

PILOTPROJEKT TIL ÆNDRET ORGANISERING GENNEM ANVENDELSE AF PROBLEMLØSENDE SAMTALETERAPI AF

- PATIENTER MED LETTE TIL MODERATE IKKE-PSYKOTISKE PSYKISKE LIDELSER OG
- PATIENTER MED SAMTIDIG PSYKISK OG SOMATISK KRONISK SYGDOM

Protokollen er udarbejdet i samarbejde mellem Nære Sundhedstilbud i Region Midt og Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet.

BAGGRUND

Der er behov for at styrke den nuværende kvalitet og organisering af behandlingen af patienter med lette til moderate ikke-psykotiske psykiske lidelser, og patienter med samtidig psykisk og somatisk kronisk sygdom i almen praksis.

Hidtil har organisering og kvalitetsudvikling ift. behandling af patienter med lette til moderate ikke-psykotiske psykiske lidelser været baseret på overenskomstens bestemmelser om udførelse af samtaleterapi. Data viser, at hidtidig praksis kun delvist opfylder overenskomstens bestemmelser om antallet af gennemførte samtaler og formuleringen om kontinuerlig efteruddannelse via supervision.

Traditionelt har supervision af praktiserende læger overvejende haft fokus på læge-patient-relationen, fx med udgangspunkt i Balint-grupper, Reflekterende Team, eller Colin Coles supervisionsmetoder. I nogle tilfælde omfatter supervisionen tillige anvendelsen af en egentlig psykologisk behandlingsmetode, som fx kognitiv adfærdsterapi.

Undersøgelser viser, at patienter med psykisk sygdom ofte også har en kronisk somatisk sygdom¹, som i visse tilfælde ikke håndteres optimalt. Ofte behandles hver diagnose for sig og uden at vurdere sammenhængen mellem forskellige diagnoser.

Almen praksis efterspørger større fleksibilitet. Dette kan indebære behov for en længere samtale end almindelig konsultation for at afklare og behandle disse patienters problemstillinger. Det fordrer prioritering, så der bruges mindre tid på rutineopgaver, som fx kan klares telemedicinsk.

Nye måder at organisere arbejdet med disse patientgrupper forudsætter, at der afsættes mere tid til at håndtere og evt. prioritere forskellige problemstillinger i samme konsultation, og evidensbaserede samtaleteknikker bør udvikles/ibrugtages; samtaleteknikker, der fokuserer på en dialog med patienten om identifikation og prioritering af problemstillinger, der ønskes håndteret.

Der skal skabes rammer for en effektiv transformation af organiseringen af ikke-psykotiske lidelser hos patienter og patienter med samtidig psykisk og somatisk kronisk sygdom, der kan fordre samtaletid ud over det, en almindelig konsultation med rimelighed vil kunne rumme, og som vil have gavn af nye effektive samtaleværktøjer. Hensigten er, at der kan allokeres mere tid til de mest sårbare patienter og konsultationer, hvor der er behov for mere tid, og at der samlet set samtidigt anvendes mindre tid på rutinekontroller i den enkelte praksis.

VISION

Målet er at tilbyde patienter med lette til moderate ikke-psykotiske psykiske lidelser og patienter med samtidig psykisk og somatisk kronisk sygdom et målrettet tilbud, som kan medvirke til en mere effektiv behandling.

Praksis skal i prioriteringen samtidig bruge mindre tid på fx patienter med lettere kroniske stabil sygdom, der via effektiv visitation og telemedicinske løsninger i høj grad selv kan lære at håndtere egen sygdom.

MÅLRETTET TERAPEUTISK TILGANG

Der er i England udviklet et særligt terapeutisk koncept – Problem Solving Therapy (PST), som kan favne de omtalte patientgrupper. Vi har valgt her at omtale metoden som Problemløsende Samtaleterapi. Metoden har i videnskabelige undersøgelser dokumenteret effekt overfor depression, angsttilstande^{2,3} og kroniske somatiske lidelser⁴⁻⁶. PST er nært beslægtet med kognitiv adfærdsterapi. For de praksis, som ønsker at indgå i denne aftale, tilbydes kompetenceudvikling i PST.

