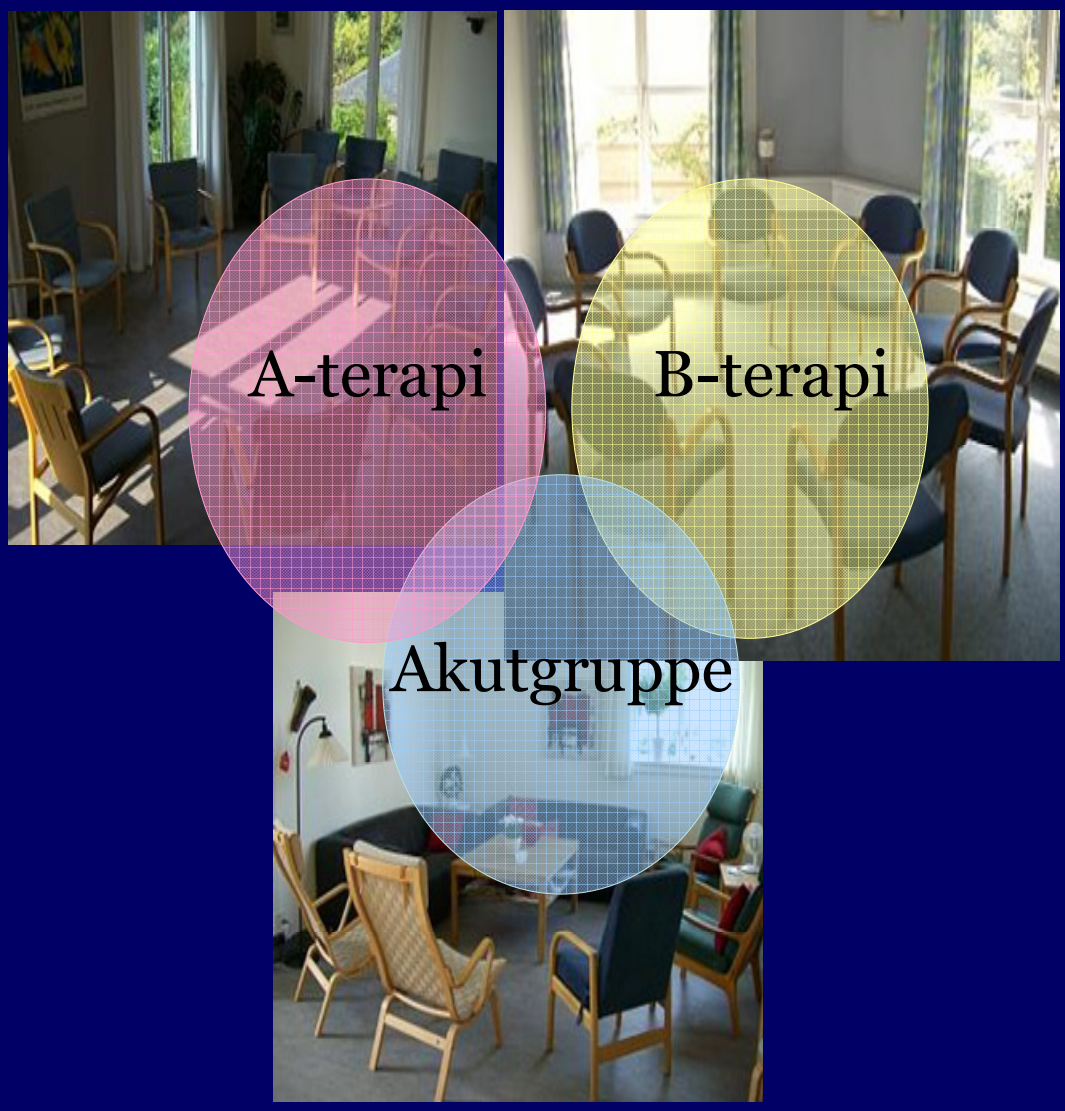
Behandling af ikke-psykotiske lidelser

- et kvalitetssikringsprojekt med fokus på behandlingsdifferentiering

Sebastian Simonsen



Dagklinikken – Distrikt Roskilde

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN

Behandling af ikke-psykotiske lidelser – et kvalitetssikringsprojekt med fokus på behandlingsdifferentiering

af

Sebastian Simonsen
Psykolog, ph.d.-studerende

Dagklinikken for behandling af ikke-psykotiske lidelser
Region Sjælland, Psykiatrien, Distrikt Roskilde

Indholdsfortegnelse

Forord

Roskilde, den 15. december 2007

Hermed foreligger rapport fra kvalitetssikringsprojekt med fokus på behandlingen af ikke-psykotiske lidelser ved Dagklinikken i Distrikt Roskilde.

Dagklinikken blev etableret i marts 2005 som en sammenlægning af to tidligere enheder: Psykoterapeutisk Enhed under Distriktspsykiatrien samt et 5-døgnsafsnit for behandling af personlighedsforstyrrelser.

Formålet med etablering af Dagklinikken har været at opprioritere behandlingen af ikke-psykotiske lidelser, samt at højne kvaliteten af denne behandling gennem udvikling af intensive og differentierede behandlingstilbud. Dette er sket i samarbejde med behandlingsenheder i ind- og udland såvel på det behandlingsmæssige som på det forskningsmæssige område. Dette gælder særligt Afdeling for Personlighedspsykiatri, Ullevål universitetssygehus i Oslo samt de afdelinger der indgår i Det danske netværk for Psykoterapeutiske Enheder.

Kvalitetssikringsprojektet blev iværksat for puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet – Psykiatripuljen 2003-2006, til forbedring af psykiatriske tilbud til sindslidende. Der blev bevilget økonomiske midler til ansættelse af psykolog Sebastian Simonsen, hvis hovedopgave har været at evaluere Dagklinikkens behandlingstilbud.
Pr. 1.1.2006 blev der tillige etableret et ph.d.-projekt, således at Sebastian Simonsen i et samarbejde med Distrikt Roskilde og Psykiatriske Forskningsenhed i Roskilde kunne udvide sin evaluering til at omfatte: Dimensional vurdering af personlighedspatologi, "Level of care" i dagbehandling og prædiktorer for behandlingsintensitet.

Kvalitetssikringsprojektet har været ledet af følgende styregruppe:

- Ledende overlæge Ulf Søgaard, Distriktsledelse Roskilde
- Overlæge Kirsten Aaskov Larsen, Dagklinikken
- Psykolog, ph.d.-studerende Sebastian Simonsen, projektevaluator
- Sygeplejerske Jeanne Cortsen, Dagklinikken
- Forskningssekretær Dorit Mortensen, Psykiatrisk Forskningsenhed

Distriktsledelsen i Distrikt Roskilde finder resultatet af evalueringen særdeles tilfredsstillende. Der findes en målbar og overbevisende bedring i patienternes tilstand, når det gælder specifikke psykiatriske symptomer, subjektivt formulerede problemer, trivsel og livskvalitet og forholdet til andre mennesker. Desuden udtrykker patienterne høj grad af tilfredshed med behandlingen og vurderer, at udbyttet af deres behandling har været stort. Disse resultater gælder patienter, der har modtaget intensiv behandling igennem en længere, men dog afgrænset periode.

For de patienter, der udelukkende har modtaget behandling i akutgruppe, dvs. uden det længerevarende psykoterapeutiske tilbud, er resultaterne ikke så tydelige på alle målte parametre. Det bekræfter vor opfattelse af, at netop et specialiseret tilbud, der går ud over den akutte fase, er en nødvendighed for at opnå stabile forandringer.

Konklusionen er, at behandlingen i Dagklinikken i Distrikt Roskilde lever op til de krav og forventninger, der kan stilles til den kvalitet og det specialiseringsniveau Sundhedsstyrelsen

og Danske Regioner forventer, når de udtrykker ønsker om særlige tilbud til gruppen af patienter med ikke-psykotiske lidelser.

Tilbuddet vil fremover være tilgængeligt for borgere i Roskilde, Greve og Lejre kommuner, som er Distrikt Roskildes optageområde.
Distriktsledelse Roskilde anbefaler derfor, at erfaringerne, der afspejles i rapporten, danner grundlag for den videre udbredelse af behandling for patienter med ikke-psykotiske lidelser.

Distriktsledelse Roskilde

Lene Schwartz Ledende oversygeplejerske	Ulf Søgaard Ledende overlæge

Resumé

Dagklinikken for specialiseret behandling af ikke-psykotiske lidelser (herefter Dagklinikken) blev etableret i marts 2005. Formålet med etableringen af Dagklinikken var at opprioritere den ambulante behandling gennem omlægning af døgnbehandling til dagbehandling samt at opprioritere behandlingen af de ikke-psykotiske patienter. Dagklinikken består af tre differentierede og intensive behandlingstilbud, der alle primært er gruppebaserede.

I forbindelse med udviklingen af Dagklinikken fik afdelingen tildelt puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet – psykiatripuljen 2003-2006 til forbedringer af psykiatriske tilbud til sindslidende. Disse midler er blevet brugt til at lave en naturalistisk undersøgelse af patienternes tilstand før og efter behandling på Dagklinikken.

Dagklinikken tilbyder differentierede behandlinger: Et tilbud til de mest belastede personlighedsforstyrrede, ofte med diagnosen borderline personlighedsstruktur (A-terapi), et tilbud til de mindre belastede patienter, ofte med diagnosen evasiv personlighedsstruktur (B-terapi) og endelig en akutgruppe, en blandet gruppe med behov for akut intensiv behandling (akutgruppe). Alle patienter i behandling på Dagklinikken har derudover en syndromlidelse, oftest i form af depression eller angst.

Undersøgelsen af Dagklinikken bekræfter relevansen af et differentieret behandlingstilbud til patienter med forskellige grader af belastning forårsaget af syndromlidelser, oftest depression og/eller angst samt en eller flere personlighedsforstyrrelser.

For begge typer af terapigrupper gælder det, at der er signifikante forskelle i patienternes score fra før til efter behandling vedrørende trivsel og livskvalitet, graden af gene fra patienternes subjektivt formulerede problemer samt på en række mål for specifikke psykiatriske symptomer og interpersonelle problemer. Disse gode resultater er sandsynligvis opnået ved at tilpasse den terapeutiske behandlings omfang og varighed ud fra en vurdering af, at patienternes belastningsgrad er forskellig i A- og B-terapigrupperne.

Resultaterne fra Dagklinikkens akutgruppe er mere sammensatte. For patienter som udelukkende har været i behandling i akutgruppen ses nogle forandringer bl.a. i form af bedret funktionsniveau, men kun mindre ændringer i symptomniveau og interpersonelle problemer. Dette resultat er sandsynligvis mest en konsekvens af, at der ikke foreligger data efter akutgruppe fra de patienter, som overgår til terapigrupper. På grund af dette metodiske problem, kan resultatet af dette behandlingstilbud reelt ikke vurderes på det foreliggende grundlag.

For alle tre behandlingstilbud gælder det, at patienterne generelt udtrykker en høj grad af tilfredshed med behandlingen og vurderer, at udbyttet af behandlingen har været stort. Derudover tilkendegiver stort set alle patienterne, at det er vigtigere, at behandlingen er specialiseret i forhold til deres sygdom, end at behandlingen foregår tæt på deres bopæl.

Samlet konkluderes det, at der i rapporten findes belæg for at arbejde videre med en fortsat behandlingsdifferentiering, metodeudvikling og specialisering inden for området af ikke-psykotiske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelse. Som led i dette bør der iværksættes mere kontrollerede undersøgelser af effekten af behandlingen, ligesom det vil være konstruktivt at undersøge patienternes tilstand i en længere periode efter afslutningen af den intensive behandling.

Kapitel 1 - Behandlingsprogram

Behandlingsprogrammet i Dagklinikken er udarbejdet efter internationale retningslinier kombineret med erfaringer fra behandlingen i Psykoterapeutisk enhed og 5-døgnsafsnittet 33 i det tidligere distrikt Midt i Roskilde Amt.

1.1 Målgruppe

Målgruppen for Dagklinikken er patienter med ikke-psykotiske lidelser, som på den ene side har behov for mere intensiv behandling, end der kan tilbydes i primærsektoren eller i Distriktspsykiatrien, og på den anden side ikke har behov for døgnindlæggelse. Formålene med intensiv dagbehandling er således både at tilbyde den ekstra behandlingsindsats, der kan hjælpe patienter tilbage til en mere normaliseret livssituation og at undgå dyre og unødvendige døgnindlæggelser.

Denne patientkategori består i vid udstrækning af patienter med en kombination af en personlighedsforstyrrelse og en symptomdiagnose. Der er ofte tale om tilbagevendende langvarig depression, angst, fobi, spiseforstyrrelser, somatiseringstilstande, belastningsreaktioner. Yderligere kan der sideløbende være tale om misbrug.
Patienterne skal kunne sove hjemme hver dag samt være hjemme i en hel weekend.
Patienten skal være minimum 18 år og skal kunne tale og forstå dansk.
Eksklusionskriterier for behandling i Dagklinikken er psykotiske tilstande (mikropsykotiske episoder hos patienter med personlighedsforstyrrelse accepteres), pågående voldsomt misbrug, som ikke umiddelbart kan reduceres eller voldelig udadagerende adfærd.

1.2 Teori

Den teoretiske referenceramme i Dagklinikkens behandling er primært psykodynamisk.
Den grundlæggende terapeutiske behandling er baseret på psykodynamisk psykoterapi, herunder i vid udstrækning gruppeanalytisk psykoterapi i modificeret form samt individuel kontakt, også på psykodynamisk grundlag.
Herudover er behandlingen suppleret med kognitive elementer, som hviler på kognitiv teoretisk referenceramme.

1.3 Opbygning af behandlingsprogrammet

Da Dagklinikken rummer et bredt spektrum af ikke-psykotiske patienter med forskellig grad af sygdomsbelastning, har det været nødvendigt at dele programmet i flere elementer.
Vi har således opdelt behandlingstilbuddet i to niveauer:

- A: Patienterne møder op til 5 dage om ugen, og programmet består af flere forskellige behandlingselementer.
- B: Patienterne møder 3 dage om ugen, og programmet består af færre behandlingselementer.
- Efterbehandlingsgruppe: Ugentlig gruppeterapi af 1½ times varighed til patienter, der har været i terapigruppe, både på A- og B-niveau.

A-programmet er målrettet mod de dårligste patienter, mens B-programmet er rettet mod de lidt bedre fungerende patienter. A-programmet er yderligere opdelt i to dele, et tilbud til akutte patienter som ofte med kort varsel overflyttes direkte fra døgnafdelinger og skadestue samt et tilbud til patienter, der har brug for længerevarende intensiv terapi.

Opdelingen af de to niveauer A og B er foretaget ud fra erfaringen, at ikke alle patienter kan klare sig udelukkende med et gruppeterapeutisk behandlingstilbud, men at de dårligst inte-

grerede patienter har brug for andre elementer for at kunne profitere tilstrækkeligt. Således er der også i A-programmet indlagt faste kontaktpersonsamtaler med psykoterapeutisk karakter. Da der i reglen er tale om patienter med personlighedsforstyrrelse, er der brug for længerevarende behandling. Det er derfor ikke muligt at afslutte behandlingen på de 4-6 måneder, som er varigheden af den intensive del af behandlingen. Derfor tilbydes patienterne efterbehandling i form af ugentlig gruppeterapi i op til 1½ år.

I bilag 1 er beskrevet indholdet i alle elementerne af behandlingen.

A-niveau
A-niveau rummer 6-10 akutte patienter samt almindeligvis 6-7 patienter, som indgår i den gruppeanalytiske psykoterapi i det planlagte 4 måneders forløb. Behandlingsvarigheden for de akutte patienter er variabel efter behov.

Akutte patienter
De akutte patienter behandles i grupperne som anført i programmet (jf. bilag 1) med deltagelse i akutgruppen. Patienter i akutgruppen modtages ofte med kort varsel fra døgnafsnit og skadestue. I forbindelse med at tilstanden bedres planlægges den videre behandling for disse. Således afsluttes nogle til egen læge eller praktiserende psykiater, mens andre tilbydes et intensivt gruppeterapeutisk behandlingsforløb på 4 måneder i enten A-programmet eller B-programmet.

Terapipatienter
Denne gruppe patienter er de dårligst integrerede patienter og består hovedsageligt af patienter med emotionel ustabil personlighedsstruktur samt symptomdiagnose, ofte angst, depression, spiseforstyrrelse og/eller misbrug. Behandlingsvarigheden er for disse patienter berammet til 4 måneder men med mulighed for forlængelse.

A-programmet er planlagt sådan, at patienterne i slutningen af deres behandlingstid kan udtrappe tilstedeværelsen i Dagklinikken, således at de kan holde hjemmedag først en, siden to dage om ugen og stadig følge den væsentligste del af behandlingsprogrammet, som ligger mandag, onsdag og torsdag. Dette er planlagt for at lette udslusningen.

A-programmet var oprindeligt planlagt til at have aftenåbent mellem kl. 16.00 og 19.00, men det har vist sig at dagtilbudet er af en sådan karakter, at patienterne ikke har behov for at være til stede i de sene eftermiddagstimer, hvorfor der gradvist er blevet lukket ned for aftentilbuddene, og siden den 01.02.06 har der ikke længere været åbent om aftenen. Således er åbningstiden på A-niveau fra kl. 8.00–16.00.

B-niveau
B-niveau er planlagt med fremmøde 3 dage om ugen, og behandlingen er baseret på gruppeanalytisk psykoterapi i modificeret form to gange om ugen, storgruppe en gang om ugen samt psykoedukation.
I B-programmet tilrådes patienterne at være sygemeldt i hele behandlingsperioden, selvom der er to ugentlige fridage. Dette på baggrund af erfaringerne for at patienterne ikke magter både terapi og arbejde. Almindeligvis er patienterne således sygemeldte i hele behandlingsperioden efter aftale fra start.

Efterbehandling
Efterbehandlingstilbudet består af modificeret gruppeanalytisk psykoterapi 1½ time om ugen i op til 1½ år. Dagklinikken har aktuelt tre efterbehandlingsgrupper, der hver rummer 8 patienter og har to terapeuter. Såfremt patienterne efter afsluttet dagbehandling ikke skal i efterbehandlings-gruppe, enten fordi de ikke ønsker det, eller det ikke findes indiceret, foreslås andre efterbehandlingsmuligheder. En del patienter henvises til individuel efterbehandling i Distriktspsykiatrien, andre til primærsektoren.

Evalueringsprojektet er planlagt således, at det udelukkende er den intensive del af behandlingen, som er genstand for undersøgelse. Efterbehandlingsdelen indgår således ikke i evalueringen.

1.4 Dagklinikkens personale
Behandlingsprogrammet varetages af Dagklinikkens personale. Normeringen i Dagklinikken er som følger:

- 4 sygeplejersker (2 x 37 og 2 x 32 timer)
- 2 social- og sundhedsassistenter (1 x 37 og 1 x 32 timer)
- 1 socialrådgiver (35 timer)
- 1 ergoterapeut (37 timer)
- 2 psykologer på henholdsvis (1 x 25 og 1 x 30 timer)
- 1 psykolog i projektansættelse (18½ timers klinisk arbejde og 18½ times evalueringsarbejde)
- ½ afdelingslæge/overlæge (18½ time)
- 1 afdelingssygeplejerske (37 timer)
- 1 overlæge med afsnitsledelse (37 timer)
- 2 sekretærer (1 x 30 & 1 x 15 timer)

Normeringen og sammensætningen afspejler, at personalet hovedsageligt er overgået fra et 5-døgnsafsnit. Det prioriteres, at personalets uddannelsesniveau løbende forøges. I hele projektperioden har personalet modtaget supervision på det terapeutiske arbejde, og det psykoterapeutiske uddannelsesniveau er forøget.

Kapitel 2 - Metode

2.1 Design og procedure

Evalueringen af Dagklinikken sker på baggrund af en åben naturalistisk undersøgelse med et før-efter design. De patienter, som ønsker at medvirke, udfylder en række spørgeskemaer forud for og efter behandling. Herudover vurderes patienternes globale funktions- og symptomniveau af behandlerne, og de bliver interviewet af projektansvarlig psykolog (Diagram 1).

