

PROBLEMLØSENDE SAMTALER I ALMEN PRAKSIS

MED FOKUS PÅ PATIENTER MED MENTALE LIDELSER OG KOMPLEKSE PROBLEMSTILLINGER

Rapporten beskriver effekter af et pilotprojekt med efteruddannelse af praktiserende læger i problemløsende samtaleterapi som metode til behandling af patienter med mentale lidelser, komplekse problemstillinger og funktionsbegrænsninger.

Effekten evalueres i et randomiseret design med udgangspunkt i et triple aim: forbedret sundhedstilstand for populationen, øget patientoplevet kvalitet og positive effekter på sundhedsudgifter på borgerniveau.

Problemløsende samtaler i almen praksis

Version 1

Versionsdato: 23-01-2018

Format: pdf

ISBN nummer: 978-87-90004-59-0

Rapporten er udarbejdet af:

Kaj Sparle Christensen

Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet

www.alm.au.dk

Rapporten er udarbejdet for:

Kvalitet- og efteruddannelsesudvalget

Skottenborg 26

8800 Viborg

Rapporten citeres således:

Christensen, KS. Problemløsende samtaler i almen praksis. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, 2018.

Taksigelse:

Tak til medvirkende patienter, praktiserende læger, undervisere, koordinatorer samt projektets følgegruppe og bidragydere til rapporten.

© 2018, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget i Viborg. Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Ansvarsfordeling:

Projektleder: læge Kaj Sparle Christensen

Projektkoordinatorer: AC-fuldmægtig Sara Trelidal og AC-fuldmægtig Maj Kyhne Christiansen

Projektets følgegruppe: læge Mogens Vestergaard, læge Niels Guldager, læge Henrik Nordentoft, Chefkonsulent Steen Vestergaard-Madsen

Undervisere i PST: psykolog Anette Fischer Pedersen og psykolog Mette Lund Jensen

Evaluators: læge Astrid Schmedes, antropolog Trine Laura Overgaard Nielsen, statistiker Henrik Søndergaard Pedersen, statistiker Claus Høstrup Vestergaard, læge Kaj Sparle Christensen

INDHOLDSFORTEGNELSE

Resumé.....	4
Baggrund.....	7
Materiale og metode.....	8
Teststyrke beregning ved statistiker Henrik Søndergaard Pedersen.....	8
Inklusion og randomisering af praksis.....	8
Tilladelser.....	9
Lægernes udbytte af kurset ved læge Astrid Schmedes.....	9
Kvalitativ evaluering af kurset og implementeringen af metoden ved antropolog Trine Laura Overgaard Nielsen.....	15
Baggrund for evaluering af pilottest.....	15
Metoden problemløsende samtaleterapi (PST).....	15
Deltagere i pilottesten.....	16
Evalueringsmetode.....	16
Muligheder for metoden.....	17
Barrierer for implementering.....	22
Barrierer i forbindelse med evalueringsdesignet.....	26
Opsamling og anbefalinger.....	28
Øvrige observationer og punkter til afklaring.....	29
Spørgeskemabaseret evaluering af patienternes problemstillinger og udbytte af behandlingen ved læge Kaj Sparle Christensen.....	30
Spørgeskemabaseret evaluering af patienternes udbytte af behandlingen 1 år efter projektperiodens udløb ved læge Kaj Sparle Christensen.....	37
Opgørelse af ændringer i ydelsesmønstret for interventions- og kontrolpraksis ved statistiker Claus Høstrup Vestergaard.....	39
Diskussion af undersøgelsens resultater i forhold til projektets triple-aim.....	41
Perspektivering.....	41
Litteratur.....	42

RESUMÉ

Projektet med evaluering af problemløsende samtaleterapi (PST) i almen praksis er kommet i stand gennem et samarbejde mellem Nære Sundhedstilbud i Region Midt og Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og er finansieret af midler fra Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget.

Rapporten omfatter en spørgeskemabaseret evaluering af lægernes udbytte af kurset, en spørgeskemabaseret evaluering af patienternes problemstillinger og udbytte af behandlingen, en kvalitativ evaluering af kurset og metodens implementering i daglig praksis, en spørgeskemabaseret evaluering af patienternes udbytte 1 år efter behandlingen, samt en kvantitativ opgørelse af ændringer i ydelsesmønstret for interventions- og kontrolpraksis.

Tyve praksis viste interesse for at deltage i undersøgelsen. Praksis blev parret to og to baseret på antallet af tilmeldte patienter og antallet af årlige henvisninger til psykologbehandling. Ved tilfældig lodtrækning blev praksis delt i interventions- og kontrolpraksis. Femten læger fra 10 interventionspraksis deltog i et to dages kursus i problemløsende samtaleterapi fra den 21/1 til 22/1 2016 med en opfølgende kursusdag den 24/2 2016.

Lægernes udbytte af kurset blev evalueret ved kursets afslutning, ligesom der blev lavet en kvalitativ evaluering af kurset og metodens implementering i almen praksis.

Lægerne i interventionspraksis fik i et år mulighed for helt frit at gøre brug af en særlig ydelse for PST samtaler hvor honoraret svarer til taksten for den i overenskomsten fastlagte samtaleydelse (6101).

I forbindelse med patienternes deltagelse i PST forløbet besvarede interventionslægerne et online spørgeskema, med henblik på at evaluere problemstilling og patientens udbytte af samtalerne.

Et år efter afslutningen af inklusionsperioden fik de medvirkende patienter tilsendt et afsluttende spørgeskema til evaluering af udbyttet af behandlingen.

Nedenfor følger et resume af rapportens hovedkonklusioner.

Spørgeskemabaseret evaluering af lægernes udbytte af kurset ved læge Astrid Schmedes

Der er tale om en fagligt engageret lægegruppe med kendskab til lignende metoder. Overordnet har kurset udrustet lægerne tilfredsstillende fagligt og praktisk. Lægerne ser potentiale for en gavnlig effekt for den pågældende populations egenomsorg og funktionsevne. Der er dog fortsat barrierer som tid og organisatoriske ændringer af betydning, der kan vanskeliggøre den egentlige praktiske implementering. Præsentationen af PST i forhold til det teoretiske rationale, evidens for klinisk effekt og praktiske forudsætninger kan udbygges på kurset.

Kvalitativ evaluering af kurset og implementeringen af metoden ved antropolog Trine Laura Overgaard Nielsen

Overordnet set, vurderer samtlige deltagende læger PST som et relevant redskab, som kan hjælpe dem i at understøtte og strukturere samtaleterapien i almen praksis. Særligt er lægerne tilfredse med PST's fokus på problemløsning, som giver samtalen retning, hvilket har manglet ved andre af lægernes samtaleteknikker. Samtidig beskæftiger PST sig med en relevant målgruppe, som lægerne vurderer ofte

har manglet et tilbud tidligere. Derfor vurderes det, at PST sandsynligvis vil være et vigtigt redskab til de patienter, som ikke kan henvises til psykolog; enten pga. manglende henvisningskriterier eller af andre mere personlige årsager. Lægerne er alle motiverede for at håndtere samtaleterapien med denne gruppe patienter. Kurset i PST vurderes desuden som velfungerende – kun med enkelte bemærkninger til mere støtte og vejledning under rollespillene. Hvis projektet skal udbredes med succes, er det dog centralt, at der kommunikeres tydeligt omkring forventningerne til lægernes arbejde med PST. Det fremstår uklart for mange af lægerne, hvor stringente de bør forholde sig til metoden. En gruppe læger har oplevet store udfordringer med implementeringen af metoden, idet deres tilgang til metoden har været så stringent, at organisatoriske forhold så som tid, har været svært at få til at stemme overens med metodens omfang. Spørgeskemaet og hjælpearkene er som udgangspunkt gode redskaber, men lægerne mangler mere tydelig kommunikation om, hvordan de skal anvendes. Andre læger har gode erfaring med at dele metodens trin op, således dagsprogrammet ikke skrider, men med den konsekvens, at strukturen i PST ikke følges i lige så høj grad, som anvist på kurset. Mange læger udtrykker usikkerhed om, hvornår en given samtale kan honoreres som PST, idet de ofte oplever at bevæge sig væk fra grundstammen undervejs i samtalerne. Ved andre typer samtaleterapi vurderes det, at samtalerne har været uensartede, hvor patienterne har fået meget divergerende tilbud hos deres praktiserende læge. Ved brug af PST er der mulighed for at opnå et mere ens tilbud til patienterne. Flere læger udtrykker interesse og lyst til at arbejde mere struktureret med samtaleterapien, således de har en mere fast metode som baggrund for samtalerne. Erfaringen fra pilottesten er dog, at tilbuddet i høj grad stadig er meget uensartet, idet de forskellige organisatoriske forhold og lægernes individuelle arbejde med oversættelse af metoden til almen praksis, har stor indflydelse på metodens nuværende form. Overordnet set peger de tidlige erfaringer fra pilotresten på, at PST er en god og relevant metode, men for at sikre en vellykket implementering, er det centralt, at projektledelsen overvejer PST's fremtidige form, og dermed understøtter en forankring og implementering i almen praksis, hvor der er øje for de eksisterende arbejds gange og organiseringer.

Spørgeskemabaseret evaluering af patienternes problemstillinger og udbytte af behandlingen ved læge Kaj Sparle Christensen

De deltagende læger blev opfordret til at besvare et web-baseret spørgeskema i forbindelse med hver PST-samtale i klinikken. Spørgeskemaet var udfærdiget som et flow-spørgeskema af Rambøll med mulighed for løbende indtastning af data, men viste sig i praksis at volde flere læger problemer (jf omtalen side 26). I alt 110 patienter blev inkluderet i perioden 1. februar 2016 til den 31. januar 2017. To patienter trak deres samtykke om deltagelse tilbage og udgik af undersøgelsen. Deltagende praksis inkluderede i gennemsnit 11 (0-31) patienter i inklusionsperioden. De deltagende 108 patienter omfattede 94 kvinder og 14 mænd med en gennemsnitlig alder på 38 (SD 14) år. Besvarelsen af de enkelte spørgsmål varierede mellem 81 og 108, svarende til responsrater på 72-100%. Patienterne modtog i gennemsnit 3,3 (SD 2,3) PST samtaler, svarende til følgende percentilfordeling: 10% - 1; 25% - 2; 50% - 3; 75% - 4; og 90% - 7 og med en samlet spredning på 1-14 samtaler. Samlet set viste det sig at 93% af patienternes problemstillinger kunne kategoriseres som relateret til stress, angst eller depression. Lægerne angav at de fulgte de enkelte elementer af PST-modellen i 85-97% af tilfældene. Ifølge lægerne gennemførte patienterne deres handleplan helt eller delvist i 88% af tilfældene og de nåede deres mål i 76% af tilfældene. Det var lægernes vurdering at funktionseven blev forbedret hos 76% og at egenomsorgen blev forbedret hos 82% af patienterne. Lægerne angav at PST behandlingen medførte afledte positive helbredseffekter hos 71% og

afledte negative helbredseffekter hos 8% af patienterne. I forbindelse med den afsluttende PST samtale angav 86% af patienterne at de havde haft et moderat til meget stort udbytte af PST behandlingen.

Spørgeskemabaseret evaluering af patienternes udbytte af behandlingen 1 år efter projektperiodens udløb ved læge Kaj Sparle Christensen

I alt 48 ud af 108 (44%) patienter besvarede spørgeskemaet ved 1 års opfølgningen. Gennemgående angav 60-70% af respondenterne at have fået en forbedret evne til at beskrive deres problemer, prioritere problemerne, finde på nye løsninger, og en forbedret evne til problemløsning. Svarende hertil oplevede 60-80% af respondenterne at have opnået bedre trivsel, bedre funktionsevne, bedre relation til pårørende og forbedret arbejdsevne. 73% af respondenterne vil anbefale at praktiserende læger anvender PST metoden. Eksplorative analyser tyder på at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem evnen til at finde på nye løsninger og forbedringen af især trivsel, funktionsevne og arbejdsevne samt det forhold om patienten vil anbefale metoden til praktiserende læger.

Opgørelse af ændringer i ydelsesmønsteret for interventions- og kontrolpraksis ved statistiker Claus Høstrup Vestergaard

Data vedrørende psykologhenvisning (9999), konsultationsydelser (0101), e-kommunikation (0105), telefon konsultation (0201), psykometrisk test (2149), samtaleterapi (6101) og PST ydelse (4392) indgik i analyserne. Der var ingen ændring i antallet af psykologydelser mellem interventions- og kontrolgruppen ($p=0.751$). Antallet af konsultationsydelser (0101) faldt i interventionspraksis sammenlignet med kontrolpraksis ($p=0.064$). Samtaleterapi ydelserne (6101) faldt i interventionspraksis sammenlignet med kontrolpraksis ($p=0.034$), men korrigerer man for PST ydelserne var der ingen forskel mellem interventions- og kontrolpraksis ($p=0.317$). Ydelsesdata vedrørende telefonkonsultationer (0201), e-mail konsultationer (0105) og psykometriske test (2149), viste ingen signifikante ændringer mellem interventions- og kontrolpraksis.

