke	17 %	11 %	17 %
I beskeden grad	33 %	33 %	33 %
I nogen grad	39 %	50 %	39 %
I høj grad	0 %	0 %	6 %
I meget høj grad	6 %	0 %	0 %
Ved ikke	6 %	6 %	6 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 18 besvarelser

¹⁷ Et forhold, som yderligere udfordrer implementeringen, er at Ældre- og Handikapforvaltningen 1.1.2015 gennemførte en omfattende organisationsændring, som har flyttet rundt på medarbejderne og introduceret en række nye opgaver og kolleger.

Det fremgår – på tværs af alle tre spørgsmål – at cirka halvdelen af praksislægerne slet ikke eller kun i beskeden grad finder risikolisterne anvendelige, mens kun en respondent i høj eller meget høj grad finder dem anvendelige. Heroverfor angiver cirka 40 % af praksislægerne, at de i nogen grad oplever, at risikolisterne er anvendelige som arbejdsredskab samt som afsæt for opstartssamtalen med patienter og pårørende. Samtidig oplever halvdelen af respondenterne, at listerne i nogen grad finder de rigtige DÆMP-patienter, mens ingen oplever, at dette i høj grad eller meget høj grad er tilfældet. Spørgeskemaet indikerer således, at risikolisterne kun i begrænset omfang understøtter IC-indsatsen på den til tænkte måde.

Det andet nye arbejdsredskab, som lægerne har fået stillet til rådighed med IC-indsatsen, er patienternes tværsektorielle IC-handleplan. Forventningen er bl.a., at den skal understøtte opstartssamtalerne og medvirke til at inddrage patienterne aktivt i planlægningen af IC-indsatsen. Lægernes vurdering af, hvorvidt dette er tilfældet, er gengivet i Tabel 5.7 nedenfor:

Tabel 5.7 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 borgere og pårørende
Slet ikke	17 %	6 %	11 %
I beskeden grad	33 %	17 %	28 %
I nogen grad	28 %	56 %	33 %
I høj grad	11 %	11 %	17 %
I meget høj grad	11 %	6 %	6 %
Ved ikke	0 %	6 %	6 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 18 besvarelser

Som det fremgår, er praksislægerne delte i spørgsmålet om, hvorvidt IC-handleplanen er enkel at udarbejde: Cirka halvdelen af praksislægerne svarer, at IC-handleplanen mindst i nogen grad er enkel at udarbejde, mens den anden halvdel svarer negativt på spørgsmålet. Til gengæld svarer et klart flertal på 73 % af praksislægerne, at handleplanen mindst i nogen grad indeholder de rette informationer, mens "kun" 23 % vurderer, at dette slet ikke eller i beskeden grad er tilfældet. Endelig er der 56 % af lægerne, som vurderer, at handleplanen, sammen med opstartssamtalen, bidrager til øget inddragelse af patienter og pårørende, mens knap 39 % vurderer, at dette slet ikke eller kun i beskeden grad er tilfældet. Svarene indikerer således, at handleplanen i nogen grad opleves at understøtte målet om øget patientinddragelse.

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

Tabel 5.8 De praktiserende lægers vurdering af IC-indsatsens betydning for deres rolle som DÆMP-patienternes tovholder

	Antal	Procent
I meget høj grad	0	0 %
I høj grad	1	6 %
I nogen grad	5	28 %
I beskednen grad	5	28 %
Slet ikke	7	39 %
I alt	18	100 %

Note: 18 besvarelser

Som det fremgår af Tabel 5.8, vurderer 67 % af praksislægerne, at dette slet ikke eller kun i beskednen grad er tilfældet. Heroverfor er der kun én læge, som vurderer, at dette i høj grad er tilfældet, mens 28 % angiver, at IC-indsatsen i nogen grad styrker deres rolle som tovholder. Spørgeskemaet indikerer således, at IC-indsatsen kun i beskedent omfang styrker praksislægernes rolle som patientens tovholder.

5.2.2 Resultater fra interview med praksislægerne

Den tværgående pointe fra spørgeskemaundersøgelsens resultater vedrørende praksislægernes særlige rolle og opgaver er, at flertallet kun i begrænset omfang oplever, at IC-indsatsens redskaber understøtter deres opgaver i forbindelse med opstart af forløb. Denne pointe nuanceres og uddybes nedenfor på baggrund af de gennemførte interview.

Risikolister og inklusion af patienter

Da inklusionskriterierne for DÆMP-indsatsen blev udarbejdet, blev der lagt vægt på, at der skulle være et potentiale for at forebygge sygdom og hospitalsindlæggelser for de inkluderede patienter. Det betyder, at de mest syge og komplekse patienter i udgangspunktet var udelukket fra at deltage i indsatsen.

Interviewene viser i forlængelse af ovenstående, at en del af praksislægerne anvender risikolisterne som afsæt for at inkludere DÆMP-patienter til IC-indsatsen og de oplever ingen problemer med at være opsøgende over for patienten (ud over den tid og systematik det kræver). Til gengæld udfordrer inklusionskriterierne lægerne, fordi de patienter, der findes, i mange tilfælde er for "lette" til for alvor at profitere af den videndeling, der lægges op til i IC-indsatsen.

Lægerne peger også på, at de i en del tilfælde har afholdt opstartssamtaler og udfyldt handleplaner for patienter, hvor de efterfølgende har haft svært ved at se et udbytte for patienten¹⁸. Lægerne er dog efterhånden blevet opmærksomme på at kombinere risikolisterne med en subjektiv vurdering af, hvorvidt patienten vil have gavn af IC-indsatsen. Samtidig er lægerne positive over for, at der er løst op for inklusionskriterierne, så de kan inkludere mere komplekse patienter i IC-indsatsen, og de vurderer, at dette vil give mulighed for at inkludere flere og mere relevante patienter.

Ovenstående forhold ændrer dog ikke på, at lægerne tvivler på, at de kan inkludere det antal patienter til indsatsen, som der fra starten var lagt op til. Dette skyldes, at lægerne a) har svært ved at afsætte tid og systematik i forhold til at gå risikolisterne igennem og

¹⁸ Hvilket er en opfattelse, de deler med de øvrige deltagere i DÆMP-indsatsen.

handle på dem, b) at risikolisterne både overser relevante patienter og inkluderer patienter, der ikke er relevante, selvom de scorer højt på listen og c) at lægerne oplever, at de samme patienter optræder på listerne igen og igen, selvom lægerne har vurderet patienten og krydset af, at de ikke skal være med i IC-indsatsen:

Vi har sat tid af til risikolisterne hver uge, men det er ikke altid, vi når det. Det er også møgirriterende, at patienterne bliver ved med at stå på listen, selvom vi vinger af, at vi har set dem og vurderet, at de ikke skal være med.

(Praksislæge)

Praksislæge 1: Vi har mange relevante patienter, vi har bare ikke tid. Vi drukner i dem, vi har, og så er det svært at sætte sig ned og kigge på risikolister. I vores praksis drukner det i det daglige arbejde.

Praksislæge 2: Ja, det gør det også hos os. Man skal tænke langt ud i fremtiden for at se gevinsten, og så bliver det til et i morgen projekt – og der er mange 'i morgener'...

Lægerne efterlyser i forlængelse af ovenstående, at der i højere grad bliver mulighed for at inkludere patienter på baggrund af lægernes subjektive vurdering frem for risikolister¹⁹. Hvis dette er tilfældet, vurderer lægerne også, at IC-indsatsens tilbud mere kortsigtet og umiddelbart vil kunne komme patienterne til gode. I den forbindelse bliver de nye muligheder for at henvise DÆMP-patienter til psykolog og ældresagens tilbud fremhævet som positive elementer, der har været udslagsgivende for, at lægerne i løbet af foråret har inkluderet patienter, de eller ville have udeladt fra indsatsen.

Opstartssamtalen og IC-handleplanen

De interviewede praksislæger er positive overfor opstartssamtalen, som giver mulighed for at komme grundigt omkring patienternes situation, sygdomsbillede og ønsker om at blive henvist til IC-indsatsens forskellige tilbud. Lægerne sætter typisk en time af til samtalen og de oplever, at samtalerne – og de IC-referater de skal lave til handleplanen - giver ny viden og bedre overblik.

Samtidig forbinder lægerne samtalen med udvidet patientinddragelse, fordi de har tid til at komme godt omkring patientens situation og afdække patientens egne ønsker og motivation for at deltage i IC-indsatsens tilbud. Flere fortæller også, at de er bevidste om løbende at vise/fortælle patienterne, hvad de skriver i handleplanen²⁰. Men i øvrigt fremgår det, at opstartssamtalerne ikke adskiller sig fra øvrige konsultationer i forhold til, hvordan lægerne taler med og inddrager patienterne.

Det fremgår også, at afsættet for opstartssamtalerne er at matche patienterne til et eller flere af de IC-tilbud, der er oprettet på hospital, hos kommune, psykolog og Ældresagen, mens de mere overordnede mål om at skabe fælles viden på tværs af patientens forløb har en tendens til at glide i baggrunden. Herudover fremgår det, at lægerne udleverer en folder om IC-indsatsen og fortæller de patienter, som er i stand til at forholde sig til muligheden, at de selv kan logge på handleplanen. I overensstemmelse med patienternes perspektiver (jf. afsnit 3.2) vurderer lægerne imidlertid ikke, at disse oplysninger spiller den store rolle

¹⁹ Det fremgår således, at læger ikke er opmærksomme på de muligheder, de har for at inkludere patienter, der ikke optræder på risikolisterne.

²⁰ Det gør de pågældende læger også i normale konsultationer. Det har desværre ikke været muligt at observere en opstartssamtale inden for den tidsramme, der var sat af til dataindsamling. Derfor indgår der ikke observationer i denne runde af DÆMP-undersøgelsen.

for patienterne. Derfor indgår det også i lægernes strategi for patientinddragelse, at de er bevidste om ikke at "overinformere" patienterne om IC-indsatsen, fordi de fleste patienter har svært ved at overskue for meget information i den samme konsultation. Denne tilgang går igen på tværs af de interviewede fagpersoner, der (på linje med patienterne selv), fortæller, at patienterne har en meget lille indsigt i, hvad IC-indsatsen er. På samme måde er det de praktiserende lægers oplevelse, at IC-handleplanerne, for langt de fleste DÆMP-patienter, er uanvendelige som redskab til at give patienten mere viden og overblik over eget forløb.

Når det kommer til IC-handleplanens praktiske anvendelse, vurderer praksislægerne, at planen i store træk har det rigtige indhold og en overskuelig struktur og generelt oplever de også, at den fungerer stabilt som it-arbejdsredskab. Praksislægerne har også enkelte eksempler på, hvordan handleplanen fungerer som et redskab til tværsektoriel dialog og handling:

Jeg havde en, der havde problemer med medicin, så skrev jeg det i handleplanen under vidensdeling. Få dage efter kom der besked retur fra hjemmesygeplejersken om, at nu havde hun været ude og kigge på æskerne og lære ham op i medicinen. Så der var faktisk nogen, som læste handleplanen og reagerede på den.

(Praksislæge)

Selvom interviewdeltagerne ikke er så kritiske over for handleplanens brugervenlighed, som man umiddelbart skulle tro jf. Tabel 5.7, er den generelle oplevelse alligevel, at det er tidskrævene at udfylde handleplanen, og at denne oftest ikke resulterer i bedre eller hurtigere tværsektoriel kommunikation:

Praksislæge: Nej, handleplanen gør det ikke lettere at koordinere forløbet. Det letteste for mig er at skrive en korrespondance direkte til kommunen. Her skal jeg over i et andet program og skrive, hvad jeg vil lave. Det er meget langsomt.

Interviewer: *Giver det så et andet resultat?*

Praksislæge: Jeg kan ikke se nogen gevinst ved det som sådan. Jeg har ikke oplevet, at det hjælper mig på nogen måde.

Den manglende gevinst hænger for praksislægerne først og fremmest sammen med, at handleplanerne fungerer som envejskommunikation, hvor der sjældent kommer relevant viden retur fra de andre parter i IC-indsatsen. Det spiller dog også en rolle, at handleplanen, ifølge lægerne, ikke er så kompatibel med lægernes egne journalsystemer og det fælles medicinkort, som de i udgangspunktet mener at være stillet i udsigt.

Alt i alt betyder ovenstående forhold, at lægerne ikke oplever, at den tid, de anvender på handleplanerne, er givet godt ud. De vurderer også, at den ekstra tid, der bliver aflønnet i IC-regi, kunne udnyttes bedre, hvis de fik lov til at arbejde med afsæt i de korrespondancemeddelelser og adviser, som i de seneste år er indført for at understøtte kommunikationen på tværs af almen praksis, kommune og hospital:

Det har givet meget, at vi har fået korrespondancemeddelelser og Edifact. Det er supereffektivt, og det går hurtigt.

(Praksislæge)

Den praktiserende læges rolle som patientens tovholder

Som beskrevet ovenfor, *oplever praksislægerne*, at opstartssamtalen og den viden, den giver om patienten, *understøtter deres tovholderrolle positivt*. Lægerne er også positive over for de muligheder (og den opmærksomhed), IC-indsatsen har givet for at henvise patienter til de forskellige tilbud i IC-regi.

Ovenstående positive perspektiver er dog afgrænset til de konkrete patienter og opgaver, der løses i IC-regi. Lægerne oplever således ikke, at IC-indsatsen generelt påvirker deres arbejde med DÆMP-patienter, og de vurderer også, at tovholderrollen for den del af patientforløbet, der ligger efter opstartssamtalen, er uændret for de patienter, der inkluderes i IC-indsatsen:

Jeg har bestemt ikke været flink til at følge systematisk op på de inkluderede patienter. Men de komplicerede ser jeg alligevel, og så bliver der jo fuldt op der. Jeg kan ikke se, hvorfor jeg skulle indkalde de ikke komplicerede – ud over for at få en ekstra honorering...

(Praksislæge)

Som illustreret i citatet ovenfor, oplever praksislægerne ikke, at de har et særligt ansvar eller behov for at følge op på forløbet på de patienter, hvor der er tale om et enkelt forløb, som fx henvises til Ældresagen for at få en besøgsven eller de kommunale terapeuter for at få mulighed for træning. Lægerne er således ikke opmærksomme på det behov for opfølgning, som patienterne efterspørger i kapitel 2, og de har en forventning om, at patienter – og samarbejdspartner – selv henvender sig til dem, hvis der er noget, de mangler.

De øvrige fagpersoners oplevelse

Inklusionskriterierne – og hvorvidt det er de rigtige patienter, der findes via disse – optager også de kommunale deltagere i IC-indsatsen:

Vi har erfaret, at det er svært at lave en liste, som fanger de rigtige. Det er svært, at egen læge ikke bare subjektivt må pege ud, hvor han kunne se, at der var noget at hente. For eksempel var jeg til et TST-møde, hvor egen læge subjektivt havde meldt en patient ind uden at bruge risikolisten, og det var klart den borger, der gav mest mening at diskutere.

(Kommunal projektdeltager)

Der er også det med, at de borgere, lægerne finder via stratificeringslisterne, ofte er helt ukendte i kommunen.

(Kommunal projektdeltager)

De kommunale deltagere deler derfor praksislægernes opfattelse af, at det for en stor del af de inkluderede patienter er svært at se relevansen af det store projekt-setup med fælles handleplan og TST-møder. Derfor bakker de op om praksislægernes perspektiver på inklusionskriterierne, ligesom de foreslår, at man fremadrettet undersøger muligheden for et setup, hvor de relevante, men "lette" patienter kan ledes hen til IC-indsatsens forskellige tilbud på en enkel og mere tidseffektiv måde.

De øvrige interviewpersoner deler også oplevelsen af, at IC-indsatsen ikke påvirker praksislægernes tovholderrolle og flere efterlyser i den forbindelse, at lægerne i højere grad påtager sig en mere aktiv tovholderrolle i regi af IC-handleplanen. Dette uddybes i afsnit 4.3 nedenfor.

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

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

5.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

IC-handleplanen

Handleplanen er en it-plattform, som alle de fagpersoner, der i regi af IC-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, men hvor der også er mulighed for at kommunikere mere direkte med hinanden, og således et nyt redskab i arbejdet for de forskellige fagpersoner. I hverdagen er det således ved at anvende handleplanen, at de forskellige fagpersoner kan praktisere IC-indsatsen. I spørgeskemaet blev de spurgt, om de oplever, at IC-indsatsen efterleves.

IC-handleplanen er udset til at spille en central rolle i den tværgående kommunikation og koordination af inkluderede patienters forløb. Alle fagpersoner er blevet spurgt om deres kendskab til IC-handleplanen og blandt dem, der som minimum har nogen grad af kendskab, har desuden fået nedenstående spørgsmål:

Tabel 5.9 Fagpersonernes vurdering af IC-handleplanens bidrag til tværgående samarbejde og kommunikation

	IC-handleplanen er meningsfuld og enkel at navigere i	IC-handleplanen bidrager til øget fælles viden om den enkelte patient blandt de involverede fagpersoner	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 effektueres med bedre patientforløb til følge
Slet ikke	17 %	13 %	7 %	20 %	23 %
I beskeden grad	27 %	13 %	23 %	33 %	20 %
I nogen grad	27 %	27 %	47 %	17 %	37 %
I høj grad	20 %	40 %	10 %	30 %	17 %
I meget høj grad	10 %	3 %	7 %	0 %	3 %

Note: 30 besvarelser blandt fagpersoner, der minimum har nogen grad af kendskab til IC-handleplanen

Som det fremgår, fordeler svarene på alle fem spørgsmål sig meget bredt, men der er en svag tendens til negative besvarelser i forhold til a) hvor let handleplanen er at arbejde med, b) at handleplanen opdateres rettidigt, c) at oplysningerne i handleplanen øger kvaliteten af fagpersonernes eget arbejde og d) at handleplanen effektueres med bedre patientforløb til følge. Heroverfor er der en svag positiv tendens i svarene på, hvorvidt handleplanen øger den fælles viden om patienten på tværs af involverede fagpersoner. Set i lyset af, at det er under halvdelen af respondenterne, som i udgangspunktet har et nogenlunde kendskab til IC-handleplanen, indikerer spørgeskemaundersøgelsen således, at handleplanen kun i begrænset omfang opleves som et relevant og nyttigt redskab i DÆMP-indsatsen.

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 IC-indsatsen. Derfor har vi specifikt undersøgt de faste medlemmers deltagelse og udbytte af TST-møderne jf. Tabel 5.10 og Tabel 5.11 nedenfor:

Tabel 5.10 Har der været afholdt tværsektorielle teammøder i dit team, som du ikke har deltaget i?

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Hospitalslæge
Nej	38 %	42 %	67 %
Ja, et enkelt	50 %	25 %	33 %
Ja, flere	13 %	33 %	0 %
Antal	16	12	3

Note: 31 besvarelser fra faste deltagere i TST-teams

De tværsektorielle teammøder er et centralt redskab i IC-indsatsen, men som det fremgår, er over halvdelen gået glip af et eller flere møder. Respondenternes vurdering af TST-møderne viser imidlertid også (jf. Tabel 5.11), at møderne er det element i IC-indsatsen, der vurderes mest positivt:

Tabel 5.11 Fagpersonernes vurderinger af udbyttet fra de afholdte TST-møder

	TST-møderne fungerer som et mødeforum	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 bedre samarbejde mellem aktørerne
Slet ikke	3 %	13 %	0 %	0 %
I beskednen grad	3 %	27 %	20 %	25 %
I nogen grad	27 %	23 %	20 %	23 %
I høj grad	37 %	23 %	33 %	25 %
I meget høj grad	27 %	10 %	23 %	25 %
Antal	30	30	30	30

Note: 30 besvarelser blandt fagpersoner, der har deltaget i TST-teammøder

Det fremgår således, at et klart flertal af fagpersonerne, vurderer, at møderne fungerer som et godt mødeforum, der bidrager til et større kendskab til de andre aktørers faglige område, samt et bedre samarbejde mellem deltagerne. Derfor er der også 56 %, som vurderer, at den tid, de anvender på møderne, mindst i nogen grad er givet godt ud, men her er der dog også 40 %, som slet ikke eller kun i begrænset omfang vurderer, at dette er tilfældet.

5.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

IC-handleplanen

Det fremgår af interviewene, at IC-handleplanerne først og fremmest anvendes som et redskab, hvor de praktiserende læger henviser patienterne til de forskellige tilbud, der mulighed for i IC-regi. De kommunale modtagere af handleplanerne oplever (selvom der en gang imellem er brug for at sende handleplanen retur på grund af usikkerhed omkring, hvad der

skal gøres), at planerne fungerer fint som henvisningsredskab. Samtidig opleves det også positivt, at handleplanerne resulterer i mere opmærksomhed og flere henvisninger til de tilbud om træning o.l., der findes i kommunen. På samme måde oplever Ældresagen og psykologen handleplanerne positivt, fordi de repræsenterer en ny henvisningsmulighed og kontaktflade, der leder patienterne hen til relevante tilbud.

Det fremgår dog også, at kommunikationen i handleplanen hverken opleves mere præcis eller som et afsæt for bedre fælles viden, sammenlignet med den kommunikation, der foregår uden for IC-regi. Derfor er der bred enighed blandt de interviewede fagpersoner om, at IC-handleplanen giver et dobbeltarbejde, som ikke giver deltagerne en væsentlig gevinst sammenlignet med de rutiner og kommunikationsredskaber, der allerede er på plads i DÆMP-samarbejdet.

Der bliver heller ikke nævnt eksempler på, at fagpersonerne tilstræber, at kommunikationen i handleplanerne skal være målrettet og præcis over for modtageren af planen, og der nævnes ikke eksempler på, at dette behov er drøftet på generelt niveau²¹. Som illustreret nedenfor, er der i stedet en tendens til, at deltagerne forholder sig passivt til, hvad der kommer ind og ud af handleplanen:

Interviewer: Har I et sted, hvor I drøfter, hvad I hver især kommer ind i handleplanen, og hvordan det, I kommer ind, opleves af modtagerne?

Praksislæge: Nej.

Interviewer: Mangler I det?

Praksislæge: Vi må gå ud fra, at de andre siger til, hvis der er noget, der mangler, eller noget vi gør forkert.

Praksislægerne har således en klar forventning om, at modtagerne af handleplanerne tager kontakt, hvis der er noget, de mangler. Selvom både de kommunale interviewpersoner og hospitalslægerne til interviewene efterlyste mere baggrundsviden, mere præcis medicinstatus, klarere anvisninger til, hvad modtagerne forventes at gøre for patienten, samt hvilke mål der er for forløbet, er det imidlertid sjældent, at der er en dialog om dette i handleplanen.

Fagpersonernes øvrige perspektiver på IC-handleplanens rolle i DÆMP-indsatsen hænger i høj grad sammen med den rolle, planen spiller på TST-møderne. Derfor præsenteres pointerne i nedenstående afsnit.

TST-møderne

Interviewdeltagernes perspektiver på TST-møderne er blandede, og selvom der er eksempler på positive erfaringer, er den overordnede vurdering, at de ressourcer, der ligges i at afholde møderne, ikke står mål med resultaterne. Overordnet handler det manglende udbytte om, at der er for få relevante patientcases på møderne, samt det, ifølge interviewpersonerne, for sjældent lykkes at samle alle relevante fagpersoner omkring de cases, der er meldt ind. Dette er også afspejlet i de aktivitetsopgørelser, der jf. kapitel 2 er lavet for TST-møderne, som viser, at antallet af drøftede patientcases er væsentligt lavere end forventet.

De enkelte aktørers perspektiver præsenteres og uddybes i de følgende afsnit.

²¹ Det er dog drøftet i forbindelse med de patientcases, der meldes på TST møderne, og det vender vi tilbage til i næste afsnit.