2.2 Anvendte instrumenter

I projektet er der hovedsagelig anvendt forskellige anerkendte spørgeskemaer til vurdering af patienternes symptomer før og efter behandling. Derudover er patienternes funktions- og symptomniveau blevet vurderet på en ratingskala (GAF) af deres primære behandlere. I den forbindelse er personalet blevet trænet i anvendelsen af skalaen, og efterfølgende er graden af pålidelighed i deres vurderinger blevet afprøvet statistisk og fundet tilstrækkelig[1]. På baggrund af dette, vurderes det, at personalet anvender GAF-skalaen på ensartet måde, og at denne måde er i overensstemmelse med de afdelinger som Dagklinikken sammenligner sig med.

Endelig er patienterne blevet diagnostisk vurderet ved hjælp af et anerkendt semistruktureret interview (SCID). Disse interviews er hovedsagelig foretaget af projektansvarlig psykolog Sebastian Simonsen og afsnitsansvarlig overlæge Kirsten Aaskov Larsen.

I valget af instrumenter er der i overensstemmelse med forskrifterne på området lagt vægt på at anvende flere forskellige kilder til vurderingen af patienternes patologi. Således er der foretaget vurderinger af patienterne selv (vha. spørgeskemaer), af personale (vha. ratingskala) og af overlæge og projektansvarlig psykolog (vha. interview).

En nærmere beskrivelse af de anvendte instrumenter fremgår af Bilag 2.

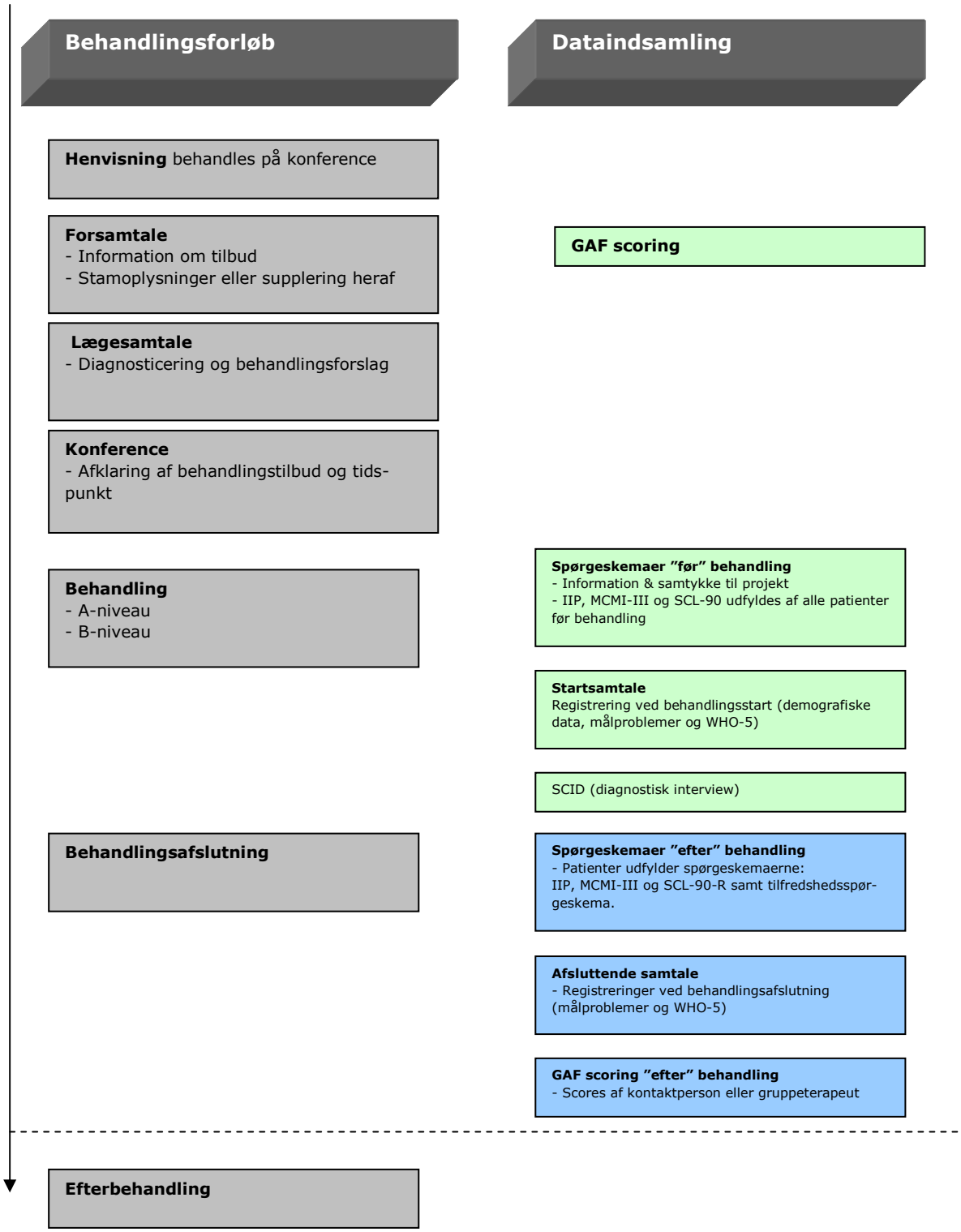
2.3 Statistik

Patienterne beskrives med deskriptiv statistik (gennemsnit, spredning m.m.), og det undersøges, om der er signifikante forskelle mellem patienterne i de forskellige behandlingstilbud. Derudover vurderes forskellen mellem patienternes scorer på effektmålene før og efter behandling ved beregning af effektstørrelser og nonparametrisk signifikanstest.

[1] Reliabilitetsscoren opgjort som ICC for symptomer og for funktioner er henholdsvis 0,86 og 0,89. Personalets forståelse af skalaen er endvidere blevet testet ved at sammenligne deres scoringer med scoringer foretaget af eksperter fra det Norske Netværk af Dagafdelinger. Her var resultatet, at personalets scoringer i 4 ud af 5 (80 %) sager lå inden for en standardafvigelse fra gennemsnittet i de norske ekspertscoringer.

Diagram 1: Flowdiagram over Standardprocedurer for behandlingsforløb & data-indsamling

tid



Kapitel 3 - Dagklinikkens patienter

I løbet af projektperioden har i alt 387 personer været henvist til behandling i Dagklinikken. I alt 174 af disse har fået et behandlingstilbud i Dagklinikken, mens de øvrige har fået tilbudt behandling uden for Dagklinikkens regi. Ud af de 175 er i alt 145 mødt op til behandling i løbet af projektperioden. En mindre gruppe på i alt 29 personer er enten aldrig mødt, har fået særlige behandlingstilbud eller står aktuelt på venteliste til behandling i Dagklinikken. Således har der i løbet af projektperioden været i alt 145 patienter, som har kunnet medvirke i undersøgelsen. Af disse har i alt 103 (71 %) patienter valgt at deltage i projektet.

I Diagram 2 ses en oversigt over hvor mange, der er behandlet og har deltaget i projektet.

Da akutgruppen er en sammensat gruppe, hvor patienterne ofte er modtaget med kort varsel fra døgnafsnit og skadestue og ofte henvises videre til behandling i terapigrupperne, beskrives denne gruppe lidt mere detaljeret med udgangspunkt i tabel 1.

Tabel 1: Patienter i akutgruppen		
Alle akutforløb i projekt-perioden	**Totale antal patienter startet i akutgruppen i projektperioden**	74
	heraf overgået til A-terapi	22
	heraf overgået til B-terapi	16
	heraf udelukkende behandlet i akutgruppen	36
Deltager i eva-lueringen	**Startet i akutgruppen i projektperioden og deltager i evalueringen**	44
	heraf overgået til A-terapi	15
	heraf overgået til B-terapi	12
	heraf udelukkende behandlet i akutgruppen	17

Akutgruppen er det behandlingstilbud, hvor færrest patienter har givet samtykke til deltagelse i evalueringsprojektet (60 %). Derudover overgår flertallet af disse patienter til terapibehandling (61 %), uden at der er foretaget registrering af deres symptomer umiddelbart efter behandlingen i akutgruppe. Patienter i akutgruppen har enten ikke selv ønsket videre behandling i terapigruppe, eller er ikke vurderet egnet hertil af behandlingsansvarlige læge.

Når resultater fra akutgruppen omtales i de efterfølgende kapitler, refereres der udelukkende til de 17 patienter, der deltager i evalueringen og kun har modtaget behandling i akutgruppen.

Ud af de i alt 103 patienter, der har deltaget i evalueringen har 17 (17 %) patienter udelukkende modtaget behandling i akutgruppen, mens 18 patienter (17 %) hovedsageligt har været i A-terapi, og 68 (66 %) hovedsageligt har været i B-terapi behandling. En væsentlig del af patienterne i A-terapi (15 patienter svarende til 83 %) og i B-terapi (12 patienter svarende til 18 %) er således startet som patienter i Akutgruppen.

I tabel 2 ses de sociodemografiske karakteristika for de patienter, der indgår i evalueringen.

Tabel 2: Sociodemografiske karakteristika Karakteristika	antal	procent
Køn		
Kvinder	83	81
Mænd	20	19
Aldersgrupper		
8-28-årige	27	26
29-38-årrige	35	34
39-48-årige	26	25
49-58-årige	15	15
Gennemsnitsalder ved behandlingsstart	35	
Ægteskabelig status		
Gift	35	34
Ugift	50	49
Skilt eller separeret	17	16
Enke	1	1
Aktuelt samliv		
Samboende med ægtefælle/partner (og børn)	60	58
Aleneboende	17	16
Samboende med børn	14	14
Samboende med forældre	9	9
Samboende med andre	3	3
Børn under 18 år		
Patienter med børn	65	63
Patienter uden børn	48	47
Uddannelsesniveau		
Ingen gennemført uddannelse	4	4
Grundskole	31	30
Almengymnasial	13	13
Kort videregående	34	33
Mellemlang videregående	17	16
Bachelor	1	1
Lang videregående	3	3
Økonomisk status		
Sygedagpenge	40	39
Kontanthjælp	29	28
Løn	23	22
Andet	11	11
Seneste arbejdsperiode		
0-6 mdr. siden	57	55
6-12 mdr. siden	14	13,5
>12 mdr. siden	13	13
>24 mdr. siden	14	13,5
aldrig haft arbejde (>20 timer ugtl.)	2	2
ikke besvaret	3	3

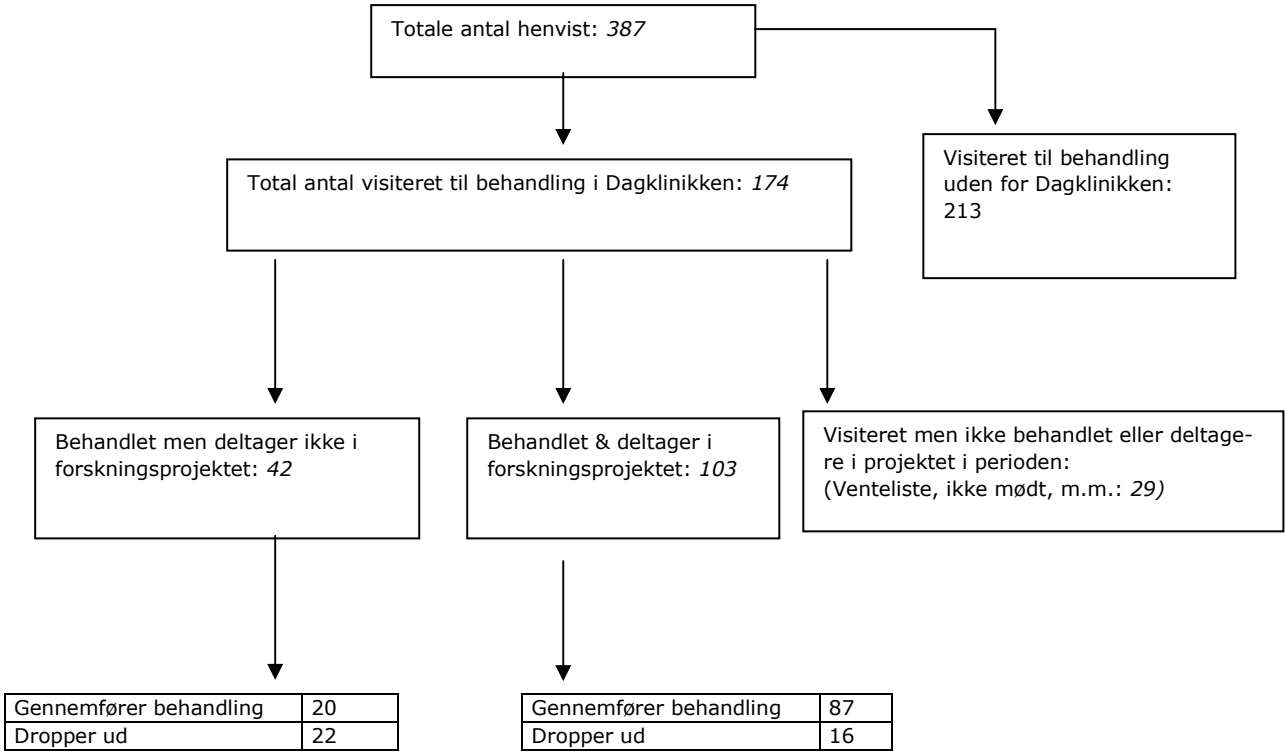
Det fremgår, at 81 % af patienterne i undersøgelsen er kvinder, og at gennemsnitsalderen er 35 år. Hovedparten af patienterne (58 %) har et fast samliv med en partner, mens 30 % lever uden en partner, ud af disse er 14 % enlige samboende med børn. 63 % af patienterne på Dagklinikken har børn, som er under 18 år.

Uddannelsesniveauet er opgjort således, at det er det højeste gennemførte udannelsesforløb som tælles. Af disse tal fremgår det, at 80 % af patienterne har kortere videregående uddannelser (1-2 år) (33 %) eller et uddannelsesniveau, der ligger under dette (47 %).

Ved behandlingsstart modtager hovedparten af patienterne (39 %) sygedagpenge. Derudover vil en del af patienterne overgå fra løn til sygedagpenge og kontanthjælp i løbet af behandlingsperioden. Derudover fremgår det, at knap 70 % har været i arbejde i løbet af det foregående år.

Samlet kan det konkluderes, at hovedparten af Dagklinikkens patienter ser ud til at leve et relativt normalt liv med fast samliv, børn og arbejde det foregående år. Dette aspekt ved patienterne er væsentligt, da det er medvirkende til at adskille den ikke-psykotiske gruppe fra andre mere kronificerede psykiatriske patientgrupper.

Diagram 2: Hvor mange er behandlet, og har hvor mange har deltaget i forskningsprojektet på Dagklinikken i perioden 01.03.2005-13.03.2007



Resume: Behandling i alt	**antal**	**%**
Henvist i projektperiode	387	100 %
Visiteret til behandling i projektperioden	174	44,9 %
Mødt til behandling i projektperioden	145	83,3 %
Gennemførte behandlinger i projektperioden	108	74,5 %
Droppet ud af behandling i projektperioden	38	26 %
Blandet gruppe (venteliste, ikke mødt m.m.)	29	16,6 %

Resume: Forskningsprojekt	**antal**	**%**
Visiteret i alt i projektperioden	174	100 %
Mulige projektdeltagere i projektperioden	145	83,3 %
Deltager i projektet	103	71 %
Deltager og gennemfører behandlingen i projektperioden	87	84,5 %
Deltager og dropper ud af behandling i projektperioden	16	15,5 %

Kapitel 4 - Patienterne før behandling

I kapitlet beskrives patienternes fordeling på variablerne diagnoser og andre kliniske karakteristika. Opgørelsen er lavet, så det er muligt at få et billede af eventuelle forskelle mellem patienterne på de forskellige behandlingsniveauer. Kapitlet afsluttes med en opsummering af de vigtigste resultater, hvor disse sammenstilles med resultater fra Det Norske Netværk af Dagafdelinger (herefter NND)(1).

4.1 Patienterne før behandling - Diagnoser

Dagklinikkens patienter henvises hovedsageligt fra primærsektoren (46,6 %) og fra sygehuset (50,5 %). Patienternes diagnoser er i projektet opgjort på to forskellige måder, der giver ret forskellige billeder af patienternes sygdomsbillede. De to forskellige måder er: 1) patienternes henvisningsdiagnoser og 2) patienternes diagnoser på baggrund af et semistruktureret diagnostisk interview.

Patienternes diagnoser fremgår af tabel 3 og 4.

Tabel 3: Diagnoser fra henvisninger

DIAGNOSETYPE	AKUTGRUPPE N =17 (%)	A-TERAPI N = 18 (%)	B-TERAPI N = 68 (%)	I ALT N = 103 (%)
Henvisningsdiagnoser				
misbrugsdiagnose			1 (1)	1 (1)
depressiv enkeltepisode	4 (24)	6 (33)	13 (19)	23 (22)
periodisk depression	2 (12)		9 (13)	11 (11)
andre affektive lidelser (bipolar, dystymi og uspecificeret)	1 (6)	1 (6)	10 (15)	12 (12)
angsttilstande	2 (12)	3 (17)	18 (26)	23 (22)
belastningsreaktioner	2 (12)	2 (11)	9 (13)	13 (13)
somatoform lidelse			1 (1)	1 (1)
spiseforstyrrelse	2 (12)	2 (11)	3 (4)	7 (7)
personlighedsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser	6 (35)	7 (39)	16 (24)	29 (28)
ingen diagnose eller uklar kategori	2 (12)	1 (6)	11 (16)	14 (14)
Total antal diagnoser	**21**	**22**	**91**	**134**
Gennemsnitlige antal diagnoser	**1,2**	**1,2**	**1,3**	**1,3**

Tabel 4: Diagnoser fra SCID

DIAGNOSETYPE	AKUTGRUPPE N =17 (%)	A-TERAPI N = 18 (%)	B-TERAPI N = 68 (%)	I ALT N = 103 (%)
SCID I aktuelt	testet = 16	testet = 16	testet = 65	testet = 98
misbrugsdiagnose	3 (19)	1 (6)	6 (9)	10 (10)
depressiv enkeltepisode	5 (31)	5 (31)	16 (25)	26 (27)
periodisk depression	4 (25)	7 (44)	17 (26)	28 (29)
andre affektive lidelser	1 (6)	3 (19)	10 (15)	14 (15)
angsttilstande	14 (88)	21 (131)	52 (80)	87 (91)
PTSD	1 (6)	2 (13)	4 (6)	7 (7)
somatoform lidelse	3 (19)	6 (38)	11 (17)	20 (21)
spiseforstyrrelse	4 (25)	3 (19)	8 (12)	15 (16)
ingen færdiggjort test	1 (6)	2 (13)	2 (3)	5 (5)
ingen aktuel akse I lidelse			5 (8)	5 (5)
Total antal diagnoser	**36**	**50**	**131**	**217**
Gennemsnitlige antal diagnoser	**2,2**	**3,1**	**1,9**	**2,1**
SCID II	testet = 14	testet = 16	testet = 63	testet = 93
paranoid personlighed	2 (14	2 (13)		4 (4)
skizotypisk personlighed	1 (7)			1 (1)
skizoid personlighed				0
antisocial personlighed				0
narcissistisk personlighed				0
histrionisk personlighed				0
borderline personlighed	5 (36)	10 (63)	6 (9)	21 (23)
evasiv personlighed	6 (43)	8 (50)	24 (38)	38 (41)
dependent personlighed	3 (21)	5 (31)	4 (6)	12 (13)
obsessiv-kompulsiv personlighed	2 (14)	2 (13)	14 (22)	18 (19)
personlighedsforstyrrelse, uspecificeret		2 (13)	7 (11)	9 (10)
depressiv personlighed	4 (29)	5 (31)	12 (19)	21 (23)
passiv-aggressiv personlighed	1 (7)	1 (6)	1 (1)	3 (3)
ingen personlighedsforstyrrelse	2 (14)		14 (22)	17 (18)
ingen færdiggjort test	3 (21)	2 (13)	5 (7)	10 (8)
Total antal diagnoser	**24**	**39**	**68**	**130**
Gennemsnitlige antal diagnoser	**1,7**	**2,4**	**1,0**	**1,3**
SCID diagnoser i alt				
Total antal diagnoser	**60**	**89**	**199**	**347**

Diagnoserne er opgjort således, at det er muligt for en enkelt patient at modtage flere diagnoser inden for den samme kategori, fx flere angsttilstande.