Sammenfatning ved læge Kaj Sparle Christensen

Kurset bidrog med vigtig ny viden og praktisk færdighedstræning til de deltagende læger. Evalueringen af kurset og implementeringen af metoden i praksis dokumenterede at der er behov for konkrete justeringer af undervisningen i PST og i det anvendte elektroniske spørgeskema. Blandt 108 inkluderede patienter havde 93% problemstillinger som faldt inden for kategorierne stress relaterede tilstande, angst og depression. De deltagende patienter modtog i gennemsnit 3,3 (IQR 2-4) PST samtaler. Udbyttet af samtalerne blev af 86% af patienterne vurderet som moderat til meget stort ved afslutningen af PST-forløbet. Ved opfølgning et år efter inklusionsperiodens afslutning oplevede 60-80% af respondenterne stadig udbytte af PST behandlingen i form af bedre trivsel, øget funktionsevne, bedre forhold til pårørende og øget arbejdsevne. Disse forbedringer ser ud til at hænge tæt sammen med en forbedret evne til at komme på nye løsninger (handlemuligheder). PST interventionen medførte ingen signifikante ændringer i ydelsesmønsteret ved sammenligning mellem interventions- og kontrolpraksis. Dog bemærkes et muligt fald i antallet af konsultationsydelser i interventionspraksis ($p=0.064$). En mulig forklaring herpå kan være at PST-teknikkerne har gjort lægens standard konsultationer mere effektive.

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. Hidtil har organisering og kvalitetsudvikling i forhold til 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.

Undersøgelser viser, at patienter med psykisk sygdom ofte også har en kronisk somatisk sygdom, 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 forventes at der samtidigt vil blive brugt mindre tid på rutineopgaver, som kan klares telemedicinsk. Nye måder at organisere arbejdet med disse patientgrupper forudsætter, at der afsættes mere tid til at håndtere og eventuelt prioritere forskellige problemstillinger i samme konsultation.

Håndteringen af komplekse mentale og somatiske problemstillinger nødvendiggør udvikling og anvendelse af evidensbaserede samtaleteknikker; 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.

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 over for depression, angsttilstande og kroniske somatiske lidelser. PST er nært beslægtet med kognitiv adfærdsterapi. For de praksis, som ønsker at indgå i denne aftale, tilbydes kompetenceudvikling i PST. PST er en metode, 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. 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. 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. Praktiserende læger, som har efteruddannet sig i kognitiv samtaleterapi eller lignende samtaleterapiteknikker vil, hvis patienten har behov herfor, kunne supplere PST med kognitiv adfærdsterapi og lign. i henhold til de i overenskomsten gældende bestemmelser om § 59. Hermed kan den praktiserende læge varetage udvidede opgaver, som ellers varetages af praktiserende psykologer.

MATERIALE OG METODE

Tyve praksis deltog i pilotprojektet via ansøgning efter opslag på praksis.dk. Lægerne i halvdelen af de deltagende praksis medvirkede i efteruddannelse i PST metoden. Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus evaluerede kvaliteten af kurset, aktivitet samt behov for eventuel justering af modellen. Der blev fulgt op på udviklingen i behandlingsforløbene for de involverede patienter (flowspørgeskema og tilfredshedsundersøgelser). Evalueringen tog udgangspunkt i Triple Aim og omfattede aktivitetsdata fra praksis.

Ud over effektmålinger via flowspørgeskema og spørgeskemaer tilsendt alle deltagende patienter, indgik et antropologisk studie af patientinddragelse, den patient oplevede kvalitet, samt de deltagende praktiserende lægers erfaringer og perspektiver i evalueringen. Formålet med en kvalitativ antropologisk undersøgelse var at belyse deltagernes oplevede udbytte af PST – herunder hvordan patienterne oplevede det udvidede samtaletilbud, hvordan ordningen passer ind i en dansk kontekst, hvordan ordningen udmøntes i praksis, hvilke organisatoriske og samarbejds-mæssige fordele og ulemper er der forbundet med ordningen osv. Den kvalitative antropologiske undersøgelse fandt løbende sted. Interviews med deltagende praktiserende læger og patienter blev foretaget for at give et processuelt indblik i PST-ordningen, ligesom enkelte patienter blev 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.

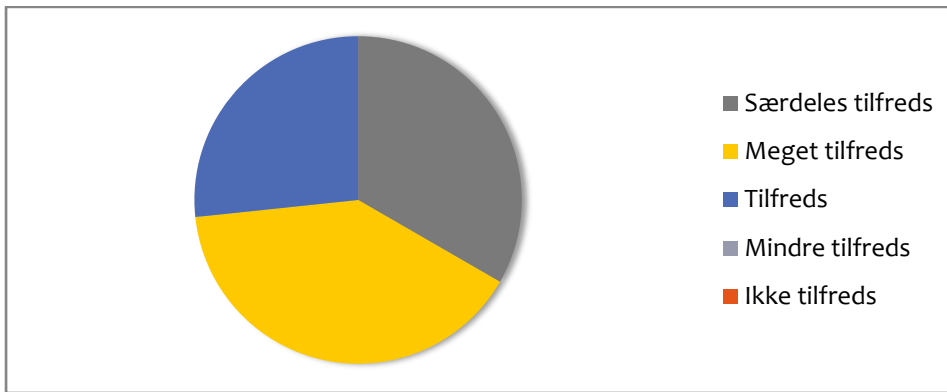
Teststyrke beregning ved statistiker Henrik Søndergaard Pedersen

Studiet blev dimensioneret til at kunne vise en reduktion i antallet af psykologydelser på 10% fordelt på 10 ydernumre med 80% styrke og et signifikansniveau på 5% efter cirka 12-13 måneder.

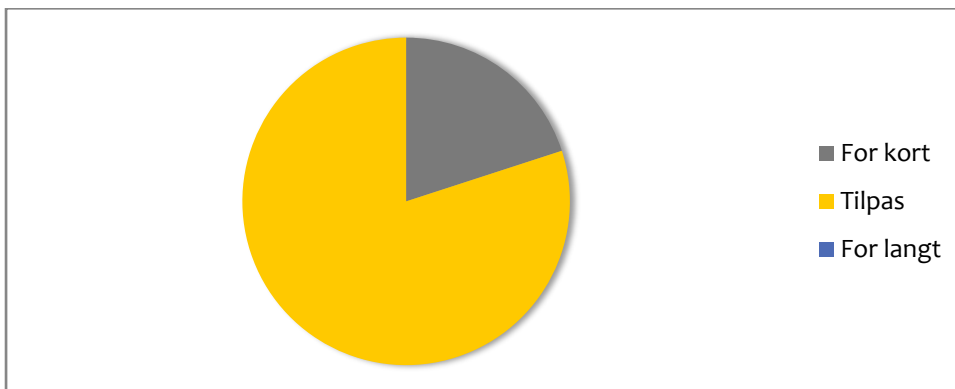
Inklusion og randomisering af praksis

Lægerne i 20 praksis tilmeldte sig undersøgelsen og blev på praksisniveau parret to og to baseret på antallet af tilmeldte patienter og antallet af henvisninger til psykologbehandling inden for en periode på et år. Ti praksis blev randomiseret til intervention- (PST) og 10 til kontrolgruppe.

Figur 1 Hvor tilfreds er du overordnet med dette kursus?

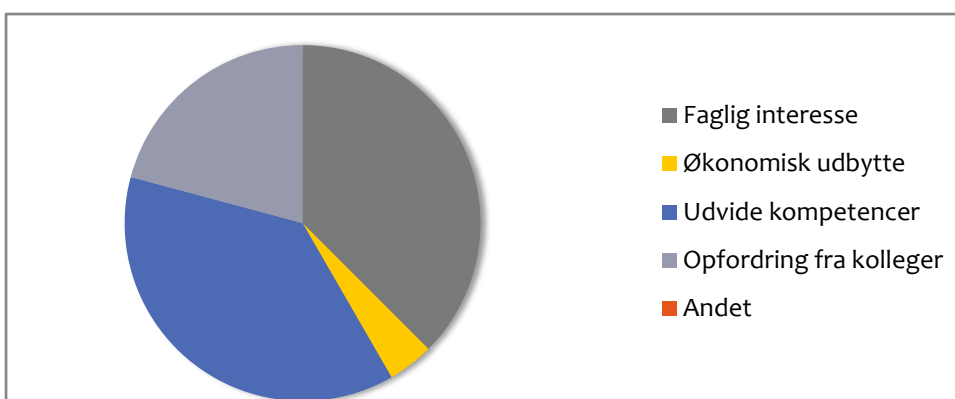


Figur 2 Hvad mener du om kursets varighed i forhold til indholdsmæssige sværhedsgrad?



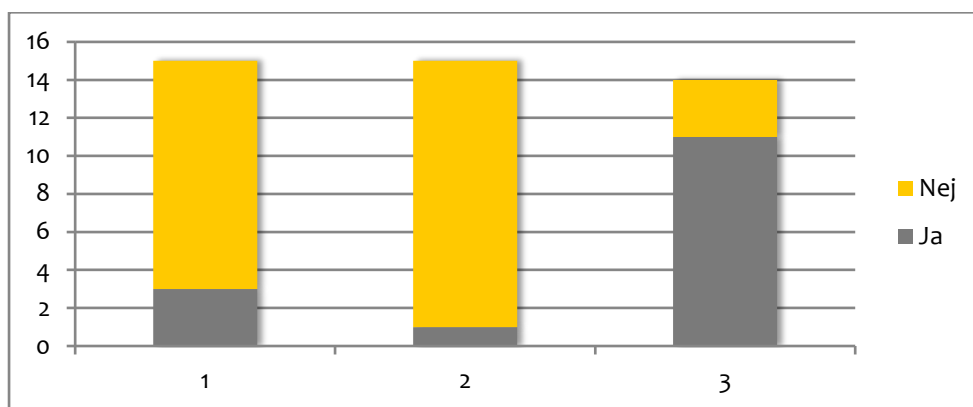
I et forsøg på at karakterisere lægegruppen, er lægerne blevet spurgt om deres baggrund for at medvirke i projektet samt forhåndskendskab til metoden (figur 3). Baggrunden for at deltage faldt i de angivne forslag, idet 0 svarede "andet". Der er en klar overvægt af *faglig interesse* (9) samt *ønske om at udvide kompetencer* (9). Lægerne måtte sætte flere krydser og en nærmere differentiering af besvarelsene er ikke undersøgt yderligere. Fem fulgte *opfordring fra kollega*, mens en enkelt person medvirkede på *økonomisk baggrund*.

Figur 3 På hvilken baggrund ansøgte du om medvirken i projektet?



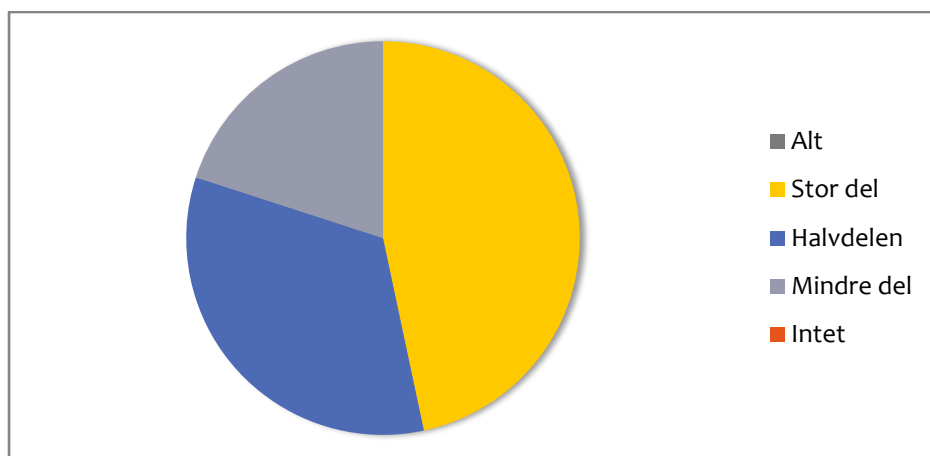
Det faglige incitament for at medvirke falder i god overensstemmelse med det faktum, at 11 (79%) af lægerne svarede, at de praktiserer andre metoder inden for kognitiv adfærdsterapi i deres dagligdag, samt at 3 (20%) havde hørt om PST før kursusstart. Kun en enkelt har svaret ”ja” til at have praktiseret PST tidligere (figur 4). To personer har her markeret deres svar uden for svarkategorierne ”ja” og ”nej” og noteret ”at have gjort det uden at vide det”. Her er det valgt at rubricere svarene som negative svar med den begrundelse, at PST er en specifik metode, der bygger på en evidensbaseret metode og fremgangsmåde.

Figur 4. 1: Havde du hørt om PST før kursusstart? 2: Har du praktiseret PST tidligere? 3: Praktiserer du andre metoder inden for kognitiv adfærdsterapi i din praksis?



Trods kendskab til andre lignende metoder, var PST således ret ukendt for lægerne, og ”en stor del” af den præsenterede viden var ny for knap halvdelen (47%), mens resten fordeler sig på kategorier med et vist kendskab (figur 5).

Figur 5. Hvor meget af den præsenterede viden var ny for dig?