Praksislægernes perspektiver på TST-møderne

Der har løbende været fokus på problemerne med at finde relevante patientcases til møderne, og IC-sekretariatet har påtaget sig en aktiv rolle med at motivere og hjælpe praksislægerne med at få meldt cases ind. Praksislægerne forklarer imidlertid, at manglen på patientcases først og fremmest skyldes, at de patienter, de indtil videre har kunnet inkludere, er relativt enkle, og derfor ser lægerne ikke et behov for at drøfte dem i TST-regi:

Det virker lidt kunstigt, at vi skal sidde og lede efter borgere til TST-møderne, blandt dem vi inkluderer i indsatsen nu, for det er ikke rigtigt der, vi ser behovet for at koordinere og tale sammen

(Praksislæge)

Flere nævner dog også, at det spiller en rolle, at:

folk nok er lidt forsigtige med at melde ind, fordi de vil være sikre på at det også er noget, ens kolleger syntes er interessant. Der kan være lidt berøringsangst, fordi man udstiller sin behandling og medicin på mødet. Man vil jo ikke blive fuldstændigt til grin.

(Praksislæge)

Der er også praksislæger, som har meldt patienter ind til TST-møderne mere af hensyn til IC-indsatsen, end fordi de selv oplevede et stort behov for at drøfte patienten. De pågældende læger oplever dog (ligesom de læger, der generelt har meldt patienter ind) et overraskende godt udbytte af dialogen om deres patienter:

Jeg havde meldt en case ind, som, jeg selv syntes, var meget banal. Men jeg blev egentlig overrasket over, hvad jeg fik ud af det. Når jeg tænker tilbage, så synes jeg egentlig, jeg kunne give PT en bedre behandling, end hvis jeg ikke havde været til møde. Jeg fik overlægens privatmail, og skrev ham en mail, og nu vil han så trække patienten ind til en snak om, hvad der burde gøre her.

(Praksislæge)

Dette gælder både i relation til den enkelte patient og i forhold til den viden, som skabes via den tværgående dialog mellem deltagerne, hvor især farmakologens generelle viden om korrekt anvendelse af medicin opleves positivt

Alt i alt sætter praksislægerne derfor pris på de muligheder TST-møderne giver for at få drøftet patientcases, hvor de har brug for sparring omkring patienternes medicin, udredning og behandling. Og lægerne understreger også, at de – i de få tilfælde, hvor de oplever, at kommunen har været inde over patienten – får nyttig viden med hjem, samt at møderne generelt øger deres forståelse og respekt for den indsats, der foregår i kommunen. Praksislægerne håber derfor, at der fremadrettet kommer flere relevante cases på dagsordenen. Dels hvis flere læger får mod på at melde patienter ind, og dels hvis lægernes forventning om, at det er blevet lettere at finde relevante cases, efter der er blevet mulighed for at inkludere mere komplekse patienter i IC.

Praksislægerne er også opmærksomme på, at hospitalsdeltagerne på mange måder fungerer lidt som en tredje part, der ikke får så meget ud af møderne. Derfor foreslår praksislægerne, at muligheden for at holde TST-møder mellem almen praksis og kommunen omkring komplekse plejkrævende patienter overvejes fremadrettet. På samme måde ser lægerne en mulighed for at bruge TST-setuppet til mere systematisk at samle op på, hvordan det går med nogle af de komplekse patienter, der udskrives fra hospitalet.

Når TST-møderne lykkes bedst, oplever de **kommunale IC-deltagere** et meget positivt udbytte i forhold til, at:

- der skabes fælles viden om patientens situation og nye muligheder for at mestre det forløb patienten er i
- praksislægerne får god sparring omkring patientens behandling, udredningsmuligheder og medicin. Især farmakologens bidrag ses som et vigtigt bidrag i den forbindelse
- møderne giver praksislægerne "aha"-oplevelser, som leder til en øget forståelse og respekt for den indsats, kommunen leverer over for borgerne.

De kommunale deltagere oplever også, at både hospitals- og praksislæger aktivt lytter til de kommunale deltagere og sætter pris på den viden, de derved får om patienterne. De positive perspektiver overskygges dog til dels af udfordringer, der er for, at de kommunale medarbejdere kommer aktivt i spil på TST-møderne. Det skyldes for det første, at det ikke altid lykkes at få den kommunale fagperson, som kender patienten bedst, med til TST-mødet. Derfor har den kommunale koordinator en aktiv rolle i forhold til at finde de relevante fagpersoner fra kommunen, som skal med på TST-møderne, og det understreges i den forbindelse, at de relevante patientcases skal meldes ud i god tid. For det andet er en stor del af patienter, der drøftes på TST-møderne, ikke kendte i kommunen. Derfor ser også de kommunale deltagere et potentiale for at løfte udbyttet af møderne, hvis der kommer komplekse cases på dagsordenen.

De kommunale deltagere peger også på, at den grundlæggende asymmetri, det giver at have faste læger, der deltager i TST-møderne, mens de kommunale fagpersoner kun deltager på ad hoc basis, udfordrer deltagerne fra kommunen. Det kan således godt være en stor mundfuld for de kommunale fagpersoner at tage ordet i det forholdsvist store mødeforum, hvor der er mange fast deltagende speciallæger til at tage ordet og tale om medicin og behandling. Derfor hjælper både den kommunale koordinator og IC-sekretariatet de kommunale fagpersoner med at komme til orde:

Min rolle er lidt at klæde vores medarbejdere, der kun deltager i TST-møder på ad hoc basis på til mødet og understrege, at det, de oplever i hverdagen, er rigtig vigtigt at få frem.

(Kommunal koordinator)

De kommunale deltagere foreslår, i forlængelse af ovenstående tre forslag til justeringer af formen på TST-møderne for at give de kommunale fagpersoner et bedre grundlag for at komme aktivt på banen:

- for det første at indføre som fast punkt at spørge ind til de kommunale fagpersoners perspektiver på den patientcase, der er i fokus umiddelbart efter praksislægens præsentation af casen. Begrundelsen for dette er en tendens til, at praksislægernes præsentation af patientcases går direkte over i lægefaglig snak om medicin og udredning, mens kommunens viden og perspektiver glider i baggrunden²²
- for det andet, at de relevante fagpersoner i den aktuelle patientcase altid præsenterer sig over for de kommunale fagpersoner, inden drøftelsen går i gang. Begrundelsen for dette er, at det kun er ved starten af mødet, der er en præsentationsrunde. De kommunale fagpersoner, som kommer ind senere i mødet, ved derfor ikke, hvem de andre er, ligesom de faste deltagere heller ikke ved, hvem der er kommet ind fra kommunen
- for det tredje, at de kommunale fagpersoner så vidt muligt deltager i hele mødet for at få en fornemmelse for, hvad der foregår og for at få del i den videndeling, der foregår

²² Dette er indført som fast praksis på TST-møderne fra maj 2015 og frem.

på møderne. Dette ses dog som en udfordring, fordi kommunen skal finde ressourcerne til IC indsatsen inden for de eksisterende rammer.

Hospitalslægerne forbinder først og fremmest deres involvering i IC-indsatsen med TST-møderne, hvor de ser det som deres rolle at være medicinske specialister, der rådgiver praksislægerne i forhold til de patientcases, der er meldt ind på mødet. Hospitalslægerne oplever dog en række udfordringer i forhold til deres mulighed for at løfte disse opgaver. Lægerne fortæller således, at:

- patienterne ofte meldes for sent ind, så forberedelsen skal ske aftenen før eller samme dag, som TST-mødet afholdes. Den usystematiske fordeling af arbejdet opleves som en belastning, selvom den samlede arbejdsbyrde for flertallet af lægerne ikke er så stor
- patienternes medicinkort ofte ikke er opdateret og afstemt, hvorfor det på TST-mødet viser sig, at hospitalslægerne har forberedt sig på et forkert grundlag
- det i handleplanen er uklart beskrevet, hvad der er problemstillingen i den patientcase, der skal drøftes, ligesom der ofte mangler relevante oplysninger om patientens sygehistorie mm.
- lægerne og deres afdelinger oftest ikke har en aktiv kontakt med patienterne. Enten fordi de er afsluttet fra afdelingen, eller fordi patienterne er tilknyttet andre specialer
- nogle TST-cases grunder i, at praksislægen er utilfreds med hospitalets indsats, og derved oplever hospitalslægerne, at de på en u hensigtsmæssig måde bliver stillet til ansvar for patientforløb, de ikke har haft noget at gøre med.

Ovenstående forhold betyder for det første, at hospitalslægerne oplever at mangle et klart afsæt og en retning for, hvad deres bidrag på TST-mødet forventes at være, og at de har svært ved at forberede sig ordentligt til mødet. Lægerne tilføjer i den forbindelse, at kvaliteten af praksislægernes patientcases er faldende, selv om problemstillingerne bl.a. er drøftet på den fælles opfølgingsdag, der har været for deltagerne i IC-indsatsen.

For det andet er lægerne usikre på, om de bryder loven ved at gå ind og læse på afsluttede patienter samt patienter, de ikke har et behandlingsmæssigt ansvar for. Dette betyder også, at lægerne forbereder sig forskelligt til TST-møderne: Nogle slår patienterne op i eget journalsystem uden at tænke nærmere over det, mens andre undlader at slå patienter op i egne journaler hvis de ikke har et behandlingsansvar for patienten. Lægerne efterlyser derfor, at spørgsmålet om, hvad de må og ikke må i forbindelse med forberedelsen af TST-møderne, afklares.

For det tredje stiller hospitalslægerne spørgsmålstegn ved, om det giver mening at have faste hospitalslæger tilknyttet TST-møderne, når det ofte er læger fra andre specialer, som skal indkaldes ad hoc for at kunne bidrage med viden om de indmeldte patienter. Rollen som medicinske konsulenter udfordrer i den forbindelse lægerne på to måder: For det første oplever lægerne at skulle tage ansvar for/forholde sig til generelle problemstillinger, hvor der ikke er et klart defineret mål, og hvor der mangler relevante kliniske data i handleplanen. For det andet oplever de, at deres egen viden ofte ikke er dækkende i forhold til patienternes diagnoser, hvilket særligt er et problem, når det ikke lykkes at få de relevante specialister med på TST-mødet på ad hoc basis. Lægerne forbinder begge forhold med, at de bliver usikre på, om deres bidrag på TST-møderne hviler på et fagligt forsvarligt grundlag.

Hospitalslægerne fortæller, at TST-møderne i høj grad fungerer som en traditionel lægekonference på tværs af sektorer, men at udbyttet er for lille, fordi der er for få cases, samt at de cases, der er, i for lille omfang er relevante for den samlede deltagerkreds:

Til de TST-møder, jeg har været med til, har vi siddet ti meget travle mennesker og brugt uendelige mængder af tid på at diskutere noget, som kunne være klaret meget hurtigere og smidigere via en telefonisk kontakt mellem egen læge og en relevant hospitalslæge. Hvis man gerne vil sikre et læringspotentiale i organisationen, skal man meget mere systematisk samle illustrative cases sammen og drøfte dem i et relevant fora. Måden, vi gør det på nu, der er simpelthen for lidt læringspotentiale i de cases vi sidder og drøfter.

(Overlæge, OUH)

Min oplevelse er, at det er de samme en til to læger i hver TST-gruppe, der er aktive og melder patienter ind. Men de gør det ofte, fordi de føler sig forpligtet til at støtte processen, end fordi de har reelle problemer, de skal have hjælp til. De andre praksislæger følger bare passivt med.

(Overlæge, OUH)

Som det fremgår, oplever hospitalslægerne, at de patientcases, der meldes ind, egner sig bedre til en direkte dialog fra fagperson til fagperson, fordi det ofte er kliniske problemstillinger, og medicin der er i fokus frem for læring om samarbejdet mellem sektorerne. Derfor henvises også til det setup, som kendes fra bl.a. tværsektorielle audits, som en måde at give TST-møderne et mere relevant indhold – ud fra principielle patientcases, der er udvalgt og forberedt på tværs af de deltagende aktører.

To af de interviewede hospitalslæger deltager fast i flere TST-grupper. Derved er de blevet opmærksomme på, at en af TST'erne fungerer væsentligt bedre end de andre, fordi praksislægerne tager ejerskab og melder relevante patientcases ind. I den forbindelse er det særligt den medicingennemgang, der indgår i IC-indsatsen, som opleves relevant, fordi der er mange fejl, som bliver rettet, og fordi der er mange misforståelser omkring brugen af medicin, som de praktiserende læger får afklaret via TST-møderne:

Indholdet og dialogen har nogle gange været ganske fornuftig, og hvor jeg har tænkt, at der fik praksislægerne noget god viden med hjem, men det står stadig ikke mål med det store ressourceforbrug.

(Overlæge, OUH)

Endelig oplever hospitalslægerne, at de kommunale deltagere ofte ikke har en særligt aktiv rolle på TST-møderne. Dels fordi det ikke altid lykkes at få de relevante fagpersoner med til mødet, og dels fordi kommunen i flere tilfælde ikke har været aktivt involveret i de patientforløb, der drøftes. I de forløb, hvor kommunen kommer aktivt på banen, og hvor det er de ansvarlige plejepersoner der deltager på TST-mødet, oplever hospitalslægerne til gengæld, at der fremkommer mange gode observationer og relevant viden, som de forventer, at praksislægerne har gavn af.

5.4 IC-indsatsens bidrag til bedre samarbejde og bedre behandlingsforløb

I de foregående afsnit har vi undersøgt, hvordan DÆMP-fagpersonerne oplever de processer, redskaber og samarbejdsformer, der er introduceret via DÆMP-indsatsen, og som skal bane vejen for indsatsens endemål. Konklusionen er, at der generelt er stor opbakning til målsætningerne for DÆMP-indsatsen men også, at der er mange forhold vedrørende indsatsens organisering og implementering, som mindsker udbyttet for fagpersonerne. Med

dette afsæt vender vi i de følgende afsnit blikket imod, hvordan fagpersonerne vurderer IC-indsatsens procesmål vedrørende kommunikation, samarbejde og patientforløb.

5.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen²³

Tabel 5.12 viser, at næsten 80 % af praksislægerne svarer negativt på spørgsmålet om, hvorvidt IC-indsatsen og IC-handleplanen har en positiv betydning for kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienternes forløb. Samtidig er der cirka 70 % af de kommunale respondenter, der enten deler opfattelsen eller ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet:

Tabel 5.12 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen og patientens handleplan har bidraget til at forbedre kommunikation og samarbejde om DÆMP-patienterne

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
I høj grad	0 %	7 %	9 %
I nogen grad	22 %	17 %	22 %
I beskeden grad	39 %	33 %	26 %
Slet ikke	39 %	13 %	13 %
Ved ikke	0 %	27 %	30 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 74 besvarelser

Spørgeskemaet undersøger også, hvilken betydning fagpersonerne oplever, at IC-indsatsen har for patienternes pleje- og behandlingsforløb samt målsætningen om øget patient- og pårørendeinddragelse. Tabel 5.7 nedenfor viser i den forbindelse, at et klart flertal af de praktiserende læger, som slet ikke eller kun i beskeden grad vurderer, at IC-indsatsen har en positiv betydning for de inkluderede patienters pleje og behandling. Det samme billede tegner sig for hjemmesygeplejerskerne, mens terapeuterne er en smule mere positive, da 35 % vurderer, at IC-indsatsen mindst i nogen grad bidrager til at forbedre patienternes forløb, hvilket formentlig skyldes de konkrete tilbud, som terapeuterne leverer til de henviste patienter. Endelig ses det, at en relativt stor andel af de kommunale respondenter ikke er i stand til at svare på spørgsmålet.

Tabel 5.13 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen og patientens handleplan alt i alt har bidraget til et bedre behandlingsforløb for DÆMP-patienterne

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
I høj grad	6 %	10 %	9 %
I nogen grad	17 %	10 %	26 %
I beskeden grad	50 %	36 %	22 %
Slet ikke	28 %	17 %	9 %
Ved ikke	0 %	23 %	35 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 74 besvarelser

²³ 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 (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 8.

Tabel 5.14 viser, at ovenstående mønster går igen for spørgsmålet om, hvorvidt IC-indsatsen bidrager til øget patientinddragelse:

Tabel 5.14 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen øger graden af patientinddragelse i de opstartede patienters forløb

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
1: Slet ikke	28 %	7 %	9 %
2: I beskeden grad	33 %	27 %	17 %
3: I nogen grad	33 %	13 %	9 %
4: I høj grad	6 %	13 %	13 %
5: I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
Ved ikke	0 %	37 %	52 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 71 besvarelser. Godt halvdelen af dem, der svarer "Ved ikke", har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til IC-indsatsen

Der er således en stor andel af de kommunale respondenter, der ikke har kunnet svare på spørgsmålet om patientinddragelse, mens 61 % af de praktiserende læger ikke vurderer, at IC-indsatsen påvirker graden af patientinddragelse nævneværdigt. Heroverfor vurderer 39 % af praksislægerne, at indsatsen mindst i nogen grad øger graden af patientinddragelse²⁴.

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

Tabel 5.15 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den tid, de bruger på at kommunikere med andre fagpersoner, er forandret i IC-indsatsen

	Praktiserende læger	Hjemmesygeplejersker	Ergo- og fysioterapeuter
Ja, bruger mere tid	56 %	40 %	35 %
Ja, bruger mindre tid	0 %	0 %	0 %
Nej, tidsforbruget er (stort set) uændret	44 %	37 %	43 %
Ved ikke	0 %	23 %	22 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 71 besvarelser. 60 % af dem, der svarer "Ved ikke", har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til IC-indsatsen

Som det fremgår, viser svarene helt entydigt, at IC-indsatsen leder til et øget tidsforbrug. Der skal dog gøres opmærksom på, at dette er forventeligt, da indsatsen fortsat befinder sig i en udviklingsfase.

²⁴ Spørgeskemaet indeholdt også et spørgsmål omkring pårørendeinddragelse. Dette er ikke medtaget i afreporteringen, fordi svarene var stort set identiske med svarene i Tabel 5.14.

5.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I overensstemmelse med spørgeskemaet, oplever de interviewede fagpersoner bredt set kun i begrænset omfang, at DÆMP-indsatsen fremmer de ønskede resultater:

Projektet lider hele vejen rundt under, at det er løsningen på nogle problemer, vi ikke oplever, at vi har. Jeg tror ikke, der er mange af de involverede, der elsker IC så meget, som vi egentlig skulle, hvis det skulle blive til en succes. Det er et kæmpe apparat, der er opstillet i forhold til, hvad der kommer ud af det.

(Overlæge, OUH)

Tænkningen i projektet den virker på de borgere, der kommer på TST-møder, men for de andre borgere er jeg i tvivl om, hvad forskellen er nu sammenlignet med tidligere. [...] Samtidig har vi en kæmpe udfordring med stratificeringsmodellen, fordi den fanger de forkerte patienter. De er simpelthen for "lette". Derfor oplever vi ikke, at vi har en gevinst i det her. Vi troede, at det ville være borgere, som har masser af hjælp, sygehuskontakter og hjemmesygepleje, men det har de slet ikke. Derfor har især hjemmesygeplejerskerne meget svært ved at finde deres rolle i projektet.

(Kommunal leder)

Jeg syntes, vi har et udbytte i forhold til netværks- og samarbejdsdelen med kommunen og på TST-møderne. Det skal man ikke underkende værdien af, men jeg tror på ingen måde, at projektet sparer ressourcer og forebygger indlæggelser. Jeg tvivler også på, at patienterne oplever en forskel, men det kan de næsten bedst svare på selv.

(Praksislæge)

Ideen er super god, men den er dyr og tidskrævende, og det, man vinder, er svært at måle. [...] SAD-indsatsen er nem at afgrænse, og gevinsten er tydelig. I DÆMP er det svært at afgrænse, hvem du skal have ind, hvad der skal gøres, og hvad der skal komme ud af det.

(Praksislæge)

Som det fremgår, er det først og fremmest TST-møderne og netværksdimensionen i IC-indsatsen der forbindes med positive resultater, og det er primært praksislægerne og de kommunale deltagere, der oplever dette udbytte. Samtidig er det sidste citat, hvor DÆMP-indsatsen sammenlignes med SAD-indsatsen for at forklare, hvad det er fagpersonerne mangler, karakteristisk for fagpersonernes oplevelse og forklaring på de manglende resultater.

Derfor har de forskellige aktører også en række forslag til, hvordan IC-indsatsen kan forbedres, som vi har sammenfattet nedenfor.

Forslag til justeringer af IC-indsatsen

Hospitalslægerne ønsker fremadrettet en intervention, der i højere grad tager afsæt i enkelte patienter og fører de behandlere, der helt konkret er involveret i patientens behandling sammen. For det andet ønsker de en intervention, der baseres på eksisterende kommunikationsveje frem for IC-plattformen. Som et konkret forslag til, hvordan dette kunne gøres, foreslås:

Vi har det, vi kalder det store brugtvognseftersyn, hvor vi på geriatrisk afdeling udreder patienten grundigt og helhedsorienteret og bagefter giver en tilbagemelding til den praktiserende læge. Hvis man på en eller anden måde kunne koble den praktiserende læge på, så de sammen med patienten kom til ambulatoriet (eller via et telefonmøde) og snakkede resultaterne igennem, og hvis vi samtidig fik koblet hjemmesygeplejen på. Så tror jeg virkelig, det ville rykke noget i samarbejdet omkring den enkelte patient.

(Overlæge, OUH)

Som det også tidligere er nævnt, er hospitalslægerne opmærksomme på, at IC-indsatsen indeholder en relationel dimension, som rækker ud over det konkrete patientrettede arbejde. Som det fremgår af nedenstående citat, vurderer de dog ikke, at forudsætningerne for at realisere denne del af indsatsen er anderledes end i England, hvor IC-indsatsen er hentet fra:

Jeg har tænkt meget over det – og jeg tror måske, vi er kommet til at sætte os lidt imellem to stole, fordi vi både vil det patientrettede og det relationelle. I England, hvor man havde en større succesoplevelse med det, der havde man større mødeintensitet og derved større mulighed for at opbygge relationer. Det, syntes vi, var for ressourcetungt her, så vi mødes kun hver anden måned.

(Overlæge, OUH)

I forlængelse af ovenstående understreger hospitalslægerne, at de ikke finder det relevant eller realistisk at øge mødeintensiteten i IC-indsatsen på grund af de øvrige opgaver, de involverede skal løse. Til gengæld er der også en erkendelse af, at arbejdet i de enkelte TST-grupper er startet for direkte med at drøfte patientcases, når indsatsen formål om at styrke relationerne blandt deltagerne tages i betragtning. En anden gang vurderer lægerne derfor, at det kunne være en ide at starte TST-arbejdet med et halvdagsseminar, hvor der er fokus på at skabe et fælles afsæt for arbejdet i TST-gruppen. For eksempel ved at deltagerne lærer hinanden at kende og får mulighed for sammen at drøfte mål og rammer for gruppens arbejde. Lægerne understreger dog også, at dette kun gælder, hvis formålet med TST-gruppens arbejde i udgangspunktet giver mening:

Jeg vil gerne understrege, at det kun giver mening at sætte fokus på relationer og spilleregler, hvis formålet med at sidde sammen opleves relevant. Og det er netop det, det ikke har gjort i det setup, der er nu. Så længe det er så fluffy, så vil jeg meget nødtigt bruge tid på at opbygge kollegiale relationer omkring noget, hvor vi skal sidde og bilde os selv ind, at det tjener et godt formål, der kommer patienterne til gode.

(Overlæge, OUH)

Praksislægerne og de kommunale deltagere foreslår også at forenkler IC-indsatsen på en række punkter, samt at indsatsen i højere grad baseres på de kommunikationsveje og rutiner, der allerede er på plads i forhold til DÆMP-patienterne. Til gengæld er begge aktører også positive over for de patientrettede tilbud, der indgår i DÆMP-indsatsen samt det udbytte, der kan komme ud af TST-møderne, jf. pointerne fra afsnit 4.3.2. Derfor er det primært i forhold til stratificeringsværktøjerne og IC-handleplanen, der ses et behov for at justere indsatsen.