PST er en psykologisk behandlingsmetode, hvis mål er:

- at skabe forståelse for sammenhæng mellem symptomer og aktuelle problemer, og at en løsning af problemerne derfor vil medføre færre symptomer og bedre funktionsevne
- at øge patientens evne til klart at definere aktuelle problemer og opstille realistiske løsninger af disse
- at kunne prioritere og udføre problemløsningen på konkrete hverdagsproblemer
- at patienten opnår en bedre egenomsorg og mestringsevne gennem positive erfaringer med problemløsning

Dialogværktøjet er en patientorienteret tilgang, hvor lægen indtager en faciliterende og coachende rolle baseret på shared decision making, problemløsning og adfærdsmæssig aktivering. Samtalen centrerer sig om forandringer i adfærd efter patientens ønsker og muligheder i en trinvis approach. Metoden lægger op til at anvende patientens egne ressourcer som led i patientens varetagelse af sundhed og sygdom.

Metoden giver mulighed for at stratificere patienter med henblik på enten at afslutte patienten, at fortsætte en samtalerække i almen praksis eller at henvise til praktiserende psykolog eller til hospitalsvæsenet.

PST samtaler kan være effektiv allerede efter én samtale, men ofte vil der være behov for et samtaleforløb på op til 5-10 samtaler. Metodens fokus på mere effektiv problemløsning er i overensstemmelse med princippet om at behandle patienten på det lavest effektive omkostningsniveau (LEON princippet).

Indikatorer for positiv effekt af behandlingen er bedring i patientens egenomsorg, stigende funktionsevne og eventuelle positive afledte helbredseffekter.

Hvis de fastsatte behandlingsmål ikke nås indenfor 1-3 måneder vil der som regel være indikation for at henvise patienten til et mere effektivt behandlingstilbud, jf. stepped care princippet.

Praksis følger løbende op med undersøgelser med henblik på at måle forbedringer både i forhold til de individuelle mål og i forhold til afledte helbredsændringer, herunder livsstilsændringer (kost, rygning, alkohol, motion) og ændringer i risikomarkører for hjertekarsygdomme (blodtryk, BMI, blodsukker, lipider). Patienter i et PST-forløb tilbydes årskontrol.

PST udføres som hovedregel af den praktiserende læge, men kan ved dokumentation af særlige kompetencer udføres af en kvalificeret sygeplejerske.

PST udgør et terapeutisk supplement til praktiserende lægers brug af samtaleterapi. Introduktionen af PST ændrer således ikke på behovet for supervision af praktiserende læger.

Praktiserende læger, som har efteruddannet sig i kognitiv adfærdsterapi eller lignende samtaleterapeutiknikker vil, hvis patienten har behov herfor, kunne supplere PST med kognitiv adfærdsterapi og lign.

TELEMEDICINSKE LØSNINGER

Telemedicinske løsninger er fortsat sparsomt implementeret i almen praksis. I det aktuelle projekt introduceres deltagende praksis til Sundhedsmappen.dk, der er en gratis webbaseret tjeneste til måling af hjemmeblodtryk og monitorering af angst og depression. Data indtastet i Sundhedsmappen.dk overføres automatisk som IUPAC koder til patientens laboratorieskema via sundhedsdatanetværket.

EFFEKT MÅLING MED UDGANGSPUNKT I TRIPLE AIM

En pilotafprøvning med henblik på udvikling af konceptet til danske forhold samt senere overvejelser om egentlig drift i almen praksis i Region Midtjylland skal vurderes i forhold til effekten af behandlingen hos patienterne.

Triple Aim lægges til grund for vurderingen af en senere udbredelse. Denne baserer sig på at måle effekten ved:

- forbedret sundhedstilstand for populationen
- den patientoplevede kvalitet
- de samlede sundhedsudgifter per capita

I et pilotprojekt undersøges på fastlagte parametre, om den nye metode spiller positivt ind. Konkret vil der være tale om 1) at monitorere i hvilket omfang patienten når sine behandlingsmål gennem indtastning af relevante data i DAK-E pop-up, 2) at undersøge patienttilfredshed med PST behandlingen 3 måneder efter behandlingsstart, 3) på baggrund af aktivitetsdata og sundhedsudgifter ved at sammenligne de 10 projektpraksis med 10 matchede kontrolpraksis.

