

2016



Rask psykisk helsehjelp:

Evaluering av de første 12 pilotene i Norge

Otto R.F. Smith
Daniele E. Alves
Marit Knapstad

Rask psykisk helsehjelp:

Evaluering av de første 12 pilotene i Norge

Otto R.F. Smith

Daniele E. Alves

Marit Knapstad

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Oktober 2016

Tittel:

Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge

Prosjektleder:

Robert Smith

Forfattere:

Otto R.F. Smith

Daniele E. Alves

Marit Knapstad

Referansegruppe:

Anders Skuterud, fagsjef, Norsk Psykologforening, Oslo

Asle Hoffart, professor, Modum Bad, Vikersund

Ketil Nordstrand, seniorrådgiver, Helsedirektoratet, Oslo

Leif Edvard Aarø, forskningssjef, FHI, Bergen

Nina Vesterdal, styremedlem, Mentalhelse.no, Oslo

Odd Havik, professor emeritus, Universitetet Bergen, Bergen

Torkil Berge, forsknings- og fagutviklingskoordinator, Norsk forening for kognitiv terapi, Oslo

Trond Hatling, leder, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Trondheim

Yngvil Starheim, seniorrådgiver, Arbeid- og velferdsdirektoratet, Oslo.

Finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

E-post: publikasjon@fhi.no; Telefon: +47-21 07 82 00

Omslag design/layout:

Per Kristian Svendsen

Illustrasjon forside:

Colourbox.com

Trykk: wj.no

Opplag: 300

ISBN: 978-82-8082-773-9 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-774-6 elektronisk utgave

Forord

Rapporten «Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge», er utarbeidet etter bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet.

God psykisk helse i befolkningen er et viktig satsingsområde for norske myndigheter. Angst og depresjon er blant de lidelser som gir størst sykdomsbyrde i Norge, målt som sum av helsetap og tapte leveår. Imidlertid er tilgang til psykiske helsetjenester for personer med disse lidelser begrenset. En fersk OECD-rapport oppfordret Norge til å ta opp disse svakhetene i behandlingstilbudet.

Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) er basert på det engelske «Improved Access to Psychological Therapies», og ble satt i gang av Helse- og omsorgsdepartementet i 2012. Målsetningen var å øke tilgangen til evidensbasert behandling for voksne med angstlidelser og lettere- til moderate nivåer av depresjon. Frem til nå er RPH etablert i 23 kommuner/bydeler. I denne rapporten presenterer vi resultater fra evalueringen av de første 12 pilotene. Målsettingene var å finne ut i hvilken grad behandlingen i RPH var ledsaget av nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og forbedring av arbeidsevne. I tillegg ble det gjennomført en systematisk undersøkelse av RPHs praksis sammenlignet med Helsedirektoratets retningslinjer/mål med tiltaket, og en beskrivelse av erfaringer med RPH ut fra ulike involverte parter. Rapporten påpeker sterke og svake sider ved tiltaket, og vil bidra til å utvikle RPH videre.

Vi vil takke referansegruppen (se kolofon) for nyttige bidrag og stimulerende diskusjoner gjennom hele evalueringsperioden. Vi er spesielt takknemlig for konstruktive og tydelige tilbakemeldinger av våre fagfeller til utkast av rapporten: Asle Hoffart (Modum Bad), Ketil Nordstrand (Helsedirektoratet), Leif Edvard Aarø (FHI), Odd Havik (Universitetet Bergen), Trond Asmussen, (NAPHA), og Yngvil Starheim (Arbeid- og velferdsdirektoratet). Vi ønsker også å takke Terje Marøy, ved Norsk senter for forskningsdata, for å lage den elektroniske dataportalen og for IT-støtte gjennom hele datainnsamlingsperioden.

Sammen med forfattere i avdelingen Helsefremmende arbeid ønsker jeg god lesing!

Oslo, oktober 2016

Knut-Inge Klepp
Områdedirektør for Psykisk og fysisk helse
Folkehelseinstituttet

Innhold

Forord	3
Sammendrag	6
1. Innledning	12
1.1 Bakgrunnen for Rask psykisk helsehjelp.....	12
1.1.1. Den engelske modellen «Improving Access to Psychological Therapies»	13
1.1.2. Rask Psykisk Helsehjelp	14
1.2 Plan, metode og mål for evalueringen	16
1.2.1 Mål og metode for den kvantitative evalueringen	16
1.2.2 Mål og metode for den kvalitative evalueringen	19
2. Beskrivelse av pilotene	23
2.1 Kjennetegn ved pilotkommunene	23
2.2 Antall klienter i hver pilot og i evalueringen.....	25
2.3 Demografiske kjennetegn ved deltakerne.....	28
2.4 Helseprofiler til deltakerne.....	30
2.5 Henvisninger.....	38
2.6 Grunner til å søke hjelp, opplevd årsaker til problemene, og tidligere behandlinger.....	38
2.7 Ventetiden.....	44
2.8 Antall kontakter, type behandlinger og samarbeidspartnere	44
3. Klientresultater	48
3.1 Symptomer på depresjon og angst.....	48
3.2 Livskvalitet	58
3.3 Søvn	60
3.4 Sosial angst og agorafobi	61
3.5 Arbeidsdeltakelse	63
4. Organisatoriske- og implementeringsaspekter ved Rask psykisk helsehjelp	65
4.1 Organisering og etablering av en ny tjeneste.....	65
4.2 Inntakskriterier	66
4.3 Bruk av veiledet selvhjelp.....	68
4.4 Fokus på jobbdeltakelse	72
4.5 Lokal videreføring av Rask psykisk helsehjelp	76
5. Klientopplevelser	79
5.1 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen.....	79
5.2 Resultater fra intervjuene	81

6. Oppsummering av hovedfunn, diskusjon og konklusjoner	88
6.1 Oppsummering av hovedresultat	88
6.2 Diskusjon av hovedfunn	91
6.2.1 Sammenstilling med lignende studier	91
6.2.2 Likheter og variasjoner på tvers av de 12 pilotene.....	93
6.3 Styrker og begrensinger med den metodiske tilnærmingen	94
6.3.1 Styrker	94
6.3.2 Begrensninger.....	94
6.4 Implikasjoner og anbefalinger	96
6.4.1 Praksis.....	96
6.4.2 Evaluering av kommunal tjeneste	98
6.5 Konklusjon	99
Referanser	101
Appendix	104
Appendix 1: Spørsmål om arbeidssituasjon i spørreskjema	104
Appendix 2: Intervjuguider, kvalitative intervju	105
Appendix 3: Evaluering gjennom en RCT.....	108

Sammendrag

Bakgrunn og målsettinger

Angst- og depresjonslidelser utgjør sammen med ruslidelser de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen og har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet disse lidelsene gir og det at de rammer så mange av oss, er angst og depresjon rangert på 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde og er av de vanligste årsakene til redusert arbeidsevne, sykefravær og uføretrygd i Norge. Samtidig er tilgangen til psykiske helsetjenester der en kan få hjelp med angstlidelser og depresjon begrenset. Andelen som ikke får behandling for disse lidelsene, selv om de har behov for det (såkalt «treatment gap»), er anslått å være over 50 %.

Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) er et pilotprosjekt satt i gang i 2012 av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med mål om å øke tilgangen til evidensbasert behandling for voksne med angstlidelser og lettere- til moderate nivåer av depresjon. RPH er basert på det engelske programmet Improving Access to Psychological Therapy (IAPT), som etter gode resultater fra pilotstudier er etablert i så godt som alle helsekommuner i England. RPH er en kommunal, gratis lavterskeltjeneste som kan oppsøkes med eller uten henvisning fra fastlege. Med mål om tidlig intervensjon skal det gis tilbud uten ventetid og venteliste. Behandlingen som tilbys er kognitiv atferdsterapi gitt av tverrfaglige team med videreutdanning fra Norsk forening for kognitiv terapi. Videre er behandlingen organisert etter en «mixed care»-modell, der lavintensiv behandling, som veiledet selvhjelp og gruppekurs, kan tilbys der det er vurdert som hensiktsmessig før klientene eventuelt tilbys høyintensiv, ansikt-til-ansikt-behandling på anslagsvis 2-15 behandlingstimer. Tjenesten skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud for målgruppen, og samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger og øvrige kommunale tjenester står dermed sentralt. Endelig er det et mål at behandlingen skal fremme arbeidsdeltakelse.

De 12 første RPH-pilotene startet opp i 2012/2013 i ni enkeltkommuner, ett sted organisert som et interkommunalt samarbeid og i to bydeler i Oslo. Pilotene ble etablert gjennom en treårig tilskuddsordning fra Helsedirektoratet, med mål om lokal videreføring etter tilskuddsperioden. Til nå har 23 piloter startet opp RPH. I forbindelse med implementeringen utarbeidet Helsedirektoratet retningslinjer for RPH der det ble stilt bestemte krav til pilotene. Kravene dreiet seg blant annet om profesjonssammensetning, antall årsverk, type og omfang av opplæring som psykisk helsearbeidere måtte gjennomgå, hvordan klientene ble valgt ut til RPH samt hvilke behandlinger som kunne tilbys i tiltaket.

Folkehelseinstituttet fikk i 2013 oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å evaluere pilotprosjektet. I denne rapporten presenteres resultater fra evalueringen av de første 12 pilotene. Målsettingene med den kvantitative delen var å finne ut i hvilken grad behandlingen i RPH var ledsaget av nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og forbedring av arbeidsevne. Målsettingene med den kvalitative delen av evalueringen var (1) å gjennomføre en systematisk undersøkelse av RPHs praksis sammenlignet med Helsedirektoratets retningslinjer/mål med tiltaket, og (2) beskrive erfaringer med RPH ut fra ulike perspektiver (klienter, prosjektleder, terapeut, samarbeidspartner) både innad og på tvers av piloter. På bakgrunn av dette påpekes sterke og svake sider ved tiltaket. Denne informasjonen kan brukes til å justere retningslinjene og potensielt forbedre RPH.