5.5 Opsamling

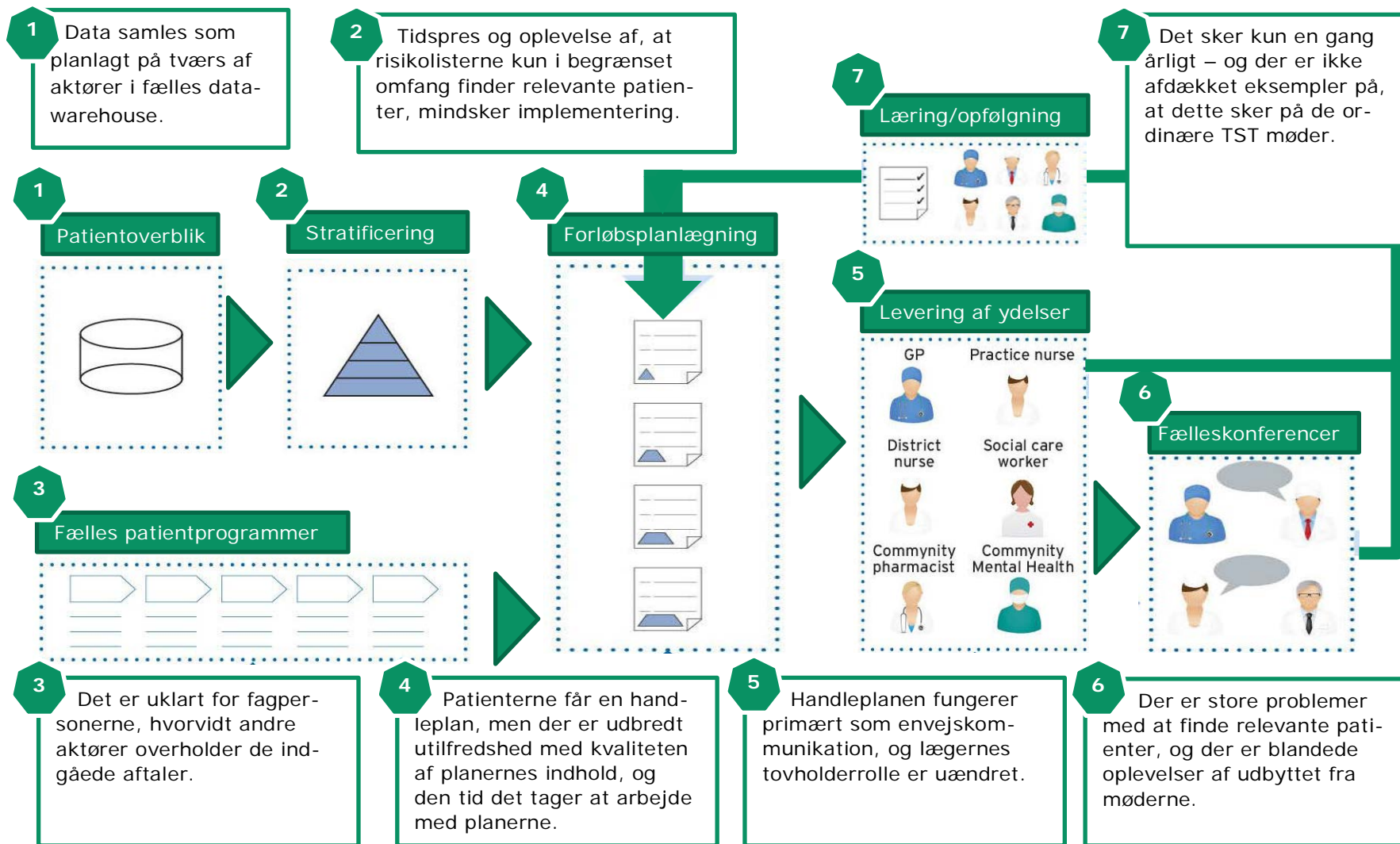
Kendskabet til IC-indsatsens indhold varierer noget, alt efter hvilken sektor fagpersonerne er ansat i, og hvilke opgaver de varetager i IC-regi. De faste deltagere i TST-møderne har generelt et godt kendskab til indsatsen, og de opgaver den indebærer. Heroverfor har hjemmesygeplejerskerne og terapeuterne fra Odense Kommune et mere perifært kendskab. Dette forklares med de kommunale fagpersoners afgrænsede opgaver i IC-regi, samt at de enkelte ansatte møder få af de inkluderede DÆMP-patienter i hverdagen. Derfor fremstår det også som en vedvarende udfordring i forhold til at fastholde et fokus på IC-indsatsen blandt den store gruppe af kommunale medarbejdere, der potentielt kan modtage handleplaner på IC-patienter.

Fagpersonerne bakker op om IC-indsatsens overordnede målsætninger og især praksislæger og kommunale informanter oplever også, at IC-indsatsens patientrettede tilbud og dens fokus på netværksdannelse og videndeling er relevant. Disse faggrupper har også hver deres egne positive forventninger til IC-indsatsens udbytte, som motiverer dem til at deltage aktivt. Det fremgår i den forbindelse, at:

- opstartssamtalerne i almen praksis giver en god mulighed for at komme grundigt omkring patienternes situation, sygdomsbillede og ønsker om at blive henvist til DÆMP-indsatsens forskellige tilbud
- der findes patienter, for hvem indsatsens patientrettede tilbud er relevante, og indsatsen er med til at øge en del af praksislægernes opmærksomhed på at opspore og henvise patienter til de nye/kommunens tilbud
- indsatsen og TST-møderne i en række tilfælde har øget den fælles viden og respekt på tværs af de deltagende praksislæger og deltagerne fra Odense Kommune
- tilstedeværelsen af specialister fra OUH på TST-møderne ses som en kilde til god sparring om patienternes medicin, behandling og evt. muligheder for yderligere udredning, som hjælper den enkelte patient og praksislægerne generelt
- når det på TST-møderne lykkes at samle relevante fagpersoner på tværs af sektorer om relevante patienter, oplever fagpersonerne, at møderne bidrager til netværksdannelse og fælles viden om de patienter der drøftes.

Det dominerende billede er dog (jf. Figur 5.1), at fagpersonerne oplever en lang række grundlæggende udfordringer vedrørende DÆMP-indsatsens udformning og implementering, som mindsker relevansen og det oplevede udbytte:

Figur 5.1 IC-modellens møde med praksis i DÆMP-indsatsen



Der er således udbredt enighed om, at aftalerne for indsatsen kun i begrænset omfang efterleveres i hverdagen, bl.a. fordi:

- risikolisterne og inklusionskriterierne opleves upræcise, samtidig med at mange har svært ved at se relevansen af de fælles handleplaner og drøftelser på TST-møder, når det er så relativt "lette" DÆMP-patienter, der fokuseres på i IC-regi
- IC-handleplanen ses som et unødvendigt kommunikationsredskab, der medfører dobbeltarbejde, og primært fungerer som et parallelt system til de velfungerende elektroniske kommunikationsveje, der allerede findes og fungerer på tværs af aktørerne i DÆMP-forløbene
- IC-plattformen ikke er integreret i de eksisterende systemer på den måde fagpersonerne ønsker og den information, der afleveres via handleplanen opleves ikke målrettet og konkret nok af modtagerne
- DÆMP-indsatsen i ret stort omfang fungerer som et projekt, hvor patienterne henvises til enkeltstående tilbud, hvilket betyder, at praksislægerne ikke ser et behov for en fælles udvidet handleplan eller en særlig aktiv opfølgning på forløbet fra deres side
- fagpersonernes møde og kommunikation med patienterne ikke adskiller sig fra den normale praksis
- det er meget svært at finde relevante patientcases til TST-møderne og de cases, der findes, giver i mange tilfælde ikke et udbytte, der står mål med det store setup, der er omkring møderne
- det i en del tilfælde ikke lykkes at samle de relevante fagpersoner omkring de patientcases, der drøftes på TST-møderne
- IC-indsatsen er tidskrævende for deltagerne, og hospitalet og kommunen skal finde ressourcerne inden for den eksisterende drift.

Ovenstående perspektiver er også afspejlet i fagpersonernes oplevelser og forventninger til IC-indsatsens resultater. Der er således ingen af de interviewede fagpersoner, som har en forventning om, at DÆMP-indsatsen i sin nuværende form påvirker den tværsektorielle kommunikation og koordination af DÆMP-patienters forløb, graden af patientinddragelse, patienternes oplevelse af sammenhæng eller antallet af hospitalsindlæggelser positivt.

Som tidligere nævnt er der dog en række enkeltelementer i IC-indsatsen, som opleves relevante og positive. Problemet for fagpersonerne er bare, at de er kombineret på en måde som fagpersonerne oplever i for lille grad compatible med målgruppen og de problemstillinger, der arbejdes med. Derfor også en oplevelse af, at indsatsen i for lille grad adresserer de problemer, fagpersonerne oplever og ønsker hjælp til i hverdagen.

Forslag til justeringer af indsatsen

Fagpersonerne har forskellige forslag til, hvordan DÆMP-indsatsen kan forenkles og justeres for at fremstå mere relevant og mindre ressourcekrævende. De knytter sig til at:

- praksislægerne i højere grad får mulighed for at lægge deres egne subjektive vurderinger til grund for, hvilke patienter der skal inkluderes i indsatsen²⁵
- overveje, om det giver bedre mening at anvende de eksisterende kommunikationsveje frem for IC-handleplanen
- øge fokus på indsatsens relationelle dimension så denne fremstår som et tydeligere grundlag for samarbejdet og drøftelserne på TST-møderne

²⁵ Eller sikre, at de har en tiltrækkelig viden om, at de allerede har denne mulighed.

- justere formen på TST-møderne og sikre et større fælles læringspotentiale i de patient-cases, der meldes ind
- se mere bredt på, hvilke typer af patientcases der kan meldes ind, så mødet fx kan tage afsæt i en kompliceret udskrivelse eller cases, der er illustrative for generelle samarbejdsproblematikker
- overveje mulighederne for at supplere det store TST-fora med mindre fora, hvor fx hospitals-, praksislæge og patient, eller praksislæge, hjemmesygepleje og patient mødes.

Vi vender tilbage til fagpersonernes forslag og de dilemmaer, der er for DÆMP-indsatsen i kapitel 6, hvor vi diskuterer resultaterne og opstiller evalueringens anbefalinger.

6 Fagpersonernes erfaringer og perspektiver på SAD-indsatsen

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

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

6.1 Fagpersonernes kendskab, opbakning og oplevelse af SAD-indsatsens resultater

6.1.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

SAD-indsatsens implementering og relevans

En af de grundlæggende forudsætninger for, at IC-indsatsen 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 de involverede fagpersoners perspektiver på disse forhold.

Tabel 6.1 viser, at SAD-fagpersonerne alle er blevet informeret om IC-indsatsen gennem forskellige kilder. Generelt er størstedelen af informationen om IC-indsatsen nået ud til de tilknyttede fagpersoner via besøg fra IC-projektsekretariat. Dernæst har orienteringsmøder og skriftlig information været vigtige informationskilder for fagpersonerne. Der ses ikke nogen nævneværdig forskel mellem de praktiserende læger og de øvrige faggrupper.

Tabel 6.1 Fagpersonernes angivelser af, hvordan de er informeret om SAD-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Via skriftlig information	61 %	50 %
På orienteringsmøde, temamøde, kursus el. lign.	68 %	46 %
Besøg fra IC-projektsekretariat	79 %	71 %
Af nærmeste leder	7 %	25 %
Af kollega/koordinator	32 %	21 %
På egen hånd	11 %	13 %
På anden måde	4 %	8 %
I alt	100 %	100 %

Note: 52 besvarelser – der har været mulighed for at afgive flere svar

I Tabel 6.2 ses, hvordan fagpersonerne har svaret på spørgsmålet om, hvorvidt de har et godt kendskab til IC-indsatsen. Alle de adspurgte fagpersoner har som minimum nogen grad af kendskab til IC-indsatsen, og 29 % af lægerne og 13 % af de øvrige fagpersoner svarer,

at de har en høj grad af kendskab. Spørgeskemaet indikerer således, at de relevante fagpersoner er velinformerede om indsatsen.

Tabel 6.2 Fagpersonernes vurdering af eget kendskab til indholdet i IC-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Ja, i meget høj grad	29 %	13 %
Ja, i høj grad	46 %	43 %
Ja, i nogen grad	25 %	43 %
Nej, kun sporadisk kendskab	0 %	0 %
Nej, har slet ikke kendskab	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %

Note: 52 besvarelser

En anden væsentlig forudsætning for IC-modellens implementering og anvendelse er, at den opleves relevant af de involverede fagpersoner, da dette alt andet lige øger motivationen til at efterleve de indgåede aftaler. Derfor har vi bedt de fagpersoner, som kender SAD-indsatsen, at vurdere indsatsens vigtighed i Tabel 6.3 nedenfor:

Tabel 6.3 Fagpersonernes vurdering af, hvor vigtig IC-indsatsen er for at sikre kommunikation og koordination af samarbejdet omkring SAD-patienter

	Praktiserende læge	Anden
Ikke vigtig	4 %	0 %
Lidt vigtig	11 %	0 %
Til dels vigtig	29 %	9 %
Vigtig	36 %	48 %
Meget vigtig	21 %	43 %
Ved ikke	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %

Note: 51 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. Samtidig svarer (jf. Tabel 6.4) omkring 80 % af alle fagpersonerne i spørgeskemaet, at IC-indsatsen efterleves i hverdagen i nogen eller i høj grad, mens ingen svarer, at dette slet ikke er tilfældet.

Tabel 6.4 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen efterleveres i hverdagen

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	0 %	0 %
I høj grad	25 %	9 %
I nogen grad	57 %	70 %
I beskeden grad	18 %	9 %
Slet ikke	0 %	0 %
Ved ikke	0 %	13 %
I alt	100 %	100 %

Note: 51 besvarelser fra fagpersoner, der har mere end blot sporadisk kendskab til indholdet i IC-indsatsen

For at få en ide om, hvad der evt. 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 6.5 viser, at det først og fremmest er mangel på tid, der er en udfordring, og henholdsvis 71 % af lægerne og 67 % af de øvrige faggrupper svarer, at det skyldes tiden. Derudover udfordres de praktiserende læger hovedsageligt på brugervenligheden af IC-handleplanen, mens de øvrige faggrupper lader til at have problemer med det ledelsesmæssige fokus.

Tabel 6.5 Fagpersonernes vurdering af, hvad der mangler, for at IC-indsatsen kan efterleveres i hverdagen

	Praktiserende læge	Anden
Tid	71 %	67 %
Driftssikre it-systemer	14 %	6 %
IC-handleplanens brugervenlighed	52 %	28 %
Ledelsesmæssig fokus	0 %	22 %
Lettere adgang til pc	5 %	0 %
Information om ICs indhold	5 %	33 %
Andet	24 %	17 %

Note: 39 besvarelser – der har været mulighed for at afgive flere svar

I Tabel 6.5 ses det, at 22 % af fagpersoner, der ikke er praktiserende læger, svarer, at en hindring for at kunne efterleve IC-indsatsen i hverdagen, er et manglende ledelsesfokus. Særligt de kommunale sagsbehandlere beskrev i interviewundersøgelsen, at der havde været et manglende ledelsesmæssigt fokus på, at sagsbehandlerne skulle tildeles tid til arbejdet med IC-indsatsen men var fortrøstningsfulde i forhold til, at der var ved at komme fokus på det.

6.1.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

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

Fagpersonerne kender IC-indsatsens indhold og bakker op om målsætningerne

Sammenlignet med DÆMP-indsatsen er det en mere snæver kreds af fagpersoner, som samarbejder om en gruppe af patienter – og et forløb der er mere entydigt defineret og afgrænset. Det afspejles også ved, at der – på tværs af fagpersonerne – er et godt kendskab til SAD-indsatsens organisering og indhold samt de målsætninger, der er opstillet for denne. De overordnede målsætninger, der peges på i interviewene, er, at:

- patienterne får hurtig og gratis adgang til psykologhjælp, således at deres sygdom kan tages i opløbet
- der opstår bedre kommunikation og samarbejde, der 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.

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

- **Praksislægerne** først og fremmest er motiveret af muligheden for at tilbyde patienterne en hurtig og gratis adgang til psykologhjælp. Samtidig oplever de, at tilbuddet om psykologhjælp sikrer patienten et forløb med hyppig behandlerkontakt. Dette ses som en aflastning af lægernes tovholderrolle, fordi de ikke behøver have lige så tæt kontakt med patienten, og ikke har lige så mange opgaver med at holde styr på, hvor patienten er i sit forløb som normalt:

En der ikke er i IC, der skal jeg følge med, hvor er de henne i behandlingen og se dem meget regelmæssigt, men nu er nogle af de opgaver lagt ud til andre, og jeg kan følge med i, at der sker noget på de fronter. Men der er ikke nogle oplysninger, jeg ikke kunne få fra patienterne selv, hvis bare jeg havde set dem hver 14. dag, men det har jeg ikke tid til. (...) Nu behøver jeg jo ikke se dem så tit, fordi jeg ved, de får det. Jeg får en avis om, at 'nu er pt rask og har det godt', så jeg behøver ikke se dem hver 14. dag.

(Praktiserende læge)

- **Psykologerne fra Arbejds- og miljømedicinsk klinik (AMK)** først og fremmest er motiveret af, at de med IC-indsatsen ser en mulighed for styrke deres arbejde med at få patienten hurtigst muligt tilbage på arbejdsmarkedet. Deres rolle er typisk at operere i et meget afgrænset tidsvindue, hvor de skal udrede, hvad der er årsagen til, at patienten ikke kan arbejde, og så foreslå eller evt. selv være med til at facilitere, at vejen banes for, at de igen kan vende tilbage til arbejdet.

Interviewdeltagerne understreger i den forbindelse, at IC-indsatsen ikke ændrer måden de arbejder på, fordi de typisk ser patienterne i et så afgrænset tidsrum, og fordi de ser sig selv som leverandører af viden til andre, mere end nogen der skal være i dialog og modtage viden fra andre aktører.

Som følge af deres afgrænsede rolle har interviewdeltagerne fra AMK ikke et klart billede af, hvordan IC-indsatsen virker på tværs af patienternes forløb, men deres fornemmelse er, at der er tale om status quo:

Drømmescenariet i forhold til det her projekt, det ville være, at platformen gør sådan, at patienten og alle omkring vedkommende er enige i, at nu gør vi sådan her, og næste skridt er det her, derefter gør vi det her, osv. Den fornemmelse har jeg ikke. Jeg har fornemmelsen af, at patienten er lige så lidt inddraget nu som tidligere. Jeg tror ikke, de har en større oplevelse af at påvirke deres forløb end før.

(Psykolog ved AMK)

Til gengæld oplever psykologerne fra AMK, at de andre aktører i IC-indsatsen har fået et bedre kendskab til dem, og derfor anvender dem mere.

Dem, der ikke kendte os før, de er begyndt at kende os. Kommunen de bruger os så meget, så de er ved at være vant til, hvem vi er. Der kan komme nye læger ind, de skal måske lære os at kende.

(Psykolog ved AMK)

- **De privatpraktiserende psykologer** er motiveret af den mulighed, IC-indsatsen giver dem for at hjælpe patienterne tidligt i deres forløb. Psykologerne ser det således som deres rolle at være den part i patientforløbet, der kommer helt tæt på patienten, og som hjælper patienterne gennem deres psykiske sårbarhed, sådan at de igen kan være aktive i deres liv. Samtidig oplever de, at IC-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 tilgængelig, 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 pt vil.

(Privatpraktiserende psykolog)

Psykologerne ser således sig selv som dem, der kan vise de andre aktører det menneske, der skal behandles, så de andre aktører kan tilpasse deres tilgang til patienten. Det fremgår dog også, at psykologerne fortsat ser et potentiale for at blive bedre til at bruge platformen, både i forhold til kommunikationen mellem fagfolk, og i forhold til at patienterne kan læse med:

Jeg synes, den platform er problematisk. Nogle gange er det fantastisk, fordi det fungerer. Andre gange kommer vi med hver vores faglighed, som vi skriver ud fra, og så er der nogle, der ud fra de beskrivelser beslutter sig for et eller andet, der ikke nødvendigvis afspejler det, afsenderen mente. Så jeg synes, det er svingende. Jeg skriver også altid til mig selv i en journal ved siden af. Al skrift er misforståelig, og de klienter, vi arbejder med, er sårbare. Og hvis de går ind og læser et eller andet, og tænker 'Gud, hvad er det der står'.

(Privatpraktiserende psykolog)

Alle de interviewede privatpraktiserende psykologer har dog oplevelser med, at IC-indsatsen bragte gode resultater med sig, både i forhold til patientens forløb og for samarbejdet:

Tingene sker også lidt hurtigere. Afstanden er blevet kortere. Der sker hurtigere noget med klienten. (...) Jeg har tilbagemeldinger fra klienter, der siger, at det jeg har skrevet i en status, det bliver brugt.

(Privatpraktiserende psykolog)

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)

Det sidste citat fortæller, at det ikke kun er de muligheder, IC-indsatsen giver psykologerne for at vise *mennesket*, der er en fordel i IC-indsatsen. Det er også, at IC-indsatsen giver de privatpraktiserende psykologer en større indsigt i, hvad andre aktører kan bidrage med, der er en fordel i IC-indsatsen. På den måde kan de også bruge de andre aktører bedre i deres arbejde til gavn for patienten.

- **De kommunale sagsbehandlere** oplever, at et aspekt, der er anderledes for dem, der er med i IC-indsatsen i forhold til dem, der ikke er, er tempoet. Patienter med i IC-indsatsen kommer hurtigere igennem, fordi det skal de:

Det, der er forskellen på en person, der ikke er med i projektet, og en der er, 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 lægger også vægt på, at IC-indsatsen skal sikre fagfolkene den samme baggrundsviden om patienterne, så det bliver nemmere at koordinere indsatsen. Det kan fx være en fordel at sikre et mere sammenhængende forløb i de tilfælde, hvor patienterne er meget svingende og derfor opleves forskelligt af de behandlere, der møder dem:

Jeg tror, at borgeren er god til at fortælle sin egen version til dig og os. Hvis vi alle sammen har adgang til de samme baggrundsoplysninger, så har vi en viden om borgeren. For når nogle borgere kommer til os, så har de én maske på, når de så kommer til lægen, så har de en anden maske på. Så har vi alle én del af ét billede, og på den måde er det også rigtig godt at få et fælles forum, hvor man kan få alle billeder frem.

(Kommunal sagsbehandler)

Den fælles viden gør det altså muligt at nuancere hinandens opfattelser af patienten, og dermed forstå dennes behov bedre. Som psykologerne fra AMK oplever de kommunale aktører også et positivt udbytte af IC-indsatsen i det, at de andre faggrupper har fået bedre forståelse for, hvordan de kommunale aktører arbejder.

6.2 Den praktiserende læges særlige rolle og opgaver

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

6.2.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Praksislægerne har i IC-indsatsen fået to nye redskaber: risikolisterne og IC-handleplanen. Vi har spurgt ind til oplevelsen af at arbejde med de risikolister, som anvendes til at udvælge relevante patienter jf. Tabel 6.6:

Tabel 6.6 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 evt. pårørende
1: Slet ikke	11 %	14 %	21 %
2: I beskeden grad	43 %	32 %	29 %
3: I nogen grad	25 %	43 %	32 %
4: I høj grad	18 %	11 %	18 %
5: I meget høj grad	4 %	0 %	0 %
Ved ikke	0 %	0 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 28 besvarelser

Som det fremgår af tabellen, svarer omkring halvdelen 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. Samtidig er der kun mellem 11-22 %, der i høj grad eller meget høj grad finder listerne anvendelige. Spørgeskemaet indikerer således, at stratificeringen og risikolisterne i forholdsvis lille grad understøtter IC-indsatsen på den tiltænkte måde.

Det andet nye arbejdsredskab, som lægerne har fået stillet til rådighed med IC-indsatsen, er patienternes tværsektorielle IC-handleplan, som skal understøtte opstartssamtalerne og medvirke til at inddrage patienterne aktivt i planlægningen af IC-indsatsen. Lægernes vurdering af, hvorvidt dette er tilfældet, er gengivet i Tabel 6.7 nedenfor:

Tabel 6.7 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	4 %	0 %	4 %
2: I beskeden grad	11 %	7 %	11 %
3: I nogen grad	54 %	46 %	32 %
4: I høj grad	29 %	39 %	46 %
5: I meget høj grad	4 %	4 %	7 %
Ved ikke	0 %	4 %	0 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 18 besvarelser

Som det fremgår af tabellen, forholder praksislægerne sig væsentligt mere positivt til IC-handleplanen end til risikolisterne. Der er således et stort flertal, der mindst i nogen grad angiver, at IC-handleplanen 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 IC-indsatsen.