Patienterne henvisningsdiagnose er oftest depression (33 %), angsttilstande (22 %) og/eller personlighedsforstyrrelse (28 %). Gyldigheden af henvisningsdiagnosen vil i mange tilfælde være noget usikker, eftersom mange praktiserende læger ikke har den fornødne psykiatriske ekspertise, og fordi nogle patienter kan være set i situationer, hvor der har været akut belastning. Således henvises 14 % uden en klar diagnose og 13 % med diagnosen belastningsreaktion. I forlængelse af dette fremgår det af tabel 3, at det totale antal henvisningsdiagnoser (134 svarende til 1,3 i gennemsnit) er relativt lavt set i forhold til Dagklinikkens inklusionskriterier. Det er endvidere værd at hæfte sig ved, at der ikke på baggrund af det gennemsnitlige antal af henvisningsdiagnoser kan skelnes mellem akutgruppen (1,2), A-terapigruppen (1,2) og B-terapigruppen (1,3).

Patienternes SCID-diagnoser er opgjort adskilt for syndromlidelser (SCID I) og personlighedsforstyrrelser (SCID II). Af tabel 4 fremgår det, at i alt 98 patienter (95 %) er blevet testet, og at depression (52 %) og angsttilstande (91 %) er de hyppigste diagnoser. Af tabellen fremgår det endvidere, at der er givet i alt 217 diagnoser i de 98 interview, og at det på baggrund af det gennemsnitlige antal SCID I-diagnoser er muligt at skelne mellem akutgruppe (2,2), A-terapigruppen (3,1) og B-terapigruppen (1,9).

I projektperioden er i alt 93 patienter blevet testet med SCID II. Af tabel 4 fremgår det, at der på baggrund af disse interview er givet i alt 130 personlighedsforstyrrelsesdiagnoser. De hyppigst forekommende diagnoser er evasiv personlighedsforstyrrelse (41 %) og borderline personlighedsforstyrrelse (23 %). Igen er det værd at bemærke, at der på baggrund af det gennemsnitlige antal SCID II-diagnoser kan skelnes mellem akutgruppe (1,7), A-terapigruppe (2,4) og B-terapigruppe (1,0). Derudover fremgår det, at andelen af borderlinediagnoser som forventet er højest i A-terapigruppen (63 %), og at forekomsten af patienter uden personlighedsforstyrrelse er højest i akutgruppen (21 %) og i B-terapigruppen (22 %).

Tager man udgangspunkt i det totale antal af undersøgte personer i stedet for antallet af diagnoser, så har alle patienter (100 %) ikke overraskende en SCID I-diagnose, mens 55 % har to eller flere SCID I-diagnoser. Tilsvarende har 82 % en SCID II-diagnose, mens 32 % har to eller flere SCID II-diagnoser. Samlet betyder det, at 82 % af patienter på Dagklinikken har både en syndromdiagnose og en personlighedsforstyrrelsesdiagnose.

4.2 Andre kliniske karakteristika

En række kliniske karakteristika blev opgjort for alle patienter ved behandlingsstart i løbet af projektperioden.

Tabel 5: Kliniske karakteristika				
Karakteristika	**AKUTGRUPPE N =17 (%)**	**A-TERAPI N = 18 (%)**	**B-TERAPI N = 68 (%)**	**I ALT N = 103 (%)**
Køn				
Kvinder	13 (77)	**18 (100)***	52(77)	83 (81)
Mænd	4 (23)		16 (23)	20 (19)
Gennemsnit [SD]: alder ved start	37 [12]	**29 [9]****	37 [11]	35 [11]
Gennemsnit [SD]: debutalder for psykiatrisk behandling	32 [13] N = 16	26 [11]	31 [12]	31 [12] N = 102
Tidligere psykiatrisk behandling	11 (65)	11 (61)	38 (56)	60 (58)
Tidligere indlæggelser				
1 tidligere indlæggelse	**6 (35)***	6 (33)	11 (16)	23 (22)
> 1 tidligere indlæggelse	**6 (35)***	4 (22)	8 (12)	18 (18)
ingen tidligere indlæggelse	**5 (29)***	8 (44)	49 (72)	62 (60)
I anden behandling ved opstart i Dagklinik	15 (88)	15 (83)	51 (75)	81 (79)
	N = 15	N = 16	N = 68	N = 100
Tidligere medikamentel behandling	9 (56)	6 (38)	32 (47)	47 (47)
I medikamentel behandling ved behandlingsstart	14 (82)	15 (83)	49 (72)	78 (76)
Antipsykotika	5 (29)	5 (28)	**5 (7)***	15 (15)
Antidepressiva	13 (76)	13 (72)	46 (68)	72 (70)
anden beroligende	5 (29)	9 (50)	23 (34)	37 (36)
Sovemedicin	4 (24)	8 (44)	**11 (16)***	23 (22)
anden (antabus og antiepileptika)	2 (12)		2 (3)	4 (4)
Gennemsnit [SD] antal slags medicin	3,07 [0,90]	3,33 [1,1]	2,78 [0,80]	2,90 [0,90]
Seksuelt misbrugt i barndom eller ungdom	5 (29)	5 (28)	**3 (4)****	13 (13)
Tidligere selvmordsforsøg	6 (35)	8 (44)	**12 (18)***	26 (25)
Selvmordstanker nogensinde	16 (94)	17 (94)	**50 (73)***	83 (81)
tidligere perioder	11 (69)	13 (77)	37 (74)	61 (73)
seneste år	15 (94)	15 (88)	42 (84)	72 (87)
seneste måned	101 (69)	12 (71)	**16 (32)****	39 (47)
Selvbeskadigende adfærd nogensinde	3 (18)	**9 (50)*****	8 (12)	20 (19)
			N = 67	N = 102
Aggressiv adfærd mod andre	7 (41)	4 (22)	13 (19)	24 (23)
Aggressiv adfærd mod ting	11 (65)	10 (56)	27 (40)	48 (47)

* Chi-square test signifikant (p <.05)
** Chi-square test signifikant (p <.01)
*** Chi-square test signifikant (p <.001)
% Kruskall-Wallis test signifikant (p <.01) (for gennemsnitsalder)

Som det fremgår af tabel 5 er en større andel af patienterne i A-terapien gruppen kvinder (100 %, N= 18) end i akutgruppen (77 %, N =13) og i B-terapi (77 %, N = 52). Overordnet for alle tre behandlingstilbud er forskellen ikke signifikant, men forskellen mellem A-terapi og B-terapi er signifikant: X^2 (1, N= 86) = 5,203, p <.05.

På variablen alder ses det, at gennemsnitsalderen i A-terapigruppen (29 år) er lavere end for akutgruppen (37 år) og B-terapigruppen (37 år). Forskellen i gennemsnitsalder er signifikant: Kruskal-Wallis test; p =.01. Der er ingen signifikante forskelle mellem grupperne, hvad angår antallet af patienter, som tidligere har været eller er i psykiatrisk behandling umiddelbart forud behandlingen på Dagklinikken. Der er heller ingen signifikante forskelle i debutalderen for psykiatrisk behandling (gennemsnit = 31).

40 % af patienterne på Dagklinikken har tidligere været indlagt til døgnbehandling. Der ses her betydelige forskelle mellem behandlingsniveauerne. Der er flest tidligere indlæggelser i akutgruppen, fulgt af A-terapigruppen, mens B-terapigruppen har færrest tidligere indlæggelser. Forskellen mellem grupperne er signifikant: X^2(4, N= 103) = 13,006, p <.05.

Der er ingen forskelle mellem grupperne, hvad angår det gennemsnitlige antal af patienter i medikamentel behandling ved behandlingsstart (76 %, N = 103) eller i det gennemsnitlige antal typer af medicin (2,9, N = 103).

I forhold til medicinering ses signifikant forskel mellem grupperne på Dagklinikken i andelen af patienter, som ved behandlingsstart er i antipsykotisk behandling: akutgruppen (29 %, N = 5), A-terapigruppen (28 %, N = 5) og B-terapigruppen (7 %, N = 5). Forskellen i andelen

af patienter i antipsykotisk behandling er signifikant: X^2 (2, N= 103) = 8,380, p <.05. Der er ligeledes signifikant forskel mellem grupperne på andelen af patienter, der får sovemedicin: X^2 (2, N =103) = 6,574, p <.05. Andelen af patienter, der får sovemedicin er størst i A-terapi (44 %), dernæst følger patienter i akutgruppen (24 %), mens andelen af B-terapipatienter (16 %) er mindst.

Der findes ligeledes en række forskelle på fordelingerne mellem grupperne, hvad angår en række andre centrale variable såsom rapportering af seksuel misbrug, selvmord mv. Der skal i den forbindelse tages forbehold for, at der kan være en ekstra fare for en forskelligartet eller decideret fejlrapportering grundet informationernes særligt følsomme karakter.

Vedrørende fordelingen af patienter, som rapporterer seksuelt misbrug i barndom og/eller ungdom, er fordelingen i akutgruppen (29 %, N = 5), i A-terapigruppen (28 %, N = 5) og (4 %, N = 3) i B-terapigruppen. Forskellen i andelen af patienter, som har været udsat for seksuelt misbrug er signifikant: X^2 (2, N=103) = 12,251 p <.01.

Antallet af patienter, der har forsøgt selvmord, fordeler sig således: akutgruppen (35 %, N= 6), A-terapigruppen (44 %, N= 8) og B-terapi (18 %, N = 12). Forskellen imellem grupperne er signifikant: X^2 (2, N= 103) = 6,506, p <.05.

Antallet af patienter, der nogensinde har haft selvmordstanker fordeler sig således: akutgruppen (94 %, N = 16), A-terapigruppen (95 %, N = 17) og B-terapigruppen (73 %, N = 50), Forskellen i mellem grupperne er signifikant; X^2(2, N= 103) = 6,363, p <.05.

Der ses ingen forskelle i fordelingen af andelen af patienter, som har haft selvmordstanker tidligere i perioder (dvs. forud for det seneste år) eller inden for det seneste år. Der er derimod markante forskelle mellem grupperne i andelen af patienter, der har haft selvmordstanker den seneste måned: akutgruppen (69 %, N= 11), A-terapigruppen (71 %, N = 12) og B-terapi (32 %, N = 16). Forskellen mellem de tre grupper er signifikant: X^2 (2, N=103) = 11,352, p <.01. Den markante forskel belyser sandsynligvis, at aktuelle selvmordstanker kan være en ganske afgørende faktor i visitationsprocessen, der går forud for valg af behandlingsniveau.

Andelen af patienter som nogensinde har haft selvbeskadigende adfærd er: akutgruppe (18 %, N= 3), A-terapigruppen (50 %, N = 9) og B-terapi (12 %, N = 8). Forskellen mellem de tre grupper er signifikant: X^2(2, N= 103) = 13,339, p <.001. Sammenlagt for hele Dagklinikken er andelen af patienter som nogensinde har haft selvbeskadigende adfærd 19 %. Man kan hæfte sig ved det meget høje niveau af selvbeskadigende adfærd i A-terapigruppen, den diagnostisk set tungeste gruppe. Resultatet kan tolkes i retning af, at A-terapi patienterne har en større tilbøjelighed til at vende aggressive følelser indad.

Andelen af patienter som har rapporteret aggressiv adfærd mod andre fordeler sig således: akutgruppen (44 %, N = 7), A-terapi (21 %, N = 4) og B-terapi (19 %, N = 13). Forskellen mellem terapigrupperne og akutgruppen er ikke signifikant, men alligevel ganske markant. Forskellen mellem grupperne kan måske tolkes således, at akutgruppepatienter i højere grad end terapigruppepatienter er tilbøjelige til at være udadreagerende. Dette kan have haft en afgørende betydning for, at disse patienter ikke er blevet tilbudt videre terapeutisk behandling. Alternativt kan det overvejes, om der er forskelle i responsstilen i de to grupper, således at paratheden til at indrømme aggression er større i akutgruppen. Samme ikke signifikante tendens ses i andelen af patienter, som har rapporteret aggressiv adfærd mod ting og fordeler sig således: akutgruppe (65 %, N=11), A-terapi (56 %, N= 10) og B-terapi (40 %, N = 27).

4.3 Opsummering

Hvad angår syndromlidelser er det fælles for patienterne på hele Dagklinikken, at en stor andel har en depressions- og/eller en angstdiagnose. Patienterne i A-terapi har som forventet flest syndromdiagnoser, efterfulgt af akutgruppen, mens B-terapigruppen som forventet har færrest. Derudover har 82 % af patienterne på Dagklinikken tillige en eller flere personlighedsforstyrrelser. Patienterne i A-terapi har gennemsnitlig flest personlighedsforstyrrelsesdiagnoser, dernæst fulgt af akutgruppen, mens B-terapigruppen igen som ventet har færrest personlighedsforstyrrelser. Der er derudover en tilbøjelighed til, at en større andel af patienterne på A-niveauet, særligt i A-terapigruppen, har en borderline og/eller en dependent personlighedsforstyrrelse. Andelen af disse diagnoser er relativt begrænset i B-gruppen, hvor andelen af evasive og tvangsprægede personlighedsforstyrrelser til gengæld er højere. Det er også værd at hæfte sig ved, at der er væsentlige forskelle i andelen af patienter, der ikke har en personlighedsforstyrrelsesdiagnose i de tre behandlingstilbud. Blandt patienterne i B-gruppen har 22 % ikke en personlighedsforstyrrelse, dernæst fulgt af akutgruppen, mens A-terapigruppen ikke har nogle patienter uden personlighedsforstyrrelse.

Resultaterne vedrørende patienternes diagnoser forud for behandling ligger i al væsentlighed på linje med de resultater, der er publiceret fra NND på et langt større materiale (1).

Hvad angår opgørelsen af andre kliniske karakteristika, kan der på baggrund af denne skitseres tre prototyper, der svarer til de tre forskellige behandlingstilbud i Dagklinikken:

1. **A-terapipatienterne** er som oftest kvinder i slutningen af tyverne, hvoraf halvdelen tidligere har været psykiatrisk indlagt. De er typisk i psykofarmakologisk behandling, primært med antidepressiva suppleret med andre typer præparater. Ca. en tredjedel rapporterer, at de har været udsat for seksuelt misbrug i barndom eller ungdom. Godt halvdelen vil forud for behandlingen have forsøgt selvmord, og stort set alle i patientgruppen vil have aktuelle selvmordstanker. Halvdelen af patienterne vil forud for behandlingen have foretaget selvbeskadigende handlinger, og mange vil endvidere have problemer med aggressionsforvaltningen, dog sjældent således at de vil være fysisk aggressive over for andre.
2. **Akutgruppepatienterne** (jf. tabel 1) er som oftest kvinder i slutningen af trediverne, hvor næsten alle tidligere har været psykiatrisk indlagt. De er typisk i psykofarmakologisk behandling, primært med antidepressiva suppleret med andre typer præparater. Ca. en tredjedel rapporterer, at de har været udsat for seksuelt misbrug i barndom eller ungdom. Godt halvdelen vil forud for behandlingen have forsøgt selvmord, og stort set alle i patientgruppen vil have aktuelle selvmordstanker. De færreste patienter i akutgruppen vil være tilbøjelige til at foretage selvbeskadigende handlinger. Til gengæld vil hovedparten af patienterne have problemer med aggressionsforvaltningen, og hos knap halvdelen af patienterne er dette forud for behandlingen kommet til udtryk ved aggressiv adfærd over for andre mennesker.
3. **B-terapipatienterne** er som oftest kvinder i slutningen af trediverne, hvor kun en mindre del tidligere har været psykiatrisk indlagt. De er typisk i psykofarmakologisk behandling, primært med antidepressiva. Den typiske B-patient vil sjældent rapportere at have været udsat for seksuelt misbrug, ligesom der sjældent vil være forekommet selvbeskadigende adfærd. Ca. en femtedel af patienterne vil forud for behandlingen have forsøgt selvmord, mens kun ca. en tredjedel af patienterne vil have aktuelle selvmordstanker. Mange af patienterne vil have problemer med aggressionsforvaltningen, dog sjældent således at de vil være fysisk aggressive over for andre mennesker.

Sammenlignet med de data, der er publiceret fra NND vedrørende kliniske karakteristika, ser det gennemgående ud, som om der er størst overensstemmelse med Dagklinikkens patienter på A-niveau, særligt i A-terapigruppen. Patienterne på A-niveau ligner bl.a. patienterne i NND på følgende variable: psykiatrisk debutalder, tidligere psykiatrisk indlæggelse, seksuelt misbrug, antal selvmordsforsøg og selvbeskadigende adfærd (2). I dansk sammenhæng ligner patienter i A-terapigruppen patientgruppen på psykoterapeutisk afsnit på Aalborg Psykiatriske Sygehus (3), dog med den undtagelse at patienterne på Dagklinikken oftere har en aktuel depression. Vurderet ud fra diagnoser og kliniske karakteristika ser det ikke ud til, at patienterne i B-terapigruppen modtager intensiv dagbehandling, hverken i NND eller i Aalborg.

Kapitel 5 - Behandlingsforløb

I dette kapitel beskrives centrale forhold vedrørende behandlingsforløbene på Dagklinikken i projektperioden.

5.1 Behandlingsfrafald

Ud af de i alt 103 patienter, der har deltaget i evalueringsprojektet, har 87 patienter gennemført behandlingen. I alt 16 patienter (15 %) af patienter, som indgår i projektet, er droppet ud. Til sammenligning er frafaldsprocenten i NND 24 %. Det er dog af betydning, at man er opmærksom på, at det samlede frafald, dvs. både hos patienter, der indgår i projektet og patienter, der ikke indgår, for Dagklinikken er på linje med niveauet fra Norge (26 %)[2]. Af tabel 6 fremgår en række centrale karakteristika for de patienter, der er droppet ud af behandling. Generelt er det dog vigtigt, at tallene bør betragtes med forbehold, da der ikke foreligger tilstrækkelig med data fra hovedparten af de patienter, der er droppet ud (57 %), fordi disse ikke indgår i evalueringsprojektet.
Det har dog været muligt at kigge på faktorerne behandlingsniveau, køn og alder for den samlede gruppe på de i alt 145 patienter, der har mødt til behandling i projektperioden. På A-niveau er frafaldsprocenten 25 % og 24 % for henholdsvis akutgruppen og A-terapigruppen[3]. På B-niveau er frafaldsprocenten 19 %. Forskellen i frafald mellem grupperne er ikke signifikant. Der er heller ikke nogen signifikant forskel mellem mænd (29 %) og kvinder (26 %) i antallet af patienter, der dropper ud af behandlingen. Til gengæld er der for den samlede gruppe en signifikant forskel i gennemsnitsalderen for patienter, der gennemfører behandlingen (35 år) og patienter, der dropper ud af behandlingen (31 år) (Kruskall-Wallis test; p =.05).

Af tabel 6 fremgår en række nøgletal for gruppen af patienter, der dropper ud af behandlingen[4]. Der er ingen signifikante forskelle mellem patienter, der dropper ud, og patienter der gennemfører behandling, hvad angår køn, alder, behandlingsniveau, uddannelsesniveau, tidligere indlæggelser og selvbeskadigende adfærd. Der ses dog enkelte markante forskelle, der kan være centrale, men ikke helt indfanges i det ret begrænsede materiale. Det fremgår bl.a., at 56 % af de patienter, der dropper ud af behandlingen, udelukkende har en grundskoleeksamen, hvor det tilsvarende tal for den gennemførende gruppe er 25 %. Denne forskel i uddannelsesniveau kan være afgørende for forståelsen af, hvorfor nogle patienter dropper ud af behandlingen. Det ser ligeledes ud som relativt mange af de frafaldne patienter har mere end én tidligere indlæggelse (31 %) bag sig, når de starter behandlingen. For den gennemførende gruppe er den tilsvarende andel (15 %). Igen kan forskellen i tidligere indlæggelse være afgørende i forståelsen af, hvorfor nogle patienter dropper ud af behandlingen.