Metode

Datainnsamlingen foregikk mellom 1. oktober 2014 og 1. april 2016. I den kvantitative del av evalueringen ble deltakende klienter bedt om å fylle ut elektroniske spørreskjemaer ved starten, underveis og ved slutten av behandlingen. Terapeutene fylte ut et skjema om behandlingsforløp for hver klient ved slutten av behandlingen. Spørreskjemaene inkluderte blant annet skalaer for å måle depressive symptomer, angst, livskvalitet og arbeidsdeltakelse. I den kvalitative delen av evalueringen omfattet datamaterialet semistrukturerte intervjuer og relevante dokumenter. Blant dokumentene som ble gjennomgått var følgende: RPH-regelverket, veiledningsmaterieill, kommunenes nettinformasjon om tiltaket og møtereferater. Ved hver pilot ble seks informantgrupper intervjuet: prosjektleder, terapeuter, klienter, fastleger, ansatte i Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) og lokale politikere.

Resultater

Resultatene fra evalueringen kan oppsummeres under følgende punkter:

Kjennetegn ved klientene

- Ifølge registreringssystemet til evalueringen tok 3199 klienter i 12 piloter kontakt med RPH under datainnsamlingsperioden. Av disse startet 62 % (n=1983) i behandling. I 9 av 12 piloter deltok over 60 % av behandlede klientene i evalueringen. I 5 av 12 piloter var svarprosenten over 70. Per 1. april 2016 var 970 klienter registrert som ferdig behandlet.
- 45,0 % av klientene kontaktet RPH via fastlegen og 44,7 % tok kontakt selv. Resten ble henvist av annet helsepersonell. Ingen sammenheng ble funnet mellom type henvisning og andre demografiske variabler. Det betyr blant annet at vi ikke fant evidens for at selvhenvising medførte en høyere andel brukere med innvandrerbakgrunn.
- Størsteparten av klientene var kvinner (73,4 %). Aldersfordelingen var 15,6 % i gruppen 18-24 år, 53,8 % i gruppen 25-44 år, 29,3 % i gruppen 45-67 år og 1,3 % var eldre enn 67 år. Hele 45,0 % av klientene hadde høyskole/universitetsutdanning.
- De hyppigst nevnte grunnene til å søke hjelp hos RPH var henholdsvis bekymring (82,5 %), depresjon (68,9 %), engstelse (65,6 %), stress (63,3 %), trøtthet (48,3 %) og søvnproblemer (40,8 %). 83,5 % av klientene rapporterte at de har hatt symptomene lengre enn 6 måneder.
- Omtrent én av tre oppga å være helt eller delvis sykmeldt ved starten av behandlingen. Følgende andeler mottok andre typer trygdeordninger: 7,2 % var i arbeidsrettet tiltak gjennom NAV eller kommunen, 5,9 % var uføre og 9,3 % oppga å være arbeidsledige.

Kjennetegn ved behandlingen

- Median tid fra en klient tok kontakt til inntakssamtale ved RPH var 10 dager og median tid mellom inntakssamtale og første behandlingsmøte var 8 dager. Varigheten av behandlingen var median 10,7 uker med median 5 møter per klient.
- Ansikt-til-ansikt behandling var den terapiformen som ble brukt mest (71,5 % av alle registrerte møter), en betydelig mindre andel av møtene ble brukt på veiledet selvhjelp (8,9 %) og gruppekurs (16,9 %). Andel klienter som mottok de ulike terapiformene i løpet av behandlingen var henholdsvis 17,6 % for veiledet selvhjelp, 19,5 % for gruppekurs, og 78,1 % for ansikt-til-ansikt behandling.

Klientresultater

- Resultatene viste en sterk reduksjon i symptomer på depresjon og angst i løpet av behandlingen.
 - Effektstørrelsene på endringene var omtrent like store på tvers av pilotene for både depresjon og angst og var sammenlignbare med resultater fra de første pilotene i England.
 - Ved starten av behandlingen hadde 76.3 % av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon. Ved slutten av behandlingen rapporterte 61.6 % av disse klientene å være friske igjen (såkalt «recovery rate», definert som ikke lenger å ha kliniske nivåer av angst og depresjon). Dette er godt over IAPT-målsettingen om en «recovery rate» på minst 50 %.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var lik mellom kvinner og menn og på tvers av aldersgrupper, sivilstatus, og innvandrerbakgrunn, men noe mindre for klienter med lav utdanning sammenlignet med klienter med videregående og høyere utdanning.
 - Jobbstatus ved start av behandlingen predikerte effekten av behandlingen ved at klienter med jobb viste en større nedgang i symptomer på angst og depresjon enn klienter uten jobb.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var stor på tvers av behandlingsformene (veiledet selvhjelp, gruppekurs/terapi, ansikt-til-ansikt-behandling), men noe lavere for klienter som mottok gruppekurs sammenlignet med klienter som mottok veiledet selvhjelp eller ansikt-til-ansikt behandling.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var stor uavhengig av varigheten av behandlingen. De klientene som hadde flest møter og var lengst i behandling, viste størst nedgang i symptomer. Forbedringen kom gradvis i løpet av behandlingen for denne gruppen og en kortere behandlingstid ville for disse derfor ikke vært et godt alternativ.
- Klientene fikk også en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandling. Forbedringen i livskvalitet var omtrent like stor på tvers av pilotstedene.
- Endringen i arbeidsdeltakelse var statistisk signifikant, og det ble observert en 5.6 % økning i andel klienter som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Denne prosentandelen er i tråd med funn fra de to første pilotene i England.
- For søvnproblemer viste 53.6 % av klientene klinisk signifikante nivåer av insomni ved starten av behandlingen. Ved slutten av behandlingen rapporterte 44.5 % av disse å være friske igjen.
- På øvrige utfallsmål viste klienter med sosial angst ved starten av behandlingen en moderat til stor nedgang i symptomer og klienter med agorafobi ved starten av behandlingen en stor nedgang.

Klientopplevelser

- Klientene rapporterte å være i stor til svært stor grad tilfredse med tilbudet ved RPH. At klientene jevnt over var tilfredse ble funnet både gjennom den kvantitative og den kvalitative delen av evalueringen.
- Den lave terskelen for å ta kontakt med RPH kombinert med det relativt raske behandlingstilbudet ble trukket frem som særlig positivt av klientene som ble intervjuet.

- Kjemi med terapeuten ble trukket frem av klientene som viktig for at behandlingen skulle oppleves å være til hjelp. Kjemi ble beskrevet som fleksibilitet eller ærlighet kombinert med empati hos terapeuten.
- Klienter som fikk systematisk veiledet selvhjelp (da som en del av sin ansikt-til-ansikt terapi) fortalte at veiledet selvhjelp ga mestringfølelse og følelsen av å være sin egen terapeut.
- Videre ble tilgjengelighet av materiell og alminneliggjøring av psykiske plager trukket frem som positive sider ved tilbudet, særlig ved lavintensiv behandling som gruppekurs og veiledet selvhjelp.

Implementering av RPH

- Inklusjonskriterier:
 - Det var variasjon på tvers av pilotene vedrørende hvilke kriterier som ble benyttet for å vurdere hvilke klienter som skulle få behandlingstilbud ved RPH. Tendensen var at inntakskriteriene ble innskjerpet og mer like på tvers av piloter i løpet av pilotperioden.
 - RPH-ansatte ga følgende begrunnelser for av og til å inkludere klienter som ikke samsvarte med RPHs målgruppe: (1) Uklare retningslinjer (spesielt i starten av pilotperioden) fra Helsedirektoratet, (2) manglende alternative tilbud til klienter med alvorlig problematikk (ikke godt/raskt nok) og (3) manglende rutiner (spesielt i starten) når det gjaldt organisering av inntaksskjemaer, inntakssamtaler og henvisningsrutiner.
- Bruk av veiledet selvhjelp:
 - Funn både fra den kvantitative evalueringen og intervjuene med nøkkelinformanter tydet på at veiledet selvhjelp omfattet en liten del av det totale behandlingstilbudet, sammenlignet med ansikt-til-ansikt-behandling.
 - RPH-ansatte beskrev følgende grunner til at terapeutene valgte bort veiledet selvhjelp: (1) Manglende kunnskap om veiledet selvhjelp, (2) manglende rutine/struktur/kontroll og (3) veiledet selvhjelp som ikke god nok behandling.
 - Noen av terapeutene som forsøkte å bruke veiledet selvhjelp som hovedtilnærming under behandlingsforløpet fortalte om overraskende positive opplevelser og resultater.
 - Noen piloter fokuserte på gruppekurs som det mest lavintensive behandlingsalternativet.
- Fokus på jobbdeltakelse:
 - Ifølge spørreskjemadata var det noe fokus på arbeidslivsdeltakelse i behandlingsforløpene. Dette gjaldt både for klienter som var i jobb og som mottok sykepengar eller annen trygd.
 - Fra intervjuene med terapeutene var det et gjentakende tema at disse oppfattet et fokus på jobbdeltakelse som selvfølkelig og naturlig i terapिसammenheng. Når det gjaldt hvordan de konkret jobbet med å følge opp dette, fremkom ulike tilnærminger på tvers av og innad i pilotene.
 - Generelt fortalte de intervjuede klientene om lite fokus på jobbdeltakelse i terapitimene.

- Lokal videreføring av RPH:
 - Mange prosjektledere fortalte om betydelig bruk av ressurser til å drive reklame for tiltaket ovenfor lokalpolitikere.
 - Rådmenn og bydelsdirektører delte seg i tre grupper når det gjaldt spørsmål om lokal videreføring av RPH: (1) De som ønsket å videreføre RPH var ofte aktivt involvert i prosjektet fra starten og anså RPH som en viktig brikke i folkehelsesatsningen; (2) De som ikke ønsket å videreføre RPH på grunn av økonomi, selv om de så verdien av RPH i lokalsamfunnet; (3) De som vurderte RPH ut fra økonomi og resultater. I disse kommunene var det rom i budsjettene for å kunne vurdere hvorvidt RPH var et tiltak som skulle videreføres lokalt.