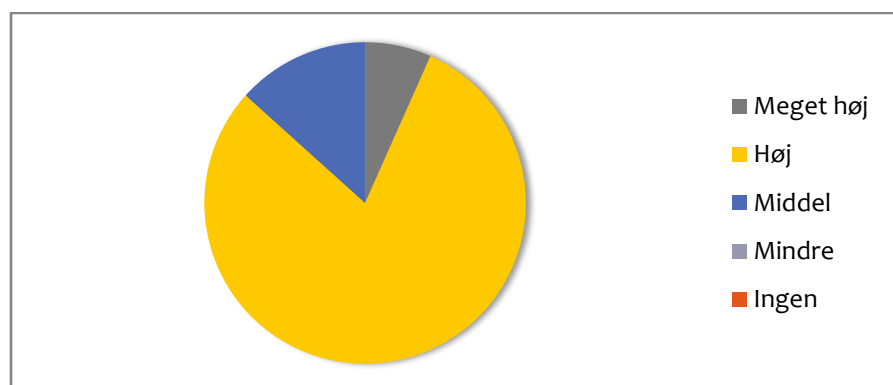
Kurset har forsøgt at afdække PST i forhold til dets teoretiske rationale, formål, kliniske evidens for effekt, de relevante patientgrupper, den praktiske tilgang samt de praktiske forudsætninger, der kræves

for at implementere det i deltagernes praksis. Svarkategorierne til spørgsmålet: *i hvor høj grad har kurset præsenteret dig for*, graderes fra "slet ikke" over "mindre grad", "middel", "høj grad" til "meget høj grad". De sidste to svarkategorier må anses som værende tilfredsstillende og sammenlagt er der her svaret mindst 50%, når der ses bort fra spørgsmålet angående den *kliniske evidens for effekt*. Som det fremgår af nedenstående findes også en betydelig svarandel i graderingen "middel", hvor man må overveje, hvorvidt disse aspekter (det teoretiske rationale, de praktiske forudsætninger) kan afdækkes bedre.

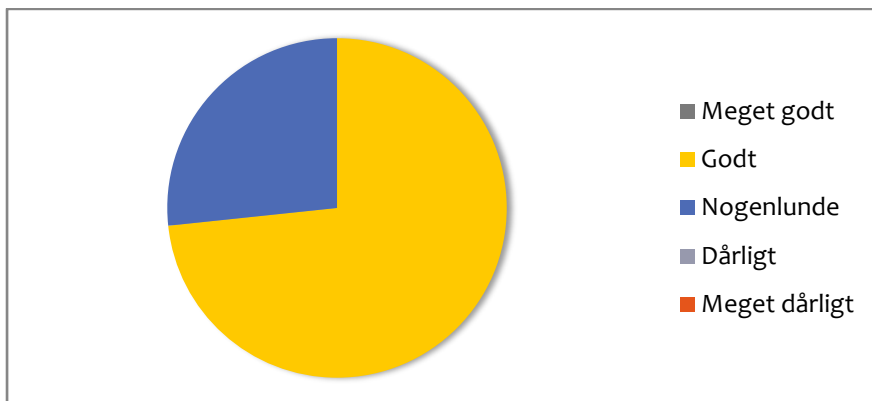
I hvor høj grad har kurset præsenteret dig for:	I høj eller meget høj grad (%)	I middel grad (%)	I mindre grad (%)
Det teoretiske rationale	9(60)	5(33)	1(7)
Formålet	14(93)	1(7)	0
Klinisk evidens for effekt	5(33)	5(33)	0
Praktiske tilgang	13(87)	2(13)	0
De relevante patientgrupper	10(67)	3(20)	2(13)
De praktiske forudsætninger	7(50)	5(36)	2(14)

Sammenholdt med ovenstående blev lægerne bedt om at svare mere overordnet på, *i hvor høj grad de føler sig lægefagligt udrustet til at starte PST i deres praksis* (figur 6) og hvor godt, de vurderer kurset har forberedt dem på *de praktiske forudsætninger for implementeringen af PST* (figur 7).

Figur 6. *I hvor høj grad føler du dig lægefagligt udrustet til at starte PST i din praksis?*



Figur 7. Hvor godt har kurset forberedt dig på de praktiske forudsætninger for implementering af PST?



Størstedelen svarede, at de føler sig lægefagligt udrustet til at starte PST – 1 (7%) i ”meget høj grad” og 12(80%) i ”høj grad”. 2(13%) svarer, at de føler sig ”middel” udrustet. Til de praktiske forhold angiver 4(27%) sig ”nogenlunde” forberedt, mens resten ”godt” forberedt. Ingen af lægerne føler sig således dårligt forberedt.

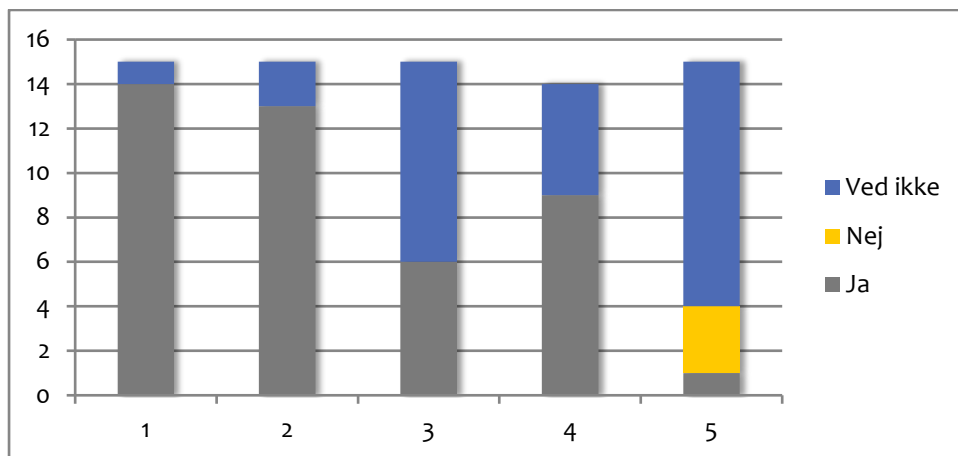
I fritekstspørgsmålet er målet at indramme eventuelle barrierer for implementering på trods af et udbytterigt kursus lægefagligt og praktisk. Til spørgsmålet: *potentielle barrierer for PST i netop din praksis* svarede 1/3 ”tid”. Trods muligheden for mere kvalitative svar er der generelt ikke uddybet yderligere i besvarelsene. 40% svarer blankt og hvorvidt dette kan tolkes som ”ingen” barrierer, forbliver uvist. Resten fordeler sig med forskellige typer barrierer: ”fagligt”, ”ydelseskoder”, ”praktisk” og ”vanskeligheder ved online skemaer”. Ingen af disse besvarelser optræder mere end én gang.

Lægerne blev ydermere spurgt til praktiske/organisatoriske ændringer som en implementering vil kræve og hvilken betydning, disse ændringer vil få. Disse er tabelleret nedenfor. For implementering af PST kræves ændringer hos størstedelen, og endvidere er disse ændringer af stor betydning for flertallet.

Behov for praktiske/organisatoriske ændringer	Antal (%)
Mindre ændringer, men af stor betydning	8(53)
Markante ændringer, men af mindre betydning	4(27)
Markante ændringer, men af stor betydning	1(7)
Ingen ændringer	1(7)
Ved ikke	1(7)

Afslutningsvis spørges til lægernes tiltro til effekterne af PST (figur 8). Et markant flertal tror på at PST kan forbedre egenomsorgen samt funktionsniveauet for den relevante population med henholdsvis 14(93%) og 13(87%). Mere usikre bliver besvarelsene for forbedring af sundhedstilstanden samt klinisk og brugeroplevet kvalitetsforbedring for den relevante population med henholdsvis 6(40%) og 9(64%) i ”ja”, mens resten svarer ”ved ikke”. En enkelt blank besvarelse findes her. En enkelt person tror på PST vil reducere sundhedsudgifter ved eksempelvis færre henvisninger til andre relevante aktører (privatpraktiserende psykiater, psykolog mv.).

Figur 8. Forventer du at PST kan: 1: forbedre egenomsorgen for den relevante population. 2: forbedre funktionsniveauet for den relevante population. 3: forbedre sundhedstilstanden for den relevante population. 4: vil give en klinisk og brugeroplevet kvalitetsforbedring hos den relevante population. 5: vil reducere samlede sundhedsudgifter for den relevante population ved eksempelvis færre henvisninger til andre relevante aktører som privatpraktiserende psykolog, psykiater mv.



Opsummering:

- Der er tale om en fagligt engageret lægegruppe med kendskab til lignende metoder
- Overordnet har kurset udrustet lægerne tilfredsstillende fagligt og praktisk.
- Lægerne ser potentiale for en gavnlig effekt for den pågældende populations egenomsorg og funktionsevne.
- Der er dog fortsat barrierer som tid og organisatoriske ændringer af betydning, der kan vanskeliggøre den egentlige praktiske implementering
- Præsentationen af PST i forhold til det teoretiske rationale, evidens for klinisk effekt og praktiske forudsætninger kan udbygges på kurset.

KVALITATIV EVALUERING AF KURSET OG IMPLEMENTERINGEN AF METODEN VED ANTROPOLOG TRINE LAURA OVERGAARD NIELSEN

Baggrund for evaluering af pilottest

Formålet med en evaluering af pilottesten af metoden problemløsende samtaleterapi er at opnå feedback i forhold til justeringer forud for en eventuel bredere udrulning af indsatsen, eftersom indsigt i uforudsete barrierer og muligheder er vigtig viden for den videre implementering. Gennem tidlige evalueringsaktiviteter er det muligt at foregribe udfordringer forud for en eventuel senere udrulning af tilbuddet.

Indeværende evaluering bygger på kvalitative evalueringsaktiviteter, men udgør samtidig et led i en større evalueringsrapport, som herudover indeholder kvantitative effektmålinger. Den kvalitative evaluering er foretaget af antropolog ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Trine Laura Overgaard Nielsen. Dataindsamlingen har fundet sted i de første fire måneder efter implementeringen af metoden, for at opnå indsigt i de deltagende praktiserende lægers tidlige erfaringer og oplevelser med metoden problemløsende samtaleterapi.

Rapporten indeholder først en kort beskrivelse af deltagere og metoder, hvorefter de tidlige erfaringer med pilottesten er inddelt i to overordnede kategorier; muligheder og barrierer. Evalueringen afsluttes med en opsamling og anbefalinger, der skal forstås som mulige indsatsområder, som man i forud for en eventuel udrulning kan tage op til drøftelse. Nogle af anbefalingerne er baseret direkte på forslag fra deltagerne, andre er baseret på antropologens samlede forståelse af metodens funktion og afvikling.

Metoden problemløsende samtaleterapi (PST)

Metoden problemløsende samtaleterapi (herefter benævnt PST) er dannet ud fra konceptet Problem Solving Therapy, som er udviklet i England. Metoden har i videnskabelige undersøgelser dokumenteret effekt overfor depression, angsttilstande (1;2) og kroniske somatiske lidelser (3-5). PST er nært beslægtet med kognitiv adfærdsterapi. Målgruppen for PST i dette pilotprojekt defineres som patienter med let til moderat ikke-psykotisk psykisk sygdom, og patienter med samtidig psykisk og somatisk kronisk sygdom.

Kort sagt, er PST 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

PST bygger på 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. Metoden lægger op til at anvende patientens egne ressourcer som led i patientens varetagelse af sundhed og sygdom. PST-samtaler kan være effektive

allerede efter én samtale, men erfaringer viser, at der ofte vil der være behov for et samtaleforløb på op til 5-10 samtaler.

PST udføres i pilottesten af den praktiserende læge og udgør et terapeutisk supplement til lægernes brug af samtaleterapi. For de praksisser, som udvælges til at indgå i pilotprojektet afholdes i alt tre kursusdage, hvor metoden tillæres og trænes.

Metoden er struktureret ved hjælp af en række hjælpeark, som patienten og lægen i fællesskab udfylder løbende gennem konsultationen. Gennem hjælpearkene genererer patienten blandt andet en problemliste, opridser løsningsforlag og vurderer fordele og ulemper ved disse. Som et led i den kvantitative evaluering af pilottesten skal patienten derudover udfylde et trivselsskema både i starten og slutningen af konsultationen. Dette foregår via et online spørgeskema, som lægerne har adgang til via et link på deres computer. Udover trivselsskemaet skal andre oplysninger om problemets art, progression og vurdering af lægen også noteres i spørgeskemaet.

Foruden at assistere patienten i at håndtere og løse problemer, er det overordnede mål ved PST at lære patienten metoden, således patienten på et senere tidspunkt selv vil kunne applicere metoden på andre problemer i sit liv.

Deltagere i pilottesten

De deltagende praksisser er identificeret via opslag på Praksis.dk. 20 praksisser meldte sig til projektet, hvorved 10 blev randomiseret som interventionspraksis og 10 som kontrolpraksis ved matchning på flg. parametre:

- Henvisnings/ydelsesaktivitet til psykologordningen
- Praksisstørrelse

Lægerne fra de 10 udvalgte praksisser har, som et led i pilottesten, deltaget i et kursus i metoden PST. Kurset var struktureret over to kursusgange: ét kursus af to dages varighed og senere én opfølgingsdag. På de første kursusdage var formålet at give de praktiserende læger en grundig indføring i PST – både via gennemgang af metoden af kursets to undervisere (psykologer Anette Fischer Pedersen og Mette Lund Jensen), visning af filmklip, gruppearbejde og rollespil.