[2] En række patienter, som har indgået i en væsentlig del af behandlingen, og som har ønsket at stoppe, er desuden heller ikke taget med under frafald på trods af, at patienternes primære behandlere i nogle tilfælde mente, at behandlingen blev afsluttet for tidligt.
[3] For akutgruppen inkluderes de patienter, der afsluttes til terapi i enten A- eller B-terapigruppen.
[4] En række andre baggrundsvariable såsom medicinering og aggressiv adfærd er ikke medtaget i tabellen, fordi tallene for den frafaldne og den gennemførende gruppe er stort set identiske.

Tabel 6: Nøgletal for patienter der dropper ud		
Karakteristika	**Antal N =16**	**Procent**
Køn: kvinder	12	75
Alder		
Gennemsnit (SD)	32 (12)	
Gennemsnit (SD), psykiatrisk debut	27 (11)	
Behandlingstilbud		
Akutgruppe	5	29 (N = 17)
A-terapi	3	17 (N = 18)
B-terapi	8	12 (N = 68)
Antal uger i behandling: gennemsnit (SD)[median]		
Akutgruppe	**4 (2) [3]***	
A-terapi	18 (15) [12]	
B-terapi	14 (8) [15]	
Total	12 (9) [9]	
Uddannelse		
Ingen gennemført uddannelse	1	6
Grundskole	9	56
Almengymnasial	1	6
Kort videregående	5	31
Økonomisk status		
Sygedagpenge	3**	44
Kontanthjælpe	7**	19
Løn	1**	6
Andet	5**	31
Tidligere indlæggelser		
1 tidligere indlæggelse	3	19
> 1 tidligere indlæggelse	5	31
Ingen tidligere indlæggelser	8	50
Selvmord		
Tidligere selvmordsforsøg	**12*** **	75
Selvmordstanker, nogensinde	**16***	100
Selvmordstanker, tidligere i perioder	14	100
Selvmordstanker, seneste år	13	81
Selvmordstanker, seneste måned	8	50
Selvbeskadigende adfærd, nogensinde	5	31
Henvisningsdiagnoser		
Depressiv enkeltepisode	2	12
Periodisk depression	1	6
Andre affektive lidelser	5	31
Angsttilstande	2	12
Belastningsreaktioner	3	19
Spiseforstyrrelse	1	6
Personlighedsforstyrrelser	2	12
Ingen eller uklar diagnose	3	19
Total antal diagnoser	16	
Gennemsnitlige antal diagnoser	1	
SCID I diagnoser	N = 11	69
Depressiv enkeltepisode	7	64
Periodisk depression	3	27
Andre affektive lidelser	2	18
Angsttilstande	8	73
PTSD	1	9
Somatoforme lidelser	1	9
Spiseforstyrrelse	2	18
Total antal diagnoser	24	
Gennemsnitlige antal diagnoser	2,2	
SCID II diagnoser	N = 10	62
paranoid personlighed	1	10
borderline personlighed	4	40
evasiv personlighed	3	30
dependent personlighed	4	40
obsessiv-kompulsiv personlighed	4	40
ingen personlighedsforstyrrelse	1	10
Total antal diagnoser	16	
Gennemsnitlige antal diagnoser	1,6	

* Chi-square test significant (p<.05)
** Chi-square test significant (p<.01)
*** Chi-square test significant (p<.001)
% Kruskall-Walis test signifikant (p< 0.5) (uger i behandling)

Der er signifikant forskel mellem de tre behandlingsgrupper i antallet af uger i behandling. Det er her ikke overraskende, at patienter der dropper ud af akutgruppen gennemsnitlig (median = 3) har en kortere behandlingstid end A-terapigruppen (median = 12) og B-terapigruppen (median 15). Vedrørende økonomisk status er der signifikant forskel mellem patienter, der dropper ud og patienter, der gennemfører behandlingen. Således er der signifikant flere patienter i kategorierne kontanthjælp og andet (pension m.m.) blandt de patien-

ter, der dropper ud. Det er muligt, at den økonomiske situation spiller en afgørende rolle for patienternes motivation til at gennemføre behandling. Endelig er der signifikant forskel mellem gennemførende og frafaldne patienter i andelen af patienter, der har forsøgt selvmord og nogensinde har haft selvmordstanker. Dette kan være udtryk for en større tilbøjelighed til at mærke og handle på følelser af håbløshed hos patienter, der dropper ud af behandlingen.

I forhold til henvisningsdiagnoserne hos patienterne, der dropper ud, ligner disse overordnet diagnoserne hos den gennemførende gruppe, dog ses en tilbøjelighed til en øget forekomst af uspecificeret depression (andre affektive lidelser). På det begrænsede SCID-materiale (kun 10 patienter har gennemført begge dele af interviewet) ses tilbøjeligheder til øget forekomst af diagnoserne depressiv enkeltepisode og personlighedsforstyrrelserne borderline, dependent og obsessiv-kompulsiv.

I forhold til behandlingsfrafald kan man generelt hæfte sig ved, at andelen af patienter, der dropper ud af behandling, ligger på omkring de 25 % på A-niveau og på lige knap 20 % på B-niveauet. A-niveauets frafald ligger på linje med tal fra NND. Det er endvidere værd at bemærke, at der ikke er signifikante forskelle i frafaldsprocenten på de to niveauer af behandling. Dette kunne være en indikator for, at den øgede støtte til de dårligst fungerende patienter hjælper dem til at blive i behandling. Der er sandsynligvis en signifikant effekt af alder på frafald, således at patienter der dropper ud generelt er yngre end patienter, der gennemfører behandlingen.

5.2 Behandlingslængde og stabilitet

Af tabel 7 fremgår det, at behandlingslængden for de 99 patienter[5], der har gennemgået den intensive behandling, er meget varieret særligt på A-niveau. Behandlingslængden er længst for de dårligste patienter i A-terapigruppen[6] (median = 34 uger), derefter kommer den noget bedre B-terapigruppe (median 18 uger), og endelig er forløbene kortest i akutgruppe (median 10 uger). Stabilitet er procentandelen af terapi- og storgruppesessioner, som patienten har deltaget i set i forhold til det maximalt antal mulige sessioner i behandlingsperioden. Der er 3 akutgruppepatienter og 1 A-terapipatient, hvor det ikke har været muligt at udregne en stabilitetsprocent. Hertil kommer at der er 8 af patienterne på A-niveauet, hvor andelen ikke er baseret på patienternes fulde behandlingstid. Stabilitetsprocenten for denne gruppe, som hovedsageligt består af A-terapipatienter, ligger på niveau med Akutgruppens samlede stabilitetsprocent. Inddragelsen af patienter med ukomplette data kan således have påvirket A-terapi-gruppens samlede stabilitetsprocent i negativ retning. Samlet set fremgår det af tabellen, at B-terapipatienterne er de mest stabile (median = 83 %), hvorefter A-terapigruppen kommer (median = 69 %), og endelig er akutgruppepatienterne de mindst stabile (median = 60 %). Resultatet afspejler sandsynligvis, at patienterne i højere grad føler sig forpligtet i forhold til terapigrupper end en akutgruppe, og at patienter i en akutgruppe ofte vil være i en mere krisepræget tilstand, der ligeledes har negativ effekt på fremmødet.

[5] En enkelt patient deltager i evalueringen, men er aldrig mødt til behandling, og tre patienter i A-terapigruppen har på opgørelsestidspunktet endnu ikke afsluttet behandlingen.
[6] Antallet af uger i behandling er inklusive den tid patienter i A- og B-terapi har været i akutgruppe.

Tabel 7: Behandlingslængde og stabilitet Forhold vedrørende behandling	Akutgruppe N =17	A-terapi N = 18	B-terapi N = 68
Behandlingslængde (uger)		N = 15	N = 67
Gennemsnit (SD)	12 (9)	30 (13)	20 (6)
Median	10	34	18
Min./max.	2/40	7/58	10/40
Stabilitet (%)	N = 14	N = 14	N = 67
Gennemsnit (SD)	59 (19)	64	77
Median	60	69	83
Min./max.	25/96	5/96	29/100

5.3 Forekomsten af særlige hændelser under behandlingen

Ingen medvirkende patienter har i projektperioden begået selvmord. Der har i hele perioden været i alt 5 selvmordsforsøg, hvor en enkelt patient tegner sig for 2 af forsøgene.

I projektperioden har i alt 10 patienter på et tidspunkt haft brug for overflytning til et andet afsnit, hvor der har været mulighed for overnatning (herunder psykiatrisk skadestue). Det samlede antal dage, hvor de 10 patienter har været overflyttet til et andet (døgn)afsnit, er 146 dage. Det er dog 2 længerevarende indlæggelser på henholdsvis 43 og 76 dage, der forklarer det relativt høje tal. Hovedparten af indlæggelserne har således været af ganske få dages varighed.

Endelig er der i alt rapporteret om hændelser med misbrug hos 8 patienter. Der har i projektperioden været et enkelt tilfælde af truende fysisk adfærd. Der har hos enkelte patienter forekommet selvskadende adfærd (”cutting”). En nærmere bestemmelse af omfanget af dette har dog ikke været muligt pga. manglende rapportering og manglende definitorisk klarhed.

Samlet set er der således forekommet relativt få særlige hændelser i projektperioden. Dette resultat svarer til andre undersøgelser af patientgruppen, der viser, at strukturerede behandlingsprogrammer er ganske effektive i forhold til at begrænse de mere udadreagerende aspekter ved patienternes psykopatologi.

Kapitel 6 - Forandringer fra før til efter behandling

I dette kapitel belyses forandringen fra før til efter behandlingen hos patienter i Dagklinikken. I projektperioden har den projektansvarlige psykolog i samarbejde med personale søgt at opnå så komplet et datamateriale som muligt. Det er dog ikke lykkedes i alle tilfælde. Begrænsningerne i datamaterialet vil i første omgang blive beskrevet.

6.1 Datamangel

Det fremgår af tabel 8, at der er komplette data på 67 patienter (65 %), og at der på de vigtigste effektmål (spørgeskemaerne) er data på 75 % af patienterne, der er færdigbehandlede i projektperioden. Det fremgår endvidere af tabel 9, at en væsentlig del af de manglende data (15 personer = 45 %) stammer fra personer, der er droppet ud af behandlingen. I langt de fleste tilfælde har den projektansvarlige psykolog enten ved hjælp af kontaktperson eller pr. brev søgt at komme i kontakt med patienterne, hvilket dog kun i ganske få tilfælde har medført, at data har kunnet indsamles. De relativt mange manglende data fra patienter, der er droppet ud af behandlingen, medfører en skævvridning af det samlede datasæt, idet en række af de patienter, man må formode har haft mindre udbytte af behandlingen, ikke indgår i materialet.

Tabel 8: Datamangel ved afslutning af patienter (N = 103)

Data	Antal	Procent
Komplette	68	66
Ikke afsluttet behandling	3	3
Spørgeskemaer		
udfyldt	75	75
ikke udfyldt	25	25
Interview		
foretaget	76	76
ikke foretaget	24	24
GAF		
vurderet før	91	91
vurderet efter	74	74
vurderet både før og efter	69	69

Tabel 9: Datamangel hos patienter der dropper ud af behandlingen (N = 16)

Data	Antal	Procent
Komplette	1	6
Spørgeskemaer		
udfyldt	2	12
ikke udfyldt	14	88
Interview		
foretaget	2	12
ikke foretaget	14	88
GAF		
vurderet	3	19
ikke vurderet	13	81

6.2 Indsamlingstidspunkter

Patienterne i projektet er set til en spørgeskemaaftale og en registreringssamtale før og efter behandling.

For indsamlingen forud for behandling gælder det, at 74 % af patienterne er set til spørgeskemaaftale +/- 1 måned fra behandlingsstart, mens 87 % af patienterne er set til registreringssamtale +/-1 måned fra behandlingsstart.

For indsamlingen efter behandling gælder det, at 97 % af patienterne er set til spørgeskemaaftale +/- 1 måned fra behandlingsafslutning, mens 96 % af patienterne er set til registreringssamtale +/- 1 måned fra behandlingsafslutning.

6.3 Resultater

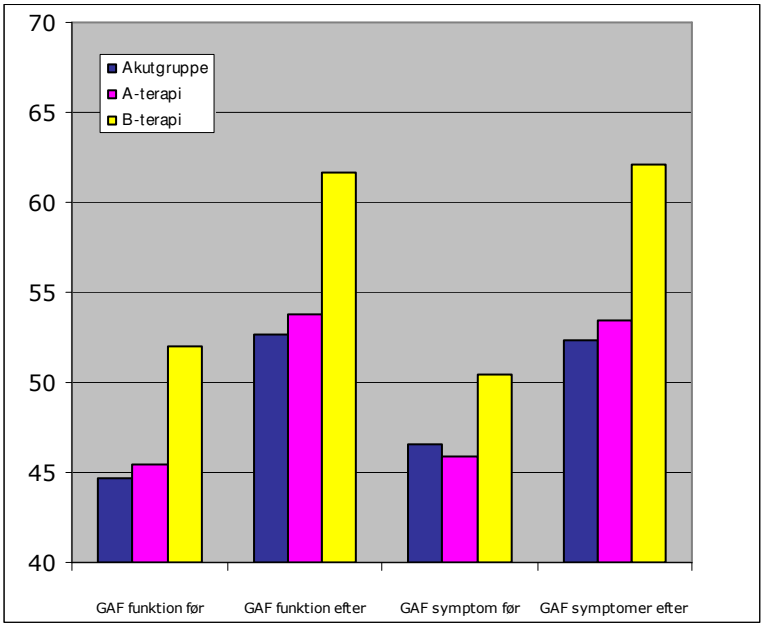
Der er i vurderingen af patienternes tilstand før og efter behandling lagt særligt vægt på at få det bredest mulige billede af patienterne. I det følgende præsenteres resultaterne af en række test, hvis nærmere indhold er beskrevet i bilag 2.

6.3.1 GAF: Personalets vurdering af patienterne

Behandlerne vurderer, at både patienternes funktionsniveau (GAF-F) og symptomniveau (GAF-S) er højere, efter de har været i behandling i alle tre behandlingstilbud.

I funktionsniveau svarer forandringen i A-gruppen til en udvikling fra at have alvorlige svigt på flere områder, fx arbejdsmæssigt, socialt og husligt til hovedsageligt at have alvorlige svigt på et enkelt område (oftest arbejdsmæssigt). I symptomniveau svarer forandringen i A-gruppen til en udvikling fra at have alvorlige symptomer, fx i form af selvmordstanker til at have mere moderate symptomer, fx i form af angst og depression. Forandringerne fra før til efter behandling er signifikante for akutgruppen (jf. tabel 1), men ikke for A-terapigruppen[7]. Opgjort som effektstørrelser[8] er der tale om moderat til store ændringer i scorerne.
I funktionsniveau svarer forandringen i B-gruppen til en udvikling fra at have alvorligt svigt på et enkelt område (oftest arbejdsmæssigt) til at have moderate vanskeligheder fx arbejdsmæssigt eller socialt. Resultatet afspejler, at en række patienter i mange tilfælde kort efter behandlingen vil stå over for en delvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet, fx i form af en arbejdsprøvning. I symptomniveau svarer forandringen i B-gruppen til en udvikling fra at have alvorlige til moderate symptomer til at have moderate til lettere symptomer. Forandringerne fra før til efter behandlingen er højsignifikante. Opgjort som effektstørrelser er der tale om store ændringer i scorerne. Udviklingen i gennemsnitsscore for de 3 behandlingsgrupper er vist i diagram 3.

Diagram 3: GAF før & efter: 69 patienter



[7] Generelt bør man være opmærksom på, at statistisk signifikans ikke nødvendigvis er det samme som klinisk signifikans. Derudover skal man være opmærksom på, at der kan være store effektstørrelser, uden disse er statistisk signifikante, hvilket skyldes ringe patientantal. Powerberegning vedr. GAF F og GAF S for A-terapigruppen viser, at det på baggrund af de foreliggende effektstørrelser ville kræve henholdsvis 24 og 27 patienter at opnå signifikans på 0,05 niveauet med en power på 0,81.
[8] Gennemsnitlig differensscore delt med standardafvigelsen af differensscorerne.

Tabel 10: Effektmål – GAF				
Mål og behandlingstilbud	**Før behandling Mean (SD)**	**Efter behandling Mean (SD)**	**Signifikans p***	**Effektstørrelser Cohens d***
GAF (N = 69)				
Akutgruppe: GAF F (11)	44.6 (3.3)	52.6 (8.0)	.005**	1.10
Akutgruppe: GAF S (11)	46.5 (3.3)	52.3 (10.4)	.046*	.61
A-terapi: GAF F (9)	45.4 (7.4)	53.8 (11.6)	.092	.61
A-terapi: GAF S (9)	45.9 (6.2)	53.4 (12.0)	.159	.57
B-terapi: GAF F (49)	52.0 (6.0)	61.7 (6.0)	.000***	1.14
B-terapi: GAF S (49)	50.5 (6.0)	62.1 (10.1)	.000***	1.14
Total				
GAF F (69)	50.0 (6.6)	59.2 (9.7)	.000***	1.02
GAF S (69)	49.2 (6.0)	59.4 (11.1)	.000***	.96

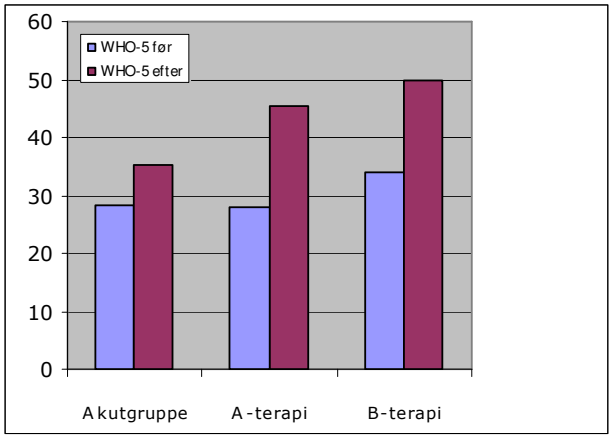
* Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.05)
** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.01)
*** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.001)
* d= minusværdi = forværring, d = 0.20 = lille effekt, d = 0.50 = middel effekt, d = 0.80 = stor effekt

6.3.2 WHO-5 Trivselsindeks: Patienternes egen vurdering af trivsel

Patienterne vurderer i alle tre behandlingstilbud, at deres trivsel er steget efter de har været i behandling. I både A- og B-behandlingen er trivslen særdeles lav ved starten af behandlingen. I begge grupper ses en score på ca. 30, hvilket indikerer, at de fleste patienter kun "lidt af tiden" er glade, rolige, udhvilede og føler sig energiske. I både A-terapi- og B-terapibehandlingen ses en signifikant forbedret trivsel efter behandlingen. I akutgruppen (jf. tabel 1) ses en mindre ikke-signifikant udvikling[9]. Opgjort som effektstørrelser er der tale om en moderat lille effekt i akutgruppen, mens ændringerne i scorer er moderat store i terapigrupperne. Alle scorer ligger fortsat efter behandling inden for risikozonen for stress eller depression, der markeres af en score på 50 eller mindre.

Udviklingen i gennemsnitscore i trivsel for de tre behandlingsgrupper er vist i Diagram 4.