Konklusjon

Resultatene fra evalueringen er lovende med hensyn til symptomlindring etter behandling og er omtrent like gode som resultatene fra de første evalueringene av IAPT i England. Basert på data samlet inn frem til nå finner vi også en statistisk signifikant effekt på arbeidsdeltakelse. Det ble observert en 5.6 % økning i arbeidsdeltakelse uten trygd. Resultater fra evalueringen i de 12 første pilotene er basert på et relativt svakt forskningsdesign, noe som gjør at vi ikke kan vite i hvilken grad de observerte endringene kan tilskrives selve behandlingen. For å kunne gjøre kausale slutninger om effekten av RPH på symptomer og arbeidsdeltakelse og for å kunne gjennomføre kostnads-nytteanalyser, trengs det en randomisert kontrollert studie (RCT). Derfor har Folkehelseinstituttet tatt initiativet til å sette i gang en RCT i RPH-pilotene Kristiansand og Sandnes.

RPH-modellen ser ut til å fungere etter målsetningen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgang til behandling. Halvparten av klientene tok kontakt med RPH selv og ventetiden til behandling var vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud for målgruppen. Samtidig er det viktig å påpeke at RPH i større grad enn nå trenger å utvikle et tilbud for grupper som er underrepresenterte, som lavt utdannede, klienter over 67 år og klienter med innvandrerbakgrunn.

Både kvantitative og kvalitative funn viser at veiledet selvhjelp omfatter en liten del av det totale behandlingstilbudet i RPH. Basert på barrierene terapeutene beskrev, kan det ligge et potensiale i å kunne behandle flere klienter dersom det utvikles en lavintensiv veiledet selvhjelpspakke til behandling av angst og depresjon for RPH. Noen piloter, som Molde og Fosen, har utviklet materiell for veiledet selvhjelp. Det hadde vært en styrke å evaluere én av disse i samarbeid med terapeutene og eksperter på veiledet selvhjelp. Dersom RPH blir implementert i nye kommuner, er det viktig å ha tilgjengelig en evidensbasert veiledet selvhjelpspakke og at terapeutene blir opplært til å bruke det som lavintensiv behandling. Per i dag er det for mange terapeuter som opplever de veiledele selvhjelpspakkene som er tilgjengelige som både høy-intensive og ressurskrevende, noe som er i strid intensjonen bak veiledet selvhjelp i RPH-modellen. Gruppekurs bør også vurderes å sidestilles med veiledet selvhjelp i intensitetsgrad, da den ved noen piloter ble vurdert å være minst like lavintensiv som veiledet selvhjelp.

Resultatene tydet videre på at RPH-terapeuter kan bli enda tydeligere på å ta opp og følge opp klientenes jobbsituasjon i behandlingen. Et tydeligere jobbfokus i behandlingen kan også ha implikasjoner for effekt på arbeidslivsdeltakelse. Dette kan for eksempel bedres gjennom økt samarbeid med for eksempel NAV og Senter for Jobbmestring, samt ved å øke kompetansen på området arbeid og psykisk helse.

Når det gjelder lokal videreføring av RPH ble det funnet at prosjektledere bruker en del ressurser på å drive reklame for RPH overfor politikere og andre beslutningstakere. Både prosjektledere og rådmenn i kommuner/bydeler med presset økonomi beskrev manglende øremerking av tildelingene til RPH som trusler for lokal videreføring av tiltaket.

1. Innledning

1.1 Bakgrunnen for Rask psykisk helsehjelp

Angst- og depresjonslidelser utgjør sammen med ruslidelser de vanligste psykiske lidelsene i befolkningen. Mellom 20 og 25 % av den norske befolkningen vil få en diagnostiserbar angstlidelse i løpet av livet og 15 % i løpet av ett år. Når det gjelder depresjon, rammes 20 % i løpet av livet og 10 % i løpet av ett år [1]. Angstlidelser kjennetegnes ved at fryktreaksjonene blir så sterke at de ikke samsvarer med det situasjonen tilsier. Videre er et sentralt trekk ved mange angstlidelser at det utvikles reaksjoner der personen unngår situasjoner de tror vil utløse angsten. Slik unngåelse opprettholder ofte angsten og påvirker personens daglige fungering. Sentrale kjennetegn ved depresjon er lavt stemningsleie, tap av følelse av glede eller mening i tilværelset og mangel på energi. Styrken i symptomene varierer fra mild til alvorlig depresjon med selvmordsfare.

Angst og depresjon har betydelige konsekvenser for den enkelte, familien og samfunnet. Grunnet helsetapet disse lidelsene gir og det at de rammer så mange, er angst og depresjon på 8. og 9. plass over lidelser som gir størst sykdomsbyrde i Norge, målt som sum av helsetap og tapte leveår [2]. I tillegg er angst og depresjon to av de viktigste medisinske årsakene til sykefravær og uføretrygd [3] og psykiske lidelser er anslått å koste det norske samfunn 180 milliarder kroner årlig [4]. Grunnet utbredelsen i befolkningen er storparten av denne summen relatert til angst- og depresjonslidelser.

Samtidig er tilgangen til psykiske helsetjenester der en kan få hjelp med angstlidelser og depresjon begrenset i de fleste OECD-land, inkludert Norge. Andelen som ikke får behandling for disse lidelsene, selv om de har behov for det (såkalt «treatment gap»), er beregnet til å være over 50 % [5, 6]. Ifølge proposisjonen til Stortinget for budsjettåret 2010 [7] har forebygging av psykiske lidelser og styrkning av behandlingstilbudet til personer med angst og lett til moderat depresjon vært svært lite utviklet. Denne svakheten i omsorgstilbudet i Norge ble også påpekt i en nyere OECD-rapport [5]. Av kommunale psykiske helsetjenester for voksne i 2015 gikk bare 10 % av årsverkene med til å hjelpe de med milde og kortvarige psykiske problemer, selv om denne gruppen har størst utbredelse i befolkningen [8].

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er en ny, kommunebasert tjeneste som er iverksatt for å gjøre noe med disse problemene. Tjenesten er formet i tråd med nasjonale målsetninger fremsatt i flere stortingsmeldinger. I Samhandlingsreformen, «rett behandling – på rett sted til rett tid» [9] framheves det at det er behov for å satse sterkere på forebygging og intervensjon tidlig i sykdomsforløpet for med det kunne redusere behovet for oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Kommunenes ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester for brukergrupper med psykisk sykdom er også slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven. Videre er behovet for et lavterskeltilbud for mennesker med angst og depresjon særlig framhevet [10].

RPH bygger på den engelske modellen «Improved Access to Psychological Therapies [11], og tilbyr klienter med angst og lett til moderat depresjon kognitiv atferdsterapi (KAT). Siden Helse- og omsorgsdepartementet fikk i oppdrag å sette i gang RPH i 2012 har en satt i gang pilotprosjekter i 23 ulike kommuner rundt omkring i landet samt i flere bydeler i Oslo. Denne rapporten baserer seg på de 12 første pilotene som startet opp i 2012/2013. I det følgende vil vi beskrive den engelske IAPT-

satsningen, herunder bakgrunn, evalueringsresultater og hvordan den er implementert som en del av helsetilbudet i England. Deretter vil vi gi en beskrivelse av målsetning, innhold og implementering av RPH-tjenesten i Norge.

1.1.1. Den engelske modellen «Improving Access to Psychological Therapies»

IAPT er en nasjonal satsning i England for å gjøre evidensbasert behandling av angst og depresjon bedre tilgjengelig i befolkningen. Satsningen ble først lansert i «The Depression Report – A new deal for Depression and Anxiety Disorders» i 2006 [11]. I denne rapporten ble konsekvensene av angst- og depresjon for den enkelte, omfanget av disse lidelsene i befolkningen og de økonomiske konsekvensene for samfunnet dokumentert. Utilstrekkelig behandlingsskapasitet ble omtalt også her, videre at mange som *mottok* behandling ikke ble tilbudt terapiformer som var i overensstemmelse med de nasjonale retningslinjene for behandling av angst- og depresjon [12, 13]. Løsningen som ble foreslått for å møte disse problemene var opprettelse av stillinger for 10 000 nye terapeuter organisert i team og en 7-årig handlingsplan for å etablere 40 nye team hvert av de 7 årene. Videre var det et mål at behandlingen skulle følge retningslinjene fra NICE. De nye terapeutene skulle rekrutteres både blant kliniske psykologer og fra de om lag 60 000 som arbeidet med psykisk helse ellers, som sykepleiere, sosionomer, rådgivere osv. Disse skulle gis en ett- eller toårig videreutdanning tilpasset IAPT-tjenesten.

Hovedtilnærmingen i IAPT var i utgangspunktet kognitiv terapi. Behandlingen er organisert etter en trappetrinnsmodell («Stepped Care») fra lavintensiv til høyintensiv behandling. Det var en ny måte å organisere den psykiske helsetjenesten i England på [14]. Begrepet intensitet dreier seg i denne sammenhengen om hvor mye ressurser behandlingen krever per klient. Mens lavintensive behandlinger er rettet mot å behandle flere klienter med relativt liten terapeutinvolvering (for eksempel ved bruk av veiledet selvhjelp eller psyko-edukative gruppekurs), er høyintensiv behandling basert på tradisjonell individuell terapi. Veiledet selvhjelp innebærer at klienten selv gjennomfører behandlingstiltak ved å støtte seg til selvhjelpsmateriell og veiledning av en terapeut. Hovedformålet med å bruke en slik trappetrinnsmodell var å nå flest mulig klienter gjennom at personer med milde til moderate problemer tilbys lavintensive behandlingsmetoder, mens de med mer alvorlige problemer går videre til høyintensiv behandling. Videre kan man med en slik modell unngå å overbehandle personer med milde og moderate problemer eller å underbehandle personer med mer alvorlig problematikk. Det bør tilføyes at helsemyndighetene i England, i samsvar med anbefalingene fra NICE, nå har åpnet IAPT-programmet for bruk av noen alternative terapiformer som kan benyttes overfor klienter med depresjon (interpersonlig psykoterapi, atferdsterapi for par, rådgivning for depresjon og korttids psykodynamisk terapi) [15].