Evalueringsmetode

Nærværende evaluering bygger på kvalitative metoder, som skal supplere en senere kvantitativ effektmåling. Pilottesten af PST i almen praksis rummer flere perspektiver og oplevelser med indsatsen – herunder projektproces (afklaring af projektaktiviteter, forventningsafstemning, aftaler mv.), kursusafvikling og -indhold, implementering af indsatsen i praksis (muligheder og barrierer herfor - i form af eksempelvis organisatoriske og praktiske konsekvenser i almen praksis) samt de praktiserende lægers oplevelser med indsatsen.

Formålet med den kvalitative evaluering af pilottesten (herunder projektprocessen, implementering af indsatsen samt de praktiserende lægers oplevelser af PST i det daglige arbejde) er at skabe en forståelse for årsager og sammenhænge. En sådan kvalitativ evaluering kan bidrage til en forståelse af, hvorfor/hvorfor ikke projektelementer (mis)lykkes, og hvilke elementer, der kræver særlig opmærksomhed i udvikling og implementering af en evt. senere udrulning af tilbuddet.

Foruden deltagelse i planlægning af pilottesten, har den kvalitative evaluering fundet sted gennem de første fire projektmåneder.

Den kvalitative evaluering bygger på følgende datagrundlag:

- Løbende deltagelse i følgegruppeaktivitet og infomøder (indsigt i proces og implementering)
- Deltagerobservation og uformelle interviews i forbindelse med kursusaktiviteter (2 kursusdage + 1 opfølgingsdag)
- Strukturerede interviews med deltagende praktiserende læger fra de 10 pilotpraksisser, 10 læger om bl.a. erfaringer med vanlig behandling og PST (8 interviews via besøg i praksis + 2 telefoninterviews)
- Observationsstudier i forbindelse med udvalgte PST-samtaleforløb – fokuseret observation

Herefter er det indsamlede datamateriale analyseret via en tematisk analyse, hvor både deltagernes egne erfaringer og forslag til forbedringer samt antropologens samlede forståelse af metodens anvendelighed i almen praksis danner grundlag for evalueringens pointer og anbefalinger.

Muligheder for metoden

Samtaleterapi i almen praksis

På kursets første dag redegør de deltagende læger for deres bevæggrunde for at deltage i pilottesten af PST. De fleste læger har allerede god erfaring med samtaleterapi, hvor mange nævner tidligere kurser i blandt andet kognitiv terapi. De fleste anvender desuden en blanding af deres egne erfaringer, forskellige samtaleteknikker, erhvervet gennem diverse kurser, og derudover det, flere kalder ”almindelige menneskelige egenskaber”, når de har konsultationer i samtaleterapi. Gennemgående er, at lægerne oftest ikke anvender én afgrænset metode, men i stedet blander de forskellige teknikker – en tilgang, som de fleste læger kalder ”støttende samtaler”. At der ikke følges én bestemt metode, medfører dog også, at mange læger efterspørger mere systematik og struktur på deres samtalemetoder. Dermed har flere af lægerne forhåbninger om at opnå mere effektive og strukturerede samtaler gennem PST. Enkelte læger har endnu ikke gjort sig mange erfaringer med samtaleterapi – og håber derfor kurset vil give dem en ballast til at afvikle samtaler fremadrettet.

Hidtil har lægerne højest kunne blive honoreret for 7 samtaleterapiydelser med hver patient i løbet af et år. Et par læger fortæller, at dette forhold kan medføre, at de i nogle tilfælde bliver nødsaget til at rationere samtalerne ved at indlægge ekstra tid mellem hver samtale (hvor en højere frekvens ellers ville være at foretrække), fordi de dermed håber, at tiden vil arbejde med dem – forstået på den måde, at patienternes problemer bliver mindre undervejs. Hvis lægerne ikke når at blive færdig med samtaleforløbet på 7 samtaler, får de kun tilskud svarende til en almindelig konsultation. En af de helt konkrete fordele, som flere læger nævner ved PST-forløbene er, at lægerne ikke er nødsagede til at afslutte samtaleforløbene inden for de 7 samtaler, da der ikke er begrænsninger på PST-ydelsen.

Herudover nævner flere, at det er en fordel, at samtaler som disse finder sted i almen praksis, da lægerne ofte i forvejen kender patienten, patientens pårørende og livshistorie generelt. Ved at kende til den

kontekst, som patienten skal arbejde i, er det nemmere for lægen at indkapsle problemet hurtigt og arbejde hensigtsmæssigt frem mod målet. Dette kunne blandt andet opleves under en konsultation med en ung mand, hvis hustru også deltog i konsultationen. Baggrunden for denne patients PST-forløb var et ønske om mere struktur hverdagen – og lægen, der kendte både patienten og patientens hustru, refererede flere gange til fortællinger, som lå forud for denne konsultationsrække. Generelt opleves det tydeligt til de PST-konsultationer, som indeværende evaluering bygger på, at patienterne alle kender deres læge godt i forvejen, og der er en gensidig tryghed mellem patient og læge.

Et andet vigtigt rationale i forhold til, hvorfor PST skal finde sted i almen praksis, er, at mange af patienterne i forvejen kommer hos deres praktiserende læge. Nogle af patienterne er multisyge og har mange forskelligartede problemer, hvor den praktiserende læge kender det samlede sygdomsbillede bedst. Omvendt nævner en læge dog også, at man som praktiserende læge kan komme for tæt på patientens, således patienten føler sig blottet og forfulgt af sin historik.

Kurset i PST

Under interviewene udtrykker alle læger stor tilfredshed med kurset. Mange er tilfredse med gennemgangen af metoden af de to undervisere. Dog mener flere, at de godt kunne have brugt mere øvelse i metoden under kurset. En læge siger fx:

”Det andet virker som, når man skal lære at svømme, hvor man bare bliver skubbet ud på vandet – og så svøm. Og det hjælper jo ikke, hvis man ikke har redningsvest på”.

Under kurset skulle lægerne supervisere hinanden under rollespil, hvor de skiftevist agerede læge, patient og observatør. Her mener flere af de deltagende læger, at det ville have været gavnligt med mere sparring fra underviserne, da det ofte var svært at rådgive hinanden i brugen af en metode, som alle endnu var nybegyndere i. En læge nævner her:

”Jeg vil gerne have evaluering af nogle der forstår at evaluere mig - frem for nogle, der evt. risikerer at pande mig en uden at kunne rejse mig op igen”.

Generelt set er der dog stor tilfredshed med kurset – og enighed om, at kurset har givet en god indføring i metoden.

Fra følelser til handling

Næsten samtlige læger har allerede flere teknikker at basere deres samtaleterapi på, men PST adskiller sig dog ved sit mere direkte sigte på at løse problemer. En læge forklarer, hvorfor PST er særligt velegnet til bestemte typer af patienter:

Interviewer: *”Tror du, dine andre metoder/teknikker havde hjulpet lige så godt på de her patienter?”*

Læge: *”Ikke på Mikkel... på Mikkel ville jeg nok bare have brugt... mig selv. Sådan er det lidt mærkeligt, det her med samtaleterapi, for hvor meget bruger man bare, at man er et almindeligt menneske med sine egne holdninger? Og så fører man det over på sine patienter og synes de skal leve... Altså en motiverende samtale er ikke altid så videnskabelig begrundet. Men fordi vi sidder i den her position og snakker med 20-30 patienter om dagen, så opnår man en evne til at snakke med folk. Der er vi nok blevet mere konkrete [med PST] og jeg tror helt klart Mikkel har haft gavn af metoden – og jeg har gjort meget ud af, at det er metoden han skal lære og bruge den i andre sammenhænge. Det tror jeg, han kommer til at gøre”.*

Netop det, at PST er så fokuseret på udvikling og problemløsning gør metoden særligt tilfredsstillende for lægerne, da de kan følge patienternes udvikling sig fra gang til gang. Overordnet set er PST en metode, som er særligt velegnet til at konvertere følelser til handling. Dette hjælper både patient og læge til ikke at blive låst fast i samtalen, som en læge her fortæller:

"Jeg er helt sikker på, at det vender tilbage den anden vej – at når man har lært at handle på tingene, så får man stivet sit følelsesliv af, så det bliver meget mere håndterligt. Det giver en følelse af ikke at være lammet, ikke at være låst fast... at kunne gøre noget".

Samme læge uddyber:

"Jeg ser det her som et potentielt evigt langt forløb, hvis man skulle give en understøttende samtalebehandling for så kan man blive ved med at holde hånden under og sige 'uh nej, nu er du ked af det her. Så tager vi en snak om det'. Så vil det være et nyt problem næste gang eller en variation over det første. Mens det her giver ham nogle redskaber til at han måske en dag selv kan stoppe op og sige 'nå, hvad kan jeg så gøre?'. At han kan finde ud at tænke praktisk. Han er et menneske, der er fabelagtigt meget i følelser... 'hvordan føler jeg omkring det her lige nu'. Reelt kan han jo ikke bruge det til ret meget, for de følelser bringer ham ikke videre. Men det at give ham en handlemulighed, det er nytænkende for ham".

Overordnet set er PST medvirkende til, at det bliver mere klart både for patient og læge, hvilket problem der arbejdes med. Der er bred enighed om, at metoden er meget relevant og giver et brugbart værktøj til at håndtere patienter, hvor samtalen ofte låser fast, fordi der har manglet et handlingsorienteret fokus i de tidligere samtaler. En læge, som allerede har god erfaring med PST, foreslår desuden, at det er en god ide at vælge en af de nemmere løsninger fra patientens ark med løsningsforslag – da det for både lægen og patienten er motiverende at opleve problemet blive løst. Samtidig er formålet at lære patienten metoden, således patienten fremadrettet selv er i stand til at anvende teknikkerne, hvilket også underbygger pointen om ikke at vælge en for svær løsning i begyndelsen.

Struktur på konsultationen

Der er bred enighed om, at der generelt har manglet struktur på samtaleterapien hos de enkelte læger. Samtidig mangler lægerne en oplevelse af, at de baserer samtalerne på en bestemt metode. Dermed har samtaleterapien hidtil sandsynligvis givet et meget forskelligartet tilbud til patienterne – alt efter lægens egen erfaring og ballast – hvorimod PST har potentiale til at skabe en mere ensartet struktur på samtalerne.

PST er netop kendetegnet ved sin forholdsvist stringente struktur, hvor lægen og patienten guides via hjælpearkene, som er medvirkende til at sikre progression gennem samtalen. En læge nævner, at PST giver samtalen retning:

"Mange af de samtaler man ellers har, det er sådan noget med, de der støttende samtaler. Men hvad er målet med det? Hvor vil jeg hen i det her? Det har jeg førhen haft svært ved. Hvor vil jeg hen med de her samtaler? Det ved jeg jo ikke inden. Her, der ved jeg i løbet af ganske kort tid i samtalen, at det er dér vi skal hen. Det er da en befrielse at vide, hvor vi skal hen i det. Det er den store fordel".

Netop fordi de støttende samtaler ofte manglede struktur, har mange af lægerne oplevet, at de kommer til at give meget af dem selv. Ved PST indskrænkes lægens rolle og i stedet er det patienten, der i langt højere grad skal arbejde med problemet. Dette gør samtalen mindre belastende for lægen, som lægen herunder påpeger:

”PST æder langt mindre af mit overskud. Jeg er jo langt mindre på. Ved en gammeldags samtale har man meget mere fat i, hvad har man inde i sig selv, som man skal give af. Man er meget mere brugt efter sådan en samtalebehandling. Ved det her er jeg jo egentlig ikke på. Der skal jeg bare holde styr på, hvor patienten er henne. Langt mindre belastende”.

Samlet set oplever lægerne PST som et meget relevant redskab til at sikre struktur i deres samtaleterapi, som tidligere kunne have en tendens til at være uden retning og styring.

Hvilke patienter er PST egnet til?

Hos lægerne er der stor forskel på, hvilke patienter, de finder egnede til PST. En gruppe af lægerne mener, at PST er særligt egnet til patienter med et forholdsvist højt kognitivt niveau, hvor patienten både er i stand til at reflektere over sin egen situation og sætte ord herpå. Flere læger bliver mere specifikke ift. målgruppen, hvor nogle mener metoden ikke er egnet til ældre mennesker og ikke-etnisk danske, som ikke har dansk som modersmål eller hvor der er andre kulturelle barrierer. Nogle nævner, at det er for omstændeligt for de ældre med skemaerne, og derfor vælges disse patienter ofte fra.

Generelt set er der stor enighed om, at PST er egnet til unge, som har brug for hjælp til at håndtere hverdagsproblemer. Disse patienter opnår ofte en hurtig forståelse af metoden og er i stand til at gøre problemerne konkrete. Samtidig oplever nogle af lægerne også, at særligt unge mennesker ofte vælger psykologhjælp fra pga. egenbetaling, hvor PST bliver en måde at hjælpe denne gruppe på.

En gruppe af lægerne mener, at nogle problemer kan blive for komplekse og svære til at kunne rummes af PST, hvor kognitiv terapi i disse tilfælde vil være mere velegnet. Her oplever de, at kognitiv terapi er mere dybdegående end PST og derved kan rumme mere komplekse problemstillinger. Omvendt mener et par læger også, at PST netop er velfungerende til de komplekse patienter med fx multisygdom eller flere svære psykiske diagnoser. Her har lægerne oplevet, at de forskellige problemer ofte bliver svære at håndtere, fordi de bliver rodet sammen og samtalen uden struktur. Her er PST god til at gøre de komplekse problemstillinger mere overskueligt og nemme at gå til.