Diagram 4: WHO-5 før og efter: 77 patienter



Score 50 eller derunder = Risiko for stress og depression

Tabel 11: Effektmål – WHO-5				
Mål og behandlingstilbud	**Før behandling Mean (SD)**	**Efter behandling Mean (SD)**	**Signifikans p***	**Effektstørrelser Cohens d***
WHO-5 (N = 77)				
Akutgruppe (11)	28.4 (15.2)	35.2 (23.0)	.331	.38
A-terapi (9)	28.0 (21.1)	45.6 (23.0)	.050*	.66
B-terapi (57)	33.9 (22.0)	50.0 (21.0)	.000***	.75
Total (77)	32.4 (20.2)	47.2 (21.8)	.000***	.69

* Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.05)
** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.01)
*** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.001)
* d= minusværdi = forværring, d = 0.20 = lille effekt, d = 0.50 = middel effekt, d = 0.80 = stor effekt

[9] Powerberegning viser, at det med en effektstørrelse på 0,38 ville kræve 57 patienter i denne gruppe for at opnå signifikans på 0,05 niveauet med en power på 0,80

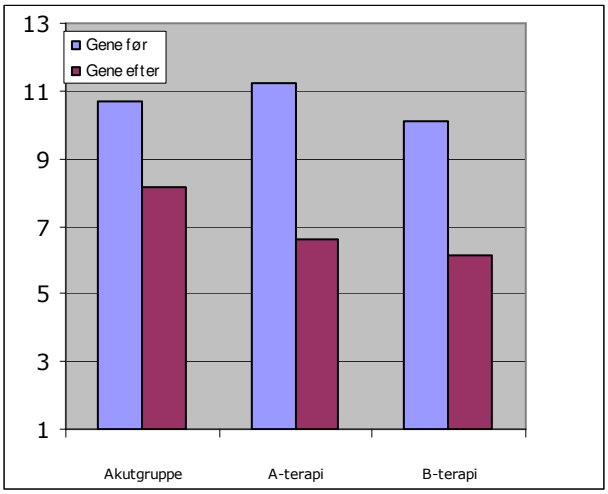
6.3.3 Målproblemer: Patienternes egen vurdering af genen og forandringen af deres tre væsentligste subjektive klager

Patienterne er ved behandlingsstart blevet bedt om at formulere de tre hovedproblemer, de allerhelst vil have hjælp til i løbet af behandlingen. Derudover er de blevet bedt om at vurdere, hvor meget de tre problemer har været til gene, og i hvilken grad de oplever problemerne som forandrede efter behandlingen.

Det gælder for alle patienter, at deres problemer er tæt på at være maximalt generende ved behandlingsstart (mean = 10.3 hvor 13 er maksimum score og indikerer, at genen er på det højeste niveau). Efter behandlingen er der sket et signifikant fald i gennemsnitsgenen for de tre klager i alle tre behandlingstilbud. I akutgruppen (jf. tabel 1) er gennemsnitsgenen efter behandling 8.2 indikerende "en del gene", mens gennemsnitsgenen for B-gruppen er 6.2 som tilnærmelsesvist indikerer "en smule gene". A-terapigruppen scorer 6.6, der indikerer en grad af gene der ligger imellem akutgruppen og B-gruppen. Patienterne er ligeledes blevet bedt om at vurdere graden af forandring i deres subjektive klager. Af disse scorer fremgår det, at patienter i terapigrupperne gennemsnitligt oplever en forandring på deres subjektive klager, der ligger i området mellem "en del bedring" og "en smule bedring", mens akutgruppen gennemsnitligt oplever "en smule bedring" i de subjektive klager.

Udviklingen i gener fremgår af nedenstående diagram 5.

Diagram 5: Målproblemer før & efter: 77 patienter



Skalaforklaring: 13 = max. gene, 10 = en meget stor gene,
7 = en del gene, 4 = en smule gene, 1 = minimal gene

Tabel 12: Effektmål – Målproblemer

Mål og behandlingstilbud	Før behandling Mean (SD)	Efter behandling Mean (SD)	Signifikans p*	Effektstørrelser Cohens d*
Målproblemer (N = 77)				
Akutgr.: Gene af 3 målproblemer (11)	10.7 (2.0)	8.2 (3.0)	.022*	.87
Akutgr.: Forandring af 3 målproblemer (11)		1.0 (1.0)		
A-terapi: Gene af 3 målproblemer (9)	11.2 (5)	6.6 (2.6)	.008**	2.01
A-terapi: Forandring af 3 målproblemer (9)		1.7 (1.1)		
B-terapi: Gene af 3 målproblemer (57)	10.1 (1.6)	6.2 (2.4)	.000***	1.50
B-terapi: Forandring af 3 målproblemer (57)		1.7 (.9)		
Total: Gene af 3 målproblemer (77)	10.3 (1.7)	6.5 (2.6)	.000***	1.42
Total: Forandring af 3 målproblemer (77)		1.6 (1.0)		

* Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.05)
** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.01)
*** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.001)
* d= minusværdi = forværring, d = 0.20 = lille effekt, d = 0.50 = middel effekt, d = 0.80 = stor effekt

6.3.4 Patienternes symptomer vurderet ved spørgeskema (SCL-90-R):

Patienterne, der behandles i Dagklinikken, scorer ved behandlingsstart signifikant højere på alle skalaer, der har at gøre med psykiske vanskeligheder set i forhold til den almene danske befolkning (4). Ved behandlingsstart scorer patienterne i A-gruppen højere end patienterne i B-gruppen. Der er også en tilbøjelighed til, at patienterne i akutgruppen (jf. tabel 1) adskiller sig fra patienterne i begge terapigrupper ved at have højere niveau af en paranoid og psykosenær tænkemåde. Testen udregner et globalt indeks, GSI, som kombinerer information om antallet af tilstedeværende symptomer med graden af gene fra disse symptomer. GSI er testens bedste indikator for niveauet af psykisk forstyrrelse. Af diagram 6, 7 og 8 fremgår patienternes symptomer før og efter behandling i forhold til de danske normtal for testen.

Diagram 6: SCL-90-R før & efter behandling: Akutgruppe (N = 10)

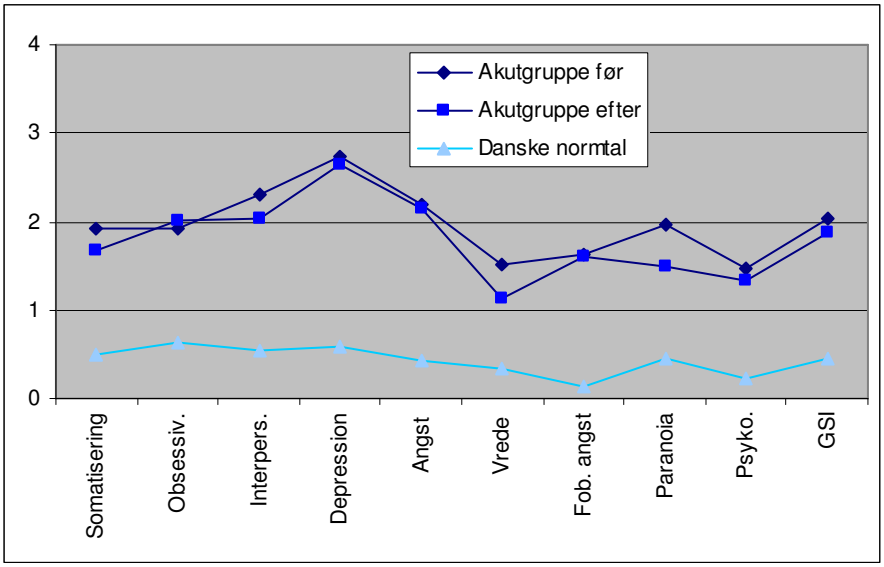


Diagram 7: SCL-90-R før & efter behandling: A-terapi (N = 11)

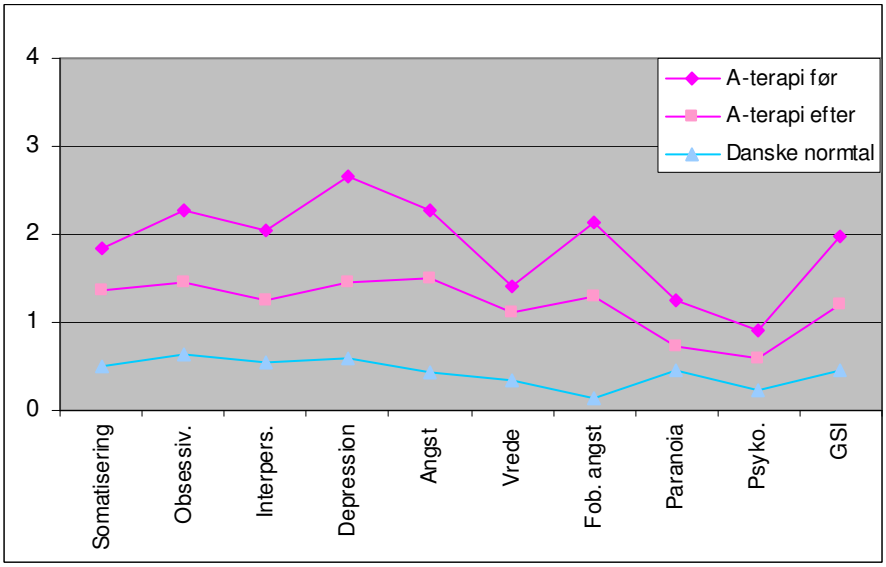
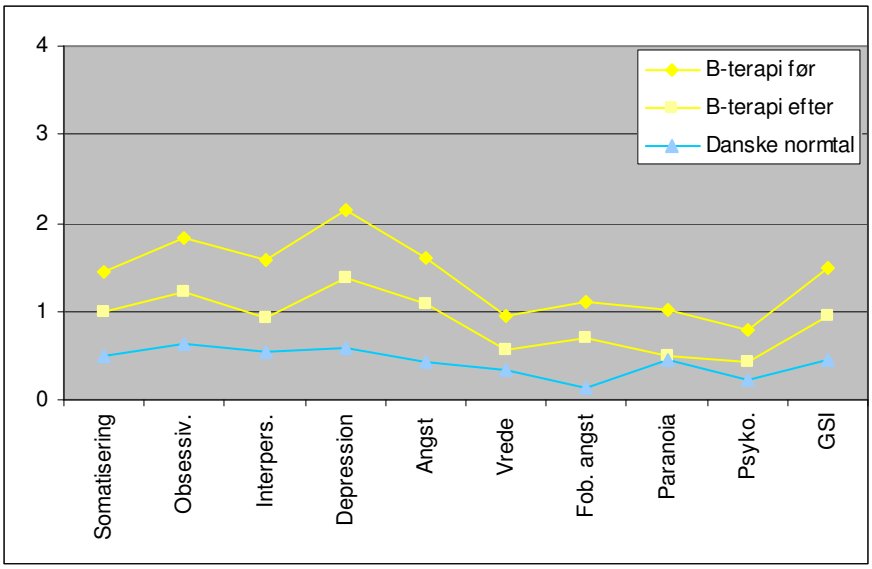


Diagram 8: SCL-90-R før & efter behandling: B-terapi (N = 54)



Af tabel 13 fremgår de enkelte gennemsnitsscore før og efter behandling for alle tre behandlingsniveauer. Ser man på GSI, fremgår det, at for akutgruppen er der tale om en lille ikke signifikant[10] ændring fra før til efter behandling. Omvendt gælder det for terapigrupperne både på A[11]- og B-niveau, at der er tale om en stor signifikant ændring i GSI scoren.

Betragter man effektstørrelserne for de enkelte delskalaer på de forskellige behandlingsniveauer, ses de største effekter i akutgruppen på delskalaerne aggression (d = 1.17) og paranoia (d =.49). Omvendt ses en negativ effektstørrelse på delskalaen obsession (d = -.10). Dette resultat kan tolkes således, at patienterne relativt set er blevet mindre aggressive og paranoide men mere tvangsprægede. I A-terapigruppen ses de største effektstørrelser på skalaerne for depression (d= 2.3), obsession (d = 1.6) og angst (d = 1.6), mens den mindste effekt ses for delskalaen vrede (d =.25). Dette resultat kan tolkes således, at patienterne i A-terapigruppen relativt set er blevet mindre deprimerede, angste og tvangsprægede, men fortsat har et højt niveau af vrede set i forhold til den almene befolkning.

I B-terapigruppen ses de største effektstørrelser på skalaerne for interpersonelle problemer (d = 1.08) og depression (d =.91), mens de mindste effekter ses i forhold til vrede (d =.55) og fobisk angst (d =.55). Dette resultat kan tolkes således, at patienterne relativt set har færre interpersonelle problemer og er mindre deprimerede, mens deres niveau af vrede og fobisk angst allerede fra behandlingsstart lå relativt tæt på normalområdet.

[10] Powerberegning viser, at man med en lille effektstørrelse på 0,25 skal bruge 128 personer for at opnå signifikans på 0,05 niveauet med en power på 0,80.
[11] Powerberegning viser, at med en effektstørrelse på 1,16 skal der bruges 13 personer for at opnå signifikans på 0,01 niveauet med en power på 0,84

Tabel 13: Effektmål – SCL-90-R				
Mål og behandlingstil-bud	**Før behandling Mean (SD)**	**Efter behandling Mean (SD)**	**Signifikans p***	**Effektstørrelser Cohens d***
SCL-90-R (N = 75)				
Akutgruppe				
Somatisering	1.9 (.8)	1.7 (.8)	.457	.32
Obsession	1.9 (1.0)	2.0 (.7)	.919	-.10
Interpersonelt	2.3 (1.1)	2.0 (.8)	.238	.27
Depression	2.7 (.9)	2.6 (.8)	.313	.12
Angst	2.2 (1.1)	2.1 (.8)	.779	.08
Aggression	1.5 (1.2)	1.1 (1.1)	.015*	1.17
Fobisk angst	1.6 (1.0)	1.6 (.8)	.540	.02
Paranoia	1.9 (1.2)	1.5 (1.0)	.114	.49
Psykoticisme	1.4 (.8)	1.3 (.7)	.202	.18
GSI (10)	2.0 (.8)	1.9 (.7)	.207	.25
A-terapi				
Somatisering	1.8 (.8)	1.4 (.9)	.114	.53
Obsession	2.2 (.7)	1.4 (1.0)	.013*	1.06
Interpersonelt	2.0 (.9)	1.2 (1.0)	.011*	.94
Depression	2.6 (.7)	1.5 (1.0)	.005**	2.3
Angst	2.2 (.6)	1.5 (.8)	.022*	1.01
Aggression	1.4 (1.1)	1.1 (1.3)	.099	.25
Fobisk angst	2.1 (1.2)	1.3 (.8)	.062	.74
Paranoia	1.2 (.7)	.7 (.8)	.029*	.80
Psykoticisme	.9 (.5)	.6 (.8)	.044*	.76
GSI (11)	2.0 (.5)	1.2 (.9)	.018*	1.16
B-terapi				
Somatisering	1.5 (.9)	1.0 (.7)	.000***	.63
Obsession	1.8 (.8)	1.2 (.7)	.000***	.84
Interpersonelt	1.6 (.7)	.9 (.7)	.000***	1.08
Depression	2.1 (.8)	1.4 (.8)	.000***	.91
Angst	1.6 (.9)	1.0 (.8)	.000***	.63
Aggression	.9 (.9)	.6 (.6)	.000***	.55
Fobisk angst	1.1 (1.0)	.7 (.7)	.000***	.55
Paranoia	1.0 (.8)	.5 (.6)	.000***	.75
Psykoticisme	.8 (.5)	.4 (.3)	.000***	.67
GSI (54)	1.5).6)	.9 (.5)	.000***	.97
Total GSI (75)	1.6 /.7)	1.1 (.7)	.000***	.87

* Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.05)
** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.01)
*** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.001)
* d= minusværdi = forværring, d = 0.20 = lille effekt, d = 0.50 = middel effekt, d = 0.80 = stor effekt

6.3.5 Patienternes interpersonelle problemer vurderet ved spørgeskema

Dagklinikkens patienter har gennemgående flere interpersonelle problemer set i forhold til en normal norsk befolkningsgruppe (5). Ved behandlingsstart scorer A-gruppen højere end B-gruppen. Der er en tilbøjelighed til, at patienterne i akutgruppen (jf. tabel 1) adskiller sig fra patienterne i A- og B-terapigrupperne ved at være mere dominerende, selvcentrerede og reserverede. Af diagram 9, 10 og 11 fremgår patienternes interpersonelle problemer før og efter behandling set i forhold til norske normtal.

Diagram 9: IIP før & efter behandling: Akutgruppe (N = 10)

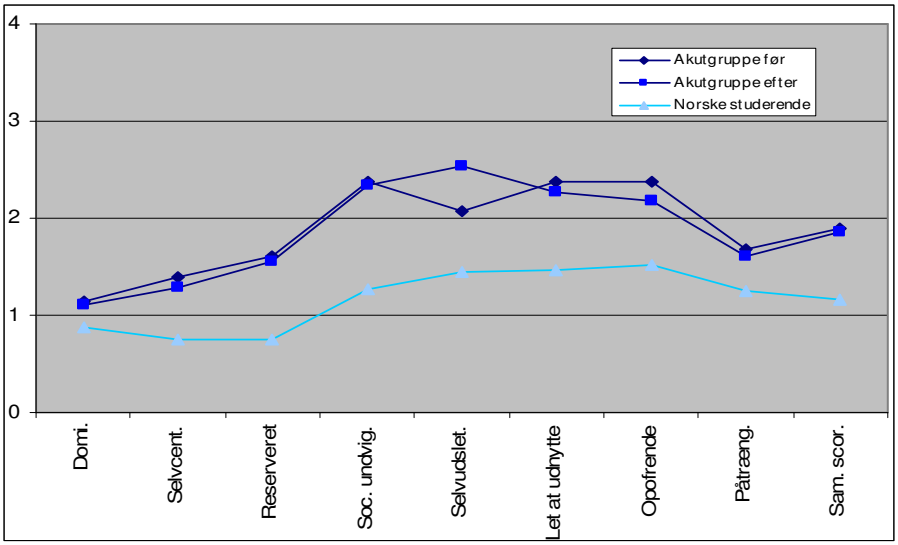


Diagram 10: IIP før & efter behandling: A-terapi (N = 11)

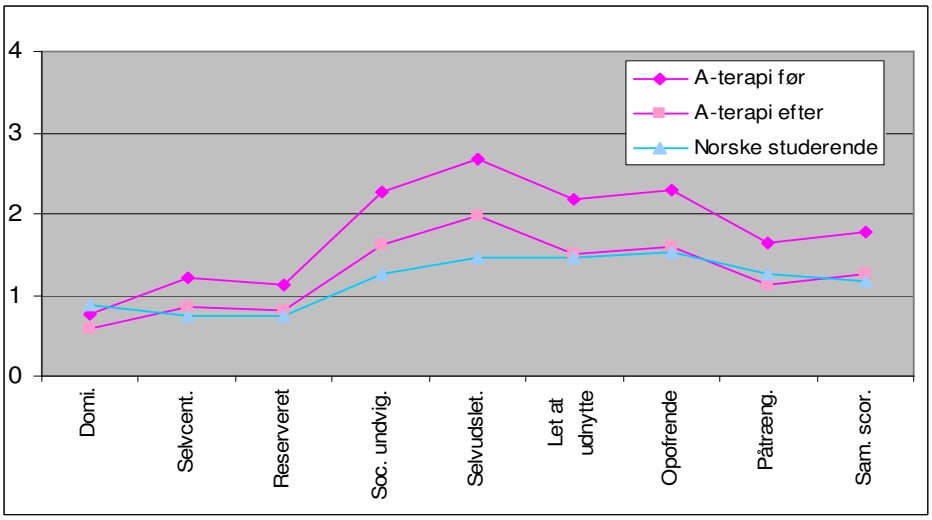
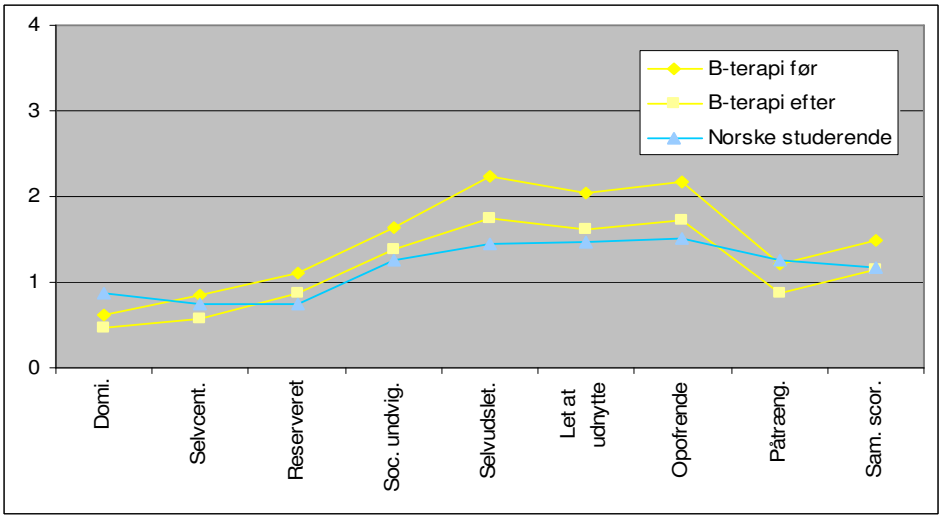


Diagram 11: IIP før & efter behandling: B-terapi (N = 54)



Af tabel 14 fremgår de enkelte gennemsnitscore før og efter behandling for alle tre behandlingsniveauer. Ser man på den samlede score gentages resultaterne fra SCL-90-R. For akutgruppen ses en meget lille ikke-signifikant ændring[12]. Omvendt gælder det for terapigrupperne, at der er tale om store signifikante forskelle i før og efter resultaterne.