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

Tabel 6.8 De praktiserende lægers vurdering af IC-indsatsens betydning for deres rolle som SAD-patientens tovholder

	Antal	Procent
I meget høj grad	1	4 %
I høj grad	7	25 %
I nogen grad	14	50 %
I beskeden grad	4	14 %
Slet ikke	2	7 %
I alt	28	100 %

Note: 28 besvarelser

Som det fremgår, mener næsten 30 % i høj grad og 50 % i nogen grad, at IC-indsatsen understøtter deres tovholderrolle over for patienten. Som det fremgik i afsnit 6.1.2 er der imidlertid først og fremmest tale om, at lægerne oplever IC-indsatsen som en mulighed for ikke at være den, der løbende og aktivt følger op på, hvor patienten er i sit forløb. Derfor kan det ikke nødvendigvis konkluderes, at IC-indsatsen understøtter, at lægerne har en aktiv tovholderrolle, som understøtter et sammenhængende patientforløb.

6.2.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

Risikolister og inklusion af patienter

Ved udformningen af IC-indsatsen har der været lagt stor vægt på, at inklusionen af patienter skulle ske via et fælles datawarehouse, der på baggrund af data fra DAMD, kommune og region udsender risikolister til de praktiserende læger, for at disse systematisk kan identificere relevante patienter til IC-indsatsen. Herudover er der også fokus på, at lægerne løbende kan inkludere ny-syge patienter, 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 forlængelse af ovenstående, at lægerne ikke finder risikolisterne anvendelige som redskab til at inkludere de rigtige SAD-patienter til IC-indsatsen og til at understøtte opstartssamtalerne. Samtidig fremgår det, at lægerne er mere kritiske over for listerne, end spørgeskemaet umiddelbart indikerer. Alle interviewpersoner var således helt stoppet med at anvende risikolisterne efter at have forsøgt det under deres opstart i IC-indsatsen. Som illustreret i nedenstående citater, skyldes det en kombination af, at listerne rammer forkert, og at de er tunge at arbejde med:

Det tager lang tid at gå sådan en liste igennem, og mange af dem, der kom ud på listen, de var allerede videre – de var allerede i flexjob eller hos psykolog.

(Praktiserende læge)

Jeg synes også, at dem på listen, de var simpelthen for tunge til, at jeg kunne se, at målet – at få dem i arbejde igen – det var ikke en mulighed. Så de fleste er kommet ind ad døren med en problemstilling som stress, hvor jeg kunne sige, det her er måske noget, jeg kan hjælpe dig med, så du kan komme på plads igen.

(Praktiserende læge)

Som det fremgår i slutningen af det sidste citat²⁶, inkluderer lægerne derfor primært de ny-syge patienter, som selv henvender sig i konsultationen med SAD-problemstillinger, og hvor lægerne undervejs i konsultationen vurderer, at der er tale om en patient, som kan profitere af IC-indsatsen. Når det er tilfældet, er det videre forløb typisk, at lægerne informerer patienterne om IC-indsatsen og booker en dobbelttid til en opstartssamtale, hvor IC-handleplanen udfyldes for de patienter, der takker ja til at være med. Lægerne ser derfor ikke noget behov for risikolisterne, da de vurderer at deres egen rutine er væsentlig mere præcis og effektiv til at finde de rette patienter til IC-indsatsen.

Ovenstående er dog ikke ensbetydende med, at praksislægerne finder det enkelt at vurdere, hvilke patienter der egner sig til IC-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 IC-indsatsen. Det vil fx sige, at det så tidligt i forløbet opleves som en udfordring at vurdere, hvorvidt der er basis for et tværsektorielt samarbejde, og om der er en begrundet og berettiget formodning om, at patienten vil være sygemeldt i mere end fire uger. Samtidig oplever lægerne, at de har mange patienter, som ville have gavn af IC-indsatsen, men som ikke matcher inklusionskriterierne, hvilket leder til en oplevelse af at:

²⁶ Og i overensstemmelse med patienternes fortælling i kapitel 3.

Udgangspunktet er rigtigt (ideen med IC-indsatsen, red.). Men, som jeg sagde – man bruger en masse penge på en snæver gruppe – og hvorfor skal de prioriteres frem for andre?

(Praktiserende læge)

Inklusionskriterierne, og hvor vidt de patienter, der inkluderes, reelt matcher disse, var også et emne, som optog de øvrige faggrupper i IC-indsatsen. Oplevelsen er nemlig, at mange af de sager, der tages op på TST-møderne, ikke er de rette, set i forhold til inklusionskriterierne. Der er således meget komplicerede sager inkluderet i IC-indsatsen, som er alt for tunge, set i forhold til inklusionskriterierne, men som netop, fordi de er så komplicerede, kommer til at fylde meget for de enkelte behandlere, som derfor tager dem op til drøftelse på TST-møderne:

Jeg synes, at nogle af de sager, der bliver taget op, er ikke de rigtige sager. Fordi der er en del tunge sager, som måske ikke hører til i IC. De er måske for tunge, hvis man kigger på, at de skal gå hurtigt og det ene og det andet. Det undrer mig, også at de ikke bliver afsluttet, men at TST-møderne i stedet bruges til at søge om ekstra bevillinger til at fx at fortsætte psykologforløbet.

(Kommunal sagsbehandler)

Når komplicerede sager, der reelt ikke burde være en del af IC-indsatsen, fylder på IC-møderne, er konsekvensen, at de sager, der hører til i IC-indsatsen, ikke drøftes. Det betyder, at samarbejdet om de sager faktisk ikke udvikles så godt, som det kunne på TST-møderne, pointerede interviewpersoner på tværs af faggrupper.

Opstartssamtalen og IC-handleplanen

Praksislægerne oplever overordnet, at IC-handleplanen indeholder de rigtige oplysninger, og at den er relativ nem af finde rundt i. Selvom den er tidskrævende at arbejde med (som vi vender tilbage til i afsnit 5.3), vurderer lægerne også, at tiden, anvendt på planen, er ok givet ud, fordi den understøtter sammenhængen i IC-forløbet.

Om inklusionen af patienter fortæller praksislægerne, at de informerer patienten mundtligt om IC-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. Vi observerede en opstartssamtale mellem en praktiserende læge og en patient, og denne samtale understøtter patienternes oplevelse af, at der ikke er fokus på patientens forståelse af IC-indsatsen som sådan, eller hvordan patienten selv kan anvende handleplanen:

Den praktiserende læge inviterede patienten ind i konsultationen. De sidder "på linje". Patienten med ryggen mod muren ved siden af skrivebordets ende, lægen bag skrivebordet med ansigtet mod skærmen, og skråt vendt mod patienten. Patienten kan ikke se skærmen.

Formålet med samtalen var at oprette patienten i IC handleplanen. Det var IC-handleplanen, der strukturerede samtalen mellem patient og læge. Lægen kiggede på skærmen, og spurgte patienten om de informationer, som handleplanen efterspurgte, fx cpr-nummer, kontaktoplysninger, diagnose, henvendelsehistorik, familiens sygdomshistorie, årsagen til henvisning til psykiater, og hvad det forventes, at psykologen skal bidrage med. Ind imellem talte lægen mumlende til computeren: "*nåh, det er der...*", om, hvor forskellige informationer skulle skrives. Patienten sad stille og sagde ikke noget.

Den praktiserende læge forklarede ikke, hvorfor der blev spurgt om de forskellige ting, og patienten spurgte ikke. Der var ikke tale om en dialog mellem patienten og lægen, men mellem computeren og lægen og i tredje led også mellem patienten og computeren.

Under samtalen fortalte lægen flere gange, at hun skrev i handleplanen. Første gang var kort efter, at mødet var indledt med, at patienten blev hentet ind i konsultationen, og lægen spurgte til, hvordan det gik. Patienten svarede kort, og da de havde sat sig i hver deres stol, sagde lægen, at formålet med samtalen i dag var at oprette patienten i IC-indsatsen. Lægen sad foran computeren og sagde, at hun ville skrive i handleplanen, og nævnte her og igen senere i samtalen, at patienten selv kunne gå ind og læse i den. På den måde blev handleplanen nævnt i sætninger med andet fokus. En information ind i mellem spørgsmål, der skulle besvares i handleplanen.

Lægen sagde også til patienten, at hun "*gerne skulle gå ind og kigge på den i morgen*", igen som en del af en løbende samtale, hvor lægen indhentede informationer om patienten. På intet tidspunkt uddybede lægen, hvorfor patienten skulle det, eller hvordan handleplanen skulle/kunne anvendes som et redskab i behandlingsforløbet, hverken mellem de professionelle eller mellem de professionelle og patienten. Efterfølgende spurgte observatøren ind til, hvorfor lægen ikke havde talt med patienten om formålet med at læse i den, men primært holdt det som en information om, at det er muligt. Lægen reflekterede over dette og virkede lettere overrasket over egen praksis, da hun svarede, at det gjorde hun faktisk aldrig og havde aldrig tænkt over det.

I opstartssamtalen beskrevet ovenfor, var der ikke fokus på, hvordan patienten opfatter IC-indsatsen, eller om patienten har forstået, hvad det er, ej heller hvilken rolle patienten selv kan indtage i et forløb i regi af IC-indsatsen. I opstartssamtalen er samtalen i høj grad mellem den praktiserende læge og systemet, der understøtter IC-indsatsen. Patienten sættes som sådan på sidelinjen som en, der skal levere de informationer, som den praktiserende læge giver videre til systemet. Den praktiserende læge nævner flere gange, at patienten selv kan se handleplanen, men på intet tidspunkt bliver det til en engageret eller engagerende samtale om det.

Hvad de praktiserende læger i øvrigt fortalte om, hvordan de informerer patienterne, afspejler i høj grad det observerede. De informerer om IC-indsatsen ved at fortælle om, hvad

den består af, og hvad den skal skabe. De praktiserende læger reflekterede selv over, at det ikke er sikkert, at patienten får en dyb indsigt gennem informationen.

Jeg siger, det er et projekt, hvor både psykiatere, psykologer, sygehuset, kommunen og os praksis forsøger at arbejde sammen – gøre det bedre og kommunikere mere sammen. Ikke kun for at de skal få en bedre behandling, men også fordi vi skal blive bedre til at arbejde sammen. Så det kan godt være, de ikke bemærker det så meget. Sådan har jeg nok præsenteret det lidt.

(Praktiserende læge)

Citatets afsluttende sætninger viser en fornemmelse, der gik igen hos de praktiserende læger såvel som hos alle andre fagpersoner: Patienterne har ikke stor indsigt i, hvad IC-indsatsen er. Interviewpersonerne havde heller ikke en fornemmelse af, at patienterne anvendte handleplanerne, og de gjorde ikke noget for at motivere dem til at gøre det. Det følgende citat forklarer dette.

Jeg motiverer ikke (til at anvende handleplanen, red.), jeg siger, at de kan. Jeg har egentligt lidt svært ved at se behovet. Det er afhængigt af, hvem (hvilke fagpersoner, red.) der har skrevet i handleplanen, for man kan jo forvirre. Det er ikke sådan, at jeg opfordrer til, at de (patienterne, red.) skal læse i den, jeg siger bare de har muligheden. Det kan nemlig godt forvirre (patienten, red.) mere end det kan gavne... for vi har jo også et sprog.

(Praktiserende læge)

Citatet slutter med at pointere, at fagpersonerne har et *sprog*. I det sprog formidler de viden og tanker om patienterne, og hvis patienterne læser det, kan de blive forvirrede, hvilket kan være en ulempe for deres forløb. At patienterne kan læse med, påvirker således nogle fagpersoners praksis. Mens intentionen med handleplanen er, at fagpersonerne skal dele deres tanker om patienten, fortæller nogle, at det kan de ikke gøre, *fordi* patienten kan læse med. Deres faglige overvejelser kan være tentative, og overvejelser der senere viser sig ikke at være relevante alligevel. Mens de kan forestille sig at dele dem med andre fagpersoner, kan de ikke gøre det, hvis patienten kan læse med, fordi de ikke ønsker, at patienten skal se sig beskrevet på en given måde, der kan lede til bekymringer, undring, forvirring. Derfor er det dels ikke nødvendigvis meningsfuldt for fagpersonerne *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 under patientens forløb i IC-indsatsen, som den er tiltænkt.

Selvom fagpersonerne ikke vurderer – og heller ikke ser det store behov for, at handleplanen ændrer samspelet med patienten – fremkom der enkelte eksempler på, at samspelet blev formet positivt:

Jeg har en, 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 illustrerer, giver handleplanen de patienter, der er velinformerede og aktive, mulighed for selv at agere en form for tovholder i sit forløb. Det fremgår dog samtidig

på tværs af både borger- og fagpersoninterview, at dette er undtagelsen frem for reglen, da patienterne i meget lille omfang anvender handleplanen.

I den forbindelse fremgår det også, at fagpersonerne har forskellige strategier. Nogle læger således vægt på, at det er egen læges opgave at informere patienterne om IC-indsatsen og handleplanen, og derfor koncentrerer de sig om deres egne opgaver.

Heroverfor er der et mindretal af interviewpersoner, som fortæller grundigt om IC-indsatsen, og oplever, at det fungerer som en god start for behandlingsforløbet, da det letter borgeren for bekymringer, fx for kommunens adgang til handleplanen:

Jeg informerer dem grundigt. Jeg fortæller dem de iøjnefaldende fordele, jeg ser i projektet. Jeg fortæller dem de positive konsekvenser, det har at dele viden med kommunen, i forhold til at de kan få praktik og andre ting. Jeg fortæller også om tavshedspligt i forhold til, at der er ting, jeg skriver i platformen, og ting jeg ikke skriver i platformen. Jeg informerer også om, at jeg kun skriver i platformen, når jeg har talt med dem om det, så jeg skriver aldrig andet end en dato og tidspunkter, uden de er informeret om det. De skal kunne gå ind og læse om det og kunne genkende. Ellers tror jeg ikke, de vil bruge mit rum, sådan som jeg ønsker, de vil. Jeg oplever, når jeg fortæller det her, at de bliver meget lettet ved projektet. De har før været bange for kommunen, og for hvad der kunne ske. Men noget af det er lettet ved, at de får en information om, at det her det er et sted, hvor vi snakker sammen i et kærligt ønske om at hjælpe dem.

(Privatpraktiserende psykolog)

Der er således tre forskellige rationaler, som former, hvordan fagfolkene informerer eller ikke informerer patienterne om IC-indsatsen og handleplanen. Der er dels et rationale om at tage hensyn til patienten: *det vil forvirre mere, end det vil gavne, at patienten læser med.* Der er rationale om, at det ikke er ens opgave at informere: *det er den praktiserende læges, ergo skal jeg ikke...* 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 IC-indsatsen og handleplanen på, være afgørende for, hvordan flertallet af patienterne forstår IC-indsatsen og handleplanen.

Den praktiserende læge som patientens tovholder

Vi har tidligere berørt den praktiserende læges særlige rolle som tovholder i patientens forløb. Denne vender vi kort tilbage til her nu med fokus på, hvordan tovholderrollen kommer i spil og bør komme i spil, set fra de praktiserende lægers vinkel og derefter fra de øvrige fagfolks.

Som nævnt tidligere, beskrev de interviewede læger, at de gennem patientens forløb ikke behøvede se patienten helt så ofte, som de ser patienter uden for IC-regi, fordi de ved og kan følge med i, at patienten er i et forløb med hyppige kontakter til andre behandlere. De interviewede praktiserende læger oplever således primært, at deres rolle som tovholder kommer i spil på en ny måde på TST-møderne:

Det er her, hvor jeg opfatter min rolle som tovholder i forhold til, at jeg har valgt at inkludere patienten, og at det er mig, der skal være tovholder, for at vi hjælper patienten, og at patienten får det bedre. Derfor også mig, der har oplægget.

(Praktiserende læge)

Det er således i den direkte dialog med andre faggrupper, at de som praktiserende læger oplever, at de kan træde ind i og praktisere rollen som tovholder. Grundlaget for at kunne gøre det er samme begrundelse, som psykologerne anvender i deres beskrivelse af potentialet i at skrive i handleplanen: *De kender patienten bedst, og kan præsentere det hele menneske, så de andre fagpersoner kan tage den indsigt med i deres tilgang til patienten* (jf. 6.1.2). Til forskel fra de privatpraktiserende psykologer oplever de interviewede læger dog ikke, at det gav mening, at praktisere tovholderrollen på dén måde igennem handleplanen. Bortset fra det tidsmæssige aspekt oplevede de interviewede læger ikke, at de havde en tovholderrolle, der uden for TST-møderne adskilte sig fra den, de ellers har for deres patienter og derfor heller ikke, at de uden for TST-møderne kunne praktisere den på anden måde end for andre patienter.

De øvrige fagpersoners oplevelse

Mens de interviewede læger således ser deres rolle som tovholder udfolde sig i regi af TST-møderne, efterlyser de øvrige faggrupper, at lægerne indtager en mere tydelig tovholderrolle i regi af IC-handleplanen. Det begrundes med, at hvis praksislægerne er bedre til at udlægge patientens situation i handleplanen, når de henviser patienten til behandling, vil de øvrige behandlere være klædt bedre på til at gå hurtigt og godt ind i behandlingen, såvel som en mere tydelig kommunikation (flere ord såvel som opdatering efter hver konsultation) undervejs i forløbet gør det synligt i handleplanen, hvordan forløbet skrider frem for den enkelte patient. De øvrige fagpersoner forventer, at dette ansvar indgår i praksislægerens tovholderrolle.

Interviewpersonerne fra AMK reflekterer også over, at tovholderrollen måske burde ligge hos de kommunale aktører, fordi de styrer ydelsesdelen og de tilbud, der skal fremme patienternes tilbagevenden til arbejdsmarkedet, fx praktikforløb:

Jeg har hele tiden sagt, at egen læge er tovholder, men i forhold til handleplanen der kunne man også savne, at kommunen tager teten. Det står, at det handler om at reducere ydelser og forhindre, at de rønder ud i længere ydelser, så jeg savner, at kommunen tager teten.

(Psykolog, AMK)

Vi har også eksempler på, at patienten er klar til fx virksomhedspraktik, så de kan komme tilbage til arbejde, men så tager det bare måneder. Det er synd! Vi anbefaler det her som den sidste del af bedringen, og så er det synd, at det bliver udskudt. Mine patienter efterspørger tit viden i forhold til det kommunale, for de ved ikke, hvilket system det er, de er inde i.

(Psykolog, AMK)

Ovenstående perspektiver illustrerer, hvordan der er forskellige tovholder-opgaver på tværs af aktører og på tværs af faserne i patientforløbet, hvorfor spørgsmålet om delingen af tovholderrollen bliver aktuelt.

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

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

6.3.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen

Handleplanen er en it-platform, som alle de fagpersoner, der i regi af IC-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, men hvor der også er mulighed for at kommunikere mere direkte med hinanden, og således et nyt redskab i arbejdet for de forskellige fagpersoner.

IC-handleplanen er udset til at spille en central rolle i den tværgående kommunikation og koordination af inkluderede patienters forløb. Alle fagpersoner er blevet spurgt om deres kendskab til IC-handleplanen og dem, der som minimum har nogen grad af kendskab, har desuden fået nedenstående spørgsmål:

Tabel 6.9 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	0 %	0 %	8 %	0 %	5 %
2: I beskeden grad	10 %	15 %	11 %	8 %	10 %
3: I nogen grad	60 %	58 %	43 %	35 %	42 %
4: I høj grad	23 %	20 %	33 %	40 %	32 %
5: I meget høj grad	5 %	5 %	5 %	15 %	7 %

Note: 40 besvarelser blandt fagpersoner, der minimum har nogen grad af kendskab til IC-handleplanen

Det fremgår for alle spørgsmålene, at mere end 80 % oplever, at handleplanen i nogen til meget høj grad er et positivt bidrag til deres arbejde med SAD-patienterne. Det er lige fra, om handleplanen er nem at navigere i og er opdateret, til om den indeholder relevante oplysninger, der bidrager til øget fælles viden, og endelig om den effektueres med bedre patientforløb til følge. Spørgeskemaundersøgelsen indikerer således, at handleplanen opleves som et nyttigt og relevant redskab.

TST-møderne

De tværsektorielle teammøder (TST-møder) 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 IC-indsatsen. Derfor har vi specifikt undersøgt de faste medlemmers deltagelse og udbytte af TST-møderne jf. Tabel 6.10 og Tabel 6.11 nedenfor:

Tabel 6.10 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	38 %	91 %
Ja, et enkelt	63 %	9 %
Ja, flere	0 %	0 %

Note: 35 besvarelser blandt fagpersoner, der har deltaget i TST-møder

Som det fremgår, er der kun 9 % (svarende til én ud af 11) fra de øvrige faggrupper, som er gået glip af et enkelt TST-møde, mens dette er sket for over 60 % af de praktiserende læger. I forlængelse heraf har vi undersøgt praksislægernes udfordringer for at deltage i møderne, og det fremgår, at det først og fremmest er mangel på tid og ikke manglende udbytte og relevans, der angives som årsag til manglende fremmøde af praksislægerne (jf. bilag 9).

Det fremgår også, at deltagerne i TST-møderne generelt, som angivet i Tabel 6.11, oplever, at tiden anvendt på møderne er givet godt ud:

Tabel 6.11 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 områder	TST-møderne bidrager til større fælles viden om patienterne	TST-møderne bidrager til bedre samarbejde mellem aktørerne
1: Slet ikke	3 %	0 %	3 %	0 %
2: I beskeden grad	20 %	5 %	5 %	8 %
3: I nogen grad	33 %	25 %	22 %	35 %
4: I høj grad	30 %	50 %	50 %	40 %
5: I meget høj grad	15 %	20 %	20 %	18 %

Note: 40 besvarelser fra fagpersoner, der har deltaget i TST-møder

Det fremgår samtidig, at et klart flertal oplever, at TST-møderne bidrager til større fælles viden om hinandens opgaver og patienterne samt et bedre samarbejde på tværs af aktørerne.

6.3.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

IC-handleplanen

Interviewene bekræfter overordnet 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. Det fremgår også, at fagpersonerne på forskellige måder tilstræber, at det, de skriver, er målrettet og tilpasset modtageren. Dette sker dog i højere grad ud fra forventninger om, hvad modtagerens behov er end ud fra konkret dialog og viden omkring, hvilken information der er den rigtige. I den forbindelse er der også enkelte informanter, som efterlyser en sådan dialog og feedback om den skriftlige kommunikation.

På samme måde fremgår det af interviewene, at de fleste er bevidste om, hvordan de formulerer sig, hvis de gerne vil opfordre andre aktører til noget eller synes, at andre aktører, skal tage et aspekt med i deres overvejelser. Det handler om at holde sine tanker som overvejelser eller input til, hvad andre kan gøre og ikke diktere, hvad de skal eller bør gøre, fortæller flere interviewpersoner. Det, der er legitimt i det gode samarbejde, er at komme med overvejelser i respekt for, at man ikke kender de rammer, andre har at agere under.

Men det er også fordi, jeg ikke har det fulde overblik over, hvilke muligheder patienten har. Jeg kan ikke skrive: 'Sæt et praktikforløb på 12 timer i ugen i gang', for jeg ved ikke, om det er en mulighed fra kommunens side.

(Psykolog, AMK)

Selvom det stadig sker, at andre aktører får skrevet i handleplanen, at andre skal gøre noget bestemt i forhold til patienten på en uheldig måde, er der enighed om, at der er sket en positiv udvikling på dette område. Som illustreret, er dette en udvikling, som fagpersonerne forbinder med IC-indsatsen og den dialog, der er på TST-møderne:

I starten oplevede jeg også, at lægerne skrev 'hun skal det og det, og I skal ikke indkalde hende til noget'. Men det gør de ikke så meget mere. Jeg tror, de er blevet bedre til at forstå ideerne bag de ting, vi laver.

(Kommunal sagsbehandler)

Der er en del fagpersoner, som oplever, at handleplanen kunne være mere brugervenlig, og at den for er tidskrævende at anvende. Den manglende brugervenlighed kommer til udtryk via 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.

En del har også en oplevelse af, 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 til at anvende handleplanen, at man ved, at oplysningerne bliver brugt og anvendt af andre, men det er ikke alle, der har denne oplevelse/viden, og det er for nogle med til at mindske motivationen for at anvende redskabet.