Før IAPT ble implementert i større målestokk, ble det gjennomført pilotstudier i to områder, Newham (bydel i London) og Doncaster (mindre by nord i England). Evalueringen ble gjort med bruk av et kohort-design, der alle klienter som mottok behandling fylte ut spørreskjemaer før, under og etter behandling [16]. Skjemaene inneholdt mål på depressivitet (Patient Health Questionnaire – PHQ) [17] og angst (Generalised Anxiety Disorder Assessment – GAD-7) [18]. De benyttet også en skala som omfattet et bredere spekter av psykiske plager samt et skjema som handlet om deres yrkessituasjon. Evalueringen bestod blant annet i å sammenligne skårene ved første tidspunkt med skårene på det siste tidspunktet de besvarte skjemaene. De opererte ikke med noen kontrollgruppe eller ventelistegruppe, men sammenlignet i stedet med intervensjons- og kontrollgrupper fra andre studier (såkalt «benchmarking»).

Evalueringen viste at andelen som ble friske igjen («recovered») var 55 % i Newham og 56 % i Doncaster [16]. Å bli frisk er her definert som å skåre over et bestemt punkt på enten depressivitets- eller angstskaalen eller begge ved behandlingsstart og lavere enn grenseverdien på begge ved siste registrering. Et stort flertall av klientene fra Newham og Doncaster rapporterte å ha slitt med angst eller depressivitet i mer enn seks måneder (henholdsvis 66 % og 83 %). Blant disse var andelen som var definert som tilfrisknet på 52 %. I sammenlignbare studier var den spontane tilfriskningen for denne klientgruppen fra om lag 5 til 20 % [16]. Denne forskjellen tolkes av Clark og medarbeidere som en betydelig effekt av behandlingen. Blant de som hadde slitt med depressivitet i kortere tid enn seks måneder var ikke tilfriskningsraten høyere enn i kontrollgruppene fra andre studier.

På bakgrunn av de gode resultatene som ble oppnådd i Newham og Doncaster er IAPT nå etablert i 99 % av alle helsekommunene (Clinical Commissioning Groups, CCG) i England. Midtveis i programmet hadde en utdannet 3 600 nye terapeuter og PWP-er (Psychological Wellbeing Practitioners), som utfører den lavintensive behandlingen [19]. Den siste årsrapporten viste at 57 av 211 CCGs oppfylte eller oversteget IAPT-målsettingen om en helbredelsesrate på minst 50 % av behandlede klienter og at helbredelsesraten varierte mellom 19 og 69 % [20]. Gjennomsnittlig helbredelsesrate lå på 45 %, det vil si noe under målet på 50 %. Programmet har videre oppnådd sine mål om å redusere antallet som mottar sykepengen eller uførepensjon [15].

1.1.2. Rask Psykisk Helsehjelp

Inspirert av suksessen med IAPT-programmet i England fikk Helse- og Omsorgsdepartementet i oppdrag å opprette RPH som et pilotprosjekt i 2012. I første omgang ble RPH startet opp i 10 kommuner (ett sted gis tilbudet til en gruppe av kommuner) og to bydeler i Oslo. Disse var *Bydel Søndre Nordstrand i Oslo, Bydel Frogner i Oslo, Fjell, Fosen (interkommunalt samarbeid), Hurum, Kristiansund, Lørenskog, Modum, Molde, Notodden, Orkdal og Stjørdal*. Senere har følgende piloter fått tilskudd fra Helsedirektoratet til å etablere RPH: *Kristiansand, Sandnes, Sarpsborg og Bydel Stovner i Oslo (2014), Moss og Bydel Gamle Oslo (2015) og Hamarøy (interkommunalt samarbeid), Steinkjer, Nesodden, Fredrikstad og Bydel Ullern i Oslo (2016)*.

Pilotene er etablert gjennom en tilskuddsordning med støtte fra Helsedirektoratet for en periode på 3 år. Senere ble de første 12 pilotene tilbudt finansiering fra Helsedirektoratet for et fjerde år. For 2017 vil piloter kunne søke om videre drift med støtte fra Helsedirektoratet fra en samlet pott på omtrent 20 millioner kroner. Planen er å få til en opptrapping av tilbudet etter pilotperioden, da som en kommunalt finansiert tjeneste. Pilotene fikk tilgang på materiell til veiledning av de som arbeidet i pilotprosjektene fra Helsedirektoratet i mai 2013.

Målet med RPH er å forbedre tilgangen til psykisk helsehjelp i Norge. I likhet med IAPT kjennetegnes tiltaket av bred, rask og lavterskel-tilgang (gratis og uten henvisning) til evidensbasert behandling for angst og depresjon. Med mål om tidlig intervensjon skal det gis tilbud uten ventetid og venteliste. RPH er et kommunalt behandlingstilbud. Det skal være et supplement til allerede eksisterende tilbud for voksne over 18 år med angst og depresjon. I denne forbindelse står samhandling med spesialisthelsetjenesten, fastleger og øvrige kommunale tjenester sentralt. Et overordnet mål med RPH er å sikre befolkningen en bedre psykisk helse. Konkret skal tiltaket føre til:

1. Redusert nivå av symptomer på angst og depresjon
2. Økt livskvalitet

3. Bedret arbeidsevne
4. Høy brukertilfredshet
5. Øke det samlede tilbudet innen psykisk helse i kommunene

Pilotene er organisert slik at de er en del av kommunehelsetjenesten, mer spesifikt en del av kommunenes tilbud innen psykisk helse. Tilbudet kan derfor etableres i tilknytning til eventuelle andre eksisterende tilbud, som frisklivssentraler, lokalmedisinske tjenester, familiens hus m.v. Interkommunalt samarbeid er også mulig.

Personalsammensetningen i RPH er tverrfaglig og på minimum fire årsverk hvert sted programmet etableres [21]. I alle kommunene der det er satt i gang pilotprosjekter inngår minst en psykolog i teamet. Psykologen har det overordnede faglige ansvaret for tilbudet som gis, mens alle behandlere har selvstendig behandlingsansvar. Alle ansatte har minimum 3-årig høyskoleutdanning innen helse- og sosialfag. Videre har alle fullført en ettårig videreutdanning i kognitiv terapi i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT), finansiert av Helsedirektoratet. I tillegg skal det være merkantilt personell tilknyttet pilotene.

Til forskjell fra IAPT er RPH organisert etter en «mixed care» modell, som er et alternativ til trappetrinnsmodellen [21]. «Mixed care» innebærer at omsorgsnivået først bestemmes i samråd med klienten etter en vurderingssamtale. Behandlingen begynner ikke nødvendigvis på laveste omsorgsnivå, men etter det såkalt «beste effektive omsorgsnivå» (BEON). Først gjennomføres en informasjons- og vurderingssamtale for å finne ut om RPH kan være et riktig tilbud for klienten. Terapeuten vurderer blant annet hva slags psykiske problemer klienten sliter med, symptomtrykk, situasjon og ressurser. Innen RPH skal det ikke settes diagnoser. Gjennom vurderingssamtalen skal RPH også fungere som en «los» videre i systemet til eventuelt annet mer egnet tilbud. Klienter med mistanke om psykose, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser, alvorlig rusmisbruk og selvmordsrisiko skal i hovedsak ikke behandles innen RPH. I slike tilfeller bør fastlegen kontaktes for vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten. Behandlingstilbudet ved RPH kan deles i tre nivåer, som ikke nødvendigvis trenger å bli tilbudt i en bestemt rekkefølge:

1. Veiledet selvhjelp (nivå 1): her formidler eller henviser terapeuten til selvhjelpsmateriell (brosjyrer, bøker, internettbehandling). Oppfølgingssamtaler med klienten via telefon eller ansikt til ansikt kan brukes for å dele erfaringer med materialet og for å oppmuntre klienten til å bruke materialet systematisk.
2. Gruppekurs (nivå 2): her lærer kursdeltakere en kognitiv forståelsesmodell og teknikker for å endre tanke- og atferdsmønstre som vedlikeholder og forsterker depresjon og angst.
3. Individuell behandling (nivå 3): tidsavgrenset strukturert psykologisk behandlingstilnærming basert på kognitiv terapi (2-15 behandlingstimer).