Betragtes effektstørrelserne for de enkelte delskalaer ses en markant negativ effektstørrelse for akutgruppen på delskalaen for selvudslettende adfærd (d= -41) samt en positiv effektstørrelse for graden af selvcentrerethed (d =.20). Dette kan tolkes i retning af, at patienterne i akutgruppen er blevet mindre selvcentrerede, men til gengæld mere selvudslettende efter behandlingen. I A-terapigruppen er der tale om store effektstørrelser på skalaerne for selvudslettende adfærd (d = 1.2) og for graden af føjelighed (let at udnytte) (d = 1.02), mens der kun er tale om mindre effekter på skalaen for dominerende adfærd, hvor patientgruppen allerede forud for behandling lå tæt på normalområdet. I B-terapigruppen er der tale om jævnt fordelt store effekter, dog ligeledes med en tilbøjelighed til en mindre effekt på delskalaen vedrørende dominerende adfærd, hvor patientgruppen fra starten af ligger i normalområdet.

Tabel 14: Effektmål – IIP

Mål og behandlingstilbud	Før behandling Mean (SD)	Efter behandling Mean (SD)	Signifikans p*	Effektstørrelser Cohens d*
IIP (N = 75)				
Akutgruppe				
Dominerende	1.1 (1.0)	1.1 (1.0)	.358	.06
Selvcentreret	1.4 (.9)	1.3 (.8)	.624	.20
Reserveret	1.6 (.8)	1.6 (.9)	.759	.06
Soc. undvigende	2.4 (1.2)	2.3 (1.0)	.646	.07
Selvudslettende	2.1 (1.2)	2.5 (1.2)	.441	-.41
Let at udnytte	2.4 (.9)	2.3 (.8)	.674	.16
Opofrende	2.4 (1.0)	2.2 (.8)	.720	.19
Påtrængende	1.7 (.8)	1.6 (.7)	.678	.08
Samlet score (10)	1.9 (.8)	1.8 (.7)	.575	.08
A-terapi				
Dominerende	.8 (.4)	.6 (.4)	.073	.39
Selvcentreret	1.2 (.6)	.8 (.7)	.061	.70
Reserveret	1.1 (.6)	.8 (.7)	.037*	.66
Soc. undvigende	2.3 (.9)	1.6 (.8)	.016*	.99
Selvudslettende	2.6 (.6)	2.0 (.9)	.013*	1.02
Let at udnytte	2.2 (.7)	1.5 (.8)	.014*	1.02
Opofrende	2.3 (.8)	1.6 (.6)	.014*	.93
Påtrængende	1.6 (.9)	1.1 (.6)	.014*	.99
Samlet score (11)	1.8 (.4)	1.3 (.5)	.010**	1.27
B-terapi				
Dominerende	.6 (.5)	.5 (.6)	.028*	.30
Selvcentreret	.8 (.6)	.6 (.6)	.003**	.45
Reserveret	1.1 (.7)	.9 (.7)	.011*	.39
Soc. undvigende	1.6 (.9)	1.4 (1.0)	.008**	.41
Selvudslettende	2.2 (.9)	1.8 (1.0)	.000***	.56
Let at udnytte	2.0 (.7)	1.6 (.9)	.000***	.54
Opofrende	2.2 (.8)	1.7 (9)	.000***	.56
Påtrængende	1.2 (.6)	.9 (.7)	.000***	.58
Samlet score (10)	1.5 (.5)	1.2 (.6)	.000****	.65
Total GSI (75)	1.6 (.5)	1.3 (.7)	.000***	.64

* Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.05)
** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.01)
*** Wilcoxon Signed Ranks Test (2-tailed) (p<.001)
* d= minusværdi = forværring, d = 0.20 = lille effekt, d = 0.50 = middel effekt, d = 0.80 = stor effekt

[12] Powerberegning viser, at med en effektstørrelse på 0,08 ville det kræve 1129 personer at opnå signifikans på 0,05 niveauet med en power på 0,82.

6.4 Vurdering af behandlingsresultater i forhold til NND

I begge terapigrupper er der generelt opnået store ændringer, også set i forhold til de resultater, der er opnået i NND. Årsagerne til det positive resultat kan ikke afklares på det foreliggende grundlag, men de relativt gode resultater i A-terapi gruppen kan måske ses som en konsekvens af en væsentligt længere behandlingstid end i NND, mens de relativt gode resultater i B-terapi gruppen kan skyldes, at denne patientgruppe vurderet ud fra en række baggrundsvariable er bedre fungerende end patienterne i NND.

6.5 Patienterne efter afslutning af den intensive behandling

Som tidligere beskrevet tilbyder Dagklinikken efterbehandling i form af ugentlig gruppeterapi til patienter, der har været i A- eller B-terapi. Ca. halvdelen (44 = 51 %) af patienterne fra terapigrupperne ansøger om denne type af efterbehandling. Den anden store gruppe behandles efterfølgende fortrinsvis af egen læge og i begrænset omfang af privatpraktiserende psykiater. Det drejer sig om i alt 40 patienter (39 %). Hertil kommer, at hovedparten af patienterne i efterbehandlingsgrupperne er i medikamentel behandling, som varetages af egen læge (33 = 75 %). En begrænset del af patienterne, der viderebehandles i efterbehandlingsgruppe eller hos egen læge/psykiater modtager supplerende efterbehandling, fx i form af enkelte kontaktpersonsamtaler, fysioterapi, eller angstgruppe. De sidste 16 patienter (16 %) er patienter, som henvises til anden behandling, hovedsagelig individuelle samtaler i Distriktspsykiatrien, eller patienter, der ikke modtager medicin og samtidig ikke har ønsket/kunnet medvirke til etableringen af andre behandlingsforanstaltninger.

Ved afslutningen af behandlingen planlagde i alt 28 patienter (28 %) at vende direkte tilbage til arbejdsmarkedet eller et afbrudt studie. 54 patienter vender ikke direkte tilbage til arbejdsmarkedet, men skal i arbejdsprøvning eller lignende med henblik på en gradvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Enkelte patienter planlagde at ansøge om pension.

Kapitel 7 - Patienternes tilfredshed og holdninger

Uanset om patienter har medvirket i evalueringen eller ej, har gennemførende patienter fået et tilfredshedsskema, hvor de har kunnet tilkendegive graden af tilfredshed med behandlingen på Dagklinikken. Dette har resulteret i 108 udfyldte spørgeskemaer. Der har været to typer af spørgeskemaer et for A-niveau og et for B-niveau. I alt 10 patienter har udfyldt begge typer af spørgeskemaer, fordi de først har været i akutgruppe og efterfølgende i B-terapi. Ud af de i alt 145 personer, der er mødt til behandling i projektperioden, har således 98 (68 %) besvaret et eller begge tilfredshedsspørgeskemaerne[13].

7.1 A-niveau

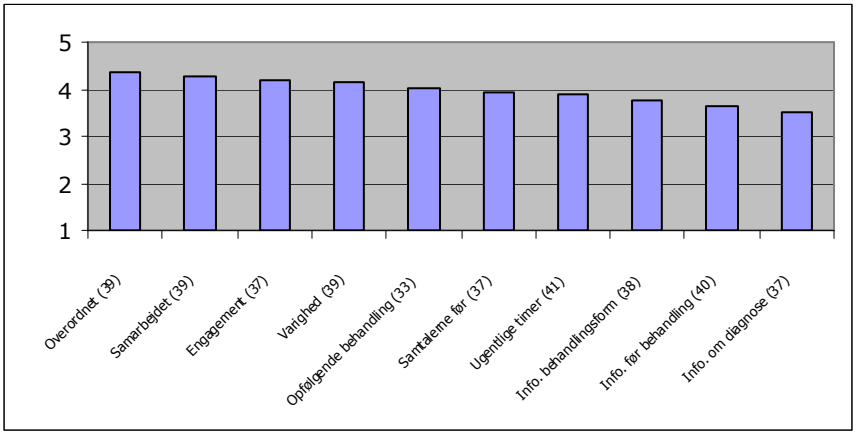
I alt 41 patienter har udfyldt spørgeskemaet. 24 patienter fra akutgruppen, og 17 patienter fra A-terapi. Der er ingen signifikante forskelle i resultaterne mellem de to grupper på A-niveau på nogen som helst variable. Derfor præsenteres resultaterne samlet for hele gruppen af patienter på A-niveau.

7.1.1 Tilfredshed

Tilfredsheden med behandling afhænger delvist af forventninger forud for behandling. Patienterne på A-niveau er karakteriseret ved at 62 % beskriver, at deres forventninger til at Dagklinikken kunne hjælpe dem var "både/og". Relativt få patienter havde store forventninger (35 %), mens kun en enkelt patient (3 %) havde små forventninger.

Af diagram 12 fremgår patienternes tilfredshed med en række forhold i behandlingen. Patienterne er overordnet relativt tilfredse med behandlingen med en gennemsnitsscore på 4.36 på en skala fra 1-5, hvor 5 indikerer "meget tilfredshed". Patienterne er også meget tilfredse med samarbejdet med behandlerne (m = 4.26) og med behandlernes engagement (m = 4.19). Resultater der ydermere støttes af, at henholdsvis 97 % og 86 % af patienterne svarer, at de er helt eller hovedsagelig enige i udsagnene: "Forholdet til mine behandlere har generelt været præget af gensidig respekt", og "jeg er blevet inddraget i min egen behandling på en god måde". I den anden ende af skala er patienterne mindst tilfredse med informationsniveauet.

Diagram 12: Tilfredshed på A-niveau: 41 patienter



Skala: 5 = meget tilfreds, 4 = tilfreds, 3 = hverken/eller, 2 = utilfreds, 1= meget utilfreds

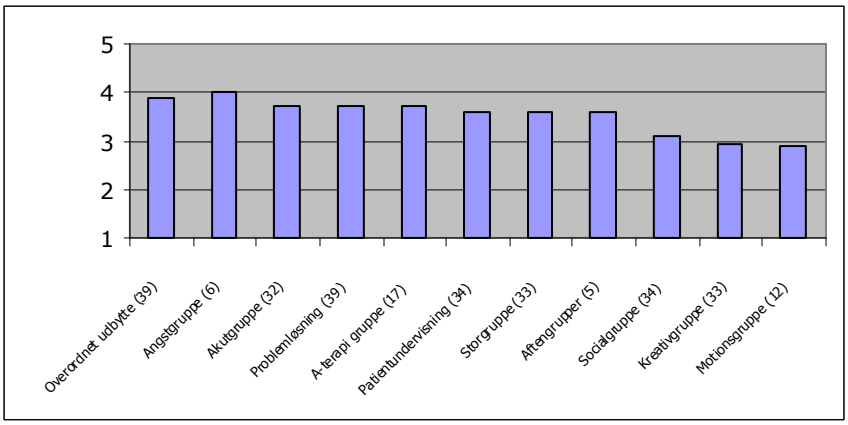
[13] Ud af de 145 patienter, der er mødt i projektperioden er der i størrelsesordenen omkring 15 patienter, som ikke har afsluttet behandling og derfor ikke har kunnet udfylde et tilfredshedsspørgeskema. Reelt er svarprocenten derfor nærmere de 75 % end de 68 %, som her anføres.

7.1.2 Udbytte

Behandlingen på A-niveau er sammensat af mange forskellige grupper med forskellige indfaldsvinkler til patienternes problemer.

Af diagram 13 fremgår patienternes vurdering af eget udbytte af behandlingen overordnet og af de forskellige grupper, der har været tilbudt i projektperioden[14]. Patienterne oplever overordnet et relativt stort udbytte af behandlingen med en gennemsnitsscore på 3,90 på en skala fra 1-5, hvor 5 indikerer et "meget stort udbytte". Angstgruppen opnår den højeste gennemsnitsscore (m = 4.0), dog med et ret begrænset antal af personer (6). Det er udelukkende kreativgruppen/tegneterapigruppen, der fortsat eksisterer blandt de grupper, hvor patienterne oplever et mere begrænset udbytte (motionsgruppe: m = 2.92, kreativgruppe: m = 2.94, socialgruppe: m = 3.12, aftengrupper: m = 3.60 og storgruppe: m = 3.61).

Diagram 13: Vurdering af udbytte A-niveau: 41 patienter



Skala: 5 = meget stort udbytte, 4 = stort udbytte, 3 = hverken/eller, 2 = lille udbytte, 1 = intet udbytte

Patienterne er også blevet spurgt, om de finder det nyttigt, at der er flere forskellige slags grupper og i hvilken grad de synes, der er sammenhæng mellem de forskellige behandlingselementer. Her mener 76 % af patienterne, at det er "nyttigt" eller "meget nyttigt" med forskellige slags grupper, mens ca. 20 % mener, det er "hverken/eller", og kun ca. 5 % finder det "unyttigt" eller "meget unyttigt" med flere slags grupper. 73 % mener, at sammenhængen i behandlingen er "stor" eller "meget stor", mens ca. 20 % mener, den er "hverken/eller" og knap 10 % mener den er "lille" eller "meget lille".

Her følger en række citater, der skal illustrere typiske A-patientvurderinger af sammenhængen i behandlingen:

> *"Først er jeg ked af, at det er slut – men vi starter til tiden og vi slutter til tiden. Jeg synes der er stor sammenhæng – alle ens sanser – tanker – følelser bliver berørt. Jeg ved det har været godt for mig. Nogle gange hårdt, men godt." (stor sammenhæng)*

> *"Efterhånden indser man, at hvis man i en gruppe lærer at løse den ene slags problemer, er man måske ikke så sårbar andre steder. Eller man lærer at åbne sig, hvor man ikke er så sårbar, og kan så de andre steder" (stor sammenhæng)*

> *"Der har til tider været god brug for at kunne tage et problem op i en anden gruppe, hvor der evt. var flere mennesker" (stor sammenhæng)*

[14] Det har ikke været muligt at beregne meningsfulde scorer for depressionsgruppe og forældregruppe, fordi der kun forelægger 1-2 besvarelser fra patienter, der har gennemført behandlingen og været i disse grupper.

"Den eneste sammenhæng har for mig været medpatienter. Men jeg tror grunden til der ikke har været mere sammenhæng, er en blanding af jeg kun har været meget åben i få grupper, men også at jeg lukket følelserne ned mellem de forskellige grupper" (hverken/eller)

"Jeg har følt, at linjerne omkring de forskellige grupper har været meget tydelige. Har hørt og fået at vide flere gange: at det hører ikke til her – det må du tage op i en anden gruppe" (lille)

"De føles som løsrevne dele mere end som et integreret hele" (meget lille sammenhæng)

"Alt for lang ventetid imellem – op til 5 kvarter! Dødkedeligt!" (meget lille sammenhæng)

7.1.3 Individuel socialrådgivning

Patienterne er blevet spurgt om, hvad de har haft brug for individuel socialrådgivning til, og i hvor stor udstrækning individuel socialrådgivning har haft betydning for behandlingen. De områder patienterne har haft brug for individuel socialrådgivning er: forsørgelse (37 %), arbejde/uddannelse (22 %), bolig (20 %), andet (15 %) og samliv (7 %). Gennemsnitlig er betydningen af individuel socialrådgivning for behandlingen tæt på "hverken/eller" (m = 3.09)[15].

7.1.4 Kontaktpersonfunktionen

Patienterne er blevet spurgt om, i hvilken grad de finder det nyttigt for behandlingen at have en kontaktperson. Her svarer hele 73 %, at dette er "meget nyttigt", 24 % at det er "nyttigt" og kun en enkelt patient, at der "hverken/eller". Ingen patienter finder det "meget unyttigt" eller blot "unyttigt" med en kontaktperson.

Her følger en række citater, der skal illustrere typiske A-patientvurderinger af betydningen af kontaktpersonen for behandlingen:

"Der er blevet samlet op hele tiden omkring min person. Jeg har følt mig tryggest ved hende, hvilket har været altafgørende i tilspidsede perioder for min fortsættelse på stedet. En der har været på min side – hele tiden, hvis man kan sige det sådan" (meget nyttig)

"Frirum, buffer, vejleder, tid, nærhed, forståelse og spark i røven" (meget nyttig)

"Hjælp til at finde ud af hvad jeg skulle snakke om i de andre grupper, hjælp til at snakke, hvis jeg ikke fik det ud i grupperne. Strukturere min hverdag hjemme (meget nyttig)

"Hun har lært mig at tænke højt, og jeg har fået mange gode råd og redskaber med mig, og det har været muligt at få en samtale, når der har været brug for det" (meget nyttig)

"Jeg synes det har været en god støtte, at jeg har haft en kontaktperson. For nogen gange har jeg også haft brug for at snakke på 2 mands hånd, så det har været rart at have en ekstra støtte" (nyttig)

7.1.5 Det sociale miljø

Det sociale miljø med andre patienter vurderes af patienterne som meget positivt for deres behandling. Således svarer hele 40 %, at det sociale har haft en "meget positiv betydning", mens 47 % svarer, at betydningen har været "hovedsagelig positiv". 10 % af patienterne svarer, at betydningen har været "hverken/eller", mens kun en enkelt svarer, at betydningen har været "hovedsagelig negativ".

Her følger en række citater, der skal illustrere typiske A-patientvurderinger af betydningen af det sociale miljø for behandlingen:

[15] Denne score må tages med visse forbehold, idet kun 23 patienter har besvaret spørgsmålet om betydning, hvilket kunne tyde på, at der er problemer med forståelsen af dette item i spørgeskemaet.

"Det har været rart at omgås de andre patienter, fordi vi ligesom er i samme båd. Det har været rart at udveksle sine tanker og følelser til de andre, og at det man siger, ikke lyder dumt/fjollet i deres ører fordi de ofte kan genkende det, man siger" (meget positiv betydning)

"Jeg er blevet mere åben, har turdet sige mere både i og uden for grupperne" (meget positiv betydning)

"Det har været med til, jeg har fået lukket op for nogle ting – det var lidt svært i starten, men siden hen godt. Vi bruger hinanden en del – det sociale er en vigtig del. Jeg fandt ud af at de andre havde det som mig – fik den samme medicin. Jeg kunne se mig selv i mange situationer – det har været en stor hjælp" (hovedsagelig positiv betydning)

"At det har været rart der var andre, men det har også været irriterende nogen gange, da folk brokkede sig meget" (hovedsagelig positiv betydning)

"kan se at værestedsfunktionen er vigtig for nogle patienter, men jeg tror ikke jeg rigtig har haft behov for den. Dog har jeg svaret neutralt fordi jeg ikke helt kan udelukke at det har medvirket til jeg har fået det bedre (for det har jeg). Jeg har ikke klarhed over præcis hvilke elementer i behandlingen der har gjort at jeg har fået det bedre" (neutral)

7.1.6 Transporttid og specialisering

Patienterne er blevet bedt om at angive, hvor lang tid de generelt har brugt på at komme fra hjemmet til behandling, og hvor lang tid de er villige til at bruge på transport for at komme frem til et behandlingssted, hvor behandlingen er målrettet deres sygdom

Tabel 15: Transporttid

Tid	Gennemsnit	Median	Minimum	Maksimum
Transport fra hjem til Dagklinik (hver vej)	59 min.	40 min.	15 min.	120 min.
Villig til at bruge på transport (hver vej)	61 min.	60 min.	30 min.	120 min.