En problemstilling ift. de mere komplekse patienter, som samtidig har behov for medicin for psykiske lidelser, er, at det er uvist for lægerne, hvorvidt det er i orden at sætte patienten i et PST-forløb sideløbende med opstart i fx antidepressiv medicin. En læge fortæller her:

”Det er gået op for mig, at hvis jeg skal bruge metoden, så skal det være til meget konkrete problemstillinger. Hvis det bliver for meget over mod reel depression osv. Jeg synes det er sværere at kombinere det her med, at jeg starter dem op i antidepressiv medicin fx, hvor jeg tidligere har kunnet kombinere det meget – det at være læge og samtaleterapeut”.

Dette tilfælde skyldes overordnet, at lægen er usikker på, om han forstyrrer evalueringen af PST, hvis han både udskriver medicin samtidig med opstart i et PST-forløb. Dette må formodes at være et mindre problem, når projektperioden afsluttes.

Samtlige læger kan forestille sig særlige målgrupper for PST, for hvilke, de finder metoden meget givende. Det er dog værd at overveje til en eventuel senere udrulning, at målgruppen for PST bør drøftes nærmere, da lægernes identificering af egnede patienter kan medføre en skævvridning, hvor patienter, som netop kunne have gavn af PST, vælges fra på baggrund af lægernes usikkerhed over målgruppen.

Fokus på en ny gruppe patienter

Et af fokuspunkterne i pilottesten af PST, er at undersøge, hvordan PST påvirker henvisningsmønstre til psykologordningen. På kursets første dag nævnte flere læger, at deres motivation for at deltage i projektet netop er, at de sender mange patienter ud af huset, som de gerne selv vil kunne tage sig af. Samtidig oplever lægerne en større gruppe patienter, som de ikke har mulighed for at henvise til psykolog, da de ikke lever op til kriterierne herfor. Det er netop den gruppe patienter, som mange af lægerne vurderer PST er egnet til. Flere patienter har tidligere oplevet, at de ikke har haft de henvisningsindikatorer, det kræver for at blive henvist til psykologordningen. I stedet har denne gruppe gået i den (gratis) studenterrådgivning, betalt selv, i familierådgivning eller helt manglet et tilbud. Dermed er der også grobund for, at PST netop rammer en ny gruppe patienter, som sandsynligvis ikke har haft et egnet tilbud hidtil.

En læge nævner også, at han i forvejen sjældent henviser til psykolog, da han gerne vil tage samtalerne selv. Det generelle billede, der tegner sig gennem interviewene, er desuden, at lægernes brug af henvisning til psykologordningen ofte er styret af lægens egne ressourcer og tid på det pågældende tidspunkt. Dermed må det vurderes, at flere faktorer kan spille ind på, om det overhovedet vil være muligt at registrere en ændring i henvisningsmønstrene. En læge vurderer, at hun ikke vil ændre i sit henvisningsmønster:

”Dem der har brug for at komme til psykolog, vil jeg stadig henvise som før – også selvom vi kører det her. [...]. Men det kan være de [patienterne i PST-forløb] bliver kortere tid sygemeldt eller ikke får recidiv. De kommer mere ordentligt tilbage på arbejde. I forhold til sygemeldingsperioden kan det være, det er en stor fordel”

Effekten og positive forandringer afledt af PST kan derfor sandsynligvis være at spore andre steder end i henvisningsmønstre til psykologordningen. De fleste læger er dog stadig meget tilfredse med metoden, da den netop giver dem et redskab til at håndtere nogle af de patienter, som de hidtil har haft vanskeligheder ved at finde et egnet tilbud til.

Tilfredshed blandt patienter

Gennem observation af udvalgte PST-samtaler har det været muligt også at få et mindre indblik i, hvordan patienterne oplever metoden. Generelt set er oplevelsen, at patienterne er meget initiativrige i samtalerne og i flere eksempler tager patienterne selv initiativ til at udfylde hjælpearkene undervejs. Patienterne er også i høj grad selv idegenererende under samtalerne, hvor de på egen hånd tager initiativ til at generere løsningsforslag og vurdere fordele og ulemper herved. Dette efterlader et klart indtryk af, at patienterne forstår metoden og selv vil være i stand til at anvende den på et senere tidspunkt.

Samme indtryk har mange af lægerne, som oplever, at patienterne både er villige til at starte PST-forløb op, arbejder med deres hjemmeopgaver og samtidig afsluttes med en tiltro til, at de selv vil kunne anvende metoden på fremtidige problemer.

Barrierer for implementering

At komme godt fra start

Som en del af pilotprojektet forventes det, at alle praksisser vil kunne inkludere minimum én patient pr. uge i projektperioden. Omkring fire måneder efter kurset i PST viser der sig alligevel at være stor forskel på, hvor mange PST-konsultationer lægerne har gennemført. Gennem interviews viser det sig, at de læger, der har været hurtigere til at komme i gang med metoden efter afviklingen af kurset, har haft en bedre oplevelse af metoden. Erfaringen er, at nogle læger har holdt ferie eller haft særligt travlt i perioden umiddelbart efter kurset og derfor ikke har fået implementeret metoden fra start.

En læge nævner, at hun var motiveret fra start og allerede få dage efter kurset havde hun til hensigt at informere praksispersonalet om metoden. Desværre manglende hun på dette tidspunkt at få tilsendt materiale (blandt andet et filmklip) fra kurset, hvilket betød, at hun ikke fik informeret praksispersonalet med det samme. Erfaringen fra andre lægepraksisser, som lykkedes med at få implementeret PST kort efter kurset, er, at det vigtigt at udbrede kendskabet til metoden til både sekretær og praksissygeplejerske. I nogle praksisser har både sekretær og sygeplejerske, som ofte er dem, der passer telefonen i telefontiden, allerede ved patientens henvendelse noteret, hvis det vurderes til at være en mulig PST-konsultation. Dette hjælper lægen til at tænke PST allerede inden konsultationens begyndelse, hvilket kan være en motivationsfaktor for lægen til at anvende PST i stedet for andre metoder, som lægen har mere erfaring i. Ved henvendelse til lægepraksisserne forud for interviews til indeværende evaluering, opleves der også stor forskel på, hvorvidt sekretærene kender til metoden. I nogle få tilfælde har sekretæren ikke hørt om metoden overhovedet. Generelt tyder det også på, at de læger, som har adgang til sparring i metoden – enten med praksispersonalet eller en læge fra samme praksis, oplever sparringen som givende og motiverende.

Samtidig har mange manglet en klar procedure for inklusion af patienter, hvor de i hver lægepraksis selv har skullet lægge en strategi herfor. Flere læger har manglet en overordnet strategi og vejledning til at komme godt i gang. Nogle læger har manglet hjælp til, hvordan de bedst kan ”sælge” metoden til patienter, hvor de efterspørger mere hjælp til at italesætte metoden over for patienterne.

Tidsforbrug

Allerede under kurset står det klart, at mange af lægerne er bekymrede for, om de har den fornødne tid til at håndtere PST-samtalerne. Flere læger nævner dog, at de håber, at de mere strukturerede samtaler i sidste ende vil spare dem for tid. Under kurset diskuterer lægerne indbyrdes, hvor meget tid, de hver især vil afsætte til en PST-konsultation. Dette varierer fra 20 min til 1 time, hvilket vækker bekymring hos flere af lægerne for, at tilbuddet vil blive for uensartet. En læge fortæller om tidsforbruget:

”Jeg bemærkede allerede til det første internat, at tidsfaktoreren... [...] Nu har jeg kun haft en patient igennem et forløb og der har jeg noteret, at det tager tid. Det tager 50 min., 40 min., 40 min., 50 min og 30 min. og i dag har jeg haft hende, hvor det tog 40 min. Men hun er også kompliceret og det gør jo, at det tager tid. Vi får ikke løn for det og ens arbejde, det skrider”.

Samme oplevelse har flere andre læger. Hos disse læger opleves tidsforbruget som en stor barriere i at komme ordentligt i gang med samtalerne, idet det forsinker deres andet arbejde. Samtidig nævner mange læger, at i perioder, hvor de er særligt belastede sender de flere patienter til psykolog.

Hos lægerne er der desuden stor forskel på, hvorvidt de anvender alle trin i metoden til hver konsultation eller i stedet bryder metoden op over flere konsultationer. Enkelte læger er meget tro mod metodens struktur, og mener, at alle trin bør gennemføres til hver konsultation. Dette medfører dog, at tiden ofte skrider, da det dels kan være tidskrævende at finde et egnet problem og dels fastholde patienten i dette. I disse tilfælde får patienten til hver konsultation en hjemmeopgave til næste gang. I andre tilfælde deler lægerne metoden op, således tiden i stedet bliver strukturerende for, hvor mange trin der nås til hver konsultation. En læge, som har valgt at dele trinnene op, fortæller:

”Jeg har så tilladt mig at dele det op. Jeg giver problemskemaet med hjem. De får det med hjem og så sidder de selv hjemme og kommer med problemlisten ind til mig, og så sidder vi og arbejder ud fra det, de har arbejdet med derhjemme. Det er jo ikke direkte det, vi lærte på kurset, men det er den måde jeg pragmatisk har gået til det på. Jeg synes det fungerer fint”.

Netop pga. de store forskellige i hvor tro lægerne er over for metoden, er der også stor forskel på tidsforbruget. De læger, som i højere grad har revideret i metodens struktur (fx fravalgt bestemte hjælpeark) har nemmere ved at holde samtalerne inden for den afsatte tid.

Forskellig brug af hjælpeark

PST-samtalerne er struktureret ved hjælp af en række hjælpeark til at guide læge og patient gennem samtalen.

Via observation af konsultationerne og efterfølgende interviews med lægerne, står det klart, at der er stor forskel på, hvilke hjælpeark lægerne anvender. Nogle anvender alle de tilsendte ark, mens der i andre tilfælde slet ikke anvendes hjælpeark. Generelt set er der flest, der finder mening i arkene med generering af en problemliste og arket med løsningsforslag. Derudover er der få, der laver en fordel/ulempe-analyse via hjælpearket, mens andre blot gennemgår denne del mundtligt. Generelt er der enighed om, at det vil være for tidskrævende at lave en fordel/ulempe-analyse for hvert løsningsforslag, så ofte udvælges blot et løsningsforslag uden en forudgående analyse.

Nogle læger oplever, at konsultationerne blevet meget ”skematunge” i og med patienten både skal udfylde det elektroniske spørgeskema og hjælpearkene. En læge forklarer, at netop fordi der er så mange skemaer, kan det være svært at opnå fortroligheden med dem alle:

”Jeg forsøger at arbejde med skemaerne, men det er nok en af de barrierer, som jeg synes der er i det... det er fortroligheden med skemaerne og få det som en naturlig del af konsultationen”.

Hos ovenstående læge blev der ikke anvendt skemaer under den pågældende konsultation, hvilket lægen forklarer med, at han i forbindelse med hver konsultation vurderer, hvilke skemaer der er relevante. Nogle gange anvendes flere skemaer og andre gange gennemføres konsultationen uden.

Et centralt element i metoden, er, at lægen indtager en coachende rolle, mens det er patienten, der arbejder. Derfor lægges der også op til, at patienten selv udfylder hjælpearkene og opbevarer dem frem til næste konsultation. Til nogle konsultationer er det dog i stedet lægen der udfylder arkene og opbevarer skemaerne. Lægen begrundede dette således:

”Jeg har løbet i det problem, at de stopper en følelse ind i det her – og hvordan skal jeg så forklare, at det ikke er en problemløsende ting. Jeg følte mig afsporet for så skulle jeg argumentere for, hvorfor de har

skrevet forkert. Så det forstyrrede faktisk lidt, at de kom til at skrive forkert og så skulle rette det. Og det er jo ikke sjovt at rette folk midt i en samtale”.

Der er generelt stor forskel på, hvor mange af hjælpearterne lægerne anvender. Der mangler klarhed over, hvordan arkene kan anvendes uden konsultationerne bliver for skematunge.

Kontinuitet mellem samtalerne

Der er stor forskel på, hvor stort et interval lægerne indlægger mellem hver konsultation. Samtidig er der forskel på, hvorvidt lægerne beholder alle udfyldte hjælpearke eller giver patienterne dem med hjem. Derfor har lægerne også forskellige forudsætninger for at genkalde indholdet af patienternes seneste PST-konsultationer. Nogle læger beholder bevidst hjælpearterne for at huske indholdet af konsultationen og dermed sikre kontinuitet mellem samtalerne.

Ligesom der er forskellige syn på længden af konsultationerne, er der også divergerende tilgange til, hvor meget tid, der må gå mellem hver konsultation. På kurset blev der heller ikke lagt noget ideal herfor. Mange læger oplever ventetid, hvilket medfører, at det er svært at finde tid i programmet inden for få uger. En læge forklarer:

”Det er mere det med at have plads i programmet. Man skal ikke have for mange kørende, så kommer det til at fylde for meget i dagsprogrammet. Så er der ikke plads til andre patienter”.