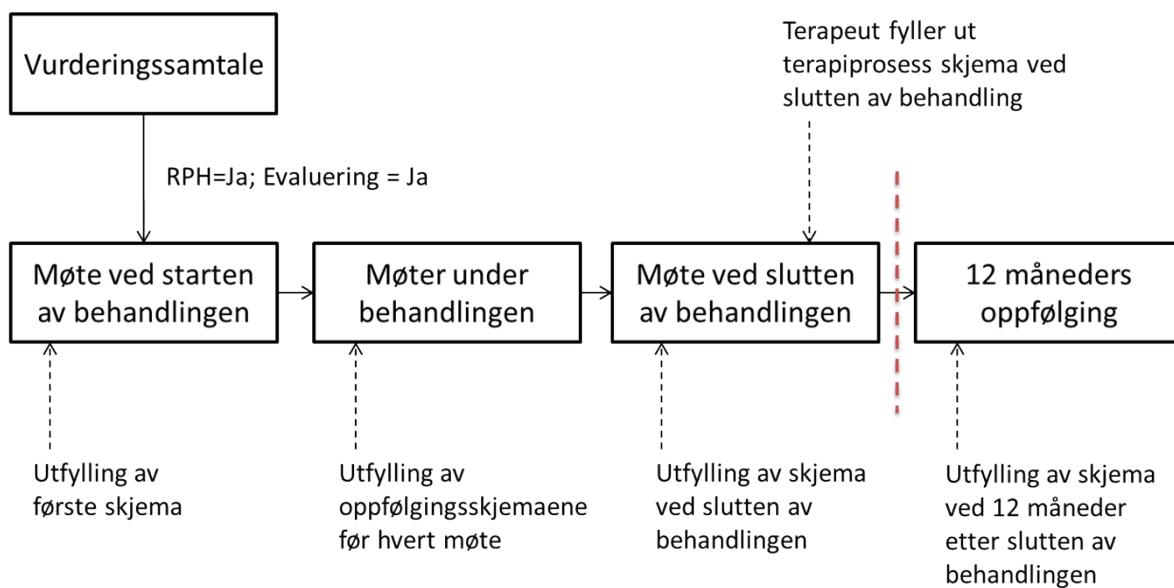
I veilederen fra Helsedirektoratet [21] legges det vekt på at behandlingen skal være jobbfokusert. Dette begrunnes i at arbeid generelt fremmer psykisk helse og at langvarig sykmelding ofte både kan bidra til å forverre den psykiske helsen og gjøre terskelen for å komme tilbake i arbeid høyere. Videre henvises det til forskning som viser at det kreves et konkret fokus på arbeid i terapien i tillegg til målsetning om reduksjon i psykiske plager, for at behandlingen skal ha en positiv effekt på arbeidslivsdeltakelse.

1.2 Plan, metode og mål for evalueringen

Målet med evalueringen var å finne ut i hvilken grad behandlingen i RPH ble fulgt av en nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og forbedring av arbeidsevne (kvantitativ del). I tillegg skulle evalueringen også belyse klientenes opplevelse av å delta i RPH og undersøke hvordan RPH ble implementert i de ulike pilotene (intervjubasert, kvalitativ del). I oktober 2014 startet datainnsamlingen for evalueringen av RPH på de første 12 pilotstedene i regi av Folkehelseinstituttet.

1.2.1 Mål og metode for den kvantitative evalueringen

I den kvantitative delen av evalueringen benyttet vi et prospektiv kohortstudie-design og klientene ble bedt om å fylle ut elektroniske- eller papirspørreskjemaer ved starten, under og ved slutten av behandlingen, samt 12 måneder etter at behandlingen ble avsluttet (Figur 1). Terapeuter fylte ut et skjema om behandlingsforløp for hver enkelt klient ved slutten av behandlingen. Resultater presentert i denne rapporten er basert på data som ble samlet inn mellom 1. oktober 2014 og 1. april 2016. Resultater fra oppfølgingen etter 12 måneder er ikke presentert i denne rapporten fordi for få klienter hadde besvart dette spørreskjemaet per 1. april 2016.



Figur 1. Flyttdiagram av datainnsamlingen spørreskjemaundersøkelsen.

Det primære utfallsmålet for den kvantitative analysen var endring i symptomer på depresjon og angst fra pre- til postbehandlingen. Depressive symptomer ble målt ved bruk av PHQ-9 og angst ved bruk av instrumentet GAD-7. Disse instrumentene ble, som tidligere nevnt, også benyttet ved evalueringen av IAPT-programmet i England. For å identifisere klienter med klinisk relevant symptomtrykk ble følgende grenseverdier brukt: PHQ – 10 eller høyere og GAD – 8 eller høyere. Intern konsistens basert på RPH-dataene var høy for henholdsvis PHQ (alfa=.85) og GAD (alfa=.87).

På grunn av begrensninger når det gjaldt tid og midler inkluderte denne evalueringen ikke en kontrollgruppe. I stedet ble effekten av RPH på depresjon og angst sammenlignet med såkalt «benchmarks» fra tidligere studier. Benchmarks for evalueringen av RPH var basert på resultatene fra de første pilotene i IAPT ([22], se også Tabell 1). Siden samme instrumenter ble brukt ved pilotundersøkelsene i England, kunne vi også sammenligne med deres resultater.

Tabell 1. Benchmarks fra de første IAPT pilotene.

Pilot Utvalg	N≈	Recovery rate % [95%CI]	Effektstørrelse PHQ-9	Effektstørrelse GAD-7
Doncaster				
Siste tilgjengelig måling	4146	45.8 [44.2-47.4]	-1.17	-1.17
Avsluttet behandlingen	2926	56.1 [54.2-58.0]	-1.30	-1.32
Intention to treat (ITT)	4594	41.3 [39.8-42.8]	-1.04	-1.03
Newham				
Siste tilgjengelig måling	1131	43.2 [40.1-46.3]	-0.98	-1.06
Avsluttet behandlingen	591	65.9 [61.6-70.0]	-1.28	-1.39
Intention to treat (ITT)	1338	36.8 [34.0-39.6]	-0.69	-0.72

Sekundære utfallmål var endring i livskvalitet, søvn, agorafobi, sosial angst og arbeidsdeltakelse. Følgende instrumenter ble benyttet:

- Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS; [23]) ble brukt som et mål på livskvalitet. Tidligere studier har vist at skalaen har tilfredsstillende validitet og reliabilitet [23, 24]. Det finnes både en lang versjon (14 ledd) og en kort versjon (7 ledd) som har sammenlignbare psykometriske egenskaper [24]. Resultatene presentert i denne rapporten er basert på den korte versjonen. Den interne konsistensen i skalaen basert på RPH-dataene var høy, $\alpha = .83$.
- En skala basert på Karolinska Sleeping Scale [25] ble brukt for å måle insomni. DSM-V kriterier for insomni inkluderer vanskeligheter med innsovning eller problemer med å vedlikeholde søvn. I tillegg er det en forutsetning at søvnforstyrrelsene svekker daglig funksjon [26]. Klientene ble kategorisert som å ha insomni hvis de rapporterte problemer med innsovning eller vedlikehold av søvn tre eller flere ganger i uken i løpet av de siste tre månedene, i tillegg til rapportering av tretthet/søvnighet på dagtid tre eller flere dager per uke. Karolinska Sleep Questionnaire har vist seg å ha gode psykometriske egenskaper og er nylig blitt validert mot klinisk diagnose på insomni i en norsk studie [27].
- Mobility Inventory-skalaen (MI) måler agorafobi og har gode psykometriske egenskaper [28]. Den opprinnelige versjonen består av 26 situasjoner som vurderes for grad av unngåelsesatferd, både når man er i situasjonen alene og sammen med andre. For denne evalueringen brukte vi en forkortet versjon med ni situasjoner, utviklet av Modum Bad. Intern konsistens basert på RPH-dataene var høy, $\alpha = .94$. Alle deltakerne fylte ut MI ved

starten av behandling. Dersom deltakere scorete under en konservativ grenseverdi av 1.5 i snitt, ble de ikke bedt om å fylle ut MI igjen. Dette ble gjort for å redusere antall spørsmål ved oppfølging for de som ikke hadde agorafobi. For å oppnå gyldige effektestimater forutsettes det at de fleste av klientene som scorete svært lavt (under grenseverdien) ved baseline også ville ha gjort det ved oppfølging.

- Social Phobia Inventory (SPIN)-skalaen måler sosial angst og har også gode psykometriske egenskaper [29]. For evalueringen brukte vi en forkortet versjon (9 av 17 ledd), utviklet av Modum Bad. Intern konsistens basert på RPH-dataene var høy, alfa = .87. Alle deltakerne fylte ut SPIN ved starten av behandlingen. Deltakere som scorete under en konservativ grenseverdi på 1.5 i snitt ble ikke bedt om å fylle ut SPIN igjen. Som for MI ble dette gjort for å redusere antall spørsmål ved oppfølging for de som ikke hadde sosial angst. For å oppnå gyldige effektestimater forutsettes det at de fleste av klientene som scorete svært lavt (under grenseverdien) ved baseline ville også gjøre det ved oppfølging.
- Arbeidsstatus: Deltakerne ble spurt om nåværende arbeidsstatus og inntektskilder (se Appendiks 1). Basert på disse to spørsmålene ble deltakere delt inn i tre kategorier:
 - Deltakere som var i full- eller deltidsarbeid uten å motta trygd.
 - Deltakerne var i full- eller deltidsarbeid og mottakere av trygd.
 - Deltakere som var uten jobb med eller uten å motta trygd.

En slik kategorisering ble også brukt i en effektevaluering av NAV-tiltaket Senter for jobbmestring [30]. Trygd inkluderte sykepenger, arbeidsavklaringspenger, uførepensjon, sosialhjelp eller dagpenger/individstønning ved arbeidsløshet.

De fleste konfidensintervall som er oppgitt i rapporten er beregnet ved hjelp av «bootstrapping» og vi har valgt å presentere 95 prosents konfidensintervall. T-test for korrelerte data (t-test pairs) ble anvendt for å signifikanteste endringer i symptomer fra pre- til postbehandling for kontinuerlige variabler. Ujusterte effektstørrelser ble beregnet ved å dividere differansen i skår fra pre- til postbehandling med standardavvik ved baseline (Cohens d). Konfidensintervaller for effektstørrelsesestimater ble beregnet ved hjelp av Beckers formel for standardfeil for enkeltgruppe pre-post design [31]. Kovariansanalyse (ANCOVA) ble brukt for å undersøke i hvilken grad forskjeller på depresjon og angst ved slutten av behandlingen var assosiert med en rekke forhåndsvalgte baselinevariabler (kjønn, aldersgruppe, utdanning, sivil status, arbeidsstatus, henvisning og innvandrerbakgrunn) justert for baselineverdier av angst og depresjon. For kategorielle variabler med to kategorier ble McNemar-testen brukt for å teste endringer fra pre- til postbehandling og for kategorielle variabler med mer enn to kategorier ble «Marginal Homogeneity Test (Stuart-Maxwell)» brukt. Hvis relevant ble odds ratio av diskordante par (dvs par som har skiftet kategori i løpet av behandlingen) presentert i tillegg.

