



Nye veje for internetbaseret **TERAPI**

Internetbaseret selvhjælpsterapi indgår som element i den nationale strategi for, hvordan sundhedsvæsen fremover skal udvikles i en digital retning. Det er derfor vigtigt, at psykologer tager aktiv del i udviklingen af næste generation IBT.

I Sverige, England og Australien har der gennem de seneste 15 år været forsket i og anvendt internetbaseret selvhjælpsterapi (forkortet IBT) og digitale værktøjer i behandling af personer med psykiske lidelser (1). Reviews viser, at IBT er bedre end ingen behandling og ofte med lige så høj behandlingseffekt som traditionel ansigt-til-ansigt-terapi (2).

I Danmark er IBT et nyt behandlingstiltag, som er under udvikling og afprøvning flere steder i psykiatrien. I Region H's Psykiatri er et IBT-program fra England (FearFighter) og et fra Sverige (Fri for Angst) oversat til og tilpasset danske forhold og er under afprøvning.

Disse IBT-programmer tilhører, hvad man kan kalde første generation IBT. Første generation IBT kendetegnes ved at være udtænkt og udviklet af sundhedsprofessionelle fra psykiatrien. Således er FearFighter udviklet af psykiateren Isaac Marks, og "Fri for Angst" er udviklet af psykologen Lasse Strøm.

Disse og andre første generation IBT-programmer bygger oftest på den kognitive adfærdsterapeutiske model og består, ligesom almindelig ansigt-til-ansigt-terapi, af et forløb med cirka 10 behandlingssessioner, der indeholder de samme fem elementer: 1. psykoeducation; 2. illustrative patienthistorier; 3. øvelser; 4. hjemmearbejde (øvelser/eksponering); 5.

selvvurdering af symptomer. Der tages en IBT-session om ugen. En session varer omkring 30-45 minutter, og patienten rådes til at bruge 1-3 timer på hjemmearbejde mellem sessionerne. Et IBT-forløb med stort set de samme elementer og opbygning som almindelig terapi.

Arbejdet med FearFighter, Fri for Angst og andre digitale værktøjer har givet os værdifuld viden og forståelse af rækkevidden og funktionaliteten af første generations IBT (3) [se **Note 1**]. Disse erfaringer vil vi gerne dele, så de kan medtænkes, når næste generation af IBT-programmer og digitale værktøjer skal udvikles.

Indbyggede begrænsninger i 1. generation

Helt grundlæggende ser vi, at første generation IBT er designet ud fra principper fra den traditionelle terapi med brug af et bestemt format, behandlingsmodel, læringsforståelse og måleinstrumenter. IBT-programmer har dermed arvet og givet sig selv fire begrænsninger, som bør udfordres. De fire begrænsninger beskrives i det følgende, og for hver begrænsning følger et forslag til, hvordan en mere gunstig forståelse og udvikling af IBT kan ske.

Formatkonservatisme

De eksisterende programmer bygger på samme format som den traditionelle ansigt-til-ansigt-terapi, hvor en patient har et ugentligt møde med en terapeut og derimellem har hjemmeopgaver over en gennemsnitlig periode på ti uger. Dette format er udviklet i en kontekst, hvor psykiatriens arbejdsorganisering med et fast ugentligt arbejdsskema og knappe terapeutmæssige ressourcer har været vigtige at tilgodese.

Med IBT er der ingen begrænsninger i, hvor hyppigt og med hvilket interval en patient kan anvende programmet. IBT-programmer bør derfor forholde sig til et format, som giver optimal læring og effekt. For eksempel kan et format, hvor det psykoedukative læringsstof i en IBT-session repeteres tre gange med nogle dages mellemrum, forøge en korrekt genkaldelse af læringsstoffet fra 10 % til over 50 % målt ved en opfølgende hukommelsestest fire måneder efter den første præsentation af det psykoedukative stof (4).

Behandlingskonservatisme

De eksisterende programmer arbejder ud fra en biologisk sygdomsmodel, hvor symptomer opfattes som et fænomen, der er uafhængige af personlighed og social kontekst, og at modificering af symptomer betyder helbredelse (5). Et program kunne også arbejde ud fra en sociologisk sygdomsmodel, der opfatter den sociale kontekst som afgørende for psykiske vanskeligheder. En helbredelse sker gennem en rehabi-

>





Med IBT er der ingen begrænsninger i, hvor hyppigt og med hvilket interval en patient kan anvende programmet.

- > literingsproces som fx træning i et attraktivt praksisfællesskab (7).