Den gennemsnitlige transporttid til behandling ligger forholdsvis tæt på grænsen for, hvad patienterne synes de er villige til at bruge på at nå frem til behandling, der er målrettet deres sygdom. I forlængelse heraf er de blevet spurgt om betydningen af transporttiden på deres fremmøde. Her mener 36 % at transporttiden har haft "meget" eller "hovedsagelig" positiv betydning, mens 46 % mener betydningen har været "neutral", og 18 % mener betydningen har været "meget" eller "hovedsagelig" negativ.

Endelig er patienterne på A-niveau blevet bedt om at tage stilling til, om de finder det vigtigst, at behandlingen foregår tæt på hvor de bor, eller om det er vigtigst, at behandlingen er specielt rettet mod deres sygdom. 37 patienter (100 %) svarer, at det er vigtigst, at behandlingen er specialiseret.

7.2 B-niveau

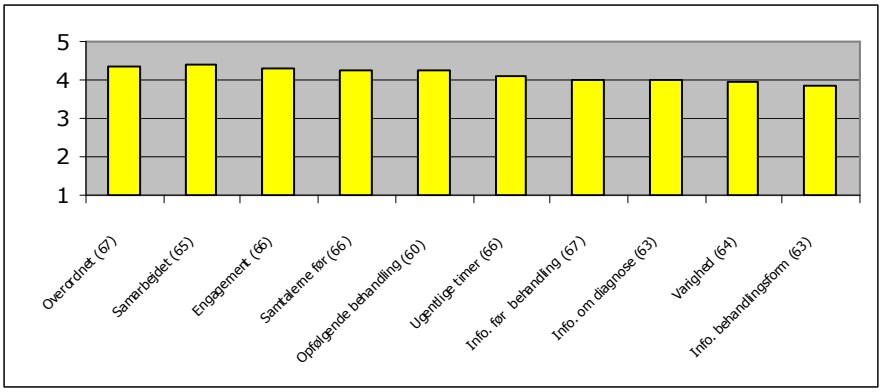
I alt 67 patienter har besvaret spørgeskemaet. Idet der i alt har været 80 patienter i behandling på B-niveau i behandlingsperioden er svarprocenten på 84 % ganske stor.

7.2.1 Tilfredshed

Tilfredshed med behandling afhænger delvist af forventninger forud for behandling. I forhold til patienterne på A-niveau har flere patienter små forventninger til, at Dagklinikken kunne hjælpe dem (21 %), mens færre svarer både/og (44 %). Andelen af patienter med store forventninger er den samme som på A-niveau (35 %).

Af diagram 14 fremgår patienternes tilfredshed med en række forhold i behandlingen. Patienterne er overordnet relativt tilfredse med behandlingen med en gennemsnitsscore, der er identisk med den overordnede score for A-niveauet (m = 4.36) på en skala fra 1-5, hvor scoren 5 indikerer "meget tilfreds". Som det fremgår af grafen, er der generelt tilfredshed omkring de fleste forhold vedr. behandlingen på B-niveau. I den meget høje ende finder vi ligesom på A-niveau forhold, der angår samarbejdet med behandlerne (m = 4.40) og behandlernes engagement (m = 4.30). Resultater der ydermere støttes af, at henholdsvis 89 % og 87 % af patienterne svarer, at de er helt eller hovedsagelig enige i udsagnene: "Forholdet til mine behandlere har generelt været præget af gensidig respekt", og "jeg er blevet inddraget i min egen behandling på en god måde". I den anden ende af skalaen er patienterne på B-niveau mindst tilfredse med informationen om behandlingsformen (m = 3.84).

Diagram 14: Tilfredshed B-niveau: 67 patienter



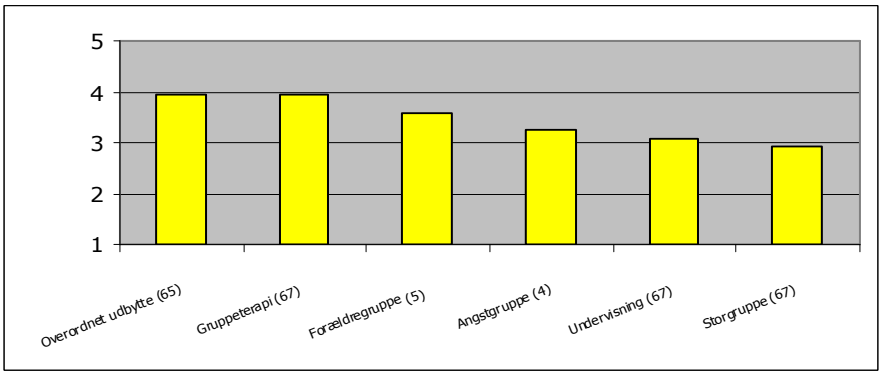
Skala: 5 = meget tilfreds, 4 = tilfreds, 3 = hverken/eller, 2 = utilfreds, 1= meget utilfreds

7.2.2 Udbytte

Behandlingen på B-niveau er sammensat af elementerne: gruppeterapi, storgruppe og patientundervisning. Herudover deltager enkelte patienter i angstgruppe og forældregruppe efter behov.

Af diagram 15 fremgår det, at patienterne overordnet oplever et relativt stort udbytte af behandlingen med en gennemsnitsscore på 3.95 på en skala fra 1-5, hvor 5 indikerer et "meget stort udbytte". Gruppeterapi er det element i behandlingen, patienterne vurderer giver dem størst udbytte (m = 3.96), dernæst kommer forældregruppe (m = 3.60) og angstgruppe (m = 3.25), dog begge scorer, der er baseret på ret få informanter. I den tunge ende vurderer patienterne et begrænset udbytte af både patientundervisningen (m = 3.09) og storgruppe (m = 2.94).

Diagram 15: Vurdering af udbytte B-niveau: 67 patienter



Skala: 5 = meget stort udbytte, 4 = stort udbytte, 3 = hverken/eller, 2 = lille udbytte, 1 = intet udbytte

Patienterne på B-niveau er også blevet bedt om at vurdere nyttigheden af, at der indgår flere forskellige slags grupper i deres behandling, og om de synes, der er sammenhæng mellem de forskellige behandlingselementer. Her mener 74 % af patienterne, at det er "nyttigt" eller "meget nyttigt" med forskellige slags grupper, mens 23 % mener, det er "hverken/eller", og kun 2 patienter (3 %) finder det "unyttigt". I forhold til sammenhæng i behandlingen oplever patienterne på B-niveau mindre sammenhæng i behandlingen end på A-niveau, idet kun 39 % mener, at sammenhængen er "stor" eller "meget stor", mens 38 % mener den er "hverken/eller", og 23 % mener, den er "lille" eller "meget lille". Et resultat der ligger godt i forlængelse af patienternes vurdering af et ret begrænset udbytte af behandlingselementerne patientundervisning og storgruppe.

Her følger en række citater, der skal illustrere typiske B-patientvurderinger af sammenhængen i behandlingen:

> *"Det at kunne sige sine problemer i et større offentligt forum er med til at give en større bearbejdelse af ens problemer, man tør at komme på banen, og der kan sidde flere med samme problem, uden de måske selv er klar over det" (meget stor)*
>
> *"Til tider har terapien i storgruppen været for meget præget af banaliteter" (stor)*
>
> *"Passende tid i den lille gruppe og rart med nogen andre emner og personer i storgruppen, synes bare det fungerede fint!" (stor)*
>
> *"Storgruppen er et væsentligt supplement til terapigruppen mens undervisning har virket mere tilfældig og løsrevet" (stor)*
>
> *"Lille og storgruppe er gode hver for sig. Der bliver generelt snakket dybere om tingene i lillegruppen, fordi vi kender hinanden bedre" (hverken/eller)*
>
> *"For mange ubekendte i storgruppe. til at jeg turde fortælle om mig selv (meget lille)*
>
> *"Har ikke været i storgruppen, da det var for meget og for angstprovokerende for mig" (meget lille)*

7.2.4 Individuel social rådgivning

Patienterne er blevet spurgt om, hvad de har haft brug for individuel socialrådgivning til, og i hvor stor udstrækning individuel socialrådgivning har haft betydning for behandlingen. De områder patienterne har haft brug for individuel socialrådgivning er: arbejde/uddannelse (51 %), forsørgelse (28 %), børn (15 %), andet (9 %) og bolig (6 %). Set i forhold til patienterne på A-niveau har væsentligt flere B-patienter således haft brug for individuel socialrådgivning i forhold til spørgsmål om arbejde og uddannelse. Gennemsnitlig er betydningen af individuel socialrådgivning for behandlingen tæt på "hverken/eller" (m = 3.15)[16].

7.2.4 Det sociale miljø

Det sociale miljø med andre patienter vurderes af patienterne som meget positivt for deres behandling. Hele 64 % svarer, at det sociale miljø har "meget positiv" betydning, mens 25 % svarer, at det hovedsagelig har positiv betydning. Kun 9 % svarer, at betydningen er "neutral" og en enkelt patient har oplevet det sociale miljø som havende "hovedsagelig negativ betydning". Patienterne er derudover blevet spurgt om, hvilken betydning de vurderer det har for deres behandling, at de spiser frokost sammen de tre dage, de er i behandling.

[16] Denne score må som på A-niveau tages med visse forbehold, i det kun 40 patienter har besvaret spørgsmålet om betydning, hvilket kunne tyde på, at der er problemer med forståelsen af dette item i spørgeskemaet.

Her svarer 64 %, at dette har "meget positiv betydning", 25 % at betydningen er "hovedsagelig positiv", og 8 % at betydningen er "neutral".

Her følger en række citater, der skal illustrere typiske B-patientvurderinger af betydningen af det sociale miljø og frokostens betydning for behandlingen.

> *"Det hyggelige samvær omkring frokosten er med til at man hurtigere bliver tryg i gruppen. Det har været godt og givende med et frirum, hvor der blot kunne småsludres, men hvor der også var mulighed for at debattere livets små og store spørgsmål! Det at være sammen med den anden gruppe gjorde også at det var lettere at slippe gruppeterapien og beskæftige sig med noget i en helt anden retning" (meget positiv betydning)*

> *"Det at tale med andre som også har problemer har gjort at omgangs tonen har været positiv til tider løssluppen og det har haft den virkning på mig, at jeg har kunnet slappe af efter terapien inden jeg skulle hjem og derved nået at kaste alle problemerne fra mig" (meget positiv betydning)*

> *"Da jeg kan have svært ved at være tæt på andre så har det været en rigtig god øvelse i og med disse mennesker kender mig meget bedre end almindelige veninder. Så det har været lettere at åbne op. Det at frokosten er en del af behandlingen synes jeg er godt netop fordi man bliver tvunget ud i noget socialt og har muligheden for at se, hvordan man virker på folk, fordi man kan tage det op i gruppen eller måske giver de andre en noget feedback" (hovedsagelig positiv betydning)*

> *"Jeg har ikke haft styrke til at komme til orde og har taget de store problemer med mig" (neutral)*

> *"Om jeg spiste der elle hjemme var lige fedt. Nogle gange var det direkte irriterende. Især i starten da jeg var en af de yngste" (neutral)*

7.2.5 Transporttid og specialisering

Patienterne er blevet bedt om at angive, hvor lang tid de generelt har brugt på at komme fra hjemmet til behandling, og hvor lang tid de er villige til at bruge på transport for at komme frem til et behandlingssted, hvor behandlingen er målrettet deres sygdom.

Tabel 16: Transporttid

Tid	Gennemsnit	Median	Minimum	Maksimum
Transport fra hjem til Dagklinik (hver vej)	39 min.	30 min.	5 min.	90 min.
Villig til at bruge på transport (hver vej)	96 min.	60 min.	30 min.	150 min.

I forhold til patienterne på A-niveau ses en noget kortere transporttid, mens antallet af minutter, de er villige til at bruge på at nå frem til behandling, er ens vurderet ud fra medianen. I overensstemmelse med dette resultat svarer færre (11 %), at transporttiden har haft "meget" eller "hovedsagelig negativ" betydning for deres fremmøde. Hovedparten af patienterne (72 %) svarer, at transporttiden har haft "neutral betydning". 16 % svarer, at transporttiden har haft "meget" eller "hovedsagelig positiv" betydning for deres fremmøde.

Endelig er patienterne på B-niveau også blevet bedt om at tage stilling til, om de finder det vigtigst, at behandlingen forgår tæt på hvor de bor, eller om det er vigtigst, at behandlingen er specielt rettet mod deres sygdom. 59 patienter (94 %) svarer, at det er vigtigst, at behandlingen er specialiseret.

Kapitel 8 - Sammenfatning og perspektivering

I dette kapitel opsummeres hovedresultater fra undersøgelsen, som sættes i perspektiv i forhold til resultater opnået i lignende behandlingstilbud eller i forhold til normtal.

Dagklinikken for specialiseret behandling af ikke-psykotiske lidelser har et differentieret behandlingstilbud til patienter med forskellig grad af sygdomsbelastning.
I projektperioden fra marts 2005 til marts 2007 er i alt 145 patienter mødt til behandling i et eller flere af Dagklinikkens intensive behandlingstilbud. Ud af disse har i alt 103 patienter deltaget i en omfattende evaluering af behandlingen.

8.1 Diagnoser og kliniske karakteristika

Undersøgelsen bekræfter relevansen af Dagklinikkens differentierede behandlingstilbud. De diagnostisk set mest belastede patienterne behandles i et 5-dages tilbud (A-niveau). Behandlingen på A-niveau er yderligere opdelt i en akutgruppe, hvor patienterne ofte modtages med kort varsel fra døgnafsnit eller skadestue, og i en A-terapigruppe for patienter med behov for intensiv psykoterapeutisk behandling. De diagnostisk set mindre belastede patienter får tilbudt 3-dages behandling (B-niveau).
Som samlet gruppe er de hyppigste aktuelle syndromdiagnoser angsttilstande og depression, mens de hyppigste personlighedsdiagnoser er evasiv og borderline personlighedsstruktur. Omkring 80 % har både en syndromdiagnose og en personlighedsforstyrrelse, mens godt en tredjedel har både en syndromdiagnose og to eller flere personlighedsforstyrrelser.

Undersøgelsen viser nogle af de forskelle, der er mellem patienterne i de tre behandlingstilbud, hvilket stemmer overens med den måde behandlingen er tilrettelagt. På A-niveau kan der skelnes mellem akutgruppe og A-terapipatienter ved, at A-terapipatienterne har flere diagnoser både hvad angår syndromlidelser og personlighedsstruktur end akutpatienterne. Omvendt kan der skelnes mellem patienter på A- og B-niveau ved, at B-terapipatienterne har færre diagnoser, igen både hvad angår syndromlidelser og personlighedsstruktur. Derudover kan der skelnes ved, at patienterne på A-niveau, særligt i A-terapi gruppen (63 %) ofte har en borderline personlighedsforstyrrelse, mens patienterne på B-niveau ofte har en evasiv personlighedsforstyrrelse (38 %).

Patienterne i de forskellige behandlingstilbud på Dagklinikken kan endvidere beskrives i forhold til en række andre centrale kliniske karakteristika. Patienterne på A-niveau adskiller sig fra patienterne på B-niveau ved, at signifikant flere har været indlagt tidligere, har været udsat for seksuelt misbrug, har haft selvbeskadigende adfærd, har forsøgt selvmord, har aktuelle selvmordstanker og ved typen af psykofarmakologisk behandling (antidepressiva, antipsykotika og sovemedicin).

Sammenligner man patienternes diagnoser og kliniske karakteristika på Dagklinikken med andre relevante undersøgelser, ser det ud til, at det primært er A-terapigruppen, der ligner behandlingsgruppen i det norske netværk af dagafdelinger (1) og psykoterapeutisk afsnit i Aalborg (3). Det vurderes, at patienttypen som behandles i Dagklinikkens B-niveau ikke tilbydes intensiv behandling nogle af de to pågældende steder.

8.2 Behandlingsforløb

Opgjort for alle patienter, der er mødt til behandling i projektperioden, er frafaldsprocenten på omkring en fjerdedel, hvilket svarer til det almene niveau for specialiseret behandling af denne patientgruppe. For den samlede gruppe er patienter, der dropper ud, signifikant yng-

re end dem, som gennemfører behandlingen. Behandlingsvarigheden er længst i A-terapigruppen (34 uger), dernæst i B-terapi (18 uger) og kortest i akutgruppen (10 uger). Behandlingsstabiliteten er som forventet størst i B-terapi, dernæst i A-terapi og mindst i akutgruppen.

8.3 Resultater

Der er generelt fundet signifikante forskelle i scorer før og efter behandling for patienter, der har været i behandling i Dagklinikkens terapigrupper, både på A- og B-niveau.

8.3.1 Akutgruppe

Patienterne i akutgruppen er en blandet, inhomogen gruppe. Dette gør, at opgørelsen af resultaterne fra disse patienter er noget kompliceret (tabel 1).

Ser man på samtlige patienter, der er startet behandling i akutgruppen, overgår ca. halvdelen til en af terapigrupperne, mens den anden halvdel gennemfører behandlingen udelukkende i akutgruppen. Før-efter resultaterne fra gruppen, der *udelukkende* har været i behandling i akutgruppen, er imidlertid negativt fordrejede, da de ikke inkluderer data fra patienterne der overgår fra akutgruppebehandling til en af terapigrupperne. Det kan netop ses som en indikation på bedring, at patienterne er i stand til at overgå til mere intensiv terapi.

Den største ændring i scorer ses i forhold til personalets vurdering af GAF og i forhold til patienternes egne vurderinger af genen fra deres subjektivt formulerede problemer (målproblemer), hvor der i begge tilfælde er signifikante forskelle på før og efter scorerne. Resultaterne fra patienternes spørgeskemabesvarelser vedrørende aktuelle symptomer og interpersonelle problemer viser en begrænset forskel mellem scorerne fra før til efter behandling. Positive forandringer målt ved GAF og subjektive klager kan udlægges således, at patienterne er blevet hjulpet over en kritisk periode og oplever at have fået hjælp til deres umiddelbare klager. De manglende ændringer målt ved spørgeskemaer kan samtidig ses som udtryk for, at der i den korte behandlingsperiode ikke er rykket afgørende ved patienternes dybere psykiatriske symptomer.

Det er vanskeligt at bestemme årsagerne til de mere svingende resultater fra akutgruppen, men det er væsentligt at holde følgende forhold for øje. For det første, er der tale om en væsentlig kortere behandlingstid end for terapigrupperne. For det andet er akutgruppen mere lagt an på støtte end terapi. Endelig er der tale om patienter, som enten ikke selv har ønsket terapi eller vurderet egnet hertil af behandlingsansvarlige læge. På baggrund af disse forhold må man have mere begrænsede forventninger til behandlingsresultatet.

8.3.2 A-terapi

For A-terapigruppen er der opnået moderate til store effektstørrelser på alle effektmål og til trods for de statistiske begrænsninger af et lavt antal patienterne, er der opnået signifikante forskelle i scorerne fra før til efter behandling vedrørende trivsel og livskvalitet, genen af målproblemer samt på en række mål for specifikke psykiatriske symptomer og interpersonelle problemer.

8.3.3 B-niveau

På B-niveau er resultaterne statistisk solide, fordi der foreligger data fra relativt mange patienter. For B-terapi gælder det, at der opnås moderate til store effektstørrelser på stort set alle effektmål, og at forskellene fra før til efter behandling i de fleste tilfælde er højsignifikante. Endvidere er det væsentligt, at hovedparten at patienterne på B-niveau efter afslutningen af den intensive behandling er i stand til at vende tilbage på arbejdsmarkedet.

Resultaterne viser, at der ved intensiv terapi for denne gruppe patienter kan opnås store forandringer på relativt kort tid og med relativt få personalemæssige ressourcer. Det vurderes samtidigt, at denne gruppe af patienter ofte ikke modtager tilstrækkeligt med behandling i primærsektoren.