For alle utfallsmålene ble det gjennomført analyser på 3 utvalg:

- Pre-post analyser basert på siste tilgjengelige måling ved oppfølging. Deltakere som var med i denne analysen hadde fylt ut baselineskjema og minst ett skjema ved oppfølging.
- Pre-post analyser basert på klienter som hadde fylt ut avslutningsskjemaet. Deltakere som var med i denne analysen hadde fylt ut baselineskjemaet og avslutningsskjemaet. Analyser basert på denne gruppen gir de minst konservative estimatene.

- Pre-post analyser basert på deltakere som minst hadde fylt ut baselineskjema, såkalt «Intention to treat (ITT)». Hvis data ved oppfølging manglet ble baseline-verdien brukt som post-måling. Analyser basert på denne gruppen gir de mest konservative estimatene.

1.2.2 Mål og metode for den kvalitative evalueringen

Målet med den kvalitative evalueringen var både å utfylle og belyse de kvantitative resultatene i mer detalj. Nærmere bestemt var målsettingene med den kvalitative delen av evalueringen (1) å gjennomføre en systematisk undersøkelse av det som var praksis i RPH og sammenligne med Helsedirektoratets retningslinjer/mål med tiltaket og (2) beskrive erfaringer med RPH ut fra ulike perspektiver (klienter, prosjektledere, terapeuter, samarbeidspartnere) både innad og på tvers av piloter. På bakgrunn av dette vil vi peke på sterke og svake sider ved tiltaket og kartlegge valgte løsninger til utfordringer knyttet til RPH. Denne informasjonen kan brukes til å justere og klargjøre retningslinjene og potensielt forbedre RPH.

I den kvalitative studien omfattet datamaterialet semistrukturerte intervjuer og dokumenter. Blant dokumentene som ble gjennomgått var følgende: RPH regelverket, veiledningsmateriell, kommunenes nettinformasjon om tiltaket og møtoreferater. Vi hadde seks informantgrupper i hver pilot: prosjektleder, terapeuter, klienter, fastleger, NAV-ansatte og politikere.

Teoretisk rammeverk

Når en politikk utformet på sentralt hold med tanke på å påvirke lokal praksis skal gjennomføres støter en gjerne på hindringer. To hovedtilnærminger innenfor iverksettingsteori kan benyttes for å belyse slike hindringer: Ovenfra-og-ned (top-down) og nedenfra- og-opp (bottom-up). I ovenfra-og-ned tilnærmingen tar forskeren utgangspunkt i målsettingene slik de ble utformet og definert sentralt. Ut fra denne tilnærmingen blir vellykket iverksetting definert som at organisasjonspraksisen samsvarer med målsettingene [32]. Nedenfra-og-opp tilnærmingen har oppstått som en reaksjon på den forrige tilnærmingens «styringsoptimisme». Denne tilnærmingen fokuserer ikke på hvorvidt en prosess ble styrt i tråd med målsettinger, men på hvorvidt iverksettingsprosessen bidrar til å løse et samfunnsproblem [32].

Dersom viktige komponenter av et tiltak ikke blir implementert i praksis, er dette viktig å undersøke gjennom en evaluering. Selv når disse komponentene gjennomføres lokalt (ovenfra-og-ned), kan den lokale konteksten hemme en vellykket gjennomføring av tiltaket. Slike lokale kontekster og spesifikke kjennetegn studeres gjennom nedenfra-og-opp tilnærmingen. Derfor er begge tilnærmingene viktige i en helhetlig evaluering. Vi vil i denne evalueringen forsøke å forene begge. Med andre ord vil vi kartlegge hvorvidt det som ble planlagt sentralt faktisk ble gjennomført i de lokale pilotprosjektene. Samtidig vil vi vurdere hvorvidt det kan være mer hensiktsmessig eller samfunnsnyttig å endre på noen av de føringene som ble lagt.

Kvalitative funn fra IAPT og lignende tiltak

Når det gjelder kvalitative studier av IAPT-programmet, er Parry et al. [22] sin evaluering av pilotprosjektene i Doncaster og Newham en nyttig studie å ta utgangspunkt i. Forskerne fant store forskjeller i lokale forhold (for eksempel demografi og sykdomsbyrde), samt hvilke behandlingstilbud pilotene tilbød sine klienter. Den ene piloten behandlet et stort antall klienter ved hovedsakelig å tilby veiledet selvhjelp. I begge pilotprosjektene lyktes de med å øke arbeidsdeltakelse. Et annet funn

i Newham var at de fikk til å rekruttere klienter gjennom selvhenvising og at muligheten for selvhenvising medførte en noe høyere andel brukere med innvandrerbakgrunn. En tolkning av dette var at bruk av selvhenvising var forbundet med mindre stigma [22]. Selvhenvisingen så også ut til å gjøre IAPT mer tilgjengelig for arbeidstakere som var i ferd med å bli sykmeldt. Det ble også funnet at klienter som selv tok kontakt med IAPT rapporterte høyere grad av selvtillit enn klienter som ble henvist via helsepersonell. En god opplevelse av veiledet selvhjelp for klientene hang sammen med god kommunikasjon med terapeuten, kjennetegn ved terapeuten som fleksibilitet, følsomhet («responsiveness»), respekt og i hvilken grad terapeuten strukturerte timene i samsvar med klientens behov. Bruken av kognitiv atferdsterapi ble verdsatt blant klientene, men behandlingstiden ble generelt vurdert som for kortvarig. En fant også at en del av klientene opplevde mangel på kontinuitet og oppfølging. I tillegg avdekket evalueringen at klientene ikke alltid forstod godt nok hva slags tilbud de takket ja til når de ble med på IAPT.

Problemstillinger

Den kvalitative delen av evalueringen skal belyse følgende problemstillinger:

1. Hvordan samstemte Helsedirektoratets hovedmålsettinger med RPHs praktiske gjennomføring (både ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp) når det gjaldt:
 - a. målgruppen til RPH
 - b. bruk av veiledet selvhjelp
 - c. fokus på arbeidsdeltakelse
 - d. videreføring av RPH
2. Hva opplevde klientene som de sterkeste og svakeste sidene ved tiltaket?

Problemstillingene er basert på sentrale sider ved RPHs målsettinger, implementering og gjennomføring, og fungerer som en ramme i den semistrukturerte intervjuguiden (se vedlegg). Der det lot seg gjøre benyttet vi spørsmål fra evalueringen av IAPT-programmet. Dette for å kunne sammenligne resultatene i denne rapporten med resultatene i IAPT sine rapporter.

De tre første kategoriene (a, b og c ovenfor) ble valgt ut av følgende grunner: Kategoriene omhandler sentrale sider ved tiltaket, riktig implementering av disse ble antatt å være knyttet til tiltakets kostnadseffektivitet, samtidig som det ble avdekket variasjon i implementering av disse.

Den siste kategorien (d ovenfor), ble løftet frem etter møter med NAPHA og referansegruppen som avdekket et behov for grundigere informasjon om videreføring av RPH. Referansegruppen tenkte seg følgende hypotetiske scenario: Selv om evalueringen skulle vise positive resultater, er det politisk vilje og handlingsrom for å videreføre et forebyggende tiltak som RPH når kommunebudsjettet også må dekke tiltak som er akutte? Med andre ord, en ønsker informasjon om hvordan kommunene jobber for å videreføre tiltaket lokalt. En slik videreføring er et viktig mål med RPH.

Metode

Den kvalitative evalueringen var organisert som en komparativ casestudie der de 12 pilotene ble kartlagt og sammenlignet med hverandre etter overnevnte temaer. Hver pilot utgjorde en case med informasjon fra seks informantgrupper, nettsider og møtereferater. Casestudier som baserer seg på kvalitative data kan gi detaljert informasjon om et tiltaks organisering, gjennomføring, kommunikasjonsflyt, brukerperspektiv, tverrfaglig samspill mellom ansatte og samarbeidspartnere

samt samspill mellom klient og terapeut. Dermed kan casestudiene brukes til å identifisere potensielle flaskehalsar ved tiltaket og områder der tiltaket ser ut til å lykkes/mislykkes i sine målsettinger.

Semistrukturerte kvalitative intervju ble brukt som datainnsamlingsverktøy fordi vi ønsket at strukturen skulle tilsvare den som var benyttet i IAPT-evalueringen, noe som forenklet komparative analyser mellom IAPT og RPH. I tillegg omfattet intervjuguiden de fire «lukkede» temaene vi ønsket å undersøke, samtidig som den tillot at informantene introduserte egne temaer, såkalte «åpne temaer».

Materiale, informantgrupper og intervjuguide

Datamaterialet ble innhentet via skriftlig dokumentasjon og semistrukturerte intervju.

Den skriftlige dokumentasjonen besto av RPH-regelverket, veiledningsmateriell, kommunenes nettinformasjon om tiltaket og møtereferater.

Intervjuene ble gjennomført med følgende seks informantgrupper ved hver pilot: 1 prosjektleder, 2 terapeuter, 2 klienter, 2 fastleger, 1 NAV-ansatt og 1 politiker. Intervjuguidene var tilpasset de ulike intervjugruppene, men hadde til felles at de var basert på IAPT sine intervjuguider, samt flere spørsmål vedrørende problemstillingene (se appendiks 2).

