

Digital behandling ved TSB-poliklinikk

Av: Geir Fiskå, sjefpsykolog, Avdeling for rus og avhengighet, Stavanger Universitetssjukehus
Aleksander H. Erga, psykolog, PhD, Avdeling for rus og avhengighet, Stavanger
Universitetssjukehus

Oppsummering:

COVID-19 påvirker i dag store deler av helsetjenesten, TSB inkludert. I lys av situasjonen helsetjenesten nå er i har det raskt utviklet seg et behov for nye arbeidsmetoder som gjør behandling og oppfølging av pasienter mulig uten fysisk oppmøte. Behandling med ulike digitale løsninger er en mulig metode for å holde kontakt med pasientene i denne perioden. Dette notatet går kort gjennom tre ulike former for digital behandling og forskningen på disse for pasienter i TSB. Per i dag er det noen sentrale utfordringer med bruk av digitale løsninger for denne pasientgruppen, og det er nødvendig å vurdere hvorvidt hver enkelt pasient vil dra nytte av denne type hjelpemidler i behandlingen. Avslutningsvis finner noen anbefalinger som kan brukes i dette vurderingsarbeidet.

Poliklinisk behandling i TSB:

Poliklinikkene jobber med endringsarbeid i langvarige behandlingsløp basert på en tverrfaglig behandlingstilnærming som inkluderer sosiale, psykologiske og medisinske (inkl. tannhelse og ernæring) forhold. Pasientene i TSB er svært heterogene, og strekker seg fra pasienter med enkeltstående avhengighetsrelaterte vansker (f.eks. pengespill eller skadelig bruk av cannabis) uten tilleggspromatikk, til pasienter med kompliserte avhengighetstilstander med bruk av flere stoffer og betydelige psykiske, fysiske og sosiale vansker.

En større del av pasientene karakteriseres med:

- svingende motivasjon/ambivalens
- svingende opplevd ubehag med egen situasjon
- omfattende hjelpebehov på en rekke livsområder
- ustrukturerte liv
- komplekse symptombilder
- relasjonelle vansker og traumeerfaringer
- impulskontrollvansker

Polikliniske forløp for denne gruppen vil ofte være preget av fleksibilitet, raske endringer i fokus (f.eks. arbeide for å sikre pasienten bolig), metode (f.eks. forlate en behandlingsplan for å arbeide med rusreduksjon / arbeid med motivasjon) og intervensjoner (f.eks. endring i klinisk bilde / pasientens ønsker som resulterer i behov for døgnbehandling). I lys av COVID-19 pandemien så har tradisjonell poliklinisk behandling blitt vanskeligere å gjennomføre, og det er i dag et sterkt behov for å tilpasse den tradisjonelle kliniske arbeidsmetoden til den nye hverdagen. En mulig løsning er å i større grad ta i bruk digitale løsninger, og hvordan helsetjenesten kan tilby god oppfølging og behandling i en tid hvor fysisk oppmøte i stor grad skal begrenses.

Behandling ved bruk av digitale løsninger

I digital behandling av psykiske lidelser skiller det primært mellom tre ulike digitale løsninger: *Internett-basert selvhjelp*, *veiledet internett-behandling* og *videokonferansebasert behandling*. Både internett-basert selvhjelp og veiledet internett-behandling har vist gode resultater for en rekke

psykiske vansker, inkludert depresjon, en rekke angstlidelser, OCD og PTSD (Melby, Sand, Midtgård, Toussaint, & Kalstrøm, 2019).

For pasienter med rusvansker, så foreligger det noen indikasjoner på at *internett-basert selvhjelp* (Apper, selvhjelpsprogram o.l.) kan være effektivt for reduksjon av rusbruk, men disse løsningene er fremdeles for lite utviklet til å regne som faktiske behandlingstiltak (Kazemi et al., 2017; Nesvag & McKay, 2018).

