

Bilag - Svar på tidligere spørgsmål



Dato 23-10-2019

Jette Christiansen

Tel. +4524758384

Jette.Christiansen@stab.rm.dk

1-30-72-86-19

Opfølgende spørgsmål til ansøger – 11. juni

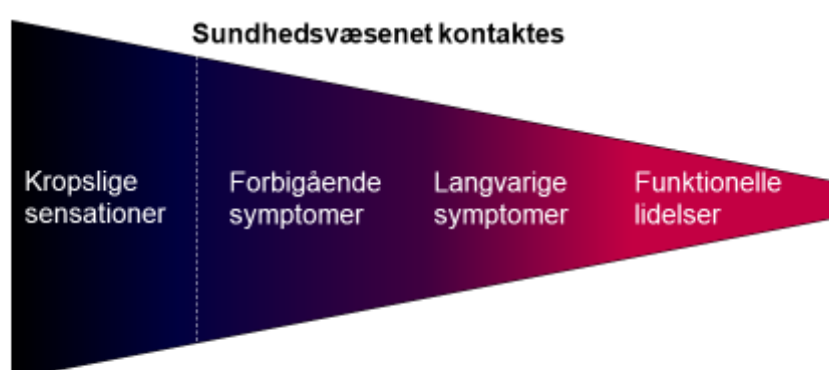
Administrationen har efter mellem mødet været i kontakt med ansøger og bedt om at svar på de tre nedenstående spørgsmål. Ansøger har sendt følgende svar:

1. *Er PPS og Funktionelle lidelser det samme? Eller bruges begreberne forskelligt?*

PPS og funktionelle lidelser er IKKE det samme. Symptomer skal ses som et spektrum mht. sværhedsgrad (se figur nedenfor). Funktionelle lidelser er sygdomme, hvor funktionsevnen er betydeligt påvirket, og hvor det er relevant at stille en specifik sygdomsdiagnose.

Side 1

Symptomspektrum



marose@rm.dk

eASY

eHealth and GP Assisted programme for persistent Symptoms

www.mine-symptomer.dk

AARHUS
UNIVERSITET

eASY bliver målrettet til gruppen af patienter, der har vedvarende symptomer, men som endnu ikke har en egentlig sygdom/lidelse. Dvs. den gruppe, der i figuren står i midten - som langvarige symptomer. Det er en stor gruppe af patienter, som primært eller udelukkende håndteres i almen praksis. Nogle af dem vil være under

udredning for somatisk sygdom, men for at forebygge, at de ender med at få en funktionel lidelse efter langvarige udredningsforløb uden patologiske fund, er der meget, der tyder på, at det er vigtigt at påbegynde behandlingen af deres symptomer tidligt. Det drejer sig om at understøtte deres forståelse og mestring af symptomerne på et tidligt tidspunkt.

2. I projektet beskrives metoden, og hvilken betydning det kan have for patienten at ændre tilgangen til at håndtere PPS. KEU vil gerne have en særskilt beskrivelse af værdien af, at metoden anvendes i almen praksis.

Målet med programmet at forebygge udvikling af funktionelle lidelser hos patienter som præsenterer vedvarende symptomer i almen praksis. Værdien herved er bedre livskvalitet for patienterne, større arbejdsglæde for egen læge, sparede sygedage for samfundet og forventeligt afkortede udredningsforløb i sekundærsektoren.

Specifikt for almen praksis vil programmet kunne give værdi på flg. måder:

- 1) Det vil give praktiserende læger mulighed for at behandle hyppigt forekommende symptomer konstruktivt, dvs. understøtte forståelse og mestring frem for kun at udrede og formidle negative undersøgelsesresultater (vi ved at det sidste blot giver fornyede henvendelser til praksis og dermed hyppige brugere).
- 2) Ved tidlig behandling forventer vi at kunne forebygge udviklingen af kroniske tilstande, hvor lægen oplever patienter med hyppige kontakter, og hvor nogle ender med at have stor modstand imod en bred bio-psyko-social forståelse af deres symptomer. Det er velkendt, at disse patienter kan opleves som en stor belastning for praktiserende læger.
- 3) Programmet vil i et vis omfang også kunne anvendes til patienter med egentlige funktionelle lidelser. Det vil kunne understøtte disse patienters symptommestring, men vil ikke kunne erstatte specialiseret behandling.
- 4) Internetprogrammet vil kunne spare lægen tid i den enkelte konsultation, idet programmet vil være selvinstruerende og formidle forståelse og mestring. Egen læge behøver således ikke at bruge så meget tid på forklaringer og instruktioner.
- 5) En del af programmet er et indbygget kursus for lægerne, så de er sikret opdatering på området, og kender indholdet af programmet.
- 6) Programmet bringes i øvrigt kun i anvendelse efter ordination af egen læge, idet den kliniske vurdering af symptomer er lige så vigtig som håndtering og behandling af dem. Hvis programmet lægges frit ud på internettet risikerer vi, at patienter behandler sig selv uden forudgående vurdering og samtidig nødvendig udredning for somatisk sygdom. Det essentielle her er at 'gå på to ben' eller 'ride på flere heste', dvs. egen læge udreder for somatisk og psykisk sygdom samtidigt med, at symptomhåndtering påbegyndes – i de tilfælde, hvor symptomerne varer ved ud over en enkelt eller få konsultationer.