Der udarbejdes en protokol herfor, hvor indikatorerne nærmere fastlægges. Heri indgår endvidere, hvordan de deltagende praksis har håndteret prioriteringen af lette og sværere patientgrupper.

PILOTPROJEKT FOR ET MINDRE ANTAL PRAKSIS

Der etableres et pilotprojekt med 10 praksis og der identificeres en kontrolgruppe af praksis til måling af effekter.

KOMPETENCEUDVIKLING OG EFTERUDDANNELSE

Deltagende praksis i pilotprojektet deltager i et efteruddannelses tilbud i et samarbejde mellem efteruddannelsesvejlederne, regionspsykiatrien samt undervisere i supervision med henblik på at afprøve konceptet i en dansk almen medicinsk kontekst. Der tilrettelægges et grundlæggende efteruddannelses tilbud og løbende opfølgingskurser.

Efteruddannelsen sker ved et grundlæggende kursus bestående af minimum 2 sammenhængende heldagsarrangementer med hjemmeopgaver mellem kursusdagene og en brush-up efter 1 måned. Det foreslås, at både læger og praksispersonale deltager i efteruddannelsen, således at der i den enkelte praksis etableres en samlet viden om omlægning og metode.

De grundlæggende kurser finansieres af KEU med mulighed for træk på lægens personlige efteruddannelseskonto.

ÆNDRET PRAKSIS I FORHOLD TIL PATIENTER MED STABIL LET KRONISK SYGDOM

Brug af PST til behandling af patienter med multimorbiditet vil forde at der frigøres tid fra andre opgaver. En sådan ændring kan med fordel ske gennem udvidet brug af telemedicinske løsninger til patienter med stabil let kronisk sygdom, fx webbaseret hjemmeblodtryksmåling (fx sundhedsmappen.dk) og udvidet brug af e-mail konsultationer.

MÅLGRUPPENS AFGRÆNSNING

Problemløsende samtalerapi: Problemstillinger egnet til PST omfatter: 1) misbrug af medicin, 2) stress/tilpasningsreaktioner, 3) angsttilstande, 4) depression, 5) kostvaner, 6) rygning, 7) alkoholproblemer, 8) motionsvaner, 9) medicin compliance, og 10) multimorbiditet.

Telemedicin: Patienter med enkle problemstillinger, som fx isoleret blodtryksforhøjelse, vil ofte kunne skifte fra kliniske kontroller til telemedicinsk blodtrykskontrol og e-mail baseret kommunikation herom.

HONORERING OG DOKUMENTATION AF PATIENTER I MÅLGRUPPEN (PATIENTER MED PSYKISK SYGDOM OG PATIENTER MED SAMTIDIG PSYKISK OG SOMATISK KRONISK SYGDOM)

Der skal anvendes relevante fagligt anerkendte psykometrisk test.

Desuden udarbejdes en særlig pop-up via DAK-E for disse patienter, som praksis tilmeldt ordningen skal udfylde, og som angiver:

- diagnosekode(r) (Kan trækkes fra DAMD)
- 1-3 prioriterede problemstilling (frase baseret, fx stress, angst, depression, misbrug etc.)
- behandlings(del)mål (specifikt, måleligt, acceptabelt, realistisk, tidsbegrænset)
- målopfyldelse for hver problemstilling: 0-100 %

Pop-uppen skal tjene som et arbejdsredskab, der kan sidestilles med et journalnotat.

Pop-uppen aktiveres ved indtastning af ydelsen for lokalaftalen i lægesystemets afregningsmodul.

Besvarelse af pop-uppen honoreres svarende til ét modul af 10 minutter.

I pilotafprøvningen fastlægges et særligt ydelsesnummer for lægelig behandling og for sygeplejerskefaglig behandling, idet der i pilottesten foretages en undersøgelse af kvaliteten i at delegere behandling til uddannet praksispersonale.

Praksis honoreres svarende til taksten for samtalerapi svarende til 3 moduler af 10 minutter. Praksis kan afhængig af tyngden i patientbehandlingen individuelt fastlægge det forventede patientforløb og antallet af udvidede konsultationer.

Praksis påtager sig at foretage en struktureret fastlæggelse af patienter i målgruppen for den udvidede honorering og til patienter med lettere kronisk sygdom med henblik på at ændre kontaktmønstret til praksis. Måling af hjemmeblodtryk og brug af psykometriske test på sundhedsmappen.dk, honoreres svarende til en e-mail konsultation.