Når det gjelder *veiledet internett-behandling* (for eksempel eMeistring-programmet i Helse Bergen), så er dette mindre studert blant pasienter med avhengighetsproblematikk. Det foreligger noe evidens for at veiledet internett-behandling kan være effektivt for pasienter med nikotin-avhengighet og pengespillproblematikk (Chebli, Blaszczyński, & Gainsbury, 2016). Veiledet internett behandling bygger oftest på behandlingsmodeller hentet fra kognitiv atferdsterapi (KAT) og motiverende intervju (MI). De fleste av denne type behandlingsprogrammer (se f.eks. CBT4CBT-programmet) er forankret i empiriske undersøkelser, og er utviklet som et supplement til tradisjonell psykoterapi (Chebli et al., 2016; Gainsbury & Blaszczyński, 2011; Kiluk, 2019; Kiluk, Nich, Babuscio, & Carroll, 2010). Det er også verdt å merke seg at veiledet internett-behandling, i likhet med tradisjonell veiledet selvhjelp, i stor grad er avhengig av pasientens vilje/evne for endring, motivasjon, egeninnsats mellom timene og innsikt i egne hjelpebehov.

En siste digital løsning er *videokonferansebasert behandling*. Denne formen for digital løsning ligner mest på tradisjonelle konsultasjoner i TSB, og er den mest naturlige videreføringen av tradisjonell behandling i dagens situasjon. Samtidig er det usikkert om bruk av denne teknologien «treffer» pasientene i TSB med mest alvorlige plager og størst hjelpebehov. Dette gjelder kanskje spesielt muligheten til å etablere eller opprettholde en terapeutisk allianse med pasienten. Generelt ser videokonferansebasert psykoterapi ut til å gi like god mulighet for å etablere en terapeutisk allianse som mer tradisjonell psykoterapi (Lopez, Schwenk, Schneck, Griffin, & Mishkind, 2019; Manfrida, Albertini, & Eisenberg, 2017; Simpson & Reid, 2014), men det er usikkert om pasienter som allerede har vansker med å inngå i relasjoner med andre, vil mestre å skape relasjoner i en videokonferanse-setting. Dette gjelder spesielt pasienter med personlighetsforstyrrelser, hvor relasjonen i seg selv antas å være en av de mest virkningsfulle mekanismene av behandlingen (Manfrida et al., 2017). Dette bør derfor tas hensyn til når en vurderer hvorvidt videokonferansebasert behandling skal tas i bruk i et gitt pasientforløp.

Noen sentrale utfordringer ved videokonferansebasert behandling i TSB

Selv om videokonferansebasert behandling ser ut til å la seg gjennomføre for psykoterapeutiske forløp generelt, så er det et stort spørsmål om det lar seg overføre til arbeidsformen i TSB. Noen sentrale utfordringer inkluderer:

- **Behovet for tverrfaglighet:** Pasientgruppen i TSB har ofte betydelige psykiske, sosiale og somatiske utfordringer som ofte krever en tverrfaglig tilnærming. Hvordan sikre dette på en enkel måte under en e-konsultasjon?
- **Utredning og behandling:** I TSB vil utredning og behandling ofte sameksistere og være samtidige prosesser. Dette gjelder spesielt pasienter med personlighetsvansker, kognitive vansker eller utviklingsmessige forstyrrelser. En sentral utfordring med videokonferansebasert behandling er gjennomføring av utredningsløp med pasienter i TSB.
- **Møte med akutte helsesituasjoner:** Hvordan en møter suicidalitet, overdosefare og voldsrisiko i en e-terapi setting er lite beskrevet i litteraturen.
- **Omgivelser:** Har pasienten et «trygt rom» å oppholde seg i under samtalen?