Rekruttering

Datainnsamlingen foregikk i puljer for ulike piloter og informantgrupper mellom august 2014 og februar 2016. Terapeuter og prosjektledere ble intervjuet fra august 2014 til desember 2014 i Fosen, Hurum og Modum og mellom januar og juni 2015 for de øvrige ni pilotene. Fastleger, politikere, NAV-ansatte og klienter ble intervjuet i puljer mellom februar 2015 og mars 2016.

Alle prosjektlederne fikk forespørsel om å bli intervjuet. Terapeutene ble først og fremst rekruttert ut fra profesjonsbakgrunn (én psykolog og én med annen helsefaglig profesjonsutdanning), deretter ut fra at de var med på den første KAT- opplæringsrunden og til slutt ut fra at de sto for tilsynelatende ulike ståsteder med hensyn til implementeringen (sistnevnte fremkom gjennom innledende møter med ansatte i forkant av intervjuene).

Minst fire samarbeidspartnere i hver pilot ble intervjuet, hvorav to var fastleger (tilfeldig trukket), en var NAV- samarbeidspartner og en var rådmann/bydelsdirektør.

Klienter ble tilfeldig trukket, stratifisert per pilot, fra listen over inkluderte deltakere i evalueringen. Utvalget ble først invitert til å delta i telefonintervju via epost, så forsøkt kontaktet via to purringer dersom de ikke svarte.

Utvalg

Alle inviterte prosjektledere og terapeuter deltok i intervjuene. Tre av pilotene manglet en formell prosjektleder slik at én av terapeutene tok på seg rollen som midlertidig prosjektleder inntil stillingen var besatt. Ved to piloter var terapeutene innforstått med at prosjektlederansvaret rullerte mellom dem. Dermed deltok 12 av 12 prosjektledere, og 22 av 24 terapeuter i intervjuene (2 av terapeutene som hadde blitt valgt ut til å delta i intervjuet på rekrutteringstidspunktet hadde rollen som prosjektleder på intervjutidspunktet).

En tok sikte på å intervju to klienter fra hver av de 12 pilotstedene. Oppslutningen var imidlertid lav. Det var mange som ikke svarte eller ikke ønsket å delta. Alt i alt ble 65 klienter spurt om å delta. Bare 18 klienter deltok, noe som gir en deltakelse på 28 prosent. Blant politikere, hovedsakelig rådmenn og bydelsdirektører, var det 6 av 12 som deltok i evalueringen. Blant NAV-ansatte deltok 10 av 12, og blant fastleger deltok 8 av 24.

Innsamling av intervjudata

Intervjuene hadde en varighet på cirka 40 minutter og ble fortrinnsvis tatt opp på lydopptaker. Intervjuene med terapeuter og prosjektledere ble gjennomført ved personlig møte, mens intervjuene med klienter, fastleger og NAV-ansatte ble gjennomført via telefon. Intervjuene med lokalpolitikere ble fortrinnsvis gjennomført ved personlig møte og deretter via telefon (tatt opp gjennom telefonmikrofon). Lydopptak fra intervjuene ble lagret i krypterte mapper på en av Folkehelseinstituttets servere. Alle informantene fikk informasjon om at det var frivillig å delta og at resultatene fra undersøkelsen ville bli presentert på en slik måte at informasjonen de ga ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner.

Analyser

Tematisk analyse ble benyttet for å identifisere temaer i datamaterialet, både åpne temaer som informantene selv introduserte og undertemaer i de lukkede temaene som ble gjennomgått i intervjuguiden. Tematisk analyse organiserer datamaterialet inn i enheter og tillater detaljrike beskrivelser av enhetene [33]. Videre ble tematisk analyse anvendt til å fortolke datamaterialet, i tillegg til å beskrive det. Braun og Clarke [33] beskriver analyseprosessen i seks faser: 1) Bli kjent med datamaterialet, 2) opprette og identifisere midlertidige koder (som senere kan bli til større enheter, 3) lete etter temaer, 4) gjennomgå temaer og undersøke om de virkelig er selvstendige temaer, 5) definere og navngi temaer og 6) skrive ut en detaljert beskrivelse av temaene. I denne evalueringen innebar steg 6 også fortolkning. Det vil si at kunnskap om konteksten rundt den som ble intervjuet (kjennetegn ved RPH piloten, andre perspektiver i teamet, osv.) ble brukt til å tolke teksten.

For klientintervjuene ble både åpne og lukkede temaer analysert (se resultater del 6). I det øvrige intervjuet materialet ble av ressursmessige årsaker kun temaene relatert til problemstillingen analysert.

2. Beskrivelse av pilotene

2.1 Kjennetegn ved pilotkommunene

De 12 pilotene fordelte seg over flere geografiske områder på Østlandet, Vestlandet og i Midt-Norge. Ni av pilotene ble drevet av enkeltkommuner (Fjell, Hurum, Kristiansund, Lørenskog, Modum, Molde, Notodden, Orkdal og Stjørdal), én gjennom interkommunalt samarbeid (Fosen DM IKS: Bjugn, Leksvik, Rissa, Roan, Ørlandet og Åfjord) og to dekket bydeler i Oslo (Frogner og Søndre Nordstrand).

Størrelse, demografi og helseprofil varierte mellom pilotkommunene. Tabell 2 viser utvalgte nøkkelindikatorer hentet fra Folkehelseinstituttets statistikkbank (www.khs.fhi.no). Disse indikatorene kan brukes til å vurdere i hvilken grad klientene ved RPH representerer befolkningen i de ulike pilotkommunene.

Basert på innbyggertall i 2015, hadde fire av pilotkommune under 20 000 innbyggere (Hurum, Modum, Notodden og Orkdal), seks hadde mellom 20 000 og 40 000 innbyggere (Fjell, Kristiansund, Lørenskog, Molde, Oslo bydel Søndre Nordstrand og Stjørdal) og én hadde over 50 000 innbyggere (Oslo bydel Frogner). Kommunene som inngår i Fosen DM IKS hadde hver under 10 000 innbyggere og dekket totalt vel 24 000 innbyggere.

Andelen innvandrere (eget eller foreldres fødeland utenfor Norge) varierte mye mellom pilotene. I de fleste pilotene (9 av 12) lå andelen innvandrere under landsgjennomsnittet, som i 2015 var på 15.6 %. Oslo bydel Søndre Nordstrand skilte seg fra de øvrige pilotene, der hele 52.2 % av innbyggerne hadde innvandrerstatus.

Når det gjelder utdanningsnivå lå åtte piloter under landsgjennomsnittet på 34.3 % med høyere utdanning (andel fra 18.3 % til 29.2 %), mens tre av pilotene lå nær gjennomsnittet (34.5 % til 38.8 %). Oslo bydel Frogner hadde en vesentlig høyere andel med høyere utdanning enn de andre pilotene (65.6 %).

I 2014 lå landsgjennomsnittet for arbeidsledighet på 2.1 %. I samme periode var det noe variasjon mellom pilotene i andel arbeidsledige. Av de 18 enkeltkommuner/bydelene som inngikk i pilotene hadde syv under 2 % arbeidsledige, åtte mellom 2 og 3 % og tre hadde mellom 3 og 4 % arbeidsledige. Arbeidsledigheten var lavest i Molde (1.3 %) og høyest i Oslo bydel Søndre Nordstrand (3.7 %). Andelen uføretrygdede i Norge lå på 9.2 % i perioden 2012-2014. Mellom pilotene varierte andelen uføretrygdede fra 4.5 % i Oslo bydel Frogner til 14.4 % i Orkdal i samme periode.

To indikatorer på psykisk helse var tilgjengelige i statistikkbanken: (a) brukere (per 1000) av primærhelsetjenesten med psykiske symptomer eller lidelser med satt diagnose og (b) brukere (per 1000) av legemiddel for psykiske lidelser. Landsgjennomsnittet for disse to indikatorene var henholdsvis 142 og 131 per 1000 i perioden 2012-2014. Mellom pilotene varierte antall brukere av primærhelsetjenesten med psykiske symptomer eller lidelser (per 1000) med noenlunde jevn spredning fra 108 i Åfjord kommune (del av Fosen DM IKS) til 179 i Notodden. Når det gjaldt antall brukere av legemidler for psykiske lidelser (per 1000) varierte tallet fra 87 til 170 brukere, med omtrent like mange piloter som lå over som under landsgjennomsnittet. Også for denne psykisk helseindikatoren var tallet lavest i Åfjord og høyest i Notodden. For denne indikatoren forelå det ikke bydelsspesifikke tall.

Tabell 2. Demografiske kjennetegn og folkehelseprofil til pilotkommunene, utvalgte trekk.

Pilot	Befolkning (antall) ¹	Innvandrerer (%) ²	Høyere utdanning (%) ³	Arbeidsledighet (%) ⁴	Uføre-trygdede (%) ⁵	Psykiske symptom/lidelse, Primærh.tj, (per 1000) ⁶	Psykiske lidelser, Legemiddelbrukere (per 1000) ⁷
Norge	5 165 802	15.6	34.3	2.1	9.2	142	131
Fjell	24 427	9.9	28.6	1.7	8.3	157	137
Fosen DM IKS							
Bjugn	4 715	5.4	20.2	1.8	12.7	151	128
Leksvik	3 506	6.3	22.1	1.2	9.3	120	124
Rissa	6 676	7.9	21.0	2.2	10.5	112	113
Roan	977	8.6	13.9	3.4	12.3	137	108
Ørland	5 183	5.3	22.6	2.0	10.4	132	116
Åfjord	3248	3.8	18.3	1.6	10.9	108	87
Hurum	9 365	12.1	27.4	2.1	8.2	144	138
Kristiansund	24 507	11.9	27.5	2.2	11.2	167	157
Lørenskog	35 139	24.7	34.5	2.1	6.7	116	120
Modum	13 685	10.3	21.5	2.4	9.7	174	147
Molde	26 392	11.1	38.8	1.3	7.4	128	125
Notodden	12 599	10.4	26.7	2.9	14.4	179	170
Orkdal	11 722	7.4	24.4	1.9	12.2	147	136
Oslo Frogner	55 965	27.5	65.6	2.4	4.5	133	-
Oslo Søndre Nordstrand	37 913	52.2	36.9	3.7	8.5	145	-
Stjørdal	22 957	7.2	29.2	1.8	9.7	134	117

For mer informasjon, se www.khs.fhi.no. --data ikke tilgjengelig. ¹2015. ² Andel innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 2015. ³ Andel med høyskole/universitet som høyeste fullførte utdanning, alder: 25 år+, 2014. ⁴ Andel arbeidsledige, 15-74 år, 2014. ⁵ Andel uføretrygdede, alder- og kjønnsstandardisert, alder 18-66 år, 2012-2014. ⁶ Brukere per 1000, alder- og kjønnsstandardisert, 0-74 år, 2012-2014. ⁷ Brukere per 1000, alder- og kjønnsstandardisert, 0-74 år, 2012-2014.

