

Lærer å hjelpe seg selv

Per Olav Solberg

Konstituert sjefredaktør i Psykologtidsskriftet

I eMestring er det ikke relasjonen med behandler som er nøkkelen til bedring hos pasienten. – Det handler om å ta ansvar for seg selv og ha et aktivt eierskap til problemene sine, sier Lene Nyegaard Andersen, avdelingssjef ved DPS Vestfold. DPS Vestfold har holdt på med e-mestring siden 2014. Lider pasienten av depresjon, panikk lidelse eller sosial angst, er sjansen god for å få et e-mestringstilbud.

– For disse lidelsene er e-mestring nå førstevalget i klinikken. Det betyr at vi anbefaler pasientene dette tilbudet dersom vi mener pasienten oppfyller vilkårene for å starte med denne behandlingsformen, sier Nyegaard Andersen som stiller opp til intervju med Psykologtidsskriftet sammen med psykologspesialist Andreas Petersen.

300 personer er registrert med én av de tre nevnte diagnosene i DPS Vestfold, og 60 av dem (20 prosent) er for tiden i et e-mestringsforløp.

Ikke online-terapi

E-mestring har i prinsippet ingenting med nettbasert ansikt til ansikt-terapi å gjøre, gjennom for eksempel Skype. I et vellykket e-mestringsforløp har ikke pasienten visuell kontakt med sin behandler for avslutningssamtalen. I enkelte tilfeller gjennomføres det polikliniske konsultasjoner underveis i forløpet.

Opplegget er som følger: Pasienten blir henvist til DPS Vestfold fra fastlegen. Etter to til seks uker får pasienten en halvdagsutredning på DPS. Dersom pasienten har en lidelse det tilbys e-mestring for, kan behandlingen starte samme dag. Da får pasienten tilgang til nettbaserte e-mestringsmoduler for den aktuelle lidelsen. For depresjon er det åtte moduler pasienten skal gjennom. Én modul tar ideelt sett én uke og består av en blanding av psykoedukasjon og praktiske oppgaver pasienten gjennomfører. Pasienten rapporterer hvordan det går, via en meldingstjeneste som behandleren kan lese og veilede ut fra. Og slik fortsetter det til pasienten har gjennomført alle modulene, helst innen 14 uker etter oppstart.

– En helt sentral del av e-mestring er at pasienten selv må formulere hva som er målet med behandlingen. «Hva ønsker jeg å få til?» Det må pasienten tenke gjennom. Og videre: «Hva skal jeg gjøre for å komme nærmere dette målet?» Behandlingen blir svært konkret og målrettet ut fra de målene som settes. Tradisjonell terapi har i for stor grad hatt som utgangspunkt at pasienten kommer til psykologen, og så skal psykologen gjøre deg frisk. Pasienten havner lett i en passiv posisjon.

I e-mestring er målet at vi som behandlere skal stimulere til egenmestring og aktivisering hos pasientene, at de selv tar kontroll og ansvar for livet sitt

sier Nyegaard Andersen.

Pasienter som ikke gjennomfører eller som ikke har virkning av e-mestring, får et etterfølgende tilbud om ansikt til ansikt-behandling, individuelt eller i gruppe, forklarer avdelingssjefen videre. Men hvor godt virker e-mestring?

Fakta E-mestring ved DPS Vestfold

- DPS Vestfold er én av fem DPS-er i Norge som tilbyr e-mestring.
- 60 pasienter er p.t. i et e-mestringsforløp ved DPS Vestfold, og 30 behandlere er utdannet e-mestringssterapeuter.
- E-mestring er utviklet i Helse Bergen under navnet «e-meistring». Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Sykehuset i Vestfold har samarbeidet med Helse Bergen om denne behandlingsformen siden 2012. Behandlere ved DPS Vestfold har hatt pasienter i e-mestring siden 2014.

Angst trumfer depresjon

Studier knyttet til e-mestring foretatt av Tine Nordgreen og kollegaer viser at 41 prosent av pasientene som lider av depresjon, rapporterer betydelig bedring etter å ha gjennomført e-mestringsmodulene, mens tilsvarende tall for angstlidelser er 66 prosent for sosial angst og 56 prosent for panikkangst. Egne oversikter ved DPS Vestfold viser samme tendens, ifølge Nyegaard Andersen.