I den pågældende praksis har det været diskuteret, at der ikke må tages for mange patienter i PST-forløb, da det i så fald bliver vanskeligt at finde plads til andre patienter i programmet. Nogle af lægerne vurderer derimod, at patienterne bør komme til samtale hver uge for at sikre kontinuitet i samtalerne. En læge forklarer dette med, at det er vigtigt at få korrigeret patienterne, hvis de kører fast i deres opgaver eller at opgaven ikke fungerer. Samtidig forklarer hun, at til forskel fra andre typer samtalebehandling foregår PST-samtaler hyppigere:

”De [PST-samtaler] foregår hyppigere, men til gengæld satser jeg på, at de er hurtigere afsluttet. Ved en konventionel samtalebehandling tænker jeg 2-3 uger mellemrum er mere håndterligt, fordi folk også skal have tid til at reflektere over det, man nu er kommet igennem. Så kan det ikke nytte noget, at sætte dem til med en uges mellemrum, fordi det er så følelsesmæssigt belastende”.

Andre læger vurderer, at der fint kan gå 3-4 uger mellem hver samtale, hvilket giver patienten tid til at arbejde med sin opgave derhjemme. Når der går længere tid mellem konsultationerne, kan det dog også være svært for lægen at genkalde sig indholdet af patientens seneste konsultation. I ét tilfælde medførte dette en del forviklinger i starten af samtalen, hvor læge og patient ikke var enige om, hvor patienten var i forløbet. I én praksis har de udarbejdet en Hot-key, som er et hjælpeværktøj i journalsystemet, hvori lægen kort kan beskrive patientens forløb. Dette værktøj blev videregivet til de andre deltagende læger på kursets opfølgingsdag. Et sådant værktøj kan være et godt redskab til at sikre kontinuitet mellem samtalerne.

Er PST en lægefaglig opgave?

Allerede på kurset blev det diskuteret, hvorvidt en samtaleteknik som PST er en lægefaglig opgave. Nogle læger mente, det i højere grad burde varetages af en coach eller en psykolog, mens andre mente, at deres praksissygeplejerske ville kunne håndtere de fleste af disse samtaler. Netop de forskellige vurderinger af, hvem der er mest egnet til at håndtere denne type samtaleterapi, reflekterer en læge over:

”Hører de hjemme her, hører de hjemme i kommunalt regi, hos en stresscoach eller hos psykologen. Jeg mener jo, at mine patienter hører hjemme her. Men der kan være en anden praktiserende læge, der ikke lægger så meget energi i det, hvor det vil være relevant i kommunal regi.”

En anden læge forklarer, at han sagtens kan forestille sig, at PST-samtalerne varetages af praksissygeplejersken:

”Jeg synes også det er en sygeplejerskeopgave. Jeg synes det skal udbredes til det også. Det tror jeg godt man kunne. [...] Når man netop får det delt ned i de her ting [problemlisten], så er der jo ikke noget lægeligt, rent biomedicinsk i det, der siger, det her skal være en læge. Der kan godt være nogle patienter, der er så komplekse, at det er godt, det er en læge, der gør det, men jeg ser også mange af de her patienter, hvor en sygeplejerske også kunne gøre det”.

Generelt set er der enighed om, at når samtalerne er bundet op på én teknik, som køres stringent, er det fint, at sygeplejersken håndterer samtalerne. I nogle tilfælde vil det dog være hensigtsmæssigt, at lægen tager sig af den første konsultation for at vurdere, om der er behov for en mere behandlingskrævende indsats, som sygeplejersken ikke kan tage sig af.

”Oversættelse” af metoden til almen praksis

En del af pilottesten er netop at vurdere PST som metode i almen praksis, hvor metoden ikke tidligere har været anvendt. Derfor ligger der en del arbejde i at konvertere eller oversætte metoden til de organisatoriske rammer i almen praksis. Lægerne har bestemte arbejdspraksisser og strukturer, som metoden skal tilpasses til, og derfor efterspørger flere af lægerne undervisning med et lidt større fokus på rammerne i almen praksis; herunder tid til konsultationer og honorering.

Mange af lægerne har oplevet det som værende udfordrende at skulle oversætte metoden til deres hverdag og rammerne for arbejdet i klinikken. Dette har medført, at der er mange divergerende tolkninger af, hvordan en PST-samtale ser ud i almen praksis. De forskellige organiseringer og forhold i de 10 praksisser har medført, at metoden er blevet tilpasset på forskellig vis. Nogle har dog valgt at følge metoden meget stringent, hvilket ofte har medført frustrationer i forhold til tidsforbruget.

En læge påpeger også, at det ville være gavnligt med mere naturtro rollespil på kurset, hvor PST-samtalerne ellers kunne have en tendens til at blive betydeligt længere end den tid, lægerne har til rådighed i deres hverdag. På kurset bør det derfor overvejes, om der i højere grad også kan øves i at håndtere tiden under samtalerne for på den måde at assistere i ”oversættelsesarbejdet”.

En central pointe er desuden, at der fra kursusledelsens side bør være klarere retningslinjer for, hvor meget hver læge må ændre i metoden for at tilpasse den til de praktiske og organisatoriske forhold i klinikken. Samtlige læger beskriver, at de anvender (ideer fra) metoden i andre konsultationer - hvor nogle dog vælger ikke at taksere samtalen som PST, i og med de ikke har fulgt metoden stringent. Derfor er dataene over gennemførte konsultationer i hver lægepraksis sandsynligvis i højere grad et udtryk for lægernes forskellige tolkninger af, hvor tro de bør være over for metoden end hvor anvendelig de forskellige læger har fundet metoden. En læge, som ifølge oversigten ikke har gennemført PST-konsultationer forklarer, at han bruger metoden i andre typer konsultationer, men idet han ikke følger metoden stringent, har han valgt ikke at taksere dem som PST-samtaler. Han forklarer, at det kræver et ”oversættelsesarbejde” at implementere PST:

”Der er ikke noget galt i teknikken, men jeg er nødt til at oversætte den til et niveau, der passer til min hverdag og til at patienterne har begrænset kapacitet”

PST i en ny form?

Blandt lægerne er der bred enighed om, at metoden er god, og samtlige læger mener, at metoden har bidraget til en god måde at håndtere problemer på. Samtidig tyder det dog på, at flere af lægerne vil bruge PST mindre struktureret efter projektperioden – hvilket der hos flere læger fx vil være uden brug af skemaer. Dette kan have den konsekvens, at tilbuddet igen bliver meget uensartet. En læge forklarer, at PST allerede på nuværende tidspunkt bliver blandet med andre metoder:

”Jeg kører bare videre og tager nogle af tingene fra PST og kører i min egen sammensatte samtaleterapi”

En anden læge fortæller:

”Hvis jeg skulle gøre det efter bogen, vil det være for tidskrævende for mig”.

Lægerne oplever særligt, at strukturen i metoden, som nogle følger meget stringent, kan være svært at applicere til bestemte patienter. I stedet for at tage udgangspunkt i metoden, er det derfor den enkelte patient, der bliver udslagsgivende for tilgangen. En læge forklarer:

”Man skal se på den enkelte i stedet for at kigge på en metode. Jeg kan ikke sige hvad jeg gør, før jeg kommer i gang. Det giver mere mening for mig at vælge noget der passer til folk, i steder for at vælge patienter fordi de passer til en model”.

PST's meget strukturerede form kan dermed medføre, at PST efter projektperioden bevæger sig mere væk fra sin stringente natur.

Hvis det vurderes fra projektledelsens side, at det er vigtigt at holde fast i en renere form af PST, for netop at sikre et ensartet tilbud til patienterne, bør målgruppen og oversættelsesarbejdet til almen praksis overvejes i endnu højere grad. Ellers er der stor sandsynlighed for, at kun dele af PST vil blive anvendt fremover, med den konsekvens, at tilbuddet igen vil blive meget uensartet.

Barrierer i forbindelse med evalueringsdesignet

Spørgeskemaet

Følgende to fokuspunkter, skal ses som barrierer, som er forbundne med selve interventionen – og dermed ikke med PST som metode i almen praksis.

Som en del af pilottesten af PST, skal læge og patient udfylde et spørgeskema for hvert problem, der arbejdes med. Her skal patienten dels vurdere sin trivsel ved konsultationens start og afslutning, samtidig med, at metoden og lægens indsats vurderes.

Allerede på kurset var der stor usikkerhed omkring spørgeskemaet. Disse usikkerheder omhandlede både sikkerheden ved registreringen, opbygningen af spørgeskemaet samt tidsforbruget ved udfyldelse af det. På kurset foreslåes det, at lægerne skal forsøge at ”sælge” spørgeskemaet som en del af konceptet, således patienten oplever besvarelsen af spørgeskemaet som meningsfyldt. De fleste læger har dog selv svært ved at opleve spørgeskemaet som meningsfyldt, hvilket gør det svært at ”sælge” til patienten.

Hos lægerne er der stor usikkerhed omkring brugen af spørgeskemaet. Mange af lægerne oplever det som svært at danne sig et overblik over, hvilke delelementer af spørgeskemaet, der skal udfyldes hvornår. Denne problematik blev også rejst på kurset, hvorefter der på den baggrund blev ændret i skemaets opbygning. Alligevel oplever flere læger det som vanskeligt efter ændringen. Flere oplever det særligt som svært at vurdere, hvornår et problem afsluttes og et nyt påbegyndes. En læge beskriver det således:

”Man kan diskutere, hvornår det er et nyt problem, hvornår jeg burde afslutte det problem vi var i og starte et nyt. I mit hoved med den her patient, der hænger alle hans problemer på hans manglende selvværd. Det er variationer over det samme tema. Hvornår holder man op med det ene problem og starter på det næste? Det kredser om kernen, som er hans skrøbelighed”.

Generelt set har lægerne en oplevelse af manglende entydighed i spørgeskemaet, hvor der opstår tvivlsspørgsmål flere gange undervejs. Dette er en stor barriere for at gennemføre PST-konsultationer.

Nogle læger har valgt at printe trivselsskemaerne og vurderingen af lægen, således patienten kan udfylde disse på papir i stedet for, at lægen afkrydser skemaet på computer. Dette medfører en større grad af nærvær fra lægens side, idet lægen ikke skal vende blikket mod skærmen mens spørgeskemaet udfyldes.

Anvendelsen af IT

Det er meget forskelligt, hvordan lægerne oplever det elektroniske spørgeskema og brugen af computere generelt. Nogle læger har oplevet problemer med at få spørgeskemaet til at fungere, hvor flere har haft svært ved at få linket til at fungere på computerens skrivebord. Dette har betydet, at flere læger må gå ind i deres e-mails hver gang for at åbne linket, da linket på skrivebordet bliver forældet undervejs.

Under en konsultation, som antropologen bag indeværende evaluering observerer, er patientens besvarelse af trivselsskemaet fra starten af konsultationen forsvundet, da det resterende af spørgeskemaet skal besvares i slutningen af konsultationen. Lægen har ikke haft lukket spørgeskemaet i mellemtiden, men besvarelsen er alligevel væk. Dette medfører, at patienten bliver bedt om at genkalde sig sin besvarelse fra begyndelsen af konsultationen. Lægen fortæller, at hun har oplevet samme problem flere gange tidligere.

Frem for at udfylde spørgeskemaet direkte på computeren, som ovenstående læge, har flere læger printet skemaet, som patienten udfylder på papir. Herefter indtaster lægen bevarelsen elektronisk. Én læge er meget usikker i brugen af det elektroniske spørgeskema og har endnu kun indtastet få besvarelser, mens en stor del stadig kun er at finde i papirversioner. Lægens intention er at få sekretæren til at indtaste besvarelserne samlet på et senere tidspunkt. Det er dog lidt usikkert, om den pågældende læge husker at få noteret alt, idet hun ikke undervejs åbner det elektroniske spørgeskema og sikrer sig alle oplysninger.

Opsamling og anbefalinger

Overordnet set, vurderer samtlige deltagende læger PST som et relevant redskab, som kan hjælpe dem i at understøtte og strukturere samtaleterapien i almen praksis. Særligt er lægerne tilfredse med PST's fokus på problemløsning, som giver samtalen retning, hvilket har manglet ved andre af lægernes samtaleteknikker. Samtidig beskæftiger PST sig med en relevant målgruppe, som lægerne vurderer ofte har manglet et tilbud tidligere. Derfor vurderes det, at PST sandsynligvis vil være et vigtigt redskab til de patienter, som ikke kan henvises til psykolog; enten pga. manglende henvisningskriterier eller af andre mere personlige årsager. Lægerne er alle motiverede for at håndtere samtaleterapien med denne gruppe patienter. Kurset i PST vurderes desuden som velfungerende – kun med enkelte bemærkninger til mere støtte og vejledning under rollespillene.

Hvis projektet skal udbredes med succes, er det dog centralt, at der kommunikeres tydeligt omkring forventningerne til lægernes arbejde med PST. Det fremstår uklart for mange af lægerne, hvor stringent de bør forholde sig til metoden. En gruppe læger har oplevet store udfordringer med implementeringen af metoden, idet deres tilgang til metoden har været så stringent, at organisatoriske forhold så som tid, har været svært at få til at stemme overens med metodens omfang. Spørgeskemaet og hjælpearkene er som udgangspunkt gode redskaber, men lægerne mangler mere tydelig kommunikation om, hvordan de skal anvendes. Andre læger har gode erfaring med at dele metodens trin op, således dagsprogrammet ikke skrider, men med den konsekvens, at strukturen i PST ikke følges i lige så høj grad, som anvist på kurset. Mange læger udtrykker usikkerhed om, hvornår en given samtale kan honoreres som PST, idet de ofte oplever at bevæge sig væk fra grundstammen undervejs i samtalerne.