Programmet udvikles i tæt samarbejde med brugerne, dvs. praktiserende læger og patienter netop for at sikre værdi for dem. Den største del af projektiden bruges således på udvikling og efterflg. pilottest i praksis, hvor internetprogram, kursus og implementering i praksis hele tiden følges, evalueres og tilpasses behov hos brugerne (patienter og praksis).

3. Hvordan vurderer I udbredelsespotentialer i almen praksis i forhold til tidsforbruget i forbindelse med metoden?

En af fordelene ved brugerinddragelse (participatory design) er, at implementeringen allerede er i gang imens vi udvikler. Dette fordi 'produktet' hele tiden tilpasses det, brugeren har behov for.

Program og kursus skal selvfølgelig kun udbredes, hvis det i sidste ende viser sig nyttigt på de parametre, vi evaluerer på. Hvis det viser sig at have god effekt på patienterne og bliver

anvendt i den kliniske hverdag i de praksis, der indgår i projektet, så vil der være et godt grundlag for yderligere udbredelse.

Mht. tidsforbrug, så vil lægerne skulle bruge ca. 1 dag på kursusaktivitet, men der forventes ikke at være merforbrug i relation til at bruge selve programmet. Programmet vil blive noget, man ordinerer fuldstændig på linje med en pjece eller recept, hvorefter patienten selv arbejder med det derhjemme. Det er IKKE hensigten, at lægen skal hjælpe patienten i relation til programmet – det vil vi have fokus på under udvikling og test. Lægen skal dog sikre opfølgning efter et passende tidsrum, hvor forløbet enten afsluttes eller evt. fortsættes i endnu en runde. Denne opfølgning kan finde sted som en alm. konsultation eller evt. i et forløb med den overenskomstaftalte samtaleterapi.

Ovenstående om tidsforbrug gælder ved almindelig brug af programmet i daglig praksis. KEU søges om midler til honorering, fordi der vil være et merforbrug af tid i relation til selve projektet, hvor såvel læger som patienter skal involveres i udvikling og evaluering, og det vil påvirke den daglige drift, mens det står på.

Svar på spørgsmål – 23. september

Beskrivelse af en konsultation

eASY-programmet er målrettet patienter med tegn på vedvarende symptomer, men i den tidlige fase. Dvs. inden patienten har udviklet en funktionel lidelse eller tilsvarende tilstand.

Vi har et særligt fokus på symptomer, som medicinsk er uforklarede, dvs. symptomer der ikke kan forklares ved traditionelt diagnosticerede sygdomme eller målbare fejl i kroppens funktioner. Nogle (ifølge litteraturen 3 - 10%) af disse symptomer diagnosticeres senere i forløbet som led i velkendt sygdom, og det vil programmet tage højde for, således at det netop kan bruges så tidligt som muligt, og også imens patienten er i gang med biomedicinsk udredning. Dette for at undgå en tilgang, hvor lægen først udreder, og derefter, sent i forløbet, begynder at understøtte patientens egen håndtering af symptomerne.

Det kan f.eks. dreje sig om en patient, der henvender sig med hovedpine for 2. eller 3. gang. Måske beslutter lægen, at der er behov for specialistråd, f.eks. hos en neurolog - måske er det så oplagt en 'spændingshovedpine', at lægen selv tager sig af patienten. I begge tilfælde kan der samtidig startes en behandling op med eASY.

Lægen har således typisk set patienten 1-2 gange tidligere (da der er tale om vedvarende symptomer), hvorfor konsultationen vil have fokus på opfølgning fra seneste kontakt - og ud fra SOAP-princippet:

- Subjektivt: Anamnese - uddybende og forløb siden sidst
- Objektivt: Evt. supplerende objektiv undersøgelse i praksis samt opfølgning på evt. undersøgelse fra sidst
- Analyse: Er der mistanke om organisk sygdom og behov for yderligere udredning? Er der primært mistanke om vedvarende symptomer uden organpatologi?
- Plan: Relevant udredning aftales med patienten. På baggrund af at man kun sjældent finder underliggende patologi, forklares patienten at sandsynligheden for at finde noget unormalt er meget lille, og at det er vigtigt allerede nu at arbejde med at få en bedre forståelse af, hvad der påvirker symptomerne samt forskellige måder at mestre symptomerne på. Der kan i nogle tilfælde være oplagte ting at arbejde med ud fra anamnesen. Ting som patienten allerede er bevidst om og klar til at gøre noget ved selv. Måske det er tilstrækkeligt. Ellers påbegyndes behandling med eASY og der aftales opfølgning efter ca. 4 uger. (Tilpasses det individuelle behov)

Tidsforbruget hos lægen

Ifølge de interviews ansøger har lavet i Region Syddanmark, har lægerne et ønske om, at henvisningen til programmet har samme omfang som alle andre henvisninger. Dvs. uden merforbrug af tid. Der er fremsat forslag om at gøre programmets introduktion selvforklarende, herunder at beskrive hvordan udredning og behandling af almindelige symptomer foregår i almen praksis.

Adgang til programmet skal ske via et link, der sendes elektronisk til patienten, men der kan også laves information i en pjece til de læger, der ønsker det. (Flere af de yngre læger har udtrykt, at de er holdt op med at udlevere pjecer, da pjecer ofte er besværlige at have liggende i konsultationsrummet, og det kan være svært at have system i de forskellige pjecer).

Lægerne understreger, at de skal vide, hvad der foregår inde i programmet, hvis de skal henvise til det på lige fod med, når de henviser til f.eks. et rygrehabiliteringsforløb. Det sikres ved, at lægerne har været på et målrettet kursus forud for ibrugtagning af programmet. Der vil således være et merforbrug af tid i form af fravær fra praksis til kursus, men ikke i relation til den enkelte konsultation.

Der kan være særlige tilfælde, hvor lægen vurderer, at der er behov for en mere indgående samtale med patienten om problemstillinger, og hvordan programmet bedst bruges. Her vil ansøgers forslag være, at man laver en aftale om at starte et samtaleforløb bestående af 2 samtaler: en indledende og en opfølgende (der kan selvfølgelig være tale om et længere forløb end 2). Lægerne i Region Syddanmark foreslår selv, at man lægger op til at benytte sig af samtaleterapiaksterne.

Et særligt punkt er eventuelle tekniske udfordringer, hvor der er et klart behov for, at de varetages af anden instans, så praksis ikke bliver belastet af patienten vedrørende den praktiske brug af programmet. Der arbejdes således på at lave en central help-desk, hvor patienterne kan henvende sig, så de ikke kontakter deres praktiserende læge med tekniske spørgsmål.

Tidsforbrug i forbindelse med opfølgning for lægen

I forbindelse med opfølgning vil der typisk være behov for en længere samtale, hvor der både samles op på forløbet omkring symptomer og erfaringer med programmet eASY. Patienten kan i nogle tilfælde afsluttes, i andre tilfælde kan der være behov for et samtaleforløb.

Overvejelser om fremtid (Implementeringsmuligheder og evaluering - og skal der være et modul for en konsultation?)

Projektet tager udgangspunkt i participatory design og udformes således efter praktiserende lægers og deres patienters ønsker og behov. Ansøgers erfaring er at man med udgangspunkt i brugernes behov sikrer en naturlig implementering af løsningen efterfølgende. Således er der som regel ikke behov for en større implementeringsindsats efter endt projektforsløb. Lidt populært sagt, så implementerer projektet sig selv i løbet af designfasen.

Projektet indeholder dog også en større evaluering, der følger de internationale anbefalinger. Den gennemføres i 2 trin: Pilottest og RCT (randomised controlled study). Ansøger har desuden et ønske om at følge implementeringsprocessen tæt allerede i pilottesten for yderligere at kunne skærpe programmet, så det er let at bruge i daglig, klinisk praksis.

Afhængig af forløbet i pilottesten håber ansøger at kunne gennemføre et randomiseret studie som den sidste del af projektet. Denne del af studiet vil være mere indgribende i praksis, fordi den kræver specifik dataindsamling på alle patienter til brug for evaluering. Denne del har et begrænset tidsforløb og hører udelukkende til i projektfasen og ikke i den almindelige drift.

Angående et særskilt konsultationsmodul fremgår det af ovenstående, at der primært er behov for ekstra tid i forbindelse med opfølgingskonsultationen, når patienten har arbejdet med

programmet. Det vil kunne holdes inden for den nuværende overenskomst, hvis der aftales et forløb af samtaler, men ikke hvis det bliver en enkeltstående længerevarende konsultation. Ansøgers forslag er at der indføres en forsøgsordning koblet til projektet, hvor man får tilladelse til at gennemføre en enkeltstående samtale og afregner med samtaleydelse.