Over 70 % af alle henvendelser inden for ikke-psykotiske lidelser i psykiatrien er genhenvendelser, hvilket peger på, at den nuværende behandling ud fra den biologiske sygdomsmodel ikke giver den ønskede helbredelse (6). Med IBT er der mulighed for at gentænke sygdomsforståelsen, herunder mekanismerne omkring psykiske symptomer, samt hvordan samspillet mellem omgivelser og individ (7) kan trænes med fokus på langsigtet bedring af arbejdsmæssig og social funktionalitet frem for kortsigtet symptomlindring (5).

Læringskonservatisme

De eksisterende IBT-programmer anvender implicit en forældet naturvidenskabelig kommunikationsmodel, hvor en ekspert docerer psykoedukation, øvelser og opgaver, og hvor en patient passivt indlærer budskabet for dernæst at realisere det indlærte budskab til at ændre adfærd i vedkommendes praktiske dagligdag.

Både kommunikationsmodellen og forestillingen om, at der sker transfer mellem behandlingsseance og patientens dagligdag er problematisk – igen med henvisning til, at 70 % af patienterne efter endt behandlingsforløb i psykiatrien oplever tilbagefald og genhenvises eller op søger anden behandling (6).

I udviklingen af anden generation IBT bør

der åbnes for, at relevante videnskaber kan byde ind på designet af en behandling, som gør, at patienter indlærer ny og mere hensigtsmæssig adfærd. For den kommende IBT-behandling vil det være nærliggende at arbejde dels med brugercentrerede designs (3; 8), dels med viden fra andre fagområder som fx sociologi (7), læringspsykologi (4) og spilbaseret træning (gamification).

Effektmålingskonservatisme

De fleste publicerede IBT-studier er outcome-studier med måling af symptomer før og efter interventionen eller målinger af symptomniveauet sammenlignet med en eller flere kontrolgrupper.

Dette måleparadigme er problematisk på to måder: For det første er symptommålinger kun ét ud af mange forskellige mål, men er blevet udvalgt som golden standard som dokumentation for ændringer i lidelsen. Andre typer målinger kan være livsglæde, seksuel tilfredshed, social integrationsgrad, arbejdsmæssig duelighed m.v., hvis det ønskes, at data skal anvendes til vurdering af funktionelle og livskvalitetsmæssige gevinster. Eller det kan være cost-benefit-studier, hvis det ønskes, at data skal anvendes til vurdering af den samfundsøkonomiske gevinst ved en given behandlingsform (9). Endelig er der hele aspektet omkring usability og brugeroplevelse, som er centrale for udviklingen og tilpasningen af IBT til patientens behov og ønsker.

For at belyse det problematiske omkring valg af måleparadigme henviser vi til et af vores egne registerstudier med data på 761 patienter og 15.220 matchede kontrolpersoner. Dette registerstudie viste to vidt forskellige billeder, alt efter hvilken måling på psykoterapi der blev anvendt: Måling af symptomer viste et succesbillede, mens måling af forbruget af yderligere sundhedsydelser efter behandling (dvs. en cost-benefit-analyse) viste et fiaskobillede (6).

For det andet er outcome-studier primært nyttige i en startfase, hvor det skal dokumenteres, at en given behandling har effekt – såkaldte *efficacy-studier*. Derefter er det mere meningsfuldt at undersøge, hvilke komponenter i behandlingen der er virksomme – såkaldte *processtudier*.

I traditionel ansigt-til-ansigt-terapi er det kompliceret at designe store og indholdsvalide forsøg, der kan isolere og fastholde terapiens enkeltelementer, da hver behandling er unik, i kraft af at behandleren er unik. Med IBT-programmer er alle elementer elektronisk identiske på tværs af tid, rum og agent, men udskiftelige. Det er derfor muligt at designe store og indholdsvalide forsøg, hvor et terapielement isoleres og undersøges.

Problemet ved de nuværende første generations IBT-programmer er, at de er designet som en helhed eller låst af det indehavende firma, og muligheden for udskiftelige elementer eller løbende forskningsmæssige tilpasninger er ikke tilgodeset. I de fremtidige IBT-programmer skal der selvfølgelig være fleksibilitet for valg af indholdselementer. I valg af målinger i IBT-programmer bør det tilstræbes, at patientens oplevelse, anvendelse og udbytte af programmet bliver centrale mål (8). Målene skal holdes på et minimum for at være brugervenligt.

Anden generation af IBT

Hvis IBT forstås på dets egne præmisser som en slags vedholdende, systematisk og fakta-bearbejdende digital assistent, findes der stort potentiale i at udvikle fleksible digitale værktøjer, der kan tilbydes som hjælp til selvhjælp til patienter med psykiske lidelser, og som kan bruges på computere, tablets eller smartphones, når patienten finder det passende.