Ved andre typer samtaleterapi vurderes det, at samtalerne har været uensartede, hvor patienterne har fået meget divergerende tilbud hos deres praktiserende læge. Ved brug af PST er der mulighed for at opnå et mere ens tilbud til patienterne. Flere læger udtrykker interesse og lyst til at arbejde mere struktureret med samtaleterapien, således de har en mere fast metode som baggrund for samtalerne. Erfaringen fra pilottesten er dog, at tilbuddet i høj grad stadig er meget uensartet, idet de forskellige organisatoriske forhold og lægernes individuelle arbejde med oversættelse af metoden til almen praksis, har stor indflydelse på metodens nuværende form.

Overordnet set peger de tidlige erfaringer fra pilotresten på, at PST er en god og relevant metode, men for at sikre en vellykket implementering, er det centralt, at projektledelsen overvejer PST's fremtidige form, og dermed understøtter en forankring og implementering i almen praksis, hvor der er øje for de eksisterende arbejds gange og organiseringer.

Øvrige observationer og punkter til afklaring

- Det bør overvejes, om der er mulighed for at afholde endnu en opfølgingsdag på et senere tidspunkt i pilottesten. En ny opfølgingsdag kunne fungere som en motiverende faktor til det fortsatte arbejde med metoden – eller til at komme ordentligt i gang for de læger, som endnu ikke har fået implementeret teknikken.
- Det bør tydeliggøres, hvor stringent lægerne bør forholde sig til PST's struktur.
- Det er uklart, hvor langt væk fra grundstamme af PST, samtalerne må bevæge sig, for stadig at blive honoreret som PST.
- Det bør overvejes, om det er en mulighed at bryde metoden op, således de forskellige trin i metoden gennemføres over flere samtaler i stedet for blot én, da dette vil afhjælpe lægerne oplevelse af manglende tid.
- Målgruppen bør drøftes - fordele og ulemper ved en klarere afgrænsning skal også tages til overvejelse.
- Det bør overvejes, om praksissygeplejerskerne også skal undervises i metoden, hvilket i nogen grad vil afhjælpe lægernes problemer med at have tilstrækkeligt med tid til samtalerne.
- Alt materiale til at understøtte implementeringen bør være klar til første kursusgang, således lægerne har mulighed for at implementere metoden kort efter deltagelse i kurset.
- Det er uklart, hvornår et nyt problem påbegyndes, hvis problemet stadig følger én overordnet problemstilling.
- Det er uklart, hvornår hvilke dele af spørgeskemaet skal udfyldes.

SPØRGESKEMABASERET EVALUERING AF PATIENTERNES PROBLEMSTILLINGER OG UDBYTTTE AF BEHANDLINGEN VED LÆGE KAJ SPARLE CHRISTENSEN

Deltagende læger blev opfordret til at besvare et web-baseret spørgeskema i forbindelse med hver PST-samtale i klinikken. Jævnfør omtalen side 26, oplevede flere læger problemer med indtastning af svarene i flowspørgeskemaet, der var udviklet af Rambøll. Flere læger valgte at printe spørgeskemaet ud og først senere indtaste svarene elektronisk. I alt 110 patienter blev inkluderet i perioden 1. Februar 2016 til 31. Januar 2017. To patienter trak deres samtykke om deltagelse tilbage og udgik af undersøgelsen. De medvirkende 108 patienter omfattede 94 kvinder og 14 mænd med en gennemsnitlig alder på 38 (SD 14) år. Besvarelsen af de enkelte spørgsmål varierer fra 81 til 108, svarende til responsrater på 72-100%.

Tabel 5 viser fordelingen af deltagende patienter på de 10 PST-praksis. Det fremgår at 4 praksis inkluderede færre end 5 patienter (0-4) i løbet af inklusionsperioden.

Tabel 5. Deltagende patienter fordelt på de 10 PST-praksis.

Praksis nummer	Antal patienter inkluderet i undersøgelsen (%)
1	5 (5)
2	1 (1)
3	3 (3)
4	11 (10)
5	0 (0)
6	1 (1)
7	31 (29)
8	29 (27)
9	23 (21)
10	4 (4)
Total	108 (100)

Som det fremgår af Tabel 6 kunne 93% af patienternes problemstillinger kategoriseret som relateret til stress, angst eller depression.

Tabel 6. Kategorisering af hovedproblemet

Problem	Antal (%)
Stress-relateret tilstand	67 (62)
Angst	21(19)
Depression	13 (12)
Medicinrelateret	0 (0)
Kostvaner	3 (3)
Rygning	0 (0)
Alkohol	3 (3)
Motion	1 (1)
Total	108 (100)

Af tabellerne 7 til 10 fremgår det at lægerne følger PST modellen i 85-97% af tilfældene.

Tabel 7. Vælger I et specifikt og opnåeligt mål (SMART-mål)?

Valg af et specifikt og opnåeligt mål	Antal (%)
Ja	101 (97)
Nej	3 (3)
Total	104 (100)

Tabel 8. Udvikler I mere end ét løsningsforslag til at nå målet?

Udvikling af mere end ét løsningsforslag	Antal (%)
Ja	97 (94)
Nej	6 (6)
Total	103 (100)

Tabel 9. Beslutter I den foretrukne løsning på baggrund af en fordel/ulempe analyse?

Beslutning på baggrund af fordel/ulempe analyse	Antal (%)
Ja	88 (85)
Nej	15 (15)
Total	103 (100)

Tabel 10. Udarbejder I en målrettet handleplan (hvad, hvor, hvem, hvordan, hvornår)?

Udarbejdning af målrettet handleplan	Antal (%)
Ja	96 (93)
Nej	7 (7)
Total	103 (100)

Patienterne gennemfører deres handleplan helt eller delvist i 88% af tilfældene (table 11) og når deres mål i 76% af tilfældene (Tabel 12).

Tabel 11. Gennemfører patienten sin handleplan?

Gennemfører patienten sin handleplan?	Antal (%)
Ja	51 (56)
Ja, delvist	29 (32)
Nej	11 (12)
Total	91 (100)

Tabel 12. Når patienten sine mål?

Når patienten sine mål?	Antal (%)
Ja	67 (76)
Nej	21 (44)
Total	88 (100)

Lægerne vurderer at patienternes funktionsevne forbedres hos 76% (Tabel 13) og at egenomsorgen forbedres hos 82% (Tabel 14).

Tabel 13. Forbedres patientens funktionsevne?

Forbedret funktion	Antal (%)
Ja	67 (76)
Nej	21 (24)
Total	88 (100)

Tabel 14. Forbedres patientens egenomsorg?

Forbedres patientens egenomsorg	Antal (%)
Ja	72 (82)
Nej	16 (18)
Total	88 (100)

Lægerne vurderer at PST behandlingen medfører afledte positive helbredseffekter hos 71% (Tabel 15) og negative afledte helbredseffekter hos 8% (Tabel 16).

Tabel 15. Er der afledte positive helbredseffekter?

Er der afledte positive helbredseffekter	Antal (%)
Ja	60 (71)
Nej	25 (29)
Total	85 (100)

Tabel 16. Er der afledte negative helbredseffekter?

Er der afledte negative helbredseffekter	Antal (%)
Ja	7 (8)
Nej	78 (92)
Total	85 (100)

Ved den afsluttende PST samtale vurderer 86% af patienterne at de har haft et middel til meget stort udbytte af PST behandlingen (Tabel 17).

Tabel 17. Patientens vurdering af udbyttet af PST

Patientens vurdering af udbyttet af PST	Antal (%)
Meget stort	14 (17)
Stort	35 (43)
Middel	21 (26)
Lille	4 (5)
Minimal	6 (7)
Intet	1 (1)
Antal besvarelser	81 (100)

SPØRGESKEMABASERET EVALUERING AF PATIENTERNES UDBYTTTE AF BEHANDLINGEN 1 ÅR EFTER PROJEKTPERIODENS UDLØB VED LÆGE KAJ SPARLE CHRISTENSEN

I alt 48 ud af 108 (44%) patienter besvarede spørgeskemaet ved 1 års opfølgningen. Gennemgående angav 60-70% af respondenterne at have fået en forbedret evne til at beskrive deres problemer, prioritere problemerne, finde på nye løsninger, og forbedret evne til problemløsning. Svarende hertil oplevede 60-80% af respondenterne at have opnået bedre trivsel, bedre funktionsevne, bedre relation til pårørende og forbedret arbejdsevne. 72.9% af respondenterne vil anbefale at praktiserende læger anvender PST metoden (Se figur 1). Supplerende eksplorative analyser viser at der er en statistisk signifikant sammenhæng mellem evnen til at finde på nye løsninger og forbedringen af især trivsel, funktionsevne og arbejdsevne samt det forhold om patienten vil anbefale metoden til praktiserende læger (Tabel 18).

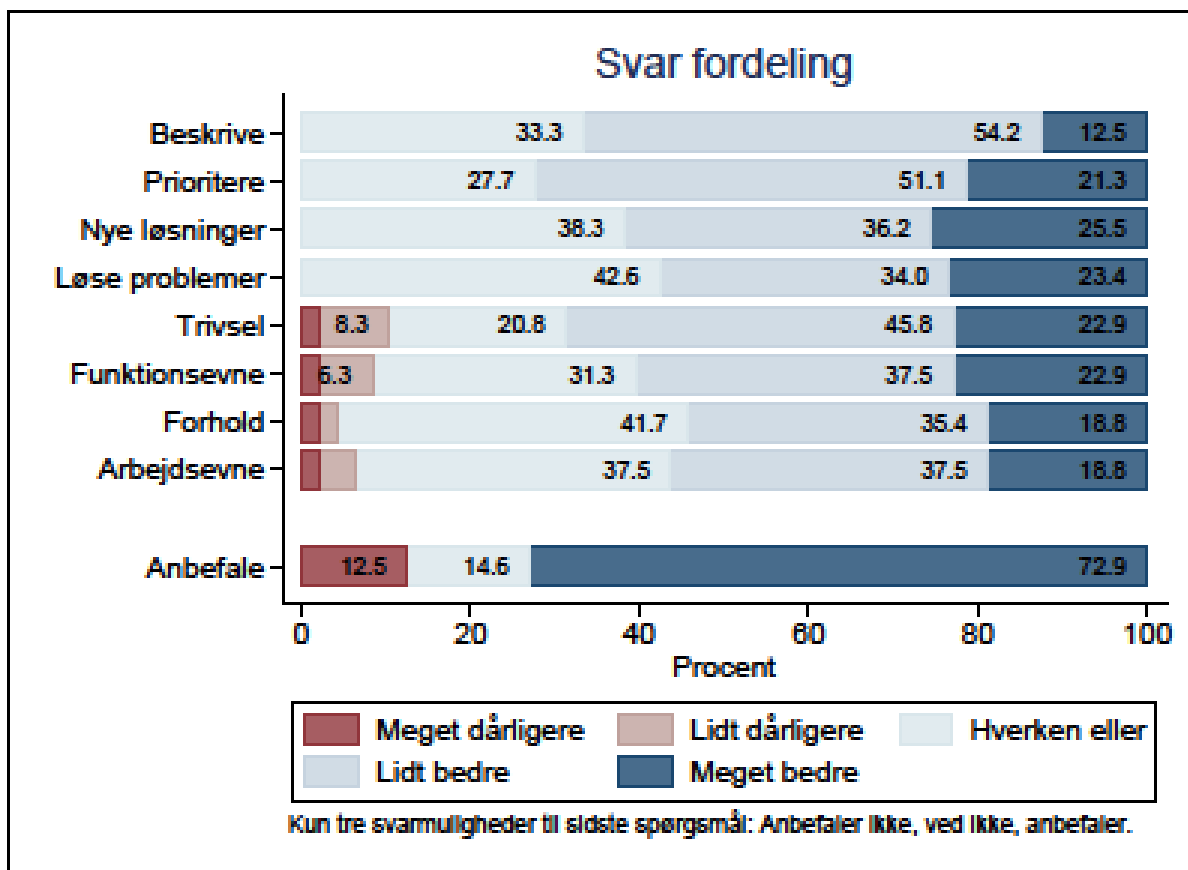


FIGURE 1. 48 PATIENTERNES EVALUERING AF EFFEKTEN ET ÅR EFTER AFSLUTNING AF PST FORLØBET. PATIENTERNE BLEV BEDT OM AT VURDERE DERES UDBYTTTE AF PST FORLØBET I FORHOLD TIL KONKRET AT BESKRIVE DERES PROBLEMER, PRIORITERE PROBLEMERNE, FINDE PÅ NYE LØSNINGER OG KONKRET AT LØSE PROBLEMERNE. ENDVIDERE BLEV DE ANMODET OM AT VURDERE EFFEKTEN HERAF PÅ DERES AKTUELLE TRIVSEL, FUNKTIONSEVNE, FORHOLD TIL ANDRE OG ARBEJDSEVNE. ENDELIG BLEV PATIENTERNE ANMODET OM AT ANGIVE OM DE VILLE ANBEFALE AT PRAKTISERENDE LÆGER ANVENDER PST METODEN.