- **Praktiske utfordringer med teknologien:** Batteri som går tomt, mangel på data på kontantkort, trådløse nett som ikke fungerer er vanlig. Noen pasienter bruker e-posten sin i begrenset grad, og har vansker med å få den tekniske løsningen til å fungere. Noen pasienter ønsker å ha samtaler på ikke-godkjente plattformer, som Facebook-video eller Facetime, ettersom de kjenner godt til disse best.
- **Kognitiv fungering** er en viktig faktor i planlegging og tilrettelegging av pasientforløp i TSB. Pasienter med kognitive vansker har høyere risiko for å droppe ut av behandling fullstendig, og har også økt risiko for å ikke dra nytte av behandlingen. Dette er demonstrert i flere behandlings-modaliteter, inkludert døgntilrettelagt behandling. Per i dag foreligger det få studier som undersøker om pasienter med kognitive vansker også har vansker med å dra nytte av psykoterapeutiske intervensjoner gitt over internett. Evnenivå imidlertid vist seg å være et hinder for å kunne nyttiggjøre seg av veiledet internett-basert behandling (8-ukers kurs rettet mot ADL) (Kiluk, Nich, & Carroll, 2011). Dette funnet er viktige for vurdering av digital behandling i en poliklinisk setting. I tradisjonell poliklinisk behandling i TSB vil erfarne klinikere ofte automatisk regulere informasjonsflyt og språk etter pasientens behov, og bruk av tavle / tegninger / illustrasjoner inngår ofte i samtalene med pasienter med kognitive vansker. I videokonferansebasert behandling er dette vanskeligere, og kan som demonstrert i studien over også forringe effekten av en intervensjon.
- **Rutiner for å håndtere «vanskelige samtaler»:** Det bør utvikles rutiner for hvordan en følger opp samtaler som går «dårlig» og ender med utagering, suicidale trusler, selvskading og lignende.

Det bemerkes også at skepsis / mangel på erfaring hos behandlerne (for teknologien) ofte kan være et hinder for å etablere en terapeutisk relasjon i starten. På neste side er noen tips til behandlere om skal starte med videokonferansebasert behandling (se tabell 1).

Hvem passer for videokonferansebasert behandling i TSB poliklinikk

Per i dag er det ikke utviklet programmer for veiledet internett-behandling for pasienter i TSB. Videobasert psykoterapi fremstår i dag som det beste alternativet for tradisjonell terapi i TSB, men det er sannsynligvis begrensninger i metoden som gjør at en *klinisk vurdering bør gjennomføres* før pasienter vil kunne tilbys et fullverdig behandlingstilbud med bruk av denne teknologien.

Inntak:

Inntak anbefales å gjøres med oppmøte. Dette både for å sikre at en klarer å gjennomføre gode vurderinger av suicidalitet, voldsrisiko og overdosefare, samt for å gjøre en basisutredning før en klinisk beslutning (i henhold til pakkeforløpet for TSB). Henvvisninger har sjeldent nok informasjon til å direkte henvise pasienter til videobasert oppfølging, så en klinisk vurdering bør gjøres på bakgrunn av faktisk oppmøte.

Hvem kan ha god utbytte av videokonferansebasert oppfølging i TSB:

- **Støtteterapi:** Pasienter som allerede er kommet godt i gang med en endringsprosess kan en anta ha god effekt av motiverende og støttende samtaler via video.
- **Pengespillavhengighet:** der pasient er motivert for endring, og ikke har betydelige vansker med alvorlig affektive lidelser eller suicidalitet, kan en anta vil kunne ha godt utbytte. Kognitiv atferdsterapi har vist seg effektiv over internett i flere studier.
- **Ettervern / recovery-fase:** Pasienter som følges etter en aktiv behandling kan være velegnet for støtteterapi over video.
- **Problemløsningsorientert behandling:** Psykoedukasjon, ferdighetstrening.

- **Ambivalente pasienter:** Motiverende intervju (viss alvorlighet er lav).

Tabell 1: Praktiske tips for å opprettholde en terapeutisk allianse ved videokonferansebasert behandling. Fritt oversatt fra (Lopez et al., 2019).

