

Internettbasert behandling av depresjon

Pågangen for å få hjelp innen psykisk helsevern har aldri vært større. Helsetjenesten utfordres til å ta i bruk teknologiske løsninger for mer effektiv behandling. Men ikke alle tiltak understøttes av forskning. Det er et underskudd på forskning på internettbasert behandling av psykiske lidelser. Å levere tjenester av høy kvalitet – ikke effektivitet – må fortsatt være helsetjenestens viktigste oppgave.

Stian Solem

stian.solem@svt.ntnu.no

Elin Ulleberg

Statistikk fra Norsk pasientregister viser at antall pasienter i psykisk helsevern fortsetter å øke (1). På grunn av denne økningen utfordres helsetjenesten til å utvikle et mer differensiert tilbud samt ta i bruk teknologi som understøtter og gjør behandlingen mer effektiv. Den teknologiske utviklingen har gitt muligheter for internettbasert kommunikasjon med pasientene som ivaretar informasjonssikkerheten.

Internettbasert behandling omfatter helautomatiserte intervensjoner (ikke-guidet selvhjelp) eller terapeutassisterte behandlinger (guidet selvhjelp). De fleste internettbaserte intervensjonene er tekstbaserte, men også videoklipp, lydfiler og interaktive elementer kan være en del av behandlingspakken. Programmene består ofte av en rekke moduler eller kapitler som korresponderer med vanlige behandlingssesjoner (f.eks. innføring i kognitiv atferdsterapi, automatiske tanker og atferdsaktivering). Det blir sagt at denne formen for behandling krever lite terapeutinvolvering, siden terapeutkontaktet i rådgivning og tilbakemelding på hjemmeoppgaver tar rundt 10–15 minutter per klient i løpet av en uke (2).

En tenkt fordel med internettbasert behandling er at den er kostnadseffektiv (3). Spesielt verdifull kan den være for pasienter med lang reisevei, for pasienter som opplever stigma ved å oppsøke helsetjenesten, og for pasienter som av forskjellige grunner har vansker med oppmøte. Internettbasert behandling for depresjon kan utvikles til et selvstendig tilbud i spesialisthelsetjenesten, og det kan være et ikke-medikamentelt behandlingsalternativ til pasienter med mild til moderat depresjon som ikke har rett til helsehjelp. Rask tilgang til behandling kan tenkes å redusere lidelse og tapte arbeidsdager. Tilbudet kan også tenkes brukt i etterkant av ordinær poliklinisk behandling for å forhindre tilbakefall.

Behandlingen kan leveres på ulike måter, men en forutsetning må være at man kan dokumentere tiltakets effektivitet. Vi har identifisert noen studier på tre forskjellige tiltak som vi ønsker å diskutere i denne artikkelen: helautomatiserte behandlinger, guidet behandling og ulike apper.

Helautomatisert behandling.

En metaanalyse identifiserte personer med depresjonsdiagnose og personer som skåret over grenseverdien på depresjonsskalaer (4). Studiene undersøkte helautomatisert, selvguidet behandling. I slike studier er det ingen kontakt med en terapeut. Fra en internettside får pasientene presentert informasjon om depresjon og forslag til øvelser som kan være til hjelp. Det er opp til pasientene selv hvor mye informasjon de gjennomgår, og i hvilken grad de gjennomfører de foreslåtte treningsøvelsene. Hovedkonklusjonen var at tiltaket hadde en liten, men signifikant effekt. Den studien som viste størst effekt, inkluderte 320 deltagere (5). Ved avslutningen var det 35 (7,8 %) som tilfredsstilte kravene til klinisk signifikant endring, definert som 8,5 poengs bedring og skåring under 14 på Becks Depression Inventory (BDI). Drøyt en firedel av deltagerne besvarte målingene ved oppfølging etter seks måneder. Dermed er det vanskelig å uttale seg om mulige langtidseffekter. Med andre ord har vi ikke sikker kunnskap om effekten av helautomatisert behandling for depressive plager.