Deltagende praksis modtager løbende kvalitetsrapporter med en samlet patientprofil for patientgruppen og sammenholdt med status i kommune og på regionsniveau. Der foretages af praksiskvalitetsorganisationen en løbende opfølgning baseret på sentineldata.

Region Midtjylland udarbejder en særlig aktivitetsrapport for deltagende praksis, som redegør for aktivitetsudviklingen for den patientgruppe, der er effektivt visiterede eller følges telemedicinsk uden kontrolkonsultationer i praksis. Også øvrige rutinekontroller for andre patienter følges i aktivitetsrapporten. Der kan fastlægges et niveau for den forventede aktivitetsreduktion.

PILOTAFPRØVNING I UDVALGTE PRAKSIS OG EVALUERING

Der gennemføres en pilotafprøvning i 10 praksis. Praksis kan deltage i pilotprojektet via ansøgning efter opslag på praksis.dk. Pilotpraksis deltager i faglig efteruddannelse og gennemfører efterfølgende de aftalte strukturændringer i praksis.

Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus evaluerer efter de første 6 måneder praksis' implementering af strukturændringerne, kvaliteten af kurset, aktivitet samt behov for eventuel justering af modellen. Der følges op på udviklingen i behandlingsforløbene for de involverede patienter (DAK-E pop-up og tilfredshedsundersøgelser).

Evalueringen foretages med udgangspunkt i Triple Aim og omfatter aktivitetsdata fra hospitaler, praksis og evt. kommune. Ud over effektmålinger via DAK-E pop-up og spørgeskemaundersøgelse tilsendt alle deltagende patienter, vil et antropologisk studie af patientinddragelse, den patient oplevede kvalitet, samt de deltagende praktiserende lægers og praksissygeplejerskers erfaringer og perspektiver indgå i evalueringen.

Formålet med en kvalitativ antropologisk undersøgelse er at belyse deltagernes oplevede udbytte af PST og omstruktureringen – herunder hvordan oplever patienterne det udvidede samtaletilbud, hvordan passer ordningen ind i en dansk kontekst, hvordan udmøntes ordningen i praksis, hvilke organisatoriske og samarbejds-mæssige fordele og ulemper er der forbundet med ordningen osv. Den kvalitative antropologiske undersøgelse vil finde sted løbende og ved afslutningen af pilotprojektet. Interviews med deltagende praktiserende læger, praksispersonale og patienter foretages løbende for at give et processuelt indblik i PST-ordningen, ligesom enkelte patienter vil blive fulgt gennem deltagelse i deres PST-samtaler og interviews. Desuden vil antropologen deltage i øvrige aktiviteter rundt om pilotprojektet for at få så bred indsigt i projekterfaringerne som muligt. Viden skabt gennem den antropologiske undersøgelse giver en dybere indsigt i barrierer og incitamenter for en udbredelse af PST i almen praksis, ligesom undersøgelsen vil besvare, om/hvorfor PST giver mening og udbytte for de deltagende patienter.

Evalueringen af projektet vil foreligge i rapportform, senest 12 måneder efter projektstart.

PERSPEKTIVER

PST har ikke tidligere været introduceret som metode i dansk almen praksis. Metoden har dokumenteret effekt overfor lette psykiske sygdomme og visse kroniske fysiske sygdomme. Der foreligger ingen undersøgelser, der har belyst de samlede effekter af PST til patienter med psykiske sygdomme og samtidige fysiske og psykiske sygdomme i daglig almen medicinsk praksis. Tilsvarende findes der ingen studier, der dokumenterer, at PST medfører en bedre stratificering af patienter til relevante behandlingsindsatser. Derfor er et pilotstudie nødvendigt for at tilpasse og afprøve metoden i en dansk kontekst, herunder afdække hvordan praksis kan prioritere anderledes i forhold til forskellige patientgrupper.

ANSVARSFORDELING

Der ansættes en praktiserende læge som projektleder med 1 dag om ugen i 1 år. Projektlederen har ansvar for projektets fremdrift, udvikling af PST kurset, koordinering af opgaverne og udfærdigelsen af den endelige rapport. Der ansættes en antropolog med ansvar for den kvalitative evaluering af projektet i hele den 1 årige projektperiode. En følgegruppe bestående af repræsentanter for Forskningsenheden for Almen Praksis og Nære Sundhedstilbud vil mødes med regelmæssige intervaller og sikre projektets fremdrift.