- **Før første avtale:** Ha en klar plan for hvordan dette kan løses med den aktuelle pasienten. Dette inkluderer planer for hvordan en håndterer akutte situasjoner eller kriser.
- **Tilby en øvingstime:** Før første time kan det være lurt å ha en gjennomgang med pasienten hvordan en kobler seg til samtalen, løse eventuelle tekniske vansker, og gå gjennom hvordan timene over nett blir mest mulig optimale.
- **Anerkjenne kunstigheten:** Vær ærlig med deg selv og pasienten at det er noe annerledes å tilby samtaler over nett, og undersøke hvordan pasienten opplever det å motta behandling på denne måten.
- **Settingen rundt samtalen:** Prat med pasienten om forventninger til samtalen. Dette inkluderer hvordan en skal håndtere avbrytelser, bakgrunnsstøy og privatliv.
- **Profesjonell tilstedeværelse:** Som behandler bør en etterstrebe at rollen din oppleves likt på video som det gjør ansikt til ansikt. En bør tenke gjennom bakgrunnen der du sitter, lysforhold, støy og ellers fremstå lik som en gjør i vanlig klinikk.
- **Aktivitet i samtalen:** Ikke-verbal kommunikasjon er en viktig del av den terapeutiske alliansen. Dette gjelder også ved videokonsultasjoner. Se i kamera, ikke på det lille bildet av deg selv. Ser du bort fra skjermen for å finne et skjema, informer pasienten om at du gjør dette.
- **Når teknologien svikter:** Ha en plan for hvordan du håndterer nettverksvansker eller andre tekniske utfordringer. Dette inkluderer å ha en telefon tilgjengelig, og en avtale med pasienten om at telefonen brukes om nødvendig. Har du teknisk støtte fra din videoleverandør, kan det være lurt å ha telefonnummeret tilgjengelig.

- **Kliniske trekk ved pasienter som passer for denne intervensjonen:**
 - **Rusbruk:** Lav alvorlighet, som oversiktlig og lite kaotisk rusbruk, eller pengespillavhengighet uten alvorlig depresjon / suicidalitet.
 - **Sosiale forhold:** Pasienter med trygg bosituasjon, stabilitet i livet og relasjonell kompetanse.
 - **Psykologisk fungering:** Ingen / milde psykiske vansker. Kognitiv fungering i normalområdet.
 - **Medisinsk:** Få eller ingen alvorlige somatiske følgetilstander av rusbruken.

Hvem kan ha middels utbytte av videokonferansebasert oppfølging i TSB:

- **Kontaktetablering og støtteterapi:** Pasienter som er «isolert» kan ha nytte av støttende samtaler, og det å ha «kontakt med noen». Kan forvente lite endring, men heller ikke forverring. Støttesamtaler i en vanskelig tid. Pasienter i risiko for forverring.
 - **Drop-out:** Er en reel fare for en del drop-out i denne gruppen dersom situasjonen vedvarer over tid, da støttende samtaler over tid vil oppleves ofte mindre og mindre meningsfulle.

Hvem vil ha utfordringer med å dra nytte av videokonferansebasert oppfølging i TSB:

- Generelt vil **høy alvorlighet** gi forventet mindre effekt av videobasert oppfølging i TSB.