Veiledet internettbehandling og terapi via e-post

Det ser ut til at guidet internettbehandling for depresjon fungerer bedre enn helautomatiserte behandlingssopplegg (6). Denne formen for behandling bruker samme programmer som ved ikke-guidet behandling. Forskjellen er at terapeuten følger opp pasienten per telefon eller e-post for å vurdere fremgangen. En metaanalyse av internettbasert kognitiv-atferdsterapi versus gruppebehandling ansikt til ansikt inkluderte to studier på depresjon (3). Den første studien omfattet kun personer som ikke tilfredsstilte diagnostiske kriterier for depresjon, men som likevel rapporterte en del depressive symptomer.

Den andre studien rapporterte ikke tall på klinisk signifikant endring, og bare halvparten besvarte skjemaene (17 av 32) ved oppfølging etter tre måneder (7). Det er dermed fortsatt uklart hvor effektiv veiledet internettbehandling for depresjon er sammenliknet med ansikt-til-ansikt-behandling.

To norske studier har også undersøkt effekten av veiledet internettbehandling for personer med mild til moderat depresjon. Den ene var en pilotstudie som inkluderte 22 deltagere og fant resultater som var sammenliknbare med de svenske studiene (2). Skårene på Becks Depression Inventory ble halvert, fra 22 til 11. Den andre norske studien var en randomisert kontrollert studie med 106 deltagere (8). Behandlingen var basert på MoodGYM-programmet. Programmet kartlegger symptomer og holdninger, gir deltagerne informasjon om og opplæring i kognitiv atferdsterapi og foreslår øvelser man kan gjennomføre for å bedre humøret. Mellom hver av de fem modulene som ble gjennomført, møtte deltagerne en terapeut i 15–30 minutter. I studien oppnådde én av tre deltagere klinisk signifikant endring. Skårene på Becks Depression Inventory gikk ned fra 21 til 13, men 10 av de 52 som fikk intervensjonen, besvarte ikke skjemaene ved oppfølgingen.

Det har også blitt presentert lovende resultater for terapi via e-post. En studie fant jevn gode resultater med internetbasert guidet selvhjelp, men dessverre presenterte heller ikke denne studien tall for klinisk signifikant endring (9). Et problem ved studier på e-post-basert terapi er at det er vanskelig å få inn oppfølgingsdata, men ett unntak er studien til Andersson og kolleger (10). Studien ser ut til å vise relativt gode effekter av slik terapi. Skårene på et screeninginstrument for depresjon (Becks Depression Inventory) gikk ned fra 24 til 9–10 ved oppfølging. Imidlertid er det heller ikke her rapportert tall for klinisk signifikant endring.

Apper

Det finnes hundrevis av apper som skal hjelpe mot depressive symptomer, men de færreste har blitt validert forskningsmessig



Illustrasjon: Ørjan Jensen/Superpop

(11, 12). Fordi appene kan videreforme identifiserbar informasjon, er sikkerhet også en utfordring. Videre kan det være tekniske problemer og utfordringer med korrekt utfylling, selvdiagnostisering og håndtering av kriser. Det eksisterer heller ingen form for regulering av slike apper. Forskning på apper er i vinden: I perioden fra 2013 til 2015 ble antall studier på helseapper registrert på ClinicalTrials.gov fordoblet. Men mange av studiene har slett kvalitet. En systematisk oversiktsartikkel fant at studiene er preget av lav utvalgsstørrelse eller lave effektstørrelser, noe som medfører at man ikke har sikker kunnskap om effektiviteten (13).

Det virker som det er interesse for bruk av slik teknologi blant pasienter med depresjon og schizofreni (14). Pasienter i psykisk helsevern rapporterer at appen bør være personlig og lett å bruke, og det bør være enkelt å få forslag til øvelser som kan være til hjelp for å bedre humøret (15). Pasientene foreslo at appene skulle kunne gi oppdateringer med positive bilder og sitater som de kunne bruke når de var stresset, og gi påminnelser om medisiner, søvn, trening og kosthold.

