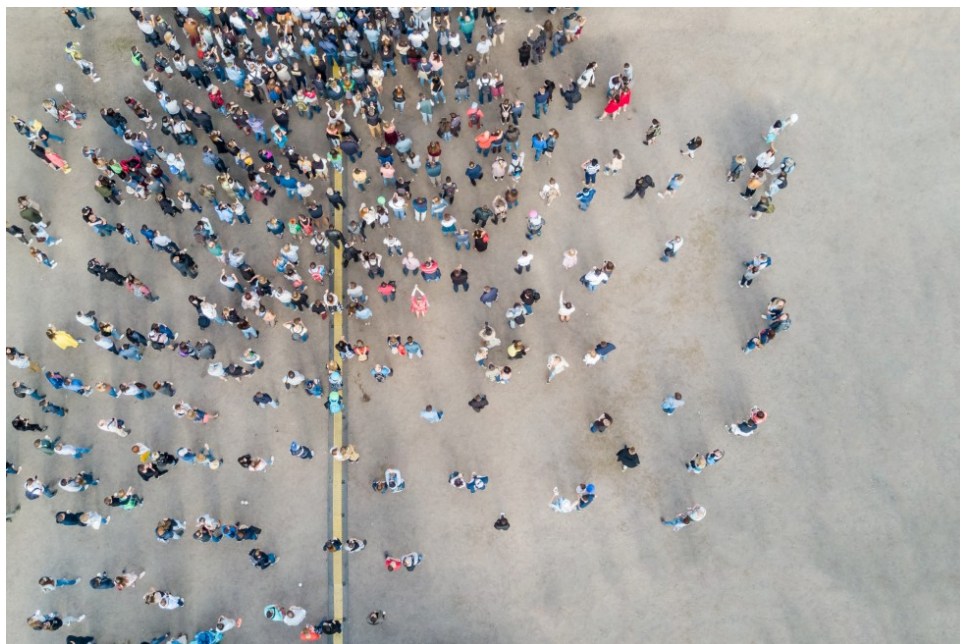


Alle skal få - men bare litt



Forskning antyder at å gå i terapi ofte forsterker effekten av behandlingen. Men konsultasjonshyppighet er ikke virkeligheten i norsk psykisk helsevern. Trenger vi å reorganisere oss?

TEKST

Serina Pedersen Vorland

PUBLISERT 2. desember 2018

I en spennende metastudie fra 2013 konkluderer forfatterne med at det er konsultasjonshyppighet som i størst grad påvirker behandlingsutfallet for behandling av depresjon. Ikke hvilken type behandling som gis, ikke det totale antallet timer, ikke hvor lenge behandlingen pågår, men hvor ofte pasientene får komme til timer. Ifølge studien er det faktisk nesten fem ganger så effektivt å drive terapi to ganger i uken som å gi pasientene ti ekstra timer med terapi. Dette gjelder uavhengig av depresjonsdybde i starten av behandlingen, samt behandlingsmetode.

En konsultasjonshyppighet på to timer i uken for hver pasient er langt fra virkeligheten til de fleste psykologer som arbeider i det offentlige helsevesenet. Mange psykologer opplever at de sjelden har kapasitet til å se sine pasienter hver uke. Ofte går det to uker mellom hver time, eller kanskje til og med tre eller fire uker i ekstra travle perioder.

Jeg lurer på om det å ha så mange pasienter på listene våre, og det å spre behandlingen så tynt ut på så mange om gangen, virkelig er en god måte å arbeide på?

Å arbeide evidensbasert

Hvilken behandling vi tilbyr, og hva vi kaller denne behandlingen, er også interessant i denne sammenheng. Mange av oss er opptatt av å arbeide evidensbasert. Vi vil gi terapi som har vist seg å være effektiv. Men kan vi virkelig si at vi arbeider evidensbasert hvis vi gir terapi hver tredje uke, og evidensen for den behandlingen vi gir, bygger på studier med ukentlig terapi? Er det i det hele tatt snakk om den samme behandlingen?