I vores øjne bør den næste generation af IBT-programmer være udviklet som generiske IBT-platforme, hvori en række valgfrie prædefinerede indholds- og funktionselementer kan indsættes. De prædefinerede elementer kan være: chatrooms, skræddersyede videoklip, tutorials, animationer, tekstbokse, spørgeskema, skoleskema, kalender, reminder, dagbog, sangbog, brugerklasseværelse, fagklasseværelse, virtuelt besøg hos en rollemodel, træningscoach, øvelsesbanken, vidensbanken, test dig selv, dagens repetition, dagens overraskelse, dagens træningsspil, monitorering af søvn, motion og kost, ven- og familiebarometer, elementer fra patientens egen hverdag, spilbaseret træning (gamification) osv.

Et IBT-program af anden generation kunne således bestå af en platform og udvalgte elementer. I den generiske platform kan patienten alene eller i samråd med en behandler trække et eller flere elementer ind (10). Fx kan et mindre behandlingsprogram bestå af tre elementer: 1. Fagklasseværelse for angst (det, som også kan kaldes psykoedukation), 2. Et chatroom og 3. Monitorering af søvn, motion og kost. Andre elementer kan tilvælges.

Nogle af elementerne skal først indkodes, før de kan bruges. Fx kan der være behov for, at en sundhedsprofessionel indspiller et videoklip med en skræddersyet instruktion i *rolig vejtrækning* til at forebygge panikanfald hos en patient. Senere kan patienten vælge at genindspille videoklipet, hvor vedkommende selv er den, der giver instruktionen. Jo flere elementer der er patientstyret eller udføres af patienten selv, des bedre (11). Validerede og de bedst ratede elementer kan lagres i et IBT-bibliotek, som gøres tilgængelig for alle behandlere og patienter, hvormed vidensdelingen øges.

Digitalisering og patienten i centrum

Udvikling af generiske platforme til selvhjælpsprogrammer til patienter med psykiske lidelser passer ind i den nationale strategi for *digitalisering* af sundhedsvæsenet (12) og regionale strategier for patienten i *centrum*. Med vores vision for anden generation IBT tror vi, det kan sikres, at flere patienter med en psykisk lidelse får adgang til en mere effektiv behandling, og at flere patienter gøres selvhjulpne i at håndtere og bearbejde deres psykiske vanskeligheder.

Der er to væsentlige kvaliteter ved selvhjælpsprogrammerne, som kan imødekomme vores vision med anden generation IBT:

For det første, at adgangen til et IBT-program sker, så snart behovet og ønsket om hjælp opleves hos patienten (ingen venteliste). Patienten kan træne flere gange om ugen og repetere de elementer i programmet, denne oplever som relevante og brugbare. IBT-programmer er tilpasset hver sin diagnosegruppe og kan derfor oplagt indeholde chatrooms, så patienter kan tale sammen om deres fælles udfordringer og problemer for på den måde at styrke dem i et selvhjælpsfælleskab (7).

For det andet giver IBT-programmet kontrollen og ejerskabet til helbredelse tilbage til patienten selv – patienten trænes simpelt hen i at hjælpe sig selv. Manglende kontrol og ejerskab over helbredelse er en del af den negative spiral, der kan bidrage til, at patienten fastholdes i det psykiatriske sundhedsvæsen, hvilket også kaldes indlært hjælpeløshed.

Oprettelsen af servicestationer

Erfaringen viser dog, at ny teknologi og digitale værktøjer ikke kan stå uledsaget for fagpersoner, som skal hjælpe patienterne til selvhjælp. Folker et al. (3) finder i deres undersøgelse af

>



- > digitale værktøjer i psykiatrien til fremme af mental sundhed: ”Fagpersoner i dag er ikke klædt på i forhold til anvendelse af teknologi, både så de har kendskab til teknologierne, der er på feltet, men også i at kunne vejlede patienter i brugen heraf.” Det kræver således en løbende service og støtteindsats at få implementeret brugen af nye digitale værktøjer hos behandlerne i det psykiatriske sundhedssystem.



I Danmark er IBT et nyt behandlingstiltag, som er under udvikling og afprøvning flere steder i psykiatrien.

Der bør derfor oprettes en eller flere IBT-servicestationer, som kan servicere behandlere og behandlingsinstitutioner i deres brug af IBT-programmer. Sådanne servicestationer bør også indsamle og formidle viden om IBT-programmer og digitale værktøjer og tilbyde hjælp til effektafprøvning af lokale indholdsversioner af platformene. Man kan fristes til at kalde det supervision af digital terapi, og det kan sammenlignes med, at alle psykologer modtager supervision på deres analoge behandlingsindsats. Endelig og ikke mindst bør IBT-tjenesten altid involvere patienter med psykiske vanskeligheder i produktudvikling og -afprøvning.