God faglig praksis?

Det er en fare for at behandlingsinstitusjoner ser etter billige løsninger for å nå

ut til massene i forsøk på å løse ventelisteutfordringer og effektivisere drift. Ut fra dagens forskning ser det imidlertid ut til at teknologibasert psykoterapi bør være assistert, det vil si ikke fullautomatisert, og at den da kan hjelpe en viss andel av pasientene (6). Etter vår mening er oppfølging avgjørende for å motivere pasientene til å gjennomføre treningsoppgavene. Internettstudier rekrutterer vanligvis pasienter som henviser seg selv. Dette har også ført til spørsmål om denne populasjonen skiller seg fra pasienter som oppsøker hjelp i psykisk helsevern. For i det hele tatt å få et sammenlikningsgrunnlag må fremtidige studier derfor nøyere rapportere klinisk signifikant endring.

Internettassistert behandling har nok kommet for å bli i psykisk helsevern. Fellet vil trolig fremover gjennomgå stor utvikling og innovasjon. Forutsetningen for at dette skal integreres i behandlingstilbudet i den offentlige helsetjenesten, må være at man kan dokumentere at behandlingen gir hjelp på en sikker og effektiv måte. Selv om noen studier presenterer lovende resultater, er potensialet for utvikling av nye løsninger og behandlingsprogrammer stort. Helsetjenesten må derfor på banen med tanke på utvikling av og forskning på internettbasert behandling. Utviklingen bør drives av hva

som er god faglig praksis, og ikke av kommersielle interesser.

Stian Solem (f. 1978)

er psykologspesialist og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Elin Ulleberg (f. 1977)

er psykologspesialist og seksjonssjef ved Nidaros DPS, St. Olavs hospital. Hun står i spissen for å etablere Senter for E-terapi i Divisjon Psykisk helsevern, St. Olavs hospital i 2017 i samarbeid med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Arbeidet er i planleggingsfasen, og senteret skal etter planen blant annet tilby internettveiledet behandling av depresjon, sosial fobi og panikktilstand. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2015. HelseDirektoratet, 2016. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1169/PHV-TSB-%C3%85rsrapport-2015.pdf> [17.10.2016].

>>>

2. Nordgreen T, Andersson G, Havik OE. Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie. Tidsskr Nor Psykol foren 2015; 52: 646–54.
3. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P et al. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2014; 13: 288–95.
4. Cuijpers P, Donker T, Johansson R et al. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. PLoS One 2011; 6: e21274.
5. Meyer B, Berger T, Caspar F et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. J Med Internet Res 2009; 11: e15.
6. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. Expert Rev Neurother 2012; 12: 861–9, quiz 870.
7. Wagner B, Horn AB, Maercker A. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. J Affect Disord 2014; 152–154: 113–21.
8. Høifødt RS, Lillevoll KR, Griffiths KM et al. The clinical effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy with face-to-face therapist support for depressed primary care patients: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2013; 15: e153.
9. Vernmark K, Lenndin J, Bjärehed J et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. Behav Res Ther 2010; 48: 368–76.
10. Andersson G, Hesser H, Veilord A et al. Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. J Affect Disord 2013; 151: 986–94.
11. Anthes E. Mental health: There's an app for that. Nature 2016; 532: 20–3.
12. Huguet A, Rao S, McGrath PJ et al. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. PLoS One 2016; 11: e0154248.
13. Donker T, Petrie K, Proudfoot J et al. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. J Med Internet Res 2013; 15: e247.
14. Ben-Zeev D, Davis KE, Kaiser S et al. Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services. Adm Policy Ment Health 2013; 40: 340–3.
15. Goodwin J, Cummins J, Behan L et al. Development of a mental health smartphone app: perspectives of mental health service users. J Ment Health 2016; 25: 434–40.

Mottatt 5.10. 2016, første revisjon innsendt 17.10. 2016, godkjent 26.10. 2016. Redaktør: Ketil Slagstad.