Tabel 18. Eksplorative logistiske regressionsanalyser. Evnen til at komme på nye løsninger (dnye) er stærkt associeret til patientens trivsel (dtriv), funktionsevne (dfunk), arbejdsevne (darb) og om hvorvidt patienten vil anbefale PST metoden til praktiserende læger (danb).

dtriv	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dbesk	1.298521	1.203323	0.28	0.778	.2111794	7.984478
dprio	4.134982	3.983292	1.47	0.141	.6258902	27.31801
dnye	11.39109	13.04033	2.13	0.034	1.208159	107.4006
dloes	1.292428	1.512112	0.22	0.826	.1304725	12.80246
_cons	.1826598	.1569305	-1.98	0.048	.033911	.9838865

dfunk	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dbesk	.6400247	.6663613	-0.43	0.668	.0831704	4.925209
dprio	6.125517	6.282558	1.77	0.077	.820576	45.72637
dnye	11.26173	13.17758	2.07	0.039	1.136574	111.5868
dloes	2.546689	2.803748	0.85	0.396	.294344	22.03416
_cons	.0830028	.0833752	-2.48	0.013	.0115897	.5944479

dforh	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dbesk	3.307516	2.756562	1.44	0.151	.6457889	16.94
dprio	2.813332	2.576826	1.13	0.259	.4672795	16.93813
dnye	1.235923	1.34504	0.19	0.846	.146433	10.43143
dloes	3.366913	3.659073	1.12	0.264	.4000997	28.3332
_cons	.1059271	.0965705	-2.46	0.014	.0177416	.6324426

darb	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dbesk	.06931	.1247221	-1.48	0.138	.0020374	2.357855
dprio	40.45725	58.21124	2.57	0.010	2.411345	678.7869
dnye	42.05501	69.7964	2.25	0.024	1.626017	1087.703
dloes	8.116821	11.68831	1.45	0.146	.4826661	136.4976
_cons	.0134316	.0202705	-2.86	0.004	.0006975	.2586581

danb	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
dbesk	.7030396	.7569657	-0.33	0.743	.0852094	5.800588
dprio	4.478193	4.768966	1.41	0.159	.5554335	36.10551
dnye	74.5786	117.8376	2.73	0.006	3.370368	1650.255
dloes	.7243135	1.021946	-0.23	0.819	.0455987	11.50538
_cons	.2320137	.2074107	-1.63	0.102	.0402323	1.33799

OPGØRELSE AF ÆNDRINGER I YDELSESMØNSTRET FOR INTERVENTIONS- OG KONTROLPRAKSIS VED STATISTIKER CLAUS HØSTRUP VESTERGAARD

Data vedrørende psykologhenvisning (9999), konsultationsydelser (0101), e-kommunikation (0105), telefon konsultation (0201), psykometrisk test (2149), samtaleterapi (6101) og PST ydelse (4392) indgik i analyserne. Der var ingen ændring i antallet af psykologydelser mellem interventions- og kontrolgruppen ($p=0.751$). Antallet af konsultationsydelser (0101) faldt i interventionspraksis sammenlignet med kontrolpraksis ($p=0.064$). Samtaleterapi ydelserne (6101) faldt i interventionspraksis sammenlignet med kontrolpraksis ($p=0.034$), men korrigerer man for PST ydelserne var der ingen forskel mellem interventions- og kontrolpraksis ($p=0.317$). Ydelsesdata vedrørende telefonkonsultationer (0201), e-mail konsultationer (0105) og psykometriske test (2149), viste ingen signifikante ændringer mellem interventions- og kontrolpraksis. Se figur 2 og 3.

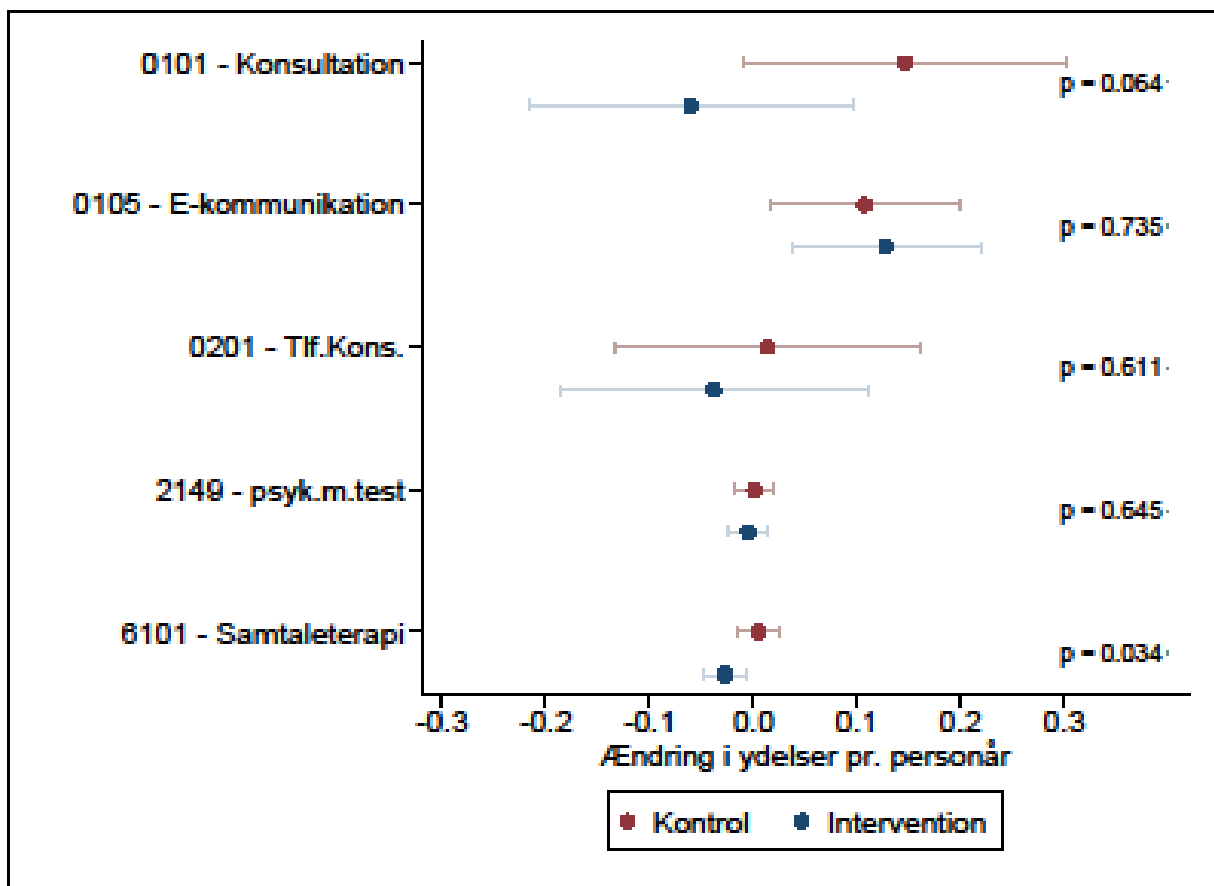


FIGURE 2. ÆNDRINGER I UDVALGTE YDELSER PR PERSONÅR OPGJORT FOR INTERVENTION (PST) OG KONTROL PRAKSIS MÅLT I PERIODEN 1 ÅR FØR TIL 1 ÅR EFTER PST KURSET

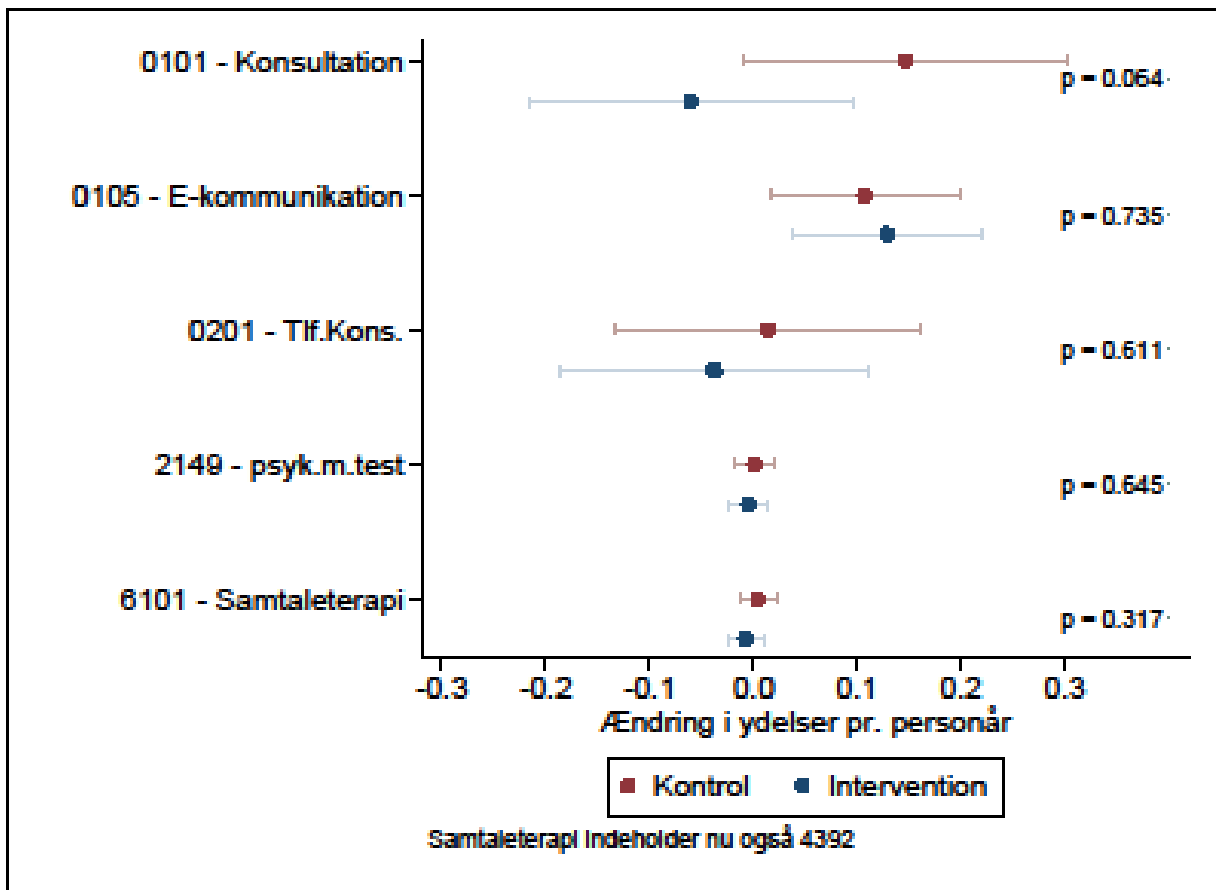


FIGURE 3. SAMME SOM FIGUR 1, MEN SAMTALETERAPI YDELSEN (6101) ER HER SLÅET SAMMEN MED YDELSEN FOR PST (4392)

DISKUSSION AF UNDRSØGELSENS RESULTATER I FORHOLD TIL PROJEKTETS TRIPLE-AIM

Det er lykkedes at udvikle et dansk undervisningstilbud i PST målrettet almen praktiserende læger. Evalueringerne viser at kurset generelt er velfungerende, men at der kan være behov for fx. mere konkret støtte og vejledning af kursisterne under rollespillene.

Erfaringerne fra klinikken tyder på at patienterne med PST får et mere ensartet samtaletilbud, men at lægerne nok har implementeret metoden ret forskelligt, hvilket også afspejler sig i en betydelig spredning i hvor mange patienter hver praksis har inkluderet (0-39).

Patienterne modtog i gennemsnit cirka 3 PST samtaler hos lægen, svarende til at 80% af forløbene blev afsluttet i løbet af 1-7 samtaler. Dette er i overensstemmelse med internationale erfaringer, der har dokumenteret at behandlingen kan være effektiv efter blot én eller få samtaler (5).

Både lægernes og patienternes evalueringer tyder samstemmende på at PST-behandlingen er forbundet med en forbedring af patientens sundhedstilstand i form af bedre funktionsevne, forbedret arbejdsevne, bedring i sociale relationer og forbedret egenomsorg.

Hovedparten af patienterne oplever en øget kvalitet af behandlingen, at de subjektivt har udbytte af behandlingen. Hertil kommer at patienterne generelt vil anbefale at praktiserende læger anvender metoden.

Positive effekter på sundhedsudgifterne på borgerniveau kan ikke sikkert dokumenteres i det aktuelle evalueringsdesign. Omvendt så ser det ud til at PST kan indføres bredt uden at det medfører stigninger i sundhedsudgifterne til almen praksis.

PERSPEKTIVERING

Overenskomsten mellem Danske Regioner og PLO giver praktiserende læger mulighed for at tilbyde patienter samtalebehandling i almen praksis. Der er ingen krav til valg af metode, men antallet af samtaler skal i henhold til overenskomsten holdes indenfor mindst 2 og højest 7 samtaler over en etårig periode.

Den aktuelle undersøgelse dokumenterer, som den første af sin art, en række positive effekter af PST som metode til kortvarig samtalebehandling i en dansk almen praksis setting.

PST ser ud til at kunne indføres bredt som metode til samtalebehandling uden at medføre øgede udgifter til almen praksis.

LITTERATUR

- (1) NICE Technology Assessment Report. Depression: management of depression in primary and secondary care – NICE guidance. London: National Institute of Clinical Excellence. 2004.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment for anxiety and depression - a practical guide. Oxford University Press; 2005.
- (6) Zhang A, Park S, Sullivan JE, Jing S. The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Board Fam Med* 2018 Jan;31(1):139-50.