8.4 Tilfredshed og holdninger

Både patienter på A-niveau og på B-niveau har besvaret et spørgeskema, hvor de har kunnet tilkendegive deres tilfredshed, vurderinger og holdninger til behandlingen. Den overordnede tilfredshed ligger på begge behandlingsniveauer relativt højt, og der er en særlig høj grad af tilfredshed med samarbejdet med behandlerne. Også udbyttet af behandlingen vurderer patienterne både på A- og B-niveau som stort.

På A-niveau vurderes det, at udbyttet fra akutgruppen, A-terapigruppen, angstgruppen og problemløsningsgruppen i alle tilfælde har været stort. Langt hovedparten af patienterne på A-niveau vurderer desuden, at det er nyttigt med forskellige slags grupper, og at der er stor sammenhæng mellem de forskellige behandlingselementer. Stort set alle patienterne på A-niveau finder det desuden nyttigt eller meget nyttigt, at de har en kontaktperson tilknyttet.

På B-niveau vurderer patienterne et stort udbytte af gruppeterapien, mens deres vurdering af patientundervisning og storgruppe er et neutralt udbytte. I lighed med A-niveauets patienter oplever hovedparten, at det er nyttigt med forskellige slags grupper, men til forskel fra patienterne på A-niveau oplever under halvdelen af patienterne, at sammenhængen mellem elementerne i behandlingen er stor eller meget stor.

Det sociale miljø (inklusiv frokost) omkring behandlingen har på begge behandlingsniveauer ifølge stort set alle patienterne haft en meget positiv betydning for deres behandlingsforløb. Det vurderes, at patienternes gensidige støtte til hinanden sandsynligvis har en meget positiv virkning på behandlingsfremmødet og derigennem tilknytningen til hele Dagklinikken.

På både A-niveau og B-niveau er der en tilbøjelighed til, at patienter er mindst tilfredse (neutrale) i forhold til informationsniveauet vedrørende forskellige aspekter omkring behandlingen. Dette til trods for, at der bruges relativt mange ressourcer på at informere patienterne. Årsagerne til resultatet skyldes sandsynligvis både forhold hos patienterne og i den måde som informationerne formidles på.

Endelig er patienter blevet spurgt om en række forhold vedrørende transporttid og specialisering. Kun fire patienter ud af samtlige adspurgte, mener det er vigtigere, at behandlingen er tæt på deres hjemsted, end at den er specialiseret i forhold til deres sygdom. I forlængelse af dette synes der på begge niveauer at være enighed om, at smertegrænsen for transporttid hver vej til og fra specialiseret behandling er en time.

Kapitel 9 - Konklusion

Samlet kan det konkluderes, at der i denne undersøgelse findes belæg for at arbejde videre med en fortsat behandlingsdifferentiering, metodeudvikling og specialisering inden for området af de ikke-psykotiske lidelser, ikke mindst personlighedsforstyrrelserne.

I terapigrupperne på begge behandlingsniveauer er der opnået moderate til store effektstørrelser på næsten samtlige effektmål og signifikante forskelle fra før til efter behandling vedrørende funktionsniveau, psykiatriske symptomer, trivsel, interpersonelle problemer og subjektive klager. Resultaterne fra akutgruppen kan med visse forbehold tolkes sådan, at patienterne er blevet hjulpet igennem en kritisk periode og oplever at have fået hjælp til en række konkrete subjektive klager. Samtidig med dette oplever disse patienter dog ikke større forandringer i deres dybere psykopatologi.

Mere overordnet viser undersøgelsen, at de adspurgte patienter i alle behandlingstilbud udtrykker en høj grad af tilfredshed og vurderer, at udbyttet af behandlingen har været stort.

Vurderet ud fra en række centrale variable er patienterne i A-behandlingen i de fleste tilfælde rykket et stort skridt nærmere på normalområdet, mens mange patienter i B-behandlingen efter behandling har bevæget sig inden for (den nedre del af) normalområdet. Til trods for disse store forandringer, vil mange patienter helt som forventet fortsat være sårbare og have brug for efterbehandling i større eller mindre udstrækning. På nuværende tidspunkt tilbyder Dagklinikken kun en type af efterbehandling (ugentlig gruppeterapi), som godt halvdelen af patienterne vælger at gøre brug af. Som led i den videre udvikling af Dagklinikken, vil det være centralt med en nærmere afklaring af, om der også på dette område er brug for mere differentierede behandlingstilbud.

I fremtiden vil der endvidere være behov for kontrollerede undersøgelser, hvor det med større sikkerhed kan afklares, at de store forandringer i patienternes tilstand kan tilskrives behandlingen på Dagklinikken. Der er endvidere brug for undersøgelser af patienternes tilstand i en længere periode efter behandlingen, både hos patienter, der afsluttes fra Dagklinikken og hos dem, der fortsætter i efterbehandlingsgrupper.

Bilag I: Beskrivelse af behandlingselementerne i Dagklinikken

Det følgende er en kort beskrivelse af de elementer, der indgår i Dagklinikkens behandling. Åbningstiden i Dagklinikken er fra kl. 8.00-16.00 mandag til torsdag og 15.00 fredag. Overordnet set er tilbudet som sådan:

Behandling

- A-niveau – akut 5 dage om ugen, variabel varighed
- A-niveau – terapigruppe 5 dage om ugen, varighed 4-6 måneder
- B-niveau – 3 dage om ugen, behandling 4 måneder med mulighed for forlængelse
- Efterbehandlingsgruppe 1½ time 1 gang om ugen min. 4 mdr. og maksimalt 1½ år

A-niveau

Behandlingen på A-niveau foregår i det tidligere afsnit 33. A-niveauet rummer to behandlingsmoduler:

- A-akutgruppe
- B-terapigruppe

I begge moduler møder patienterne 5 dage om ugen i et planlagt ugeprogram. Ugeprogrammet er en fast pakke, som man deltager i, men der kan laves specialaftaler efter behov. Programmet er planlagt, således at tilstedeværelsen kan nedtrappes i forbindelse med afslutningen af behandling til 4 og 3 dage inden afslutningen.

Indhold i program på A-niveau:

Akutgruppe

Heri indgår akut nyhenviste patienter samt patienter, som ikke vurderes at skulle indgå i terapigruppen. Gruppen mødes 45 min. 3 dage om ugen. Alle akutte patienter deltager i denne gruppe straks efter behandlingsstart. I gruppen er der fokus på her og nu, hvordan klarer man dagligdagen med de gener, der nu er, hvordan er det at være syg, hvordan kommunikerer man om dette, tanker om fremtiden, og hvad der ellers er relevant. Gruppeterapien foregår efter gruppeanalytisk metode, men meget modificeret med aktiv styring fra terapeuterne. Der er to terapeuter i gruppen. Disse varetager overholdelse af rammerne samt sørger for en relevant dialog, og at alle kommer frem i gruppen. Ordet er imidlertid frit, der er ingen taleliste og ingen dagsorden. Der lægges op til dialog mellem de enkelte deltagere. Behandlingsvarigheden i denne gruppe er individuel efter behov. Nogle patienter deltager i denne gruppe i hele deres behandlingsperiode.

Terapigruppe

Patienterne i denne gruppe er visiteret til et gruppeterapeutisk forløb af min. 4 måneders varighed. Gruppen mødes 1½ time 2 gange om ugen. Der er 7 patienter i gruppen og 2 terapeuter. Gruppen er slow-open, dvs. nye patienter kommer ind, når en anden slutter. Deltagelse i terapigruppen kræver en rimelig stabilitet, og at der ikke er noget pågående akut alkohol- eller andet misbrug. Fokus i denne gruppe er rettet meget mod reaktionsmønstre, såvel på adfærd som tanke- og følelsesplan. Der arbejdes med at opnå en vis form for indsigt, men fokus er også her i vid udstrækning på her og nu. I løbet af behandlingen vil de fleste patienter imidlertid også komme ind på deres relationer til forældre og fortidens oplevelser. Behandlingen forlænges ofte til 6 måneder.

Kreativgruppe

Der er to kreativgrupper: En for patienter fra akutgruppen og en for patienter i terapigruppen. Der arbejdes kreativt med tegning, maling og lign. mhp. at udtrykke sig følelsesmæssigt gennem dette. Gruppen mødes 1 time om ugen. Der er 2 terapeuter. Man deltager i gruppen, medmindre andet er planlagt.

Problemløsningsgruppen

Denne gruppe er for alle patienter, der er i behandling på A-niveau. Gruppen mødes 1 time om ugen. Der er 2 terapeuter. Gruppen arbejder kognitivt med problemløsning, således organiseret at en patient tager et problem op og den øvrige gruppe hjælper med at udarbejde løsninger. Næste gang samles op på, hvordan problemløsningen forløb. Alle patienter deltager i denne gruppe, medmindre andet er besluttet.

Socialgruppen

Gruppen mødes 1 time om ugen. Der er 2 terapeuter. Der er fokus på sociale forhold, økonomi, bolig og arbejdsproblematikker. Gruppen har kognitiv og rådgivende karakter,

men lægger også op til dialog og erfaringsudveksling mellem patienterne. Gruppens ene terapeut er afdelingens socialrådgiver, den anden er fra plejegruppen. Alle patienter på A-niveau deltager i denne gruppe, medmindre andet er besluttet. Gruppen er for alle patienter på A-niveau.

Storgruppe
Alle patienter på A-niveau deltager i storgruppen. Storgruppen mødes 1 time om ugen. Fokus er her på, hvordan det er at være i Dagklinikken, miljøet i afdelingen, hvad der sker, hvilke problemer der er mellem patienterne eller mellem patient og personale, hvordan det er at være psykisk syg m.m. Der lægges her op til dialog mellem patienterne. Gruppen er ikke egentlig rådgivende eller vejledende, men et rum til refleksion, undersøgelse og overvejelse. 3 terapeuter deltager i gruppen. Terapeuternes rolle er at holde rammen samt sørge for, at der er en aktiv diskussion i gang i gruppen samt modulere angstniveauet.

Morgenmøde
Morgenmødet holdes 1 gang om ugen, hvor ugens indhold gennemgås, og de praktiske opgaver fordeles. Patienterne er ordstyrere på skift. Alle patienter på A-niveau deltager. Der deltager 2-3 medarbejdere.

Patientundervisning/psykoedukation
Alle patienter på a-niveau deltager. Undervisningen afholdes 45 min. en gang om ugen. Der undervises i relevante psykologiske/psykiatriske emner med bred interesse for hele patientgruppen, fx personlighedsforstyrrelse, angst, depression, netværk, vrede, stamtræ, drømme, fordomme og lign. Patienterne kan selv fremkomme med ønsker. Undervisningen foretages af samtlige medarbejdere på skift.

Kontaktperson
Alle patienter i A-programmet har fast kontaktperson. Der er planlagt samtale 45 min. en gang om ugen med hver patient. Dette koncept kan ændres efter behov. Fokus er her fremmøde, behandlingsalliance, misbrugsproblematik samt personlige problemer som skal drøftes nærmere; i øvrigt opfordres patienten til også at tage det op i relevante grupper.

Miljøet
Patienterne mødes til morgenkaffe om mandagen i forbindelse med morgenmødet. Herudover spiser de frokost sammen hver dag og kan opholde sig i Dagklinikkens dagligstue til socialt samvær mellem grupperne. De opfordres til dette mhp. at træne deres almindelige sociale færdigheder. De kan alle dage møde til morgenmad, hvis de måtte ønske det.

B-niveau
Dette program er planlagt, således at alle patienter deltager i alle elementer. Elementerne er gruppeterapi, storgruppe og undervisning. Der er to parallelle grupper med 7-8 patienter i hver samt 2 terapeuter i hver. Gruppen mødes 1½ time 2 gang om ugen.

Gruppeterapi
Gruppeterapien er baseret på gruppeanalytisk metode i modificeret form. Der er fokus såvel på her og nu som på patienternes fortid, på deres relationer her og nu, til terapeuter, til personer i deres ydre verden samt relationer til forældre og søskende. Der arbejdes med fokus på reaktionsmønstre, uhensigtsmæssige strategier og med at etablere nye strategier. Endelig arbejdes der med de følelsesmæssige reaktioner, der ligger til grund for uhensigtsmæssige strategier samt med de forsvarsmekanismer, der også ligger til grund. Der er i grupperne meget fokus på det relationelle, både i og uden for gruppen.

Storgruppe
Alle patienter deltager i storgruppen samt 3 terapeuter: 1 terapeut fra hver gruppe samt en af lægerne. Gruppen mødes 1 time om ugen. Gruppen arbejder med problematikker i miljøet, hvordan er det at være i behandling i Dagklinikken, hvordan fungerer de to grupper sammen, hvilke problemer opstår der. Dette også set i lyset af patienternes egne problematikker. Der opfordres her til dialog mellem patienterne. Gruppen har ikke form af rådgivning eller vejledning, men er et forum til diskussion og undersøgelse.

Patientundervisning/psykoedukation
Alle patienter deltager i dette. Undervisningen foregår 45 min. en gang om ugen og har samme struktur som på A-niveau. En gang om måneden har patientundervisningen karakter af socialrådgivning. Her diskuterer patienterne relevante problematikker med socialrådgiveren.

Kontaktperson
Patienter, der deltager i B-programmet, har ingen kontaktperson. Alle emner diskuteres i terapigrupperne.

Behandlingsplansamtaler
I behandlingsperioden er der to behandlingsplansamtaler, hvor patienterne individuelt taler med deres terapeuter. Her fastlægges i samarbejdet et fokus for terapien, ligesom emner angående alliance og senere fremtidige behandling og arbejdsmæssige problematikker efter ophørt behandling kan vendes her til videre diskussion i grupperne.

B-programmet er planlagt til 4 måneders varighed med mulighed for forlængelse ved behov. B-programmet følges uændret med 3 dages fremmøde i hele behandlingsperioden uden nogen former for ændringer.

Miljøet
I B-programmet spiser patienterne frokost sammen samt drikker morgenkaffe om mandagen.

I såvel A- som B-programmet er patienterne sygemeldte i hele behandlingsperioden.

Tilvalgsgrupper for både A- og B-patienter

Angstgruppe
Patienter med angst og fobi kan efter aftale med deres behandlere blive henvist til angstgruppen. Angstgruppen arbejder på kognitiv basis. Der gennemgås angstcirkel, baggrund for angst, kognitive principper og siden arbejdes med omstruktureringsskema og eksponeringsøvelser. Behandlingen er manualiseret og foregår over 12 gange efterfulgt af 1-2 opfølgende møder. Der er 6-8 pladser. Angstgruppen mødes 1½ time en gang om ugen. Der er 2 terapeuter.

Forældregruppe
Forældregruppen tilbydes til alle patienter med børn. I gruppen kan deltage 6-8 patienter. Gruppen mødes 1½ time hver 14. dag. De pårørende kan deltage en gang i forløbet. Forløbets varighed aftales individuelt, men vil vanligvis være 4-8 gange. Der er 2 terapeuter i gruppen.

Efterbehandlingsgruppen
Alle patienter, som er i behandling i Dagklinikken, får inden behandlingens afslutning forslag til hvilken behandling, der vil være relevant for dem efter ophør i Dagklinikken. En stor del af patienterne har brug for yderligere terapi, som kan tilbydes i efterbehandlingsgruppen. Efterbehandlingsgruppen har 8 patienter og 2 terapeuter. Gruppen mødes 1½ time en gang om ugen i min. 4 måneder og op til 1½ år. Aktuelt er der tre efterbehandlingsgrupper, som ligger om eftermiddagen. Patienter, der ikke tilbydes efterbehandling, foreslås andre behandlingsmuligheder, som kan være distriktspsykiatri, praktiserende psykiater/psykolog eller egen læge.

Medikamentel behandling
Alle patienter medicineres efter vanlige retningslinjer af Dagklinikkens læger. Medicinen er til selvadministration på A-programmet efter udlevering fra personalet; på B-programmet ved recepter.

Socialrådgiver
Alle patienter i Dagklinikken tilbydes samtale med socialrådgiver efter behov. Socialrådgiveren kan hjælpe med afklaring af alle sociale forhold i hele behandlingsforløbet, ofte i samarbejde med de kommunale sagsbehandlere. I forbindelse med afslutning i Dagklinikken indgår socialrådgiveren aktivt i planlægning af patientens fremtidige beskæftigelse; også her i tæt samarbejde med de kommunale sagsbehandlere.

Pårørende
Der tilbydes pårørendesamtaler til alle patienter. De opfordres til at medbringe en pårørende til samtale hurtigst muligt, først og fremmest hos kontaktperson. Lægesamtaler arrangeres efter behov.

Bilag II: Diagnostiske instrumenter, effektmål og andre instrumenter

Diagnostiske instrumenter

SCID-I
Structured Clinical Interview for DSM-IV akse I lidelser (6) er et diagnostiskbaseret interview til belysning af syndromer. Interviewet anvendes i norsk version.

SCID-II
Structured Clinical Interview for DSM-IV akse II personlighedsforstyrrelser (7) er et diagnostiskbaseret interview til belysning af personlighedsforstyrrelser. Interviewet anvendes i dansk version.
SCID-interviewene foretages med henblik på at opnå en præcis diagnosticering. Interviewene foretages af erfarne klinikere, der har modtaget træning i interviewene.

Effektmål

GAF
Global Assessment of Functioning Scale (8) bruges som instrument til vurdering af akse V, psykosocial funktion i det multiaksiale system. Det er en skala fra 1-100 til måling af funktions- og symptomniveau. GAF anvendes i en version, hvor funktions- og symptomniveau vurderes hver for sig.

SCL-90-R
Symptom Checklist-90-R (9) er et spørgeskema bestående af 90 items til belysning af psykopatologi inden for 9 forskellige symptomdimensioner.

IIP-C
Inventory of Interpersonal Problems- Circumplex (10) er et spørgeskema bestående af 64 items til belysning af interpersonelle problemer inden for 8 forskellige områder.

TCM
Target Complaint Measure (11) er en særlig måde at registrere den enkelte patients 3 væsentligste subjektive klager.

WHO-5
WHO-five Well-being Index er et spørgeskema bestående af 5 items til belysning af trivsel og livskvalitet (12).

Andre instrumenter

Ved start- og slutinterview anvendes særligt konstruerede registreringsskemaer, hvori bl.a. en række demografiske data indsamles enten via oplysninger fra patienten selv eller fra journal.

Under selve behandlingen registreres særlige hændelser såsom misbrugsadfærd, vold og selvskadende handlinger i et konstrueret skema, der udfyldes af kontaktpersoner eller gruppeterapeuter.

Ved afslutningen af behandlingen udfylder patienten et konstrueret tilfredshedsskema. Der er konstrueret særskilte spørgeskemaer for behandling på A- og B-niveau.

Foruden den videnskabelige litteratur på området har vi i udarbejdelsen af andre redskaber ladet os inspirere af analyser fra data indsamlet via fokusgruppe bestående af 12 patienter indenfor Dagklinikkens målgruppe. Fokusgruppeinterviewet er således anvendt som et led i valideringen af de variable, der anvendes kvantitativ.

Litteratur

(1) Karterud S, Wilberg T. From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. International Review of Psychiatry 2007 Feb;19;39-49.

(2) Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth O, et al. Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. Journal of Personal Disorders 2003 Jun;17;243-62.

(3) Christensen NB, Toft J, Petersen B, Lien K. [Psychotherapeutic day treatment of patients with severe personality disorders. Results from the first two years]. Ugeskrift for Læger 2007 Jan 1;169;55-8.

(4) Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004 Sep;110;225-9.

(5) Falkum E, Vaglum P. The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians. General Hospital Psychiatry 2005 Jul;27;285-91.

(6) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders - Research Version - (SCID-I, Version 2.0, Final Version). 1996.

(7) First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. User's guide for the structured clinical interview for DSV-IV axis II personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.

(8) APA. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM). 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

(9) Derogatis LR. SCL-90-R manual: administration, scoring & procedures. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.

(10) Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. IIP manual. The Psychological Corporation, a Harcourt Assesment company; 2000.

(11) Battle CC, Imber SD, Hoehn-Saric R, Nash ER, Frank JD. Target complaints as criteria of improvement. American Journal of Psychotherapy 1966 Jan;20;184-92.

(12) Bech P, Olsen LR, Kjoller M, Rasmussen NK. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. International Journal of Methods in Psychiatric Research 2003;12;85-91.