I takt med at det lykkes at udvikle IBT-platformer og indholdselementer, der gøres frit tilgængelig og distribueres ud til behandlingsinstitutioner, behandlere og andre relevante aktører, vil det kunne medføre:

- At flere behandlingsinstitutioner får lettere ved at tage IBT-programmer til sig, når der samtidig tilbydes serviceassistance i brugen af IBT.
- At de pågældende institutioner kan anvende IBT-programmer på deres egne præmisser og sammensætte platform og indholdselementer, så det passer deres specifikke målgruppe og behandlingstilbud.
- At et større antal patienter med forskelligartede diagnoser og problemer får adgang til selvhjælpsprogrammer, som er målrettet deres specifikke behov og ønsker.

Med udvikling af næste generation af IBT som generiske platforme og valgfrie indholdselementer kan IBT-programmerne integreres som en naturlig del af behandlingen i hele psykiatrien.

Vi må dog ikke glemme, at det er den menneskelige relation og kontakt til andre mennesker som er grundstoffet i vores liv og oplevelsen af livskvalitet. Med dygtige og nærværende behandlere, der selv bestemmer, om de vil gøre brug af IBT, tilbydes alle behandlingssteder og patienter mulighed for at skræddersy lige netop den løsning som patienten ønsker, uanset om det er med eller uden en digital assistent – det kan man kalde, at patienten er kommet i centrum. ■

Morten Fenger, ph.d., cand.psych.

Nina Stald-Bolow, cand.it.

Lise Jørgensen, cand.psych.

*Forskningsprojekt, 'Internetbaseret selvhjælpsterapi'.
Psykioterapeutisk Center Stolpegård, Region H's Psykiatri.*

REFERENCER

- (1) Andersson, G. *The Internet and CBT: a clinical guide*. 1. edition. CRC Press; 2015.
- (2) Andersson, G.; Cuijpers, P.; Carlbring, P.; Riper, H.; Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014 Oct;13(3):288-95.
- (3) Folker, M.P.; Rasmussen, J.; Pedersen, K.F.; Brocks, N.B.; D'Auchamp, A. *Digital mental sundhed – Kortlægning og technology roadmap for digitale værktøjer til fremme af mental sundhed og selvhjælp ved psykisk sygdom*. Teknologisk Institut; 2014 Oct 1.
- (4) Rawson, K.A.; Dunlosky, J. Optimizing schedules of retrieval practice for durable and efficient learning: how much is enough? *J Exp Psychol Gen* 2011 Aug;140(3):283-302.
- (5) National Health Services. *Cognitive behavioural therapy (CBT) – How it works*. www.nhs.uk/Conditions/Cognitive-behavioural-therapy/Pages/How-does-it-work.aspx 2015. Available from: URL: www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx
- (6) Fenger, M.; Mortensen, E.L.; Poulsen, S.; Lau, M. A register-based study of long-term healthcare use before and after psychotherapy. *Nord J Psychiatry* 2014 Oct;68(7):450-9.
- (7) Mehlsen, C.; Wenger, E. Mennesker lærer i fællesskab – Interview med Etienne Wenger. *Asterisk* 15, 14-16. 2006. Århus.
- (8) Knowles, S.E.; Toms, G.; Sanders, C.; Bee, P.; Lovell, K.; Rennick-Egglestone S. et al. Qualitative Meta-Synthesis of User Experience of Computerised Therapy for Depression and Anxiety. *PLoS ONE* 2014 Jan 17;9(1):e84323.
- (9) Perkins, R. What constitutes success? The relative priority of service users' and clinicians' views of mental health services. *Br J Psychiatry* 2001 Jul;179:9-10.
- (10) Schueller, S.M.; Begale, M.; Penedo, F.J.; Mohr, D.C. Purple: a modular system for developing and deploying behavioral intervention technologies. *J Med Internet Res* 2014;16(7).
- (11) Hansen, J.P.; Fenger, M.; Decker, L.; Wusheng, W.; Panaylotis, L. Dodonegona: A web- and mobile service to manage exposure therapy outside the clinic. 2012 Oct 14; Conference: Designing for Self Care; 2012.
- (12) Regeringen, KL og Danske Regioner. *Digitalisering med effekt – national strategi for digitaliserings af sundhedsvæsenet 2013-2017*. Statens Serum Institut 2013 June. Available from URL: www.ssi.dk/nsi.

Forskningsprojekt 'Internetbaseret selvhjælpsterapi' realiseres på basis af en bevilling fra Trykfondens.

NOTE 1:

Det er først senere med de moderne applikationer (app's) til smartphones, at udviklingen sker i tæt metodisk samarbejde med IT-fagpersoner (User-Experience designers og Human Computer Interaction eksperter m.v.). I dette samarbejde bliver en lang række nye behandlingselementer og -funktionaliteter udviklet og afprøvet, men området er karakteriseret ved spredte øer af ”mange pilotprojekter og få løsninger i daglig drift” (4).