- **Ambivalente pasienter med kaotiske liv:** Ofte de med størst hjelpebehov på en rekke/alle livsområder. Det å ha tilgang på tekniske løsninger, være klar når behandler er klar. etc.
- **Personlighetsforstyrrelser og traumeutsatte:** Terapeutisk kontakt for denne pasientgruppen krever ofte høy grad av observasjoner av ansiktsmimikk, blikk-kontakt, tåle stillhet og ha et relasjonelt og emosjonelt fokus. Dette er klart mer krevende i online-behandling. Der er rent teknisk er umulig med blikk-kontakt. Enten må en se på skjermen eller rett i kamera, ingen av delene gir blikk-kontakt. Ofte stor sårbarhet for avvisning, lett for misforståelser og sterke emosjonelle reaksjoner.
- **Kognitive vansker** kan være et hinder for at pasienter kan nyttiggjøre seg denne formen for behandling. Screening eller kartlegging av kognitive / eksekutive vansker (f.eks. med BRIEF-A, MOCA eller HASI) kan være nyttig i denne vurderingen.
- **Unge pasienter** opplever ofte et lavt subjektivt symptomtrykk, og online-behandling vil sannsynligvis gjøre det ekstra krevende å etablere en relasjon til disse.
- **Risiko for dårlige forløp:** Å ikke «få til terapi» kan gi dårlig prognose ved senere behandlingsforsøk. Det er derfor viktig å arbeide for å unngå erfaringer med nederlag fra polikliniske behandlingsforløp, som kan gi dårlig forventning til behandlingsapparatet som helhet.
- **Pasienter som ikke kan treffes fysisk eller digitalt:** Pasienter som hverken kan møtes fysisk (f.eks. på grunn av isolasjon) eller digitalt, bør tilbys korte telefonsamtaler eller SMS-kontakt i denne perioden. Videre bør en undersøke om førstelinjetjenesten, frivillighetsentralen, pårørende og andre involverte har mulighet for å sikre kontaktpunkter med pasienten. Det er et klart klinisk mål å unngå at pasientene opplever seg forlatt av hjelpeapparatet, noe som kan forsterke en opplevelse av isolasjon og forringet behandlingsutfall. Pasienter i TSB har også økt risiko for somatiske vansker, og er i risikozonen for utvikling av alvorlige symptomer i møte med COVID-19. Å hjelpe pasienten i kontakt med annet hjelpeapparat / somatisk helsetjeneste kan også være aktuelt.

Referanser

- Chebli, J. L., Blaszczynski, A., & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-Based Interventions for Addictive Behaviours: A Systematic Review. *J Gambli Stud*, 32(4), 1279-1304. doi:10.1007/s10899-016-9599-5
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clin Psychol Rev*, 31(3), 490-498. doi:10.1016/j.cpr.2010.11.007
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A., & Matta, L. A. (2017). A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *J Health Commun*, 22(5), 413-432. doi:10.1080/10810730.2017.1303556
- Kiluk, B. D. (2019). Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders: A Summary of the Evidence and Potential Mechanisms of Behavior Change. *Perspect Behav Sci*, 42(3), 465-478. doi:10.1007/s40614-019-00205-2
- Kiluk, B. D., Nich, C., Babuscio, T., & Carroll, K. M. (2010). Quality versus quantity: acquisition of coping skills following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Addiction*, 105(12), 2120-2127. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03076.x
- Kiluk, B. D., Nich, C., & Carroll, K. M. (2011). Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 114(2-3), 169-176. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.09.019
- Lopez, A., Schwenk, S., Schneck, C. D., Griffin, R. J., & Mishkind, M. C. (2019). Technology-Based Mental Health Treatment and the Impact on the Therapeutic Alliance. *Curr Psychiatry Rep*, 21(8), 76. doi:10.1007/s11920-019-1055-7

- Manfrida, G., Albertini, V., & Eisenberg, E. (2017). Connected: Recommendations and Techniques in Order to Employ Internet Tools for the Enhancement of Online Therapeutic Relationships. Experiences from Italy. *Contemp Fam Ther*, 39(4), 314-328. doi:10.1007/s10591-017-9439-5
- Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P. J., & Kalstrøm, H. (2019). *Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferdsog omsorgstjenestene*. Retrieved from Oslo:
- Nesvag, S., & McKay, J. R. (2018). Feasibility and Effects of Digital Interventions to Support People in Recovery From Substance Use Disorders: Systematic Review. *J Med Internet Res*, 20(8), e255. doi:10.2196/jmir.9873
- Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Aust J Rural Health*, 22(6), 280-299. doi:10.1111/ajr.12149