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

De praktiserende læger, der deltog i fokusgruppeinterviewet, var tilfredse med både den information, de får fra andre aktører og den information, de selv er afsendere af i handleplanerne. Samtidig har de en klar forventning om, at de andre aktører vil/skal reagere og efterspørge den viden, de mangler, hvis de ikke er tilfredse. Det fremgik også, at lægerne primært skriver i handleplanen, når de skal svare på henvendelser fra andre, eller når de selv vurderer, at der er noget, som skal videregives for at sikre det fortsatte flow i patientens forløb.

Fire af de fem **privatpraktiserende psykologer** efterspurgte i interviewet mere og bedre kommunikation fra de andre aktører, primært de praktiserende læger. De oplevede ikke, at den information, de får gennem IC-handleplanen, adskiller sig fra de henvisninger, de får

på patienter uden for IC-regi. De privatpraktiserende psykologer efterspørger derfor mere viden om patientens situation forud for, at de opstarter et behandlingsforløb, da det skaber bedre rammer for forløbet. Herudover efterlyser de også bedre viden om, hvad der sker undervejs hos de andre aktører.

I forhold til deres egne input til handleplanen varierer det, hvor aktive psykologerne er. En opdaterer i hovedtræk kun med oplysninger om aftaler og tal fra tests, mens de andre skriver mere udførligt for at give de andre aktører en indsigt i patienten, som de kan agere ud fra. Sådanne beskrivelser kan fungere som baggrundsviden, som de forskellige aktører selv forventes at anvende aktivt, eller de kan munde ud i konkrete overvejelser som input til, hvordan andre skal forme deres tiltag i patientens forløb:

Jeg skriver, hvis der er noget relevant i forhold til den kommunale indsats – der er en rubrik, der hedder skånehensyn. Og i vidensdelingsfeltet der skriver jeg, hvis der er markante forandringer, som har betydninger for noget, de andre skal gøre med dem. Og hvis jeg kan se, de har et møde ved kommunen, så skriver jeg mine overvejelser omkring praktik – hvor mange timer jeg vil anbefale, hvad der kunne være godt osv. Jeg kan også finde på at skrive til egen læge, hvis jeg synes, der er noget med medicin, der skal kigges på.

(Privatpraktiserende psykolog)

Som det fremgår, er afsættet for psykologernes kommunikation i handleplanen ofte, at de har et konkret budskab til de andre aktører – fx hvad patienten kan magte i forhold til, hvad andre aktører kan (tænkes at) tilbyde. Denne brug af handleplanen lægger op til dialog, hvor en faggruppes vurderinger bringes i spil som input til andre faggruppers arbejde.

Psykologerne ved Arbejds- og miljømedicinsk klinik oplever også, at de informationer, der var tilgængelige i handleplanen, var for sparsomme, og de oplever generelt ikke, at de har reel betydning for deres arbejde med patienten:

Nogle gange, hvis en patient går i psykologforløb, så står der fx 'første samtale, anden samtale og tredje samtale', men man kan ikke læse noget andet ud fra det – hvad skal man bruge det til?

(Psykolog, AMK)

Psykologerne ved AMK er samtidig opmærksomme på, at deres egen kommunikation har svært ved at leve op til intentionerne med IC-indsatsen, fordi det tager tid, før deres noter kan ses i handleplanen. Det skyldes dels organisatoriske arbejdsgange og dels en norm om, at kvalitet går forud for hurtighed. Når psykologerne har foretaget en vurdering af en patient, dikterer de deres vurdering og begrundelse, og organisationens sekretær fører den ind i journalen. Det tager den tid, det tager, for i perioder kan sekretæren være bagud med sit arbejde. Samtidig er der interne arbejdsgange, der sikrer kvaliteten af de vurderinger, psykologerne kommer med. Derfor vil der oftest gå to uger – en måned, inden handleplanen er opdateret fra deres side, og inden da vil patienten oftest have været hos andre aktører. Derfor bliver patienten ofte bærer af viden om, hvad der er kommet ud af deres møde med AMK.

Som det fremgår, er den praksis interviewpersonerne fra AMK beskriver, forankret i værdier og antagelser om, hvordan man gør sit arbejde godt. Praksisser, der er forankret i antagelser og værdier om, hvordan man bør arbejde, er meget vanskelige at ændre, da man i realiteten beder folk om at gøre deres arbejde på en måde, hvor de ikke gør deres arbejde så godt, som de gerne ville. Det fremgik også af interviewet med AMK, at de ikke har tænkt sig at indrette deres praksis til de regler for kommunikation, der er i IC-indsatsen.

De kommunale sagsbehandlere vurderer, at de relevante informationer er tilgængelige til tiden i cirka halvdelen af patientforløbene. 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 mener de også, at de videregiver de informationer, som de andre aktører har behov for.

De kommunale sagsbehandlere fortæller, at de også anvender handleplanen proaktivt:

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. De kommunale aktører ville således gerne have mere kommunikation fra de andre aktører, både undervejs i processen, men også når patienterne afsluttes.

TST-møderne

Som angivet i kapitel 2 har der i gennemsnit kun været indmeldt cirka halvt så mange patienter som forventet til de afholdte TST-møder. Det fremgår dog også, at der er stor forskel på, hvor mange patienter der meldes ind – og hvor godt de enkelte TST-grupper fungerer som fælles mødeforum. Nogle af TST'erne har således fire til fem patienter på i gennemsnit og fungerer som et aktivt og dynamisk mødeforum, mens andre kun har en til to patienter på i gennemsnit og fungerer mere passivt som mødeforum.

Det fremgår således, at det er vanskeligt at finde nok relevante patientcases, som kan sættes på dagsordenen, samt at udbyttet af de cases, der kommer på, varierer. Selvom det i princippet er muligt for alle aktører at melde patienter ind på TST-mødet, er det primært de praktiserende læger og de deltagende psykologer, der gør dette. Dette forklares først og fremmest med manglende tid, som fx har afholdt de kommunale sagsbehandlere fra at melde relevante patienter ind til TST-møderne, fordi de ikke på samme måde som de praktiserende læger bliver kompenseret for den tid, de anvender på IC-indsatsen. Endelig er der flere, som nævner, at en del af de patientcases, der drøftes på TST-møderne er fejlcastede: Enten fordi de er for komplicerede til at matche SAD-indsatsens inklusionskriterier, eller fordi drøftelser har karakter af en anmodning om at bevilge yderligere psykologsamtaler ud over de ti, der indgår i IC-indsatsen. Begge dele leder til anbefalinger om at stramme op i forhold til at overholde inklusionskriterierne samt til at overholde de rammer, der er aftalt for IC-indsatsen.

Alle interviewpersonerne er imidlertid enige om, at TST-møderne er gode for samarbejdet. Den forklaring der går igen fra alle faggrupperne, er, at det er dét *at få et ansigt på*, dvs. møde deres samarbejdsparter in persona, der 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 og er med til at forme indsatsen, så den passer til det, patienten ønsker.

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 der også'.

(Praktiserende læge)

I lyset af de positive erfaringer fra TST-møderne er de kommunale sagsbehandlere ærgerlige over, at de ikke længere indgår som faste deltagere på TST-møderne, efter der er blevet ansat en kommunal koordinator, som har denne rolle²⁷. Det skyldes en oplevelse af, at de går glip af viden, der kan fremme deres arbejde. Dette forbehold udtrykkes også af andre fagpersoner, der oplever det som en ulempe, at kontakten med de fagpersoner, der kender og arbejder med patienten, er mindsket:

Jeg synes faktisk, det vigtigste er det personlige møde. Nu har de sendt en koordinator i stedet for den sagsbehandler, jeg rent faktisk skal samarbejde med. Koordinatoren gør det fantastisk, men jeg mangler det personlige møde med sagsbehandleren. Jeg oplever, at det er enormt hjælpsomt, at hun ved, hvem jeg er, og jeg ved, hvem hun er. Og hvis hun ikke fremmøder på TST, men sender en overordnet koordinator, så kender jeg hende ikke. Jeg tror på, at det personlige møde gør en forskel i et samarbejde.

(Privatpraktiserende psykolog)

Tonen og stemningen på TST-møderne

Det fremgår af interviewene og vores observationer af TST-møderne, at der er forskel på, hvor aktive møderne er. Nogle grupper er således mere engagerede og aktive end andre – og det fremgår, at det er de aktive grupper, som oplever det største udbytte. Derfor blev der også efterlyst et fokus på at få løftet dialogen i TST-møder, der ikke opleves så aktive.

Det fremgår også, at tonen mellem de faste deltagere i TST-møderne er god, men at denne – fx når der på ad hoc basis deltager sagsbehandlere fra andre forvaltninger – kan blive lettere konfronterende og aggressiv:

Jeg synes, man indgår i en dialog. Men indimellem synes jeg også, kommunen skal stille op til spanking – sidst var det fx Børn og Unge. Nogle gange har det haft karakter af det, og der synes jeg, det skulle være stoppet noget før. Men ellers synes jeg, det er en dialog, hvor vi prøver at komme hele vejen rundt om, hvilke konsekvenser det forskellige vil have for borgeren.

(Kommunal TST-deltager)

Ovenstående oplevelse blev også bekræftet på et af de TST-møder, vi har observeret i forbindelse med evalueringen, som beskrevet i observationsnoterne nedenfor:

²⁷ IC sekretariatet gør opmærksom på at: Det var en ledelsesmæssige beslutning i Odense Kommune, at sagsbehandlerne 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.

Noter fra TST-møde

En af sagerne omfattede en problematik, hvor den kommunale børne- og ungeforvaltning var involveret, og de mødte op til diskussionen af sagen. Det udviklede sig som en art "os-mod-dem"-diskussion, hvor IC-indsatsens aktører, med undtagelse af de kommunalt ansatte, i fællesskab pressede på, for at børne- og ungeforvaltningen skulle agere på en bestemt måde. En IC-aktørs argument blev understøttet og afløst af den næstes. Børne- og ungeforvaltningen argumenterede, at de havde bestemte rammer at handle indenfor, men at IC-aktørerne kunne fremme den proces ved at anvende bestemte formularer og procedurer. Her opstod en samlet modstand fra IC-aktørerne, med undtagelse af de kommunale aktører, mod at ændre deres praksisser. Det endte med, at børne- og ungeforvaltningen sagde, at de ville tage bidraget fra mødet med som en underretning. Mødet blev kørt uden pauser, og med den ene case afløsende den næste. Undervejs i hver sag samler mødelederen op på, hvad der opnås enighed om i sagen og skriver nogle overvejelser men primært konklusioner direkte ind i handleplanen.

Som illustreret i noterne fra TST-mødet gælder det fællesskab, som opleves i IC-regi, ikke på samme måde i de forvaltninger, som står uden for IC-samarbejdet. Dette afspejles også i, at det på initiativ er prioriteret, at medarbejdere fra andre forvaltninger har en leder med, når de deltager i TST-møderne, for at denne kan støtte medarbejderen og sikre, at der er beslutningskompetence til stede på mødet.

Forslag til videreudvikling af TST-møderne

Formen på TST-møderne var interviewpersonerne iderige mht. at videreudvikle. I det følgende giver vi et overblik over deres ideer.

Formen med at gennemgå cases virker trættende for nogle, fordi de oplever, at de ikke længere får ny viden ud af den form.

De første møder fik jeg helt klart mere ud af, end jeg har gjort på de sidste. Temaerne begynder at gentage sig selv, og så får man helt klart mindre ud af det nu. Det er også, fordi man skal stoppe sin praksis og køre derhen, og det tager tid.

(Praktiserende læge)

Omvendt efterspurgte nogle også ad hoc-møder om cases, hvor kun de relevante aktører i forhold til en patient samles, og diskuterer sagen. En anden version af dette forslag var, at der i regi af handleplanen skulle være et chatforum, hvor dialogen kunne tages elektronisk. Kritikere af disse ideer fremførte dog, at mens det måske ville give faglig mening, ville det ikke kunne lade sig gøre at samle de relevante aktører med kort varsel, fordi alles kalendere er bookede langt ud i fremtiden.

Der efterspørges mulighed for at sætte fokus på generelle problemstillinger i samarbejdet, således at det i stedet for cases, er samarbejdet mellem fagpersonerne, eller som forslaget i det følgende citat viser, fokus på de rammer, der er i samarbejdet med andre organisationer.

Også det med ordstilling, hvis man ikke skriver korrekt i attesterne, det kan have betydning. Så generelt vil det være lærdom for alle praktiserende læger. – Ja, bare et møde om, hvordan loven tolkes.

(Praktiserende læge)

Det foreslås også at arbejde med de forskellige aktørers vidensniveau og rolle på TST-møderne.. Det er vigtigt, at der opnås reel forståelse for hinandens vidensniveau, så man kan kommunikere klart og diskutere sagerne. Derudover også, at det skal gøres klart, hvilken rolle man har på TST-mødet, så det sikres, at alle deltager aktivt.

Jeg blev overrasket over, hvor lidt praktiserende læger ved om de forskellige systemer. Så på den måde er det vigtigt at være skarp på, hvilket budskab vi melder ud, for vi antager måske, de har noget viden, som de slet ikke har. Også i forhold til det kommunale system, der er de meget lidt klædt på, og kommunen byder ikke ind. Så der er nogle afklaringer i forhold til aktørerne, som nok skulle have været på plads, før vi begyndte at afholde TST-møderne. Vores roller hver især skulle nok afklares noget mere.

(Psykolog, AMK)

Som illustreret i citatet ovenfor, kan måden TST-møderne afholdes på og graden af tryghed og fælles fodslag have betydning for, hvor aktive deltagerne er/hvad der kommer ud af møderne. Det der, ifølge deltagerne, for alvor rykker, er at få et ansigt på hinanden, at man lærer hinanden at kende, hvorefter dialogen og samværet bløder op, i takt med at deltagerne bliver trygge ved hinandens selskab. Det er dog ikke alle grupper, der er kommet lige let igennem opstarten og lige langt i denne proces. Derfor er der også flere, som foreslår, at man fremadrettet (især ved opstart af nye TST'er) er mere opmærksom på at italesætte det relationelle aspekt i samarbejdet/hurtigere styrke relationerne mellem deltagerne.

6.4 IC-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 vejen for indsatsens endemål. Som det har fremgået, er der generelt set stor opbakning til SAD-indsatsen og en oplevelse af, at den er implementeret på en meningsfuld måde. Hvis vi tager afsæt i evalueringens programteori (jf. kapitel 2), betyder det, at der er afdækket en god sammenhæng mellem IC-indsatsens indsatser og målsætninger, og de aktiviteter disse har resulteret i blandt de udførende medarbejdere. Med dette positive afsæt vender vi i de følgende afsnit blikket imod IC-indsatsens procesmål vedrørende kommunikation, samarbejde og patientforløb.

6.4.1 Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen²⁸

Som det ses i tabellen nedenfor, oplever cirka 80 %, at IC-indsatsen har en positiv indvirkning i nogen til høj grad:

²⁸ 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 (Hoffer Gittell 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 9.

Tabel 6.12 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen og patientens handleplan har bidraget til at forbedre kommunikation og samarbejde om SAD-patienterne

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	11 %	4 %
I høj grad	26 %	39 %
I nogen grad	44 %	35 %
I beskednen grad	19 %	13 %
Slet ikke	0 %	0 %
Ved ikke	0 %	9 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser

Som angivet i Tabel 6.13 er der også cirka 80 % af de praktiserende læger, der vurderer, at IC-indsatsen har bidraget til et forbedret pleje- og behandlingsforløb for de inkluderede patienter, mens 65 % af de øvrige faggrupper vurderer dette:

Tabel 6.13 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt IC-indsatsen og patientens handleplan alt i alt har bidraget til et bedre behandlingsforløb for SAD-patienterne

	Praktiserende læge	Anden
I meget høj grad	11 %	9 %
I høj grad	26 %	39 %
I nogen grad	44 %	17 %
I beskednen grad	11 %	9 %
Slet ikke	4 %	0 %
Ved ikke	4 %	26 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser

Samtidig svarer 81 % af praksislægerne og 61 % af de øvrige fagpersoner i spørgeskemaet, at IC-indsatsen i nogen eller i høj grad øger muligheden for god patientinddragelse jf. Tabel 6.14:

Tabel 6.14 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen øger muligheden for god patientinddragelse

	Praktiserende læge	Anden
Slet ikke	4 %	0 %
I beskednen grad	7 %	9 %
I nogen grad	44 %	22 %
I høj grad	37 %	39 %
I meget høj grad	0 %	9 %
Ved ikke	7 %	22 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser

Tiltroen til IC-indsatsens mulighed for øget pårørende-inddragelse er til gengæld knap så høj, hvor kun omkring 40 % vurderer, at dette gør sig gældende i nogen eller høj grad:

Tabel 6.15 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen øger muligheden for god pårørende-inddragelse

	Praktiserende læge	Anden
Slet ikke	11 %	4 %
I beskednen grad	26 %	13 %
I nogen grad	37 %	35 %
I høj grad	7 %	0 %
I meget høj grad	0 %	0 %
Ved ikke	19 %	48 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser

IC-indsatsens tidsforbrug

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

Tabel 6.16 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den tid de bruger på at kommunikere med andre fagpersoner er forandret i IC-indsatsen

	Praktiserende læge	Anden
Ja, bruger mere tid	41 %	57 %
Ja, bruger mindre tid	0 %	4 %
Nej, tidsforbruget er (stort set) uændret	48 %	17 %
Ved ikke	11 %	22 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser

Det fremgår, at IC-indsatsen har betydet et forøget tidsforbrug på kommunikation for omkring halvdelen af de tilknyttede fagpersoner, dog i lidt lavere grad blandt de praktiserende læger end blandt de øvrige respondenter. Dette hænger formentlig sammen med den aflastning lægerne oplever i forhold til deres tovholderrolle jf. afsnit 6.1.2

6.4.2 Resultater fra interviewundersøgelsen

I overensstemmelse med spørgeskemaet oplever de interviewede fagpersoner bredt set, at de har fået større viden om de andre faggrupper og gensidigt, at de andre faggrupper har fået større viden om dem. Mange forbinder også IC-indsatsen/TST-møderne med større gensidig respekt dog med den undtagelse, at nogle hele tiden har haft respekt for de andre faggruppers arbejde og derfor ikke oplevede nogen forandring:

Jeg har samme respekt, men jeg kender dem bedre. Jeg har fx ringet til sociallægen, det ville jeg nok ikke have gjort, hvis jeg ikke havde mødt ham. Så sådan noget giver det mig også.

(Privatpraktiserende psykolog)

Alle interviewpersoner oplever således et positivt udbytte af at være en del af IC-indsatsen i forhold til større viden og god respekt på tværs af aktører og fagpersoner. Samtidig knytter flere interviewpersoner også den hurtigere og bedre proces, som de også oplever i regi af IC-indsatsen, til at der i højere grad etableres en fælles behandlingsstrategi, hvor der arbejdes sammen om at nå i mål med patienten.

IC-indsatsen opleves dog også som en proces, der ikke er i hus endnu i forhold til muligheden for at fremme fælles mål og strategier for patientforløbet:

Det vi er sat her 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)

Som sådan er nogle interviewpersoner dog usikre på, om det faktisk skal eller bør være en fælles behandlingsstrategi med et fælles defineret mål for samarbejdet og patientforløbet. For de har jo netop deres forskellige fagligheder og deres forskellige fokus:

Vi kan ikke have en fælles behandlingsstrategi, for lægen har en anden behandling end psykologen og end arbejdsmedicineren. Vores mål er, de bliver raske og kommer tilbage til arbejdsmarkedet. Hvis kommunens er, at det skal gå hurtigt og koste så lidt som muligt, så gør vi vel ikke?

(Psykolog, AMK)

Tidsforbruget i IC-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 IC-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, 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 IC-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 sa-

gerne med engagement fra mange, såvel som når man på møderne lærer mere overordnede aspekter af hinandens arbejde at kende.

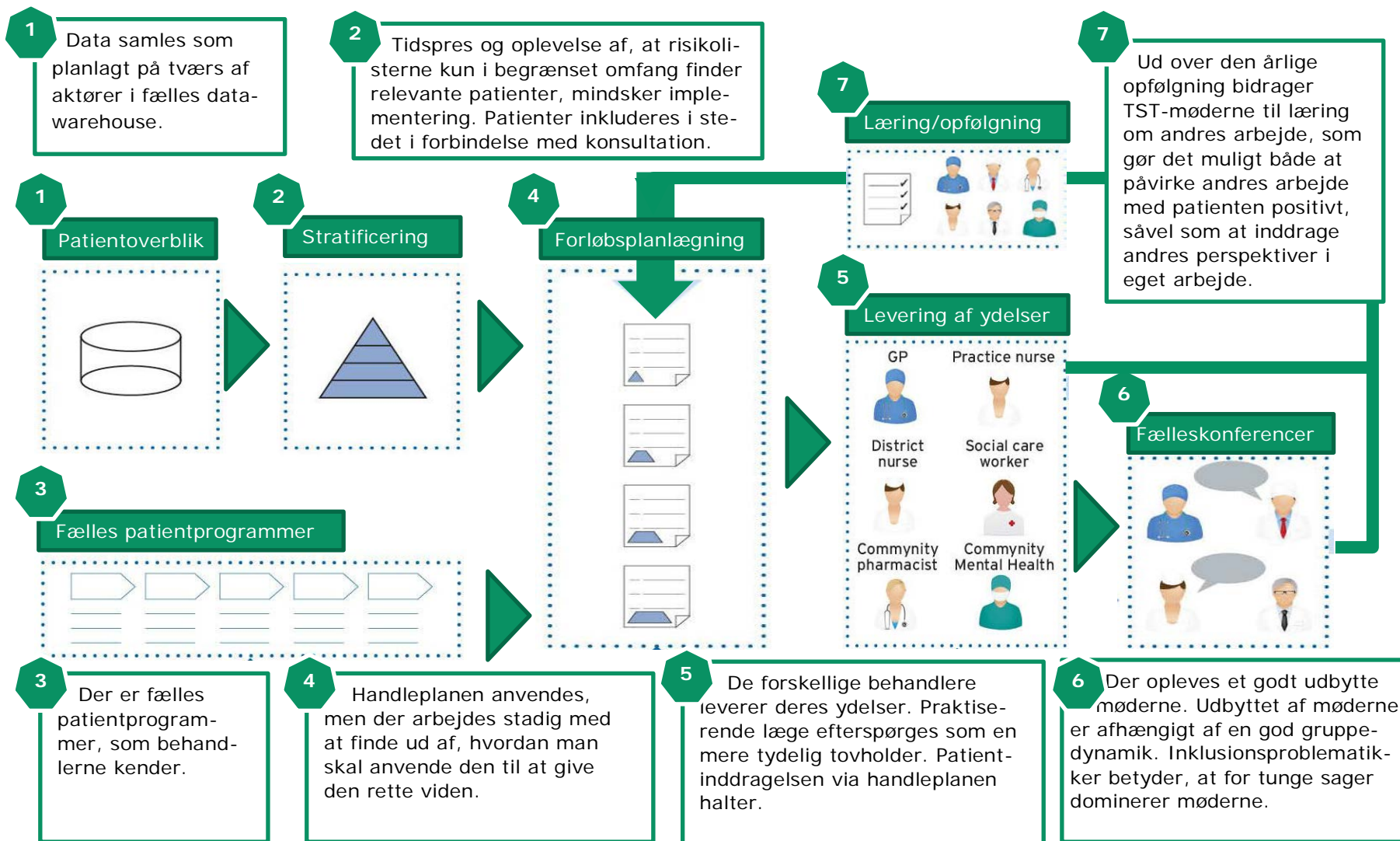
6.5 Opsamling

Overordnet har fagpersonerne et godt kendskab til SAD-indsatsen og den opleves som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden. Et stort flertal oplever også, at indsatsen efterleves i hverdagen i nogen eller høj grad. Fagpersonerne oplever også, at SAD-indsatsen bidrager til, at de i dag har større viden om hinanden, og dermed kan bruge hinandens tilbud bedre. Ud over at have faktisk viden om hinandens tilbud fremhæves det, at det er det at kende hinanden og at have en dialog med hinanden, der gør at samarbejdet fungerer bedre. Derfor fremhæves TST-møderne som et særligt bidrag til det forbedrede samarbejde.