– *Hvorfor er tallene mye bedre for angst enn depresjon?*

– Det er generelt tyngre å jobbe med depresjon enn angst, uavhengig av e-mestring. En del av symptom bildet for depresjon er at det er vanskelig for pasientene å aktivere seg selv, og skal e-mestring fungere, er det helt avgjørende at pasienten tar tak i situasjonen sin. Hvis vi ser at e-mestring ikke fungerer, må vi sette i gang med andre tiltak, som for eksempel vanlig samtaleterapi.

Det sier Andreas Petersen, som er én av ca. 30 terapeuter som har et knippe pasienter i såkalt veiledet internettbehandling, et annet ord for e-mestring.

– Det fine med e-mestring er at vi som behandlere hele tiden kan sjekke ut hvordan det går med pasienten. Hvis vi ser at pasienten ikke har gjennomført en modul innen rimelig tid og ikke gjort noen av oppgavene som ligger til modulen, så er det et signal til oss om at vi må vurdere behandlingen og finne ut hva som har gått galt, sier han.

Når e-mestring imidlertid fungerer, viser studier at denne behandlingsformen er mer effektiv enn tradisjonell behandling.

– E-mestring kan vise til samme effekt som tradisjonell ansikt til ansikt-terapi, men metoden er langt mer effektiv. Hver terapeut kan behandle tre ganger så mange pasienter gjennom e-mestring sammenlignet med vanlig behandling for disse tre lidelsene, sier Petersen.

Helseminister Bent Høie brukte første del av årets sykehustale på å løfte fram e-mestring, og helt konkret DPS Vestfold som et eksempel på hvordan man kan jobbe annerledes for å få til mer effektiv behandling. Men er det ingen skjær i sjøen her?

«One size fits all»

E-mestring bygger metodisk på kognitiv atferdsterapi (KAT), og alle de tre modulene som tilbys ved DPS Vestfold, har KAT som tilnæringsmåte.

– *Metodemangfoldet er foreløpig lite innenfor e-mestring. Er ikke det en ulempe for pasientene som kan ha ulike behov, selv om de har samme diagnose?*

– For disse tre lidelsene er det god evidens ved bruk av KAT, og da man utviklet e-mestringsprogrammene, var det innenfor KAT man begynte. Men det finnes jo tilsvarende behandling med andre teoretiske retninger andre steder, og som tar utgangspunkt i dynamisk og interpersonlig teori. Vi må huske at vi er helt i startfasen i dette digitale landskapet. Feltet vil utvikle seg mye de neste årene, både med tanke på hvilke lidelser e-mestring vil inkludere, og hva slags metoder som ligger til grunn for de enkelte modulene. Om ikke lenge vil problematisk alkoholkonsum være et nytt e-mestringstilbud hos oss, sier Nyegaard Andersen.

Petersen utdyper:

– Det vil være både i behandlernes og pasientenes interesse at mangfoldet innenfor e-mestring øker. Nå er det litt sånn «one size fits all». For mange pasienter passer dette veldig bra, mens for noen hadde det vært bedre med mer skreddersøm. For eksempel finnes det ikke terapeutassistert eksponering som en del av e-mestringsforløpet for panikkangst. For noen pasienter er dette en begrensning og gjør at dagens e-mestringsprogram kanskje ikke passer helt for dem, sier han.

Skapt for lavterskel?

Foreløpig er de aktuelle e-mestringsprogrammene utviklet for spesialisthelsetjenesten, som tar imot pasienter med moderate og alvorlige lidelser. Men Nyegaard Andersen tror e-mestring vil ha et stort potensial også i førstelinjen.

– Det er det liten tvil om. I Vestfold kan det være lang ventetid for å få psykologisk hjelp og bistand i førstelinjen. Det betyr at vi får en del pasienter hit som nok heller skulle fått et tilbud i kommunene, sier hun.

Nyegaard Andersen er tydelig på at e-mestring er velegnet for milde til moderate psykiske lidelser, og mener at en god arbeidsdeling mellom førstelinjen og andrelinjen innenfor e-mestring kunne gjort at flere fikk hjelp raskere.

– Vi vet allerede mye om hvor effektivt e-mestring kan være når det fungerer. Vi har tidligere hatt kontakt med både Larvik og Sandefjord kommune for å få dem med oss på dette, men den gang var det tekniske begrensninger som gjorde det utfordrende. Noen kommuner i Vestfold har imidlertid begynt med andre assisterte selvhjelpsprogrammer. Jeg tror det kun er et spørsmål om tid før vi ser en omfattende utrulling av e-mestring eller annen tilsvarende veiledet internettbehandling på kommunalt nivå, avslutter Nyegaard Andersen.