TIDSPLAN

1/10 2014 – 31/1 2015	Udvikle PST kursus, invitere praksis, udvikle DAK-E pop-up, udvikle spørgeskemaer, antropologisk evaluering
1/2 2015 - 31/3 2015	Kursusafvikling (spørgeskemaevaluering straks og efter 3 mdr., antropologisk evaluering)
1/4 2015 – 31/3 2016	Projektperiode (DAK-E pop-ups, spørgeskemaer til patienter efter 3 mdr., antropologisk evaluering)
1/4 2016	Rapport foreligger

FINANSIERING

KEU ansøges om finansiering af:

- Udgifter til en projektgruppe bestående af repræsentanter fra Forskningsenheden, en praksisudviklingskonsulent, en efteruddannelsesvejleder, en projektkoordinator og Nære Sundhedstilbud
- Udgifter til tilrettelæggelse og afvikling af kurser i PST inklusive honorering for tabt arbejdsfortjeneste for de deltagende læger og sygeplejersker
- Udgifter til Forskningsenhedens evaluering af pilotafprøvningen

DRIFTSØKONOMISKE ANTAGELSER

Udgift til oplæring af læger og personale i PST. Udgiften dækker over honorar til undervisere, kursusmateriale, lokaler og forplejning, tabt arbejdsfortjeneste for kursister, kørselsgodtgørelse, samt administrationsudgifter. Jævnfør budgetskemaet udgør denne udgift 902.027 DKK for de 10 deltagende praksis.

Årlig udgift til PST behandling i almen praksis. Det antages, at introduktionen af PST vil medføre en merudgift svarende til en 10 % øgning i forbruget af samtaleydelsen. Gennemsnitligt gennemfører en praksis i Region Midtjylland 97 samtaleydelse i 2013. Grundhonoraret for samtaleydelsen er 360,15 DKK. Der forventes en årlig udgift til PST svarende til $10 \cdot 0,1 \cdot 97 \cdot 360,15$ DKK = 34.935 DKK for de 10 deltagende praksis.

Årlig besparelse på henvisning til psykolog. Det antages at PST vil medføre en reduktion i udgiften svarende til et 10 % reduceret forbrug af psykologydelse. Årligt henvises patienter til cirka 500.000 psykologydelse fra almen praksis, svarende til 250 psykologydelse per praksis. Regionernes udgift per psykologydelse er i gennemsnit 500 DKK. En 10 % reduktion i forbruget af psykologydelse medfører en årlig besparelse på $10 \cdot 0,1 \cdot 250 \cdot 500$ DKK = 125.000 DKK for de 10 deltagende praksis.

Årlig besparelse på telemedicin. Det antages at webbaseret hjemmeblodtryksmåling vil medføre en reduktion i udgiften til konsultationsydelse svarende til at 10 % patienter skifter fra klinisk til webbaseret hjemmeblodtryksmåling. I gennemsnit udfører hver praksis 135,5 hjemmeblodtryksmålinger om året. Grundhonoraret for en konsultationsydelse er 120,05 DKK. Den forventede årlige besparelse er således $10 \cdot 0,1 \cdot 135,5 \cdot 120,05$ DKK = 16.267 DKK for de 10 deltagende praksis.

Reference List

- (1) Moth G, Vedsted P, Olesen F, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, Region M. Kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse KOS 2008. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis; 2010.
- (2) NICE Technology Assessment Report. Depression: management of depression in primary and secondary care - NICE guidance. London: National Institute of Clinical Excellence. 2004.

Ref Type: Report

- (3) Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011; 23(4):318-327.
- (4) Schwartz MD, Lerman C, Audrain J, Cella D, Rimer B, Stefanek M et al. The impact of a brief problem-solving training intervention for relatives of recently diagnosed breast cancer patients. *Ann Behav Med* 1998; 20(1):7-12.
- (5) Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N, Stuckenschneider P, Sawicki PT. A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in Type 1 diabetic patients with complications: a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2002; 19(10):814-821.
- (6) Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment for anxiety and depression - a practical guide. Oxford University Press; 2005.