De forskellige faggrupper fremhæver forskellige positive aspekter ved at være en del af IC-indsatsen. For praksislægerne er det en fordel, at patienterne er i behandlingsforløb hos andre aktører, og at de kan følge forløbet qua handleplanen. Det betyder, at de ikke behøver se patienterne så ofte under forløbet, som de ser patienter uden for IC-regi. De privatpraktiserende psykologer værdsætter handleplanen, fordi den giver dem mulighed for at vise de øvrige aktører mennesket bag patienten, sådan at indsatsen i højere grad kan tilpasses mennesket frem for, at patienten skal tilpasses systemet. De kommunale sagsbehandlere fremhæver sammen med de privatpraktiserende psykologer, at koordineringen af patientforløbet er bedre og hurtigere. Psykologerne ved AMK bakker op om IC-indsatsen og oplever, at de andre aktører via indsatsen får et bedre kendskab til AMK. Til gengæld oplever AMK ikke, at IC-indsatsen og handleplanen medfører betydende ændringer i deres egen opgaveløsning og relation til patienterne. Dette begrundes med, at AMK oftest ser patienterne i kort tid, og at AMKs udredning repræsenterer en afgrænset ydelse, som andre aktører går videre med.

I forhold til IC-indsatsens proces og hovedelementer (jf. Figur 6.1) er der langt hen af vejen en tilfredshed med indsatsen, men som det fremgår, er der også en række opmærksomhedspunkter, som uddybes efter figuren:

Figur 6.1 IC-modellens møde med praksis i SAD-indsatsen



Inklusionskriterier og målgrupper

IC-indsatsen er baseret på, at de praktiserende læger skal inkludere patienter i IC-indsatsen. Der er i den forbindelse udfordringer med at inkludere de rette patienter. Patienterne skal inkluderes i opstarten af deres forløb, men på dette tidspunkt er det svært for praksislægerne at vurdere omfanget af patientens psykiske sårbarhed, og om patientens behandlingsforløb kan forventes at høre til i IC-regi.

Det er også meningen, at patienterne skal inkluderes via stratificering og risikolister ud fra en tanke om, at disse redskaber bidrager med systematik og ensartethed i, hvem der inkluderes. Spørgeskemaundersøgelsen viser dog, at omkring halvdelen kun i beskeden grad eller slet ikke oplever dem som anvendelige til formålet. Hvis de interviewede praksislæger er repræsentative for deres kolleger (hvilket patientinterviewene indikerer, at de er), er der i praksis ingen, som anvender risikolisterne som afsæt for at indkalde og inkludere patienter. Dette sker i stedet som led i de planlagte konsultationer, når lægerne bliver opmærksomme på, at de sidder med en patient, der er relevant for SAD-indsatsen. Der er således etableret en ny praksis omkring inklusion af patienterne, som lægerne finder mere anvendelig og effektiv.

Ud over praktiske udfordringer med inkluderingen af patienter oplevede nogle praktiserende læger også en faglig udfordring i inkluderingen af patienter. Kriterierne gør, at de ikke kan inkludere alle de patienter, de mener, måtte have gavn af det, fx patienter uden for arbejdsmarkedet. I forlængelse af dette fremstår det relevant løbende at følge op på, hvorvidt de patienter, der inkluderes, reelt matcher de opstillede inklusionskriterier – ikke mindst af hensyn til slutevalueringen og den effektevaluering, der indgår her.

Opstartssamtaler, IC-handleplan og patientinddragelse

I tråd med resultaterne fra interviewene med SAD-patienter har fagpersonerne en oplevelse af, at patienterne ikke har et stort kendskab til IC-indsatsen generelt eller til handleplanen mere specifikt. Det fremgår i den forbindelse, at der er tre forskellige rationaler, der former fagpersonernes inddragelse af patienten i arbejdet med handleplanen og deres tilgang til at informere patienterne om IC-indsatsen:

1. Hensyn til patienten, som gør, at fagpersonerne ikke motiverer patienten til at anvende handleplanen, eller kun informerer overordnet om IC-indsatsen. Information vil forvirre patienten eller skabe bekymringer, og det ønsker de ikke. Dette rationale gør også nogle fagpersoners tilbageholdende med at dele overvejelser i handleplanen, fordi der er en mulighed for, at patienten vil læse med.
2. Spørgsmål om arbejdsdeling. Nogle fagpersoner ser det, som den praktiserende læges opgave at informere patienten om IC-indsatsen og handleplanen, og derfor gør de det ikke, heller ikke selvom de kan se, at patienten ikke har forstået IC-indsatsen eller handleplanen korrekt.
3. Spørgsmål om at skabe et godt udgangspunkt for behandlingen. Ved netop at informere patienten, som man kan se ikke har forstået IC-indsatsen eller handleplanen, skaber man lettelse hos patienten og klarhed over den hjælp, patienten vil modtage.

Handleplanen – kommunikation og samarbejde mellem fagpersoner

Handleplanen er et nyt redskab i samarbejdet, og den rummer muligheder og udfordringer, viser undersøgelsen. På mulighedssiden giver den behandlerne indsigt i patientens forløb, når de forskellige fagpersoner anvender den aktivt. Det vil sige, når den er opdateret, og er det med en tilpas mængde relevant prosa til at give indblik i patientens situation og udvikling. Der er dog et flertal, der oplever, at handleplanerne kun i nogen grad lever op til dette.

Brugen af handleplanen er også udfordret af, at den opleves som dobbeltarbejde. Fagpersonerne har andre journaliseringsredskaber, hvor de noterer lignende ting, som de skal indføre i handleplanen. Det er et irritationsmoment, og nogle efterspørger, at redskaberne skulle være integrerede. Omvendt kan det konstateres, at alle interviewpersoner foretager en redigering af, hvad de kopierer ind i handleplanen fra andre journaliseringssystemer for at have kontrol med, hvordan de præsenterer patienten, og ud fra antagelser om, hvordan andre fagpersoner vil forstå deres input.

Muligheder for at optimere udbytte og dynamik på TST-møder

Et stort flertal af fagpersonerne finder, at TST-møderne er et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde. Alene det at få ansigt på hinanden er et bidrag. Derfor fremhæves det som vigtigt, at det er de samme personer, der deltager, og at det er de fagpersoner, der arbejder med sagen frem for en koordinator.

Der er dog stor forskel på TST-grupperne. Nogle gruppers møder er meget aktive og engagerende, hvor alle melder ind på alle sager. Andre grupper er meget passive. Deltagere i passive møder efterspørger den dynamik, de i interviewene kunne høre, der er på aktive møder.

Et resultat af, at praksislægerne oplever, at det er svært at inkludere de rette patienter, er, at der er patienter inkluderet, hvis sager er for tunge til, at de må være en del af IC-indsatsen. Sådanne sager fylder på TST-møderne. Det betyder, at sager, der faktisk hører til i IC-regi, ikke diskuteres i samarbejdsforummet. Mange fagpersoner gav i interviewene udtryk for dette som en ærgrelse.

Den kvalitative del af undersøgelsen viste, at samtidig med, at IC-indsatsen bidrager til respekt og viden om hinanden, oplevede de kommunale aktører, at der kunne dannes fælles front mod dem og deres arbejde med patienten. Det kan både være mod sagsbehandlere tilknyttet IC-indsatsen såvel som sagsbehandlere fra andre forvaltninger, der inviteres med, fordi patientens sag rækker ind over andre forvaltningsområder.

Tovholderrollen

IC-indsatsen er bygget op om, at den praktiserende læge er tovholder i patientens forløb – med særligt ansvar for at koordinere og følge op på indsatsen. Hvad det vil sige, og hvordan tovholderrollen udfyldes, er dog uklart.

I interviewundersøgelsen efterspurgte de øvrige fagpersoner en tovholder, der opdaterer handleplanen med informationer om patientens forløb, sådan at de kan være bedre klædt på i behandlingen af patienten. De praktiserende læger opfattede omvendt ikke, at det er på den måde, de skal være tovholder. De havde ikke så meget kontakt med patienter i IC-regi, fordi de netop kan følge patientens forløb igennem handleplanen, og derfor ikke har behov for at følge patienten så nøje. Tovholderrollen, mente de i stedet, at de skal træde i på TST-møderne, hvor de kan bidrage med et særligt kendskab til patientens historie.

Tidsforbruget

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 IC-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.

7 Konklusioner og anbefalinger

7.1 SAD-indsatsen er nået længere og opleves mere relevant end DÆMP-indsatsen

Selvom SAD- og DÆMP-indsatsen bygger på de samme principper og redskaber, er der stor forskel på, hvor relevante de opleves, samt hvilke resultater fagpersoner og patienter forbinder med indsatserne. SAD-indsatsen opleves således på mange måder som en succes, der imødekommer et oplevet behov hos både fagpersoner og patienter. Samtidig vurderes de tværgående elementer i samarbejdet positivt. Heroverfor er DÆMP-indsatsen, selvom der er afdækket eksempler på, at dialogen på TST-møder, opstartssamtalerne med patienterne, og de tilbud patienterne kan henvises til opleves positivt, udfordret, både når det kommer til implementering og de resultater, der forventes at følge af indsatsen.

Tabel 7.1 opsummerer de mest væsentlige forskelle på de to indsatser:

Tabel 7.1 Karakteristika for DÆMP- og SAD-indsatserne

	SAD	DÆMP
Målgruppe og relevans	Målgruppen er afgrænset, og patienternes behov matcher IC-indsatsens organisering	Målgruppen opleves diffus, og fagpersonerne oplever ikke, at den matcher IC-indsatsens organisering
Kreds af involverede fagpersoner	Afgrænset kreds af fagpersoner, som alle har relevante opgaver i de inkluderede patienters forløb	Stor kreds af fagpersoner og store forskelle på, hvor meget de forskellige grupper er involveret i IC
Indhold og indsatser	SAD-indsatsen fremstår som et forløb, hvor aktørerne supplerer hinanden om at realisere et fælles mål for patienterne	DÆMP-indsatsen består af enkeltstående tilbud, som patienterne henvises til af egen læge
TST-møder	Det lykkes i noget omfang at finde relevante patienter, og der opleves et godt udbytte af møderne. Overordnet er der enighed om, at tiden anvendt på møderne er givet godt ud	Det lykkes i lille omfang at finde relevante patienter, og der er blandede oplevelser af udbyttet. Overordnet er der enighed om, at udbyttet af møderne ikke matcher de ressourcer, det kræver at afholde dem
Handleplan	Opleves tidkrævende men relevant og anvendes som et fælles dialogredskab og platform for videndeling om patienten	Opleves tidskrævende og unødvendig, fordi der er velfungerende alternativer på plads. Anvendes primært til envejskommunikation ved henvisning til IC-tilbud
Patientinddragelse	Graden af patientinddragelse er ikke ændret væsentligt, og handleplanen understøtter kun i begrænset omfang patientinddragelse	Graden af patientinddragelse er uændret, og handleplanen understøtter ikke patientinddragelse
Motivation til implementering	Indsatsen matcher et oplevet behov for at kommunikere og samarbejde mere om SAD-patienternes forløb	Indsatsen opleves ikke at løse de problemer omkring patienternes forløb, som fagpersonerne ønsker hjælp til
Patienternes oplevelse af indsatsen	Indsatsen er synlig, og flertallet af patienter oplever, at de får et konkret udbytte af indsatsen	Indsatsen er usynlig, og det er uklart for patienterne hvad de får ud af at deltage

Hovedkonklusioner vedrørende SAD-indsatsen

SAD-indsatsen opleves på mange måder som en succes, der imødekommer et oplevet behov hos både fagpersoner og patienter. Samtidig vurderes de tværgående elementer i samarbejdet positivt. Der er således bred opbakning til antagelserne bag SAD-indsatsen, og den er i det store hele implementeret på en måde, der matcher de intentioner, der oprindeligt var. Samtidig oplever mange af de involverede, at indsatsen leder til de ønskede resultater, ligesom der er indikationer på, at samarbejdet imellem de involverede fagpersoner løbende modnes, og at der er begyndt at skabes nye kommunikations- og handlemønstre.

Overordnet har fagpersonerne et godt kendskab til SAD-indsatsen, og den opleves som et positivt bidrag til deres arbejde og samarbejde med hinanden. Et stort flertal oplever også, at indsatsen efterleves i hverdagen i nogen eller høj grad. Fagpersonerne oplever også, at SAD-indsatsen bidrager til, at de i dag har større viden om hinanden, og dermed kan bruge hinandens tilbud bedre. Ud over at have faktuel viden om hinandens tilbud, fremhæves det, at det er det at kende hinanden og at have en dialog med hinanden, der gør, at samarbejdet fungerer bedre. Derfor fremhæves TST-møderne som et særligt bidrag til det forbedrede samarbejde.

De forskellige faggrupper fremhæver forskellige positive aspekter ved at være en del af IC-indsatsen. For praksislægerne er det en fordel, at patienterne er i behandlingsforløb hos andre aktører, og at de kan følge forløbet qua handleplanen. Det betyder, at de ikke behøver se patienterne så ofte under forløbet, som de ser patienter uden for IC-regi. De privatpraktiserende psykologer værdsætter handleplanen, fordi den giver dem mulighed for at vise de øvrige aktører mennesket bag patienten, sådan at indsatsen i højere grad kan tilpasses mennesket frem for, at patienten skal tilpasses systemet. De kommunale sagsbehandlere fremhæver sammen med de privatpraktiserende psykologer, at koordineringen af patientforløbet er bedre og hurtigere. Psykologerne ved AMK bakker op om IC-indsatsen og oplever, at de andre aktører via indsatsen får et bedre kendskab til AMK. Til gengæld oplever AMK ikke, at IC-indsatsen og handleplanen medfører betydende ændringer i deres egen opgaveløsning og relation til patienterne. Dette begrundes med, at AMK oftest ser patienterne kort tid, og at AMKs udredning repræsenterer en afgrænset ydelse, som andre aktører går videre med.

Opmærksomhedspunkterne i SAD-indsatsen handler derfor i høj grad om at agere på den læring, der er skabt undervejs samt om at understøtte fagpersonerne i fuldt ud at realisere potentialet i indsatsens forskellige elementer.

Hovedkonklusioner vedrørende DÆMP-indsatsen

Overordnet har implementeringen af DÆMP-indsatsen været udfordret som følge af uklarheden omkring DAMD-databasen i efteråret 2014, organisationsændringer på Ældre- og handicapområdet i Odense Kommune, implementering af nye journalsystemer i hjemmesygeplejen, og at det tog lang tid, før der var truffet beslutninger/lavet beskrivelser af de kommunale patientrettede IC-tilbud. Ud over at disse forhold har gjort det tungt at komme i gang med indsatsen, har de også ledt til, at pilotafprøvningen i foråret 2014 blev gennemført uden egentlige patientforløb, og uden at der var klarhed omkring, hvilke kommunale tilbud, der indgik i IC-indsatsen. Dermed har man ikke haft en reel mulighed for at identificere og handle på en række af de problemer, der efterfølgende er afdækket via midtvejs-evalueringen.

Midtvejsevalueringen viser således, at aftalerne for DÆMP-indsatsen, ifølge fagpersonerne, kun i begrænset omfang efterleves i hverdagen fordi:

- risikolisterne og inklusionskriterierne opleves upræcise, samtidig med at mange har svært ved at se relevansen af de fælles handleplaner og drøftelser på TST-møder, når det er så relativt "lette" DÆMP-patienter, der fokuseres på i IC-regi
- IC-handleplanen ses som et unødvendigt kommunikationsredskab, der medfører dobbeltarbejde og primært fungerer som et parallelt system til de elektroniske kommunikationsveje (Edifact, MedCom mm.), der allerede findes og fungerer på tværs af aktørerne i DÆMP-forløbene
- IC-plattformen ikke er integreret i de eksisterende systemer på den måde, fagpersonerne ønsker og den information, der afleveres via handleplanen, opleves ikke målrettet og konkret nok af modtagerne
- DÆMP-indsatsen i stort omfang fungerer således, at patienterne henvises til enkeltstående tilbud, hvilket betyder, at praksislægerne ikke ser et behov for en fælles udvidet handleplan eller en særlig aktiv opfølgning på forløbet fra deres side
- fagpersonernes møde og kommunikation med patienterne ikke adskiller sig fra den normale praksis
- det er meget svært at finde relevante patientcases til TST-møderne og de cases, der findes giver i mange tilfælde ikke et udbytte, der står mål med det store setup, der er omkring møderne
- det ikke lykkes i en del tilfælde at samle de relevante fagpersoner omkring de patientcases, der drøftes på TST-møderne
- IC-indsatsen er tidskrævende for deltagerne, og hospitalet og kommunen har svært ved i mødekomme forventningerne til IC og samtidig passe den eksisterende drift.

Ovenstående perspektiver er også afspejlet i fagpersonernes oplevelser og forventninger til IC-indsatsens resultater. Der er således ingen af de interviewede fagpersoner, som har en oplevelse af – eller fremadrettet forventning til – at DÆMP-indsatsen i sin nuværende form påvirker den tværsektorielle kommunikation og koordination af DÆMP-patienters forløb, graden af patientinddragelse, patienternes oplevelse af sammenhæng eller antallet af hospitalsindlæggelser positivt.

De væsentligste opmærksomhedspunkter, som der bør tages stilling til i forhold til DÆMP-indsatsen, er derfor:

1. om der fortsat er en tilstrækkelig tro på og opbakning til indsatsen, til at videreføre den, samt hvilke justeringer der i givet fald kan og skal gennemføres for at implementere indsatsen på en mere effektiv og meningsfuld måde blandt de deltagende fagpersoner?
2. hvilke resultater der realistisk set kan forventes at følge med indsatsen, når projektperioden slutter ved udgangen af 2015?

Evalueringen har i forlængelse af ovenstående afdækket nedenstående forslag til, hvordan DÆMP-indsatsen kan forenkles og justeres for at fremstå mere relevant og mindre ressourcetrækvende for de involverede. Det er KORAs vurdering, at disse forslag med fordel kan danne afsæt for styregruppens dialog om DÆMP-indsatsens forsættelse og eventuelle justeringer af denne:

- Praksislægerne får i højere grad mulighed for at lægge deres egne subjektive vurderinger til grund for, hvilke patienter der skal inkluderes i indsatsen²⁹.
- Overveje, om det giver bedre mening at anvende og styrke de eksisterende kommunikationsveje frem for IC-handleplanen.

²⁹ Eller sikre at de har en tiltrækkelig viden om, at de allerede har denne mulighed.

- Øge fokus på indsatsens relationelle dimension, så denne fremstår som et tydeligere grundlag for samarbejdet og drøftelserne på TST-møderne.
- Justere formen på TST-møderne og sikre et større fælles læringspotentiale i de patient-cases, der meldes ind.
- Se mere bredt på, hvilke typer af patientcases der kan meldes ind, så TST-mødet fx kan tage afsæt i en kompliceret udskrivelse eller cases, der er illustrative for generelle samarbejdsproblematikker.
- Overvej mulighederne for at supplere det store TST-fora med mindre fora, hvor fx hospitals-, praksislæge og patient, eller praksislæge, hjemmesygepleje og patient mødes

7.1.1 Tværgående anbefalinger for implementering og konsolidering af IC-indsatsens hovedelementer

Midtvejsevalueringen har også afdækket en række opmærksomhedspunkter og muligheder for at styrke arbejdet med de hovedelementer, der indgår i IC-indsatsen. Disse anbefalinger gælder for både SAD og DÆMP, og derfor præsenteres de samlet i de nedenstående afsnit.

Anbefalinger vedrørende opsporing og inklusion af patienter

Evalueringen viser, at risikostratificeringen og risikolisterne ikke anvendes som planlagt. Dels er der en udbredt oplevelse af, at listerne ikke identificerer de rette patienter, og dels oplever mange, at arbejdsgangene omkring redskaberne er for tidskrævende. Begge faktorer mindsker de praktiserende lægers anvendelse af risikolisterne.

Evalueringen indikerer derfor også, at der i ret stort omfang (og især på SAD-området) er etableret en praksis, hvor patienterne i højere grad inkluderes på ad hoc-basis via møder i konsultationen og på baggrund af lægernes subjektive vurderinger frem for via risikolister. Lægerne oplever således (især på SAD-området) ikke, at de har nytte af risikolisterne.

På den baggrund anbefaler vi, at det drøftes, hvorvidt brugen af risikolister fremadrettet er relevant at bruge på SAD-området, samt at der generelt følges op på, om de inkluderede patienter matcher de opstillede inklusionskriterier.

Anbefalinger vedrørende IC-handleplaner

Der er afdækket positive eksempler på, at handleplanerne fungerer efter hensigten og opbakning til det at have dem. Mange fagpersoner oplever dog, at kommunikationen er mangelfuld og ikke adskiller sig væsentligt fra den skriftlige kommunikation, der var i forvejen. På trods af dette er der kun afdækket få og usystematiske eksempler på, at disse forhold er adresseret på tværs af deltagerne, og indtrykket er, at implementeringsarbejdet først og fremmest har omhandlet handleplanens tekniske anvendelse og funktionalitet – som de fleste relevante fagpersoner (ifølge dem selv) også er udmærket bekendte med i dag.

Det fremstår derfor som et indsatsområde at facilitere en dialog og læring omkring den faktiske kommunikation på tværs af fagpersoner i handleplanen, således at det fulde potentiale kan realiseres fremadrettet. Det kan gøres casebaseret og fx handle om: Hvad modtagerne har brug for, i hvilket omfang afsenderne er i stand til at matche modtagernes behov, hvad det betyder for kommunikationen, at patienterne kan læse med, hvilke gode og mindre gode erfaringer deltagerne har med handleplaner osv. Det er også KORAs vurdering, at en sådan dialog kan understøtte deltagerens generelle kapacitet til relationel koordinering og derved det fundament, som IC-indsatsen hviler på.

Anbefalinger vedrørende tovholderrollen

Mens nogle patienter glædeligt oplever, at de forskellige fagpersoner har større viden om dem, oplever flertallet ikke, at der er den deling af viden, som de var stillet i udsigt ved starten af deres forløb. Der er en tendens til, at patienterne ikke fortæller dette til deres praktiserende læge eller forventer, at deres læge selv reagerer på det, og ændrer på forløbet. Der er således forskellige aspekter i arbejdet med tovholderrollen, der kan adresseres i den videre udvikling af IC-indsatsen. Herunder:

- Hvordan skal tovholderrollen udfyldes, og hvad skal den bibringe? Disse spørgsmål kan både drøftes i IC-sekretariatet, på sekretariatets besøg i læge praksis og på TST-møder.
- Det bør drøftes, hvornår og hvordan tovholderen (hvad enten det er en praksislæge eller fx en kommunal sagsbehandler) følger op på, om patienten er i et gunstigt forløb, og hvordan tovholderen kan justere på forløbet inden for rammerne af IC-indsatsen.

Muligheder for at optimere udbyttet af TST-møderne

TST-møderne er dét element af IC-indsatsen, fagpersonerne fremhæver mest positivt. Fagpersonerne oplever, at de får ansigt på hinanden, lærer de andre, der arbejder med patienten, at kende og får en større generel viden om hinandens faglighed, opgaver og vilkår. De får bedre indsigt i, hvad de kan forvente af hinanden, og de kan bruge hinandens input til at tilrettelægge en bedre indsats for patienten.

TST-møderne er imidlertid sårbare, fordi de a) er struktureret ud fra, at der skal gennemgås patientcases, og b) at ansvaret for patientcases og mødeledelse i høj grad er placeret hos de deltagende praksislæger. Mødernes succes afhænger med andre ord af, at praksislægerne melder nok og relevante patienter ind til dagsordenen, samt at disse er i stand til at fungere som mødeleder og sikre en ligeværdig og lærende dialog på tværs af de mange deltagende fagpersoner og fagligheder.

Dette har vist sig at være en stor udfordring i Odense, og det afspejles i, at der er for få patientcases på de enkelte TST-møder, samt at der bruges en del tid på at diskutere patientcases, der ikke har et optimalt læringspotentiale. Samtidig har det vist sig vanskeligt at få praksislæger til at påtage sig (den krævende) rolle som mødeleder og ordstyrer. På møderne er det således den fagperson, der har taget sagen op, der indleder, og som sådan indtager en faciliterende rolle for at få input til sin patient, mens en repræsentant fra IC-sekretariatet agerer sekretær.