La oss bruke mentaliseringsbasert terapi (MBT) som eksempel. Institutt for mentalisering beskriver at mentaliseringsbasert terapi er dokumentert effektiv som intensiv poliklinisk behandling, og at en slik intensiv poliklinisk behandling består av kombinert individual- og gruppeterapi innenfor en fast struktur med et samarbeidende team og regelmessig veiledning.

Videre står det at mentaliseringsbasert terapi for den enkelte pasient blant annet skal innebære MBT individualterapi 1 time ukentlig i 1-2 år, 12 møter i psykoedukativ gruppe, og MBT gruppeterapi 1,5 timer ukentlig i inntil 3 år. Mange terapeuter vil kanskje si at de driver med mentaliseringsbasert terapi, men hvor mange terapeuter som sier de tilbyr MBT, tilbyr egentlig dette? Å gi en mentaliseringsbasert individuell terapitime hver andre eller tredje uke synes ikke å være det samme som å gi evidensbasert MBT.

MBT er bare ett eksempel. Det samme kan sies for alle dokumenterte terapiformer. Evidensen for dem er gjeldende kun innenfor de bestemte rammene det er forsket på. Tar vi bort disse rammene, kan vi ikke lenger si at den behandlingen vi tilbyr, er den samme som den som har dokumentert effekt.

Behov for nytenkning

«Jeg tror vi kunne gitt betydelig bedre hjelp ved å jobbe mer hyppig og intensivt med hver enkelt fremfor å forsøke å gi litt hjelp til alle på én gang»

Jeg tror vi kunne gitt betydelig bedre hjelp ved å jobbe mer hyppig og intensivt med hver enkelt fremfor å forsøke å gi litt hjelp til alle på én gang. Jeg tror også dette kunne blitt organisert på gode måter som ikke hadde skapt unødig lange ventelister.

Det er så lett å tenke at det ikke går an å gjøre ting annerledes. Eller at det eneste som hjelper, er mer penger og flere psykologer. Klart det hjelper med større økonomiske ressurser og flere dyktige terapeuter, men vi kan også tenke nytt og effektivisere med de ressursene vi alt har. Gode eksempler på nytenkning er hva psykologene Gerd Kvale og Bjarne Hansen har fått til med OCD-behandling i Helse Bergen. Fire dagers intensiv terapi med svært gode resultater!

Et annet eksempel er behandlingen som ble gjennomført på Drammen DPS med intensiv korttids psykodynamisk terapi for pasienter med sammensatt problematikk og

langvarige vansker. Dette var pasienter som tidligere hadde fått behandling uten å ha hatt noen effekt av den, og som kunne sies å ha en «behandlingsresistent» problematikk. På bare åtte uker ble mange av disse betydelig bedre, og effekten var til stede ved post-målinger 14 måneder etter endt behandling. Kontrollgruppen som mottok vanlig behandling hadde liten endring i samme tidsperiode.

Ut fra disse to eksemplene, og ut fra metastudien nevnt innledningsvis, ser vi at vi kan lage god intensiv behandling med svært ulike terapiretninger. Det kan være kognitiv atferdsterapi eller intensiv korttids psykodynamisk terapi, eller noe helt annet, og virkningen kan være den samme: Jo hyppigere og mer intensiv terapi, jo bedre utfall. Dette er selvfølgelig gode nyheter for den enkelte pasient, og det er i tillegg gode nyheter for helsevesenet og samfunnet som helhet. Ved å tilby god, effektiv behandling sparer vi samfunnet både for menneskelig lidelse og samtidig for utgifter til langvarig, mindre effektiv behandling. Til slutt tror jeg også at vi psykologer ville opplevd dette som svært positivt. Den viktigste årsaken til mistriivsel og utbrenthet blant psykologer er etter min mening ikke at vi jobber for tett på hver pasient, men at vi ikke får anledning til å jobbe så tett og hjelpe så godt som vi skulle ønske. Jeg tenker det er helt nødvendig med et skifte, både av hensyn til pasientene og til oss selv.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 12, 2018, side 1136-1137

TEKST

Serina Pedersen Vorland, psykolog