De møder, vi har observeret, havde generelt en god stemning og en god dialog omkring de indmeldte patientcases. Det var dog også klart, at drøftelserne i høj grad handlede om kliniske problemstillinger relateret til de enkelte cases, at det primært var lægerne (og psykologerne på SAD-området), der talte med hinanden, samt at drøftelserne i lille omfang løftede sig op på et niveau, hvor der var fokus på kommunikation og samarbejdsforhold generelt. Dette blev efterfølgende bekræftet i de gennemførte interview, og der er således et behov for at adressere mulighederne for at få TST-møderne løftet, så det fulde potentiale for at styrke det tværsektorielle samarbejde udnyttes.

Anbefalinger vedrørende patientinddragelse

IC-indsatsen fremstår i de formelle projektbeskrivelser som et projekt, der skal lede til bedre patientinddragelse. Midtvejsevalueringen har imidlertid ikke afdækket nogen indikationer på, at graden af patientinddragelse og patienternes forståelse for deres behandlingsforløb er ændret som følge af IC-indsatsen.

Mens patienterne generelt udtrykker glæde over IC-indsatsen og opfatter den som relevant, har det store flertal ikke et korrekt indblik i, hvad IC-indsatsen og handleplanen er, og hvordan den kan anvendes. Herudover lader det også til, at patientinddragelse i forbindelse med IC-indsatsen ikke er bevidstgjort og tænkt ind i de praksisser, som medarbejderne udfører i regi af IC-indsatsen, og derfor inddrages patienterne i mindre grad, end de kunne.

Hvis der skal skabes større patientinddragelse, er det fagpersonerne, der skal skabe muligheden for det ved, at inddragelse bliver en integreret del af fagpersonernes tilgang. Forslag, der kan fremme dette, er at:

- Drøfte, hvordan fagpersonerne kan dele faglige overvejelser i IC-handleplanen, når patienten kan læse med, og uden bekymring for, hvordan patienten påvirkes af at læse faglige overvejelser om sig selv. Dette vurderer vi er vigtigt også for at sikre, at fagpersonerne er trygge ved at anvende IC-handleplanen, og dermed forbliver engagerede i IC-indsatsen
- få alle fagpersoner til at se det som deres ansvar at tale med patienterne om IC-indsatsens muligheder og anvendelsen af handleplanen. Det vil sikre en løbende information og dialog om samarbejdet om patientens sag og sikre, at patienten inddrages, når vedkommende er klar til det. Der er fagpersoner, der har positive erfaringer med at inddrage patienterne, og deres erfaringer kunne danne udgangspunkt for at motivere andre fagpersoner, fx i regi af en generel drøftelse på et TST-møde
- behandlerne prioriterer at skrive i IC-handleplanen, mens patienten er til stede og sørger for, at patienterne kan følge med i, hvad der bliver skrevet og får det forklaret. Fordelen ved denne praksis er, at patienten vil se IC-handleplanen i brug. Der vil naturligt komme dialog om, hvad der skrives, og om hvad andre har skrevet, og patienten vil blive motiveret til at anvende den, hvis det opleves relevant. Det vil skabe åbenhed og gøre patienten fortrolig med behandleres brug af handleplanen.

Anvendt litteratur

Lee, Anne; Nørgaard, Birgitte; Madsen, Lousie (2014) IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO – programteoretisk analyse af mini-pilot- og pilotfasen. Odense: Syddansk Universitet, CAST – center for anvendt sundheds-tjenesteforskning.

Gittell, Jody Hoffer (2009) High Performance Health Care. New York: McGraw-Hill.

Curry, Natasha et. al. (2013) Integrated Care pilot in North West London: a mixed methods evaluation. International Journal of Integrated Care; Jul-Sep; 13: e027. Published online 25 July 2013.

Bilag 1 Elementer fra IC-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 interviews</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 læges 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 borgernes 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 interviews</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/ulemper ser de ved dette? <p>Opleves trykkeligere 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 planlægningsamtale?</p> <p>Hvilke årsager til fravalg og frafald angives af borgere som er tilbudt planlægningsamtale/startet 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 arbejdsmarkedstilknytning, 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 opgjort 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 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 IC-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 udenom dem. Hvordan påvirker det jeres inddragelse af patienten?
- Taler du med patienten om andre ting nu, end du gjorde tidligere (fx fordi tid er frigivet, fordi man allerede ved, hvad andre gør, muligheder for at tilbyde borgeren er anderledes)?
 - Taler du mere/mindre med patienten om hans/hendes situation nu?
 - Taler du mere/mindre med patienten om hans/hendes forløb nu?
 - Styrer du 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 samarbejdspartner 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 IC-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 3 Eksempel på anvendt interviewguide: DÆMP-patienter

Det samarbejdsprojekt, du er med i, er bygget op om nogle nye måder at kommunikere og dele viden på – mellem de fagpersoner du er i kontakt med. I interviewet skal vi tale om, hvordan du har oplevet at være med i projektet, og hvilket udbytte du evt. har oplevet.

- Spørgsmål inden vi går i gang?

Baggrund

- Præsentation af interviewdeltager, præsentation af interviewdeltager – alder, diagnoser, behandlingsforløb, hvem er de i kontakt med.
- Hvad er de største problemer i din daglige sundhed og trivsel, som du gerne vil have hjælp til fra sundhedsvæsenet?

Indgangen i IC

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

- Kan du huske, hvorfor du valgte du at være med i IC-projektet?
 - Var det/er det klart for dig, hvad IC-projektet er, og hvad det konkret indebærer af muligheder for dig?
- Kan du huske opstartssamtalen?
 - Prøv at beskrive, hvordan den forløb...
 - Hvordan oplevede du den?
 - Blev der opstillet mål for din behandling – var du med til at formulere dem, og var du enig i dem?

Det videre samarbejde med PL

I IC-projektet spiller den praktiserende læge en central rolle, for det er ham eller hende, du først har set, og som har ansvaret for at lægge den behandlingsplan, som har sendt dig videre til de forskellige behandlere. Så nu vil jeg gerne, at du fortæller om, hvordan dit forløb med PL har været, efter du sagde ja til at deltage i projektet?

- Din PL har lavet en handleplan for dig – har du indblik den?
 - Har du efterfølgende set den/brugt den undervejs? Hvorfor/hvorfor ikke?
 - Har handleplanen gjort det tydeligt for dig, hvilke behandlere og kontaktpersoner der er tilknyttet dit forløb?
 - Hvordan har du det med, at de involverede fagpersoner deler informationer om dig gennem handleplanen?
- (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?

Det videre IC-forløb

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 din 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 du ikke skulle forklare alt forfra, hver gang du mødte en ny behandler. Sådan var den tænkt i hvert fald, men...

- Har du indtryk af, hvordan handleplanen bruges i samarbejdet mellem de professionelle, der er inde over din behandling?
 - Har de behandlere, du har været i kontakt med, omtalt at have læst i din handleplan?
 - Oplever du, at de behandlere, du kom i kontakt med, allerede kendte din historie og situation godt? Var/er det, de ved/vidste, det rigtige?
 - Oplever du, at de forskellige behandlere er enige om, hvilken indsats der kan hjælpe dig?
 - Arbejder de i samme retning/kommunikerer de med hinanden?
 - Har du været i kontakt med kommunen, egen læge eller andre aktører, hvor I har snakket om IC-projektet/fulgt op på aftaler, der blev lavet ved opstartssamtalen?
 - Har du været til opfølgende møder hos din praktiserende læge, hvor der er blevet fulgt op på forløbet? Hvis ja, beskriv og uddyb.

Tilfredshed og betydning for forløbet

Og som det sidste emne for i dag skal vi tale om, om du er tilfreds med dit IC-forløb...

- Sådan frit tænkt – hvilke ord beskriver det forløb, du har været igennem?
- Har dit forløb givet mening?/har det været sammenhængende?
 - Hvorfor? Hvordan?
 - Hvordan vurderer du ventetiden i dit forløb, og hvordan har personalet håndteret det?
- Oplever du, at der har været/er et godt samarbejde mellem behandlerne, som kommer dig til fordel?
- Har du fået det bedre i dag?
 - Hvad har gjort forskellen?
 - Er du bedre i stand til at håndtere din situation og hverdag i dag?
- Spørgsmål? Noget vi har glemt at spørge om? Andet?

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

Køn	Alder	Helbred	Involverede fagprofessionelle	Perspektiver på Integrated Care
Mand	80 år	Multiple sygdomsforløb som følge af KOL, gigt, diabetes, diabetessår på fødderne, cancer i blæren, blærebetændelse og blodpropper.	Praktiserende læge, Endokrinologisk afdeling OUH, Sårambulatoriet OUH og hjemmesygeplejen. Har desuden deltaget på KOL patientskole.	Er meget tilfreds med IC-indsatsen og mener, at det har haft positiv betydning for hans behandlingsforløb. Han oplever, at de behandlere, han møder, orienterer sig i handleplanen og følger op på de mål, der er beskrevet i den. Beskriver hvordan de på kommunens KOL patientskole også bruger handleplanen og orienterer den praktiserende læge, hvis der er behov for det. Desuden kigger han selv med i sin handleplan og synes, det giver et bedre overblik over, hvem der er en del af behandlingsforløbet.
Kvinde	73 år	Har været igennem et længere udredningsforløb, hvor egen læge mistænkte astma. Det viste sig dog at være allergi, som nu er velbehandlet.	Praktiserende læge, øjenlæge, øre-næsehals læge og Hjertelunge- og karkirurgisk afdeling OUH.	Er positiv overfor IC-indsatsen, men oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb. "Der er ikke sket noget ud over opstartssamtalen". Til gengæld er hun fint tilfreds med den behandling, hun har fået, og den viden de forskellige fagpersoner har.
Kvinde	78 år	Har diabetes, muskeltgigt og cyster i underlivet. Største helbredsmæssige problem er dog, at egen læge har frataget hende kørekortet pga. svimmelhed.	Praktiserende læge, kæbekirurgisk afdeling OUH. Desuden deltager hun i gigttræning.	Er meget positiv overfor ideen om, at behandlere kan dele information i en handleplan. Har til gengæld et uklart billede af, hvad der er sket i forbindelse med IC-indsatsen, og hun oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb og behandling.
Kvinde	75 år	Lider af astma, gigt og knogleskørhed. Derudover har hun gennemgået en hjerteoperation.	Praktiserende læge, Lungemedicinsk afdeling OUH, Reumatologisk afdeling OUH og Hjerteafdelingen OUH.	Positiv over for formålene med IC-indsatsen, men oplever, at deltagelsen ikke har haft nogen betydning for hendes forløb. Først i forbindelse med evalueringen blev hun opmærksom på, at der er lavet en handleplan. Hun ringede til egen læge for at høre, hvad det er, men mener dog ikke, hun har behov for at orientere sig i den. Hun er generelt godt tilfreds med den behandling, hun får, og mener at de behandlere, hun møder i sundhedsvæsenet, altid har arbejdet godt sammen.
Mand	74 år	Har haft sklerose i mere end 40 år. Derudover har han diabetes, problemer med blæren og kommer fast til kontrol ved praktiserende læge for at få tjekket blodsukker og blodtryk.	Praktiserende læge, Skleroseafdelingen OUH og hjemmeplejen.	Syntes IC-indsatsen tjener et godt formål. Oplever dog ikke, at der er kommet nogen handling ud af indsatsen. Til gengæld oplever han, at de behandlere, han møder, generelt har god viden om hans situation.
Kvinde	75 år	Går i behandling for depression, angst og uro. Er desuden i et udredningsforløb for maveproblemer.	Praktiserende læge og psykiater. Bor på et plejecenter; har en besøgsven og en, der kommer og går tur med hende.	Er ikke klar over, hvad IC-indsatsen går ud på, og kan ikke adskille IC-indsatsen fra den øvrige behandling. Hun er dog meget godt tilfreds med den behandling, hun modtager – særligt i forhold til de kontrolbesøg, hun har hos egen læge hver tredje måned.

Køn	Alder	Helbred	Involverede fagprofessionelle	Perspektiver på Integrated Care
Mand	74 år	Har været igennem lange udredningsforløb som følge af hjerte problemer, slem hoste mm. Er nu diagnosticeret med sarkoidose, der er hans største helbredsmæssige problem.	Praktiserende læge, Lungemedicinsk afdeling OUH og Hjertemedicinsk afdeling OUH.	<p>Er ikke helt klar over, hvad IC-indsatsen går ud på. Blander IC sammen med et OUH forskningsprojekt, han har deltaget i. Kan derfor heller ikke forholde sig til, om IC har haft betydning for behandling/forløb.</p> <p>Er til gengæld positiv over for, at behandlere deler oplysninger om ham i en handleplan, hvis det giver dem den viden, de har brug for for at optimere hans behandlingsforløb.</p>
Kvinde	78 år	Interviewet måtte afbrydes, fordi kvinden ikke var i stand til at forholde sig til vores spørgsmål.		
Kvinde (det er patientens datter, der er interviewet)	57 år	Har haft Parkinsons sygdom i 18 år og deraf mange følgesygdomme.	Praktiserende læge, Neurologisk afdeling OUH, Endokrinologisk afdeling OUH, hjemmesygeplejen og hjemmeplejen.	<p>Patienten taler ikke dansk, så det er derfor datteren, der tager sig af al kontakt med sundhedsvæsenet. Datteren oplever, at der ikke er god kommunikation mellem læge, hospital og hjemmesygeplejersker, hvorfor hun føler, hun må stå for al kommunikation mellem dem.</p> <p>Derfor har hun haft store forventninger til deltagelsen i IC-indsatsen, men hun oplever, at denne ikke har gjort nogen positiv forskel for hende selv eller sin mor.</p>

Bilag 5 Oversigt over de interviewede SAD-patienter og deres forløb i IC-indsatsen

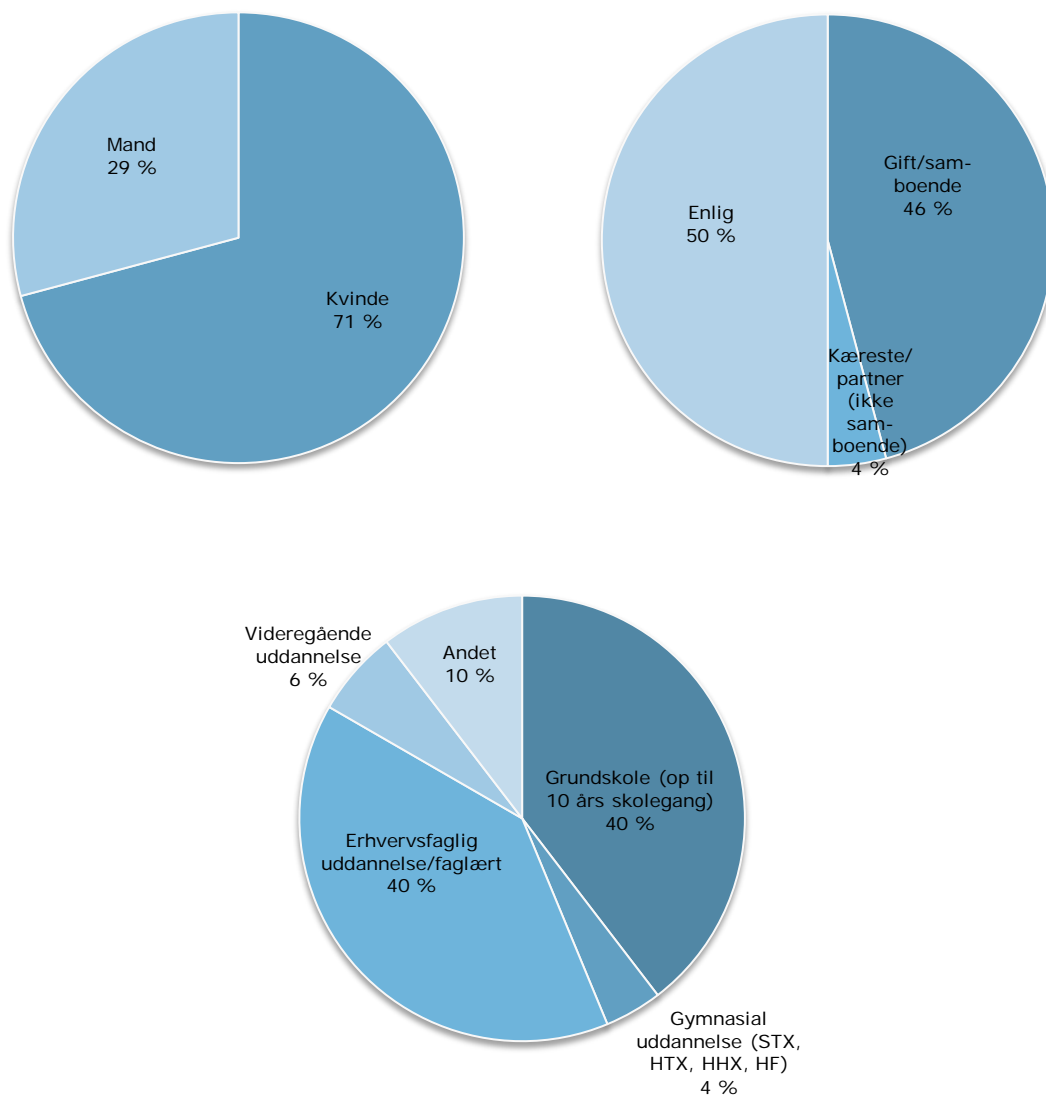
Køn	Helbred	Involverede fagprofessionelle/perspektiver på IC-indsatsen
Kvinde	Angst	Praktiserende læge , som interviewpersonen ikke efterfølgende taler med om IC-indsatsen. Det, oplever hun, skyldes en gensidig forståelse af, at det jo netop bare kører med psykologen. Psykologforløb , der er i gang.
Mand	ADHD, angst, stress	Praktiserende læge En samtale med arbejdsmedicin foretaget i december, hvorefter han ikke har hørt mere fra IC-indsatsen.
Mand	Depression	Praktiserende læge 5-6 samtaler med psykolog .
Kvinde	Stress	Praktiserende læge 2-timers samtale på arbejdsmedicinsk klinik 7-8 samtaler hos psykolog , hvor hun ventede xx
Kvinde	Stress	Løbende kontakt med praktiserende læge . Haft en ca. 3-timers samtale med arbejdsmedicin . Psykologforløb startet dette forår efter ca. 3 måneders ventetid. Har kontakt med kommunal sagsbehandler , som er tilknyttet IC-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 IC-indsatsen. Kommer der efter forslag fra den kommunale sagsbehandler. Svend Broholm , også tilknyttet IC-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 Svend Broholm 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 . 2 samtaler med psykolog ved arbejdsmedicinsk klinik . Psykologen fortæller, at han ikke er en del af IC-indsatsen, men at han ved, at andre i klinikken er. <i>Denne del af indsatsen regnes altså af IP ikke som en del af IC-indsatsen, som fortæller, at arbejdsmedicinsk klinik fx ikke er koblet på handleplanen og derfor – naturligvis – heller ikke har skrevet i den. Interviewpersonen får en kommunal sagsbehandler, der ikke er tilknyttet IC-indsatsen. Det bliver PL opmærksom på, fordi der ikke kobles en sagsbehandler på handleplanen, fortæller IP. PL og IP kontakter begge, uafhængigt af hinanden, IC-indsatsens projektledelse, og IP kobles nu op på en anden sagsbehandler, der er tilknyttet IC-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 IC-indsatsen. Det er altså ikke noget, de drøfter. Fastholdelseskonsulenten sørger for, at IP tilbydes at komme på et mindfulness hold. Fra arbejdsmedicinsk klinik sendes IP til tilbuddet Stressrådgivningen, hvor IP deltager i gruppeforløb om egenhåndtering af stress. Stressrådgivningen er heller ikke en del af IC-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 IC-indsatsen.</i>
Kvinde	Depression	Praktiserende læge , som hun under forløbet skriver sammen med 2-3 gange. Får et psykologforløb , hvor hun oplevede 3 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 6 Supplerende figurer og tabeller fra DÆMP-patientspørgeskemaet

Baggrundskarakteristika for DÆMP patienterne

Af Bilagsfigur 6.1 fremgår det, at 2/3 af de medvirkende DÆMP-patienter er kvinder, og at cirka halvdelen er enlige, mens den anden halvdel er gift (46 %) eller har en ikke-samboende partner (4 %). Endelig er uddannelsesniveaueet begrænset, idet 40 % kun har en grundskoleuddannelse og 40 % en faguddannelse. Kun 6 % har en videregående uddannelse.

Bilagsfigur 6.1 Baggrundskarakteristika for medvirkende DÆMP patienter



Årsager til deltagelse i IC-indsatsen

Bilagstabel 6.1 DÆMP-patienternes svar på spørgsmålet: Hvorfor har du valgt at deltage i Integrated Care-projektet?

Patientens svar	Kategorisering
Min læge foreslog, at jeg deltog, da jeg har gigt, KOL og flere brud på ryggen. Men projektet er ikke i gang.	På lægens opfordring
Min læge foreslog det, og jeg synes det var en god idé.	På lægens opfordring
Min læge bad mig om det.	På lægens opfordring
Forespørgsel fra lægen.	På lægens opfordring
Fordi lægen mente, det var en god idé.	På lægens opfordring
Lægen mente, jeg kunne få glæde af det.	På lægens opfordring
Er blevet bedt om det.	På lægens opfordring
På opfordring fra min læge.	På lægens opfordring
Efter samtale med lægen.	På lægens opfordring
Efter ønske fra min læge.	På lægens opfordring
Fordi min læge opfordrede mig til at deltage.	På lægens opfordring
På min læges anbefaling.	På lægens opfordring
Opfordret af min læge.	På lægens opfordring
Min læge synes, det var en god idé.	På lægens opfordring
På opfordring fra min læge.	På lægens opfordring
Blev bedt om det.	På lægens opfordring
På grund af min læge.	På lægens opfordring
Opfordret af min læge.	På lægens opfordring
For at få hjælp til mit daglige liv og samtidig stille mig til rådighed for videnskabens til gavn for andre.	Godt for mig/hjælpe andre
Jeg deltager for min egen skyld, samt om der er andre der kan bruge de oplysninger, min sygdom kan bidrage med; jeg har deltaget i projektet for at til dels at hjælpe andre, der har det ligesom jeg.	Godt for mig/hjælpe andre
Efter samtalen med min læge fik jeg en forståelse af, hvad det drejede sig om. Jeg fik den forståelse, at alle instanser, som er i betydning, får viden om alle mine skavanker.	Godt for mig
På grund af mange sygdomme (sukkersyge og besvimelse), jeg ønsker en diagnose på.	Godt for mig
Mulighed for at få det bedre, end jeg havde det!	Godt for mig
På grund af min psykiske tilstand.	Godt for mig
Jeg tror, et behandlingsforløb kan blive bedre, derfor.	Godt for mig
Problemer med mine ben – går dårligt. Kan ikke holde min blodprocent stående.	Godt for mig
For at hjælpe andre.	Hjælpe andre
Modtager megen good-will. Vil gerne gøre, hvad jeg kan – gengæld.	Hjælpe andre
Fordi jeg er meget utilfreds med Integrated Care. I forhold til samarbejdet med fagpersoner og pårørende + medicinering.	Interesseret i samarbejdet
Samarbejdet omkring mine mange forskellige sygdomme.	Interesseret i samarbejdet
Samarbejde omkring mine mange sygdomme, oplevede jeg, lød godt.	Interesseret i samarbejdet
Da jeg mener, det er en god idé at kunne involvere forskellige fagpersoner.	Interesseret i samarbejdet
Oplysning – samarbejde – kontrol.	Interesseret i samarbejdet
Jeg synes, det er et spændende projekt.	Ideen bag projektet er god
Det føles som en god idé.	Ideen bag projektet er god

Patientens svar	Kategorisering
Fordi det er et godt tilbud.	Ideen bag projektet er god
Ved ikke	Andet
Har aldrig været til sådan en samtale med min læge. Kan derfor ikke svare på disse spørgsmål.	Andet
Jeg troede, at det bestod af fælles oplevelser, fx med bus til en kro, hvor vi kunne købe en kop kaffe og derved få en snak med forskellige andre enlige.	Andet

Bilagstabel 6.2 DÆMP-patienternes generelle kommentarer

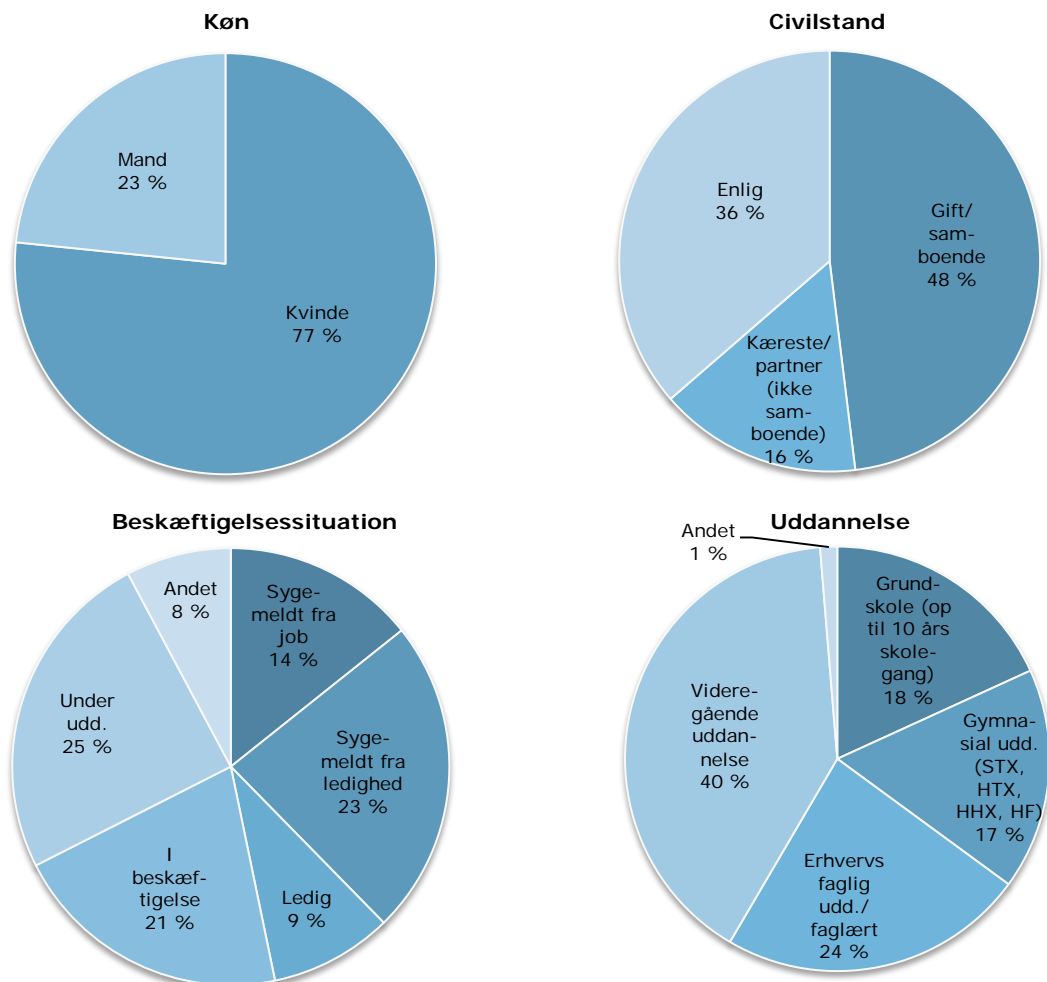
Kommentar	Kategori
Jeg har fået det væsentligt bedre, efter at alle bruger min journal, når de behandler mig.	Positiv
Jeg har intet hørt, siden jeg har meldt mig til dette.	Langsommelig
Jeg synes ikke jeg bliver inddraget nok! Det ville være dejligt med flere oplysninger og tider for handlingsplanen.	Langsommelig
Dårlig kommunikation med lægen, synes ikke der bliver gjort noget.	Langsommelig
Er ikke kommet i gang endnu på grund af en brækket ryg.	Langsommelig
Der er ikke sket noget i sagen.	Langsommelig
Langsommeligt forløb. Samtale med min læge den 22/1 2015. Start på genoptræning den 9/3 2015.	Langsommelig
Jeg ved faktisk ikke, hvad det går ud på.	Manglende kendskab
Jeg kender hverken handlingsplanen eller kontaktpersonen.	Manglende kendskab
Jeg forstår ikke det hele, derfor ikke udfyldt det hele.	Manglende kendskab
Mangler information om care-forløbet.	Manglende kendskab
Kan ikke udfylde side 4, da jeg ikke kender min handleplan.	Manglende kendskab
Lettere hukommelsesvigt, så det er ikke relevant at ringe.	Hukommelsesproblemer
Vi er ikke i stand til at besvare spørgsmålene. Min mor har siden introduktionen til Integrated Care haft en blodprop. Hun husker derfor ikke meget omkring projektet og ønsker derfor ikke at deltage i det.	Hukommelsesproblemer
Min mors demens har desværre udviklet sig, så hun er ikke i stand til at svare retvisende på dette spørgeskema.	Hukommelsesproblemer
Mit sygdomsforløb er ikke akut, men er flere år tilbage. Derfor er nogle af mine svar ikke helt så relevante.	Irrelevant
Jeg har egentlig ingen sygdom ud over de forskellige skavanker, der følger med alderen. Jeg er blevet 90 år, men klarer mig selv uden fremmed hjælp af nogen slags.	Irrelevant

Bilag 7 Supplerende figurer og tabeller fra SAD-patientspørgeskemaet

Baggrundskarakteristika for SAD-patienterne

Af Bilagsfigur 7.1 fremgår det, at 3/4 af de medvirkende SAD-patienter er kvinder, og at knap 40 % er enlige, mens næsten halvdelen er gift (48 %) eller har en ikke-samboende partner (16 %). SAD-patienternes beskæftigelsessituation viser sig at være meget varieret. Selvom et af stratificeringskriterierne er, at SAD-patienterne skal være en del af arbejdsstyrken, så fremgår det, at 25 % er under uddannelse. Denne høje andel er et udtryk for, at dette kriterie ikke blev håndhævet i starten af projektperioden, og vi forventer derfor, at andelen af SAD-patienter under uddannelse vil falde drastisk hen mod sidste del af projektperioden. De studerende er også repræsenteret i interviewundersøgelsen. Det drejer sig om 3 ud af 9 deltagere. 37 % af patienterne er sygemeldte, og et flertal af dem er sygemeldt fra ledighed. I interviewundersøgelsen er kun 2 deltagere sygemeldte og har af den grund en sag hos kommunen. Endelig ses det, at SAD-gruppen er forholdsvis højt uddannet, idet 40 % har en videregående uddannelse og 24 % en faguddannelse.

Bilagsfigur 7.1 Baggrundskarakteristika for medvirkende SAD-patienter



Bilagstabel 7.1 SAD-patienternes begrundelser for at deltage i IC-indsatsen

Patientens svar	Kategorisering
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. I forhold til mit konkrete forløb og 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. 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 på grund af 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 psyk. behandling	Gratis psykolog
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
Jeg havde mulighed for hurtigt at komme til en psykolog, som jeg havde behov for på grund af stress.	Hurtig psykolog
For at få hurtig og gratis psykologbehandling.	Psykolog
Samtale med psykolog, vejledningen.	Psykolog
Mulighed for psykologhjælp + psykiater. 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.	Psykolog?
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. Sidst er jeg som studerende glad for, at jeg har mulighed for gratis psykologhjælp.	Gratis psykolog/tværfaglig indsats
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 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 løse knuder i forhold til angst.	Få det bedre/hjælp
Så jeg får nogle redskaber til at håndtere min sygdom.	Få det bedre/hjælp

Patientens svar	Kategorisering
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 hurtige 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 og samtidig øge bedre kombination og samarbejde mellem forskellige sundsfaglige personer.	Få det bedre/hjælp Tværfaglighed
Det giver god mening for mig at se en person fra flere vinkler. Jeg føler, at min egen læge bedre kan hjælpe og vejlede mig. Jeg føler at blive holdt i hånden. Jeg har et indtryk af, at det går hurtigere, og at der ikke er den samme ventetid, som hvis jeg selv skulle tage kontakt og overlevere info.	Få det bedre/hjælp Tværfaglighed
Fordi jeg opfattede det som et godt og fornuftigt tilbud: hurtig behandling og samarbejde mellem behandlere. Ingen af delene fungerede så i praksis.	Få det bedre/hjælp Tværfaglighed
For at få det bedre.	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg ville få hjælp ved min angst og depression.	Få det bedre/hjælp
Fordi det var en god mulighed for mig, da det havde det fokus, som netop er mit problem, derfor anså jeg det som en god mulighed for at prøve det af.	Få det bedre/hjælp
Fordi jeg er sygemeldt med stress og depression og angst. Så var det en god mulighed for at få mere hjælp til at komme videre.	Få det bedre/hjælp
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 arbejdsmarkedet og blive rask,	Få det bedre/hjælp
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 på grund af stress og udbændthed, men på vej mod depression. 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
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

Patientens svar	Kategorisering
Det gjorde jeg, fordi at min læge anbefalet det for mig. jeg ser det også som en rigtig god mulighed, især fordi kommune, læge, psykolog er forbundet. så skal jeg ikke forklarer mig så mange steder, da det kan være rigtig svært.	Opfordret af læge
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 arbejdsmedicinsk klinik på OUH.	Opfordret af læge
Jeg havde brug for ro og ikke for mange mennesker omkring mig, med for mange spørgsmål. Her ville der være en mulighed for alle omkring mig og min stresssituation, at se hvor i forløbet jeg var/er.	Handleplan
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
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 eventuelle 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.	Tværfaglighed
Jeg troede, der ville være en mere åben og mere ligetil kommunikation mellem læge/ psykolog og sagsbehandler.	Tværfaglighed
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, 27år!) 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 7.2 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 idé – ser patienten i en helhed. Holistisk tilgang.	Positiv
Projektet har været fantastisk, og jeg syntes det skal fortsætte så længe som muligt. Thumbs up guys, nice work. :)	Positiv
God idé. 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 tak 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 taknemlig for den hjælp, Integrated Care tilbyder mig.	Positiv

Kommentar	Kategori
I nogle af spørgsmålene er der ikke de svarmuligheder, som jeg ellers ville svare. Fx kender jeg ikke den handlingsplan der spørges ind til, og de efterfølgende spørgsmål er derfor vanskelige at besvare, så det giver mening. 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.	Positiv: Psykolog og samarbejde Negativ: Kender ikke handleplan
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.	Positiv: Hurtig hjælp Negativ: Langsomt forløb
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.	Positiv: Samarbejde Negativ: Langsomt forløb
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 vedrørende det efterfølgende), dog har min depression stabiliseret sig på grund af medicinsk behandling, og jeg er langsomt ved at komme ind i systemet igen! Tusind tak.	Positiv: Medicinsk behandling Negativ: Uklarhed (netværksgruppe)
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 idé, om de har samarbejdet igennem dette projekt.	Positiv: Psykolog Negativ: Handleplan og Samarbejde
Synes kommunikationen mellem psykolog og læge ikke helt er lykkedes. Og kommunikationen mellem psykolog og kommune er ikke eksisterende, og det er ikke på grund af min psykolog, han har skrevet flere gange, men de påstår, de ikke har hørt noget? – det fungerer ikke helt optimalt. Men ideen er super god.	Negativ: Samarbejde
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 køre stadig efter 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 behandlerensystemet. Synes ideen bag Integrated Care er god.	Negativ: Samarbejde
Synes spørgeskemaet er svært at udfylde. Har fx ikke haft kontakt til kommunen under forløbet og hvorfor de samme spørgsmål 2 gange.	Negativ: Samarbejde (ingen kontakt med kommunen)
Jeg har, foruden kontakten til læge og psykolog, ikke haft nogen kontakt til kommunen eller andre aktører.	Negativ: Samarbejde (ingen kontakt med kommunen)
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 på grund af 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.	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 rigtig mere. En psykiaterhenvisning var en misforståelse. En anden henvisning er benyttet, og en samtale med en fra arbejdsmedicin har været gennemført på 4 måneder.	Langsomt forløb 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 3-4 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 XX (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	Ingen indsats

Kommentar	Kategori
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):-	
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.	Ingen indsats
Tror bare jeg er "meldt fredet" lidt endnu på grund af usikkerhed omkring min søns fremtid. Har kun kontakt med egen læge og psyk. Jeg er opsagt på grund af længerevarende sygefravær, men har løn endnu og modtager derfor ikke sygedagpenge endnu. Tænker det er derfor min handleplan ikke fremgår.	Ingen indsats 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. Fx 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.	Uklarhed (handleplan)
Jeg er usikker på, hvad der menes i forbindelse med en handleplan. Tror også, de involverede hjælpepersoner er. 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. 4 gange.	Uklarhed (handleplan)
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 3 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..	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/uddannelsesløsning.	Uklarhed (handleplan)
Til fremtiden må der godt blive klargjort, om patienten skal betale noget for forløbet. Det er en vigtig faktor for, om patienten kan gennemføre det.	Uklarhed
Jeg forstår ikke meget dansk og er ikke klar over, hvad Integrated Care er for noget.	Uklarhed
Ja det er noget FUP!!!!	Negativ!
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 værktøj. Da jeg har haft psykiater igennem 4 år.	Spørgeskema

Bilag 8 Supplerende tabeller fra DÆMP-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 IC-indsatsen påvirker Jody Gittels syv dimensioner for relationel koordinering positivt. Resultaterne præsenteres og kommenteres i de følgende tabeller.

I spørgeskemaerne spurgte vi fagpersonerne, om IC-indsatsen bidrager til, at de får større viden om deres samarbejdspartneres arbejde og får større gensidig respekt. Bilagstabel 8.1 og Bilagstabel 8.2 nedenfor viser fagpersonernes svar.

Bilagstabel 8.1 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen bidrager til, at de og deres samarbejdspartnere generelt har viden om hinandens arbejde

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeuter
1: Slet ikke	6 %	17 %	0 %
2: I beskeden grad	22 %	30 %	30 %
3: I nogen grad	44 %	30 %	30 %
4: I høj grad	11 %	7 %	9 %
5: I meget høj grad	0 %	3 %	0 %
Ved ikke	17 %	13 %	30 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 71 besvarelser. 67 % af dem, der svarer ved ikke, har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Bilagstabel 8.1 undersøger, i hvilket omfang fagpersonerne oplever, at DÆMP-indsatsen skaber fælles viden og forståelse for hinandens opgaver og behov for viden på tværs af DÆMP-patienternes forløb. Svarene tegner igen et blandet billede, hvor 55 % af praksislægerne svarer i nogen grad eller i høj grad, mens det samme er tilfældet for 40 % af hjemmesygeplejerskerne og 39 % af terapeuterne. Heroverfor er der 28-37 % afhængig af faggruppe, som svarer slet ikke eller kun i beskeden grad. Endelig ses det, at godt 17 % af praksislægerne og 13 % hjemmesygeplejerskerne ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet, mens terapeuterne igen skiller sig ud ved, at 30 % svarer ved ikke.

Bilagstabel 8.2 IC-indsatsens bidrag til at etablere gensidig respekt for hinandens bidrag og kompetencer på tværs af de inkluderede patienters forløb

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeuter
1: Slet ikke	6 %	7 %	0 %
2: I beskeden grad	17 %	13 %	13 %
3: I nogen grad	28 %	23 %	26 %
4: I høj grad	22 %	20 %	17 %
5: I meget høj grad	6 %	3 %	0 %
Ved ikke	22 %	33 %	43 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 71 besvarelser. 63 % af dem, der svarer ved ikke, har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

I Bilagstabel 8.2 har vi undersøgt, hvorvidt fagpersonerne oplever, at IC-indsatsen bidrager til at øge den gensidige respekt på tværs af de faggrupper, der indgår i IC-indsatsen. Her svarer henholdsvis 56 % af praksislægerne, 46 % af hjemmesygeplejerskerne og 43 % af terapeuterne, at dette mindst i nogen grad er tilfældet. Til gengæld er det også karakteristisk, at andelen af fagpersoner, som ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet, stiger til 22 % for praksislægerne, 33 % for hjemmesygeplejerskerne og 43 % for terapeuterne.

Bilagstabel 8.3 Fagpersonernes vurdering af IC-indsatsens bidrag til at skabe et fælles defineret mål for samarbejdet om de inkluderede patienters forløb på tværs af faggrupper og sektorer

	Praktiserende læge	Hjemmesygeplejerske	Ergo- og fysioterapeuter
1: Slet ikke	6 %	17 %	4 %
2: I beskeden grad	39 %	23 %	26 %
3: I nogen grad	33 %	37 %	26 %
4: I høj grad	11 %	10 %	9 %
5: I meget høj grad	0 %	0 %	0 %
Ved ikke	11 %	13 %	35 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Note: 71 besvarelser. 67 % af dem, der svarer ved ikke, har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Som det fremgår, er fagpersonernes vurderinger blandede med en tendens til negative svar. Det er således ca. 10 % af respondenterne, som vurderer, at IC-indsatsen i høj grad medvirker til at skabe fælles mål for de inkluderede patienters forløb, mens yderligere ca. 1/3 del vurderer, at dette i nogen grad er tilfældet. Heroverfor er der 45-30 % afhængig af faggruppe, som vurderer, at dette slet ikke eller kun i beskeden grad er tilfældet. Endelig ses det, at godt 10 % af praksislægerne og hjemmesygeplejerskerne ikke er i stand til at vurdere spørgsmålet, mens terapeuterne igen skiller sig ud ved, at 35 % svarer ved ikke.

Bilagstabel 8.4 Fagpersonernes vurdering af hvorvidt den faglige kommunikation i IC-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 DÆMP-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 samarbejdsparter, når der opstår komplekse problemstillinger i patientforløbet
1: Slet ikke	12 %	13 %	15 %	11 %
2: I beskeden grad	36 %	27 %	27 %	19 %
3: I nogen grad	21 %	28 %	27 %	23 %
4: I høj grad	8 %	9 %	16 %	20 %
5: I meget høj grad	3 %	1 %	1 %	3 %
Ved ikke	20 %	21 %	15 %	25 %
Antal	71	71	71	71

Note: 71 besvarelser. 65-85 % af dem, der svarer ved ikke, har angivet, at de kun har sporadisk eller ingen kendskab til Integrated Care-indsatsen.

Bilagstabel 8.4 viser fagpersonernes vurdering af DÆMP-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 32 %, 38 %, 44 % og 46 % af fagpersonerne mindst i nogen grad oplever, at IC-indsatsen bidrager positivt til udveksling af viden og problemløsning relateret til de inkluderede patienter. Heroverfor er der fra 48-30 %, der svarer negativt på spørgsmålene, mens ca. 1/5 svarer ved ikke.

Bilag 9 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 IC-indsatsen påvirker Jody Gittels syv dimensioner for relationel koordinering positivt. Resultaterne er præsenteret i nedenstående tabeller, som vi løbende referer til i kapitel 5.

I spørgeskemaerne spurgte vi fagpersonerne, om IC-indsatsen bidrager til, at de får større viden om deres samarbejdspartneres arbejde, og til at de får større gensidig respekt. De følgende tabeller viser fagpersonernes svar.

Bilagstabel 9.1 Fagpersonernes vurdering af, om IC-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	19 %	22 %
3: I nogen grad	44 %	30 %
4: I høj grad	33 %	22 %
5: I meget høj grad	4 %	4 %
Ved ikke	0 %	22 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser.

Af de praktiserende læger oplever 81 %, at IC-indsatsen mindst i nogen grad bidrager til et større viden om hinandens arbejde, mens det for de andre faggrupper er lidt mere end halvdelen – 56 %, der har denne positive oplevelse af IC-indsatsen. For de andre faggrupper er der dog 22 %, som svarer ved ikke til dette spørgsmål, og hvilken betydning, der ligger i dette svar, kender vi ikke. Omvendt svarer omkring 20 % af praktiserende læger såvel som andre faggrupper klart, at de kun oplever, at der er et beskedent udbytte i forhold til viden om hinandens arbejde. Dog er der ingen, der oplever slet ikke at få større viden om deres samarbejdspartnere.

Bilagstabel 9.2 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen bidrager til, at de og deres samarbejdspartnere generelt har gensidig respekt for hinandens arbejde

	Praktiserende læge	Anden
1: Slet ikke	0 %	0 %
2: I beskeden grad	4 %	9 %
3: I nogen grad	44 %	13 %
4: I høj grad	48 %	39 %
5: I meget høj grad	4 %	13 %
Ved ikke	0 %	26 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser.

Viden om hinanden vil – forhåbentlig – også bidrage til større respekt for hinandens praksis. 96 % af de praktiserende læger svarer, at IC-indsatsen bidrager til, at der er gensidig respekt mellem dem og deres samarbejdspartnere. For de øvrige faggrupper svarer 65 % sådan. Igen er der dog en stor andel – 26 %, som svarer ved ikke, og det er således svært at vurdere, hvori forskellen mellem de praktiserende læger og de øvrige faggrupper ligger.

Af de praktiserende læger svarede 81 %, at de oplever, at der i nogen til høj grad opnås et fælles defineret mål for samarbejdet og patientforløbet. For de øvrige faggrupper har 61 % denne oplevelse. Af disse er der på tværs af alle faggrupper omkring 38 %, der oplever, at IC-indsatsen i høj til meget høj grad bidrager til dette. Samtidig er der også omkring 18 %, som oplever et beskedent bidrag, eller at IC-indsatsen slet ikke bidrager til et fælles mål.

Bilagstabel 9.3 Fagpersonernes vurdering af, om IC-indsatsen bidrager til, at de og deres samarbejdspartnere generelt har et fælles defineret mål for samarbejdet og patientforløbet

	Praktiserende læge	Anden
1: Slet ikke	0 %	4 %
2: I beskeden grad	19 %	13 %
3: I nogen grad	44 %	22 %
4: I høj grad	33 %	35 %
5: I meget høj grad	4 %	4 %
Ved ikke	0 %	22 %
I alt	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser.

For at udvekslingen af viden kan bidrage til et bedre samarbejde og et bedre forløb for patienterne, er det afgørende, at den viden, der udveksles, er såvel opdateret, relevant som giver mulighed for dialog, når det er nødvendigt. I Bilagstabel 9.4 ses, at 18 % oplever, at der kommunikerer hyppigt nok til, at der i høj/meget høj grad er en fælles viden og et fælles mål for SAD-patienten. 22 % oplever, at de i høj/meget høj grad modtager informationerne tidsnok til, at de anvender dem i deres arbejde, mens 20 % oplever, at de informationer, de modtager, i høj/meget høj grad er relevante og målrettet deres behov. Endelig oplever 40 %, at de har mulighed for at komme i kontakt med relevante samarbejdspartnere, når der opstår komplekse problemstillinger i patientforløbet. Omvendt ses det også af

tabellen, at der er omkring 16 %, der oplever, at det kun er i beskeden grad eller slet ikke, at IC-indsatsen bidrager til disse forhold.

Bilagstabel 9.4 Fagpersonernes vurdering af, hvorvidt den faglige kommunikation i IC-indsatsen 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 målrettet mine behov	...jeg har mulighed for at komme i dialog med relevante samarbejdsparter, når der opstår komplekse problemstillinger i patientforløbet
1: Slet ikke	0 %	2 %	6 %	0 %
2: I beskeden grad	16 %	14 %	10 %	12 %
3: I nogen grad	54 %	52 %	44 %	36 %
4: I høj grad	16 %	18 %	28 %	30 %
5: I meget høj grad	2 %	4 %	2 %	10 %
Ved ikke	12 %	10 %	10 %	12 %
I alt	100 %	100 %	100 %	100 %

Note: 50 besvarelser.

Bilagstabel 9.5 Hvilke eventuelle barrierer i forhold til deltagelse i TST-møder oplever du?

	Antal praktiserende læger
Mangler tid	8
Møderne virker ikke fagligt relevante	1
Møderne giver ikke ønskede resultater	2
Ingen/ved ikke	6
Andre	1
I alt	15



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

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