2.2 Antall klienter i hver pilot og i evalueringen

Tabell 3 viser antall klienter totalt og per pilot i PRH for perioden 1.oktober 2014 til 1.april 2016, ifølge registreringssystemet til evalueringen. I alt kontaktet 3199 klienter RPH i denne perioden. Av disse mottok 62 % ($n=1983$) behandling. Resterende ble enten vurdert å være utenfor målgruppen til RPH (24.4 %) eller takket nei til behandlingstilbud (13.7 %).

Det var stor variasjon mellom pilotene både i antall som tok kontakt med RPH og andelen som mottok behandling. Antall kontakter speiler i en viss grad befolkningsstørrelsen i de ulike kommunene (se Tabell 3). Andel som mottok behandling varierte fra vel 80 % i fire av pilotene til litt under 50 % i fire andre. Det kan være ulike grunner til denne variasjonen. En forklaring kan være forskjeller i kapasitet, siden pilotene har omtrent samme antall terapeuter selv om kommunene varierer i innbyggertall. De to største pilotene etter antall innbyggere, Oslo Frogner og Oslo Søndre Nordstrand, var for eksempel blant pilotene med lavest andel som mottok behandling. Andre forklaringer kan være ulik tolking eller praktisering av inklusjonskriteriene og forskjeller i kapasitet etter variasjon i bruk av lavintensive behandlingsformer (se også kapittel 5 for organisering og implementering av RPH).

Alle som mottok behandling ved RPH under evalueringsperioden ble invitert til å delta i evalueringen. Tabell 4 viser antall og andel som sa ja til å delta, totalt og per pilot. Totalt deltok 1279 (64.5 %) av behandlede klienter i evalueringen. Deltakerraten varierte mye mellom pilotene, fra 39.7 % til 85.1 %. I 9 av 12 piloter deltok over 60 % av behandlede klienter og i fem av tolv piloter var svarprosenten over 70. Sammenlignet med IAPT var deltakerrate i RPH betydelig lavere. Evalueringen i England var fullt integrert i behandlingen, som førte til at følgedata fra nesten alle som mottok behandling var tilgjengelig for evalueringen. En relativt lav deltakerrate i RPH kan medføre at utvalget i evalueringen ikke er helt representativt for RPH populasjonen som helhet, og kan derfor gi skjeve effektestimater.

I det følgende vil resultater basere seg på informasjon om og fra deltakende klienter. Som beskrevet i metoddelen ble deltakerne bedt om å fylle ut spørreskjema ved starten av behandlingen, før hver behandlingstime og ved avslutning av behandlingen. Samlet sett fylte 85.4 % av deltakerne ut minst ett skjema ved oppfølging og 65.7 % fylte ut avslutningsskjema. Også disse andelenene varierte mye mellom pilotene (se Tabell 4). Som det vil bli vist i kapittel fire, vil grad av utfylte skjema ha konsekvenser for presisjonsnivået ved behandlingsresultatene.

Til sist ble terapeutene bedt om å fylle ut et spørreskjema knyttet til hvert enkelt behandlingsforløp. Totalt ble 87 % av terapeutskjemaene fylt ut. Andelen utfylte terapeutskjema var høy på tvers av pilotene (se Tabell 4).

Tabell 3. Antall klienter i Rask Psykisk Helsehjelp mellom oktober 2014 og april 2016.

	Antall som tok kontakt med RPH	Andel som mottok behandling	Andel som ikke var kvalifisert for behandling	Andel som avviste behandlings-tilbud
	n	% (n)	% (n)	% (n)
Totalt	3199	62.0 (1983)	24.4 (779)	13.7 (437)
Fjell	294	81.3 (239)	11.9 (35)	6.8 (20)
Fosen DM IKS	145	81.4 (118)	10.3 (15)	8.3 (12)
Hurum	83	88.0 (73)	9.6 (8)	2.4 (2)
Kristiansund	448	51.8 (232)	26.8 (120)	21.4 (96)
Lørenskog ¹	449	65.0 (292)	19.8 (89)	15.1 (68)
Modum	337	61.1 (206)	30.0 (101)	8.9 (30)
Molde	297	78.5 (233)	6.4 (19)	15.2 (45)
Notodden	318	47.5 (151)	33.0 (105)	19.5 (62)
Orkdal	186	80.1 (149)	12.4 (23)	7.5 (14)
Oslo Frogner	336	47.9 (161)	44.6 (150)	7.4 (25)
Oslo Søndre Nordstrand ²	97	44.3 (43)	43.3 (42)	12.4 (12)
Stjørdal	209	41.1 (86)	34.4 (72)	24.4 (51)

¹Fra januar 2015; ²Fra juni 2015

Tabell 4. Antall deltakere i evalueringen fra oktober 2014 frem til april 2016.

	Deltok i evalueringen		Deltok ikke i evalueringen		Deltakerrate	Deltakere som har avsluttet behandlingen per 1. april 2016		Deltakere som fylte ut minst et skjema ved oppfølging ¹		Deltakere som fylte ut avslutnings-skjemaet ¹		Deltakere for hvem terapeut-skjemaet ble fylt ut ¹	
	n	N	N	%		N	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
Totalt	1279	704	970	64.5	85.4 (828)	65.7 (637)	87.0 (844)						
Fjell	175	64	148	73.2	86.5 (128)	69.6 (103)	87.2 (129)						
Fosen DM IKS	71	47	58	60.2	72.4 (42)	53.4 (31)	93.1 (54)						
Hurum	29	44	18	39.7	77.8 (14)	11.1 (2)	44.4 (8)						
Kristiansund	150	82	111	64.7	94.6 (105)	85.6 (95)	91.9 (102)						
Lørenskog	210	82	130	71.9	86.9 (113)	64.6 (84)	85.4 (111)						
Modum	156	50	116	75.7	86.2 (100)	70.7 (82)	92.2 (107)						
Molde	118	115	100	50.6	85.0 (85)	54.0 (54)	82.0 (82)						
Notodden	109	42	87	72.2	85.1 (74)	67.8 (59)	92.0 (80)						
Orkdal	42	107	36	28.2	75.0 (27)	47.2 (17)	77.8 (28)						
Oslo Frogner	137	24	104	85.1	89.4 (93)	78.8 (82)	91.3 (95)						
Oslo Søndre Nordstrand	24	19	14	55.8	71.4 (10)	28.6 (4)	71.4 (10)						
Stjørdal	58	28	48	67.4	77.1 (37)	50.0 (24)	79.2 (38)						

¹Nevner er antall klienter som har avsluttet behandlingen per april 2016. En klient ble regnet som har avsluttet behandling hvis avslutnings-skjemaet var utfyllt eller hvis terapeutskjemaet var utfyllt eller hvis klienten startet behandlingen før 1. september 2015.

2.3 Demografiske kjennetegn ved deltakerne

Tabell 5 viser demografiske kjennetegn ved deltakerne, totalt og for hver enkelt pilot, basert på spørreskjema ved starten av behandlingen. Samlet sett var størsteparten av deltakerne kvinner (73.4 kvinner vs. 26.6 % menn). Vel halvparten (53.8 %) var i aldersgruppen 26 – 44 år, mens 15.6 % var 18-25 år, 29.3 % var 45 - 67 år og 1.3 % var over 67 år. Videre hadde nesten halvparten (45.0 %) høyere utdanning, som er en høyere andel enn i befolkningen på landsbasis (34.3 %). Når det gjelder sivilstatus fordelte deltakerne seg noenlunde likt mellom å oppgi å være enslig (27.3 %), gift (32.3 %) og samboer (29.5 %). Mindre andeler oppga å være separert eller skilt (9.9 %) eller enke/enkemann (1 %). De aller fleste oppga å være født i Norge (91.1 %).

Kvinner var overrepresenterte blant deltakerne på tvers av pilotene. Alderssammensetningen varierte noe mellom pilotene, men i nesten alle utgjorde aldersgruppen 26 - 44 år over halvparten av deltakerne. Aldersgruppen over 67 år var svært underrepresentert. Andelen med høyere utdanning var også høy på tvers av pilotene, selv om andelen med høyere utdanning i de ulike kommunene varierte mye. Når det gjaldt innvandrerbakgrunn skilte Lørenskog, Oslo Frogner, og Oslo bydel Søndre Nordstrand seg fra de andre pilotene, der cirka en av seks oppga å ha innvandrerbakgrunn. Deltakere i evalueringen med innvandrerbakgrunn var underrepresentert i alle pilotene (se også Tabell 2).

Tabell 5. Demografiske kjennetegn basert på spørreskjemaet ved starten av behandlingen stratifisert etter pilot.

Variable	Totalt	Fjell	Fosen DM IKS	Hurum	Kristiansund	Lørenskog	Modum	Molde	Notodden	Orkdal	Oslo Frogner	Oslo Søndre Nordstrand	Stjørdal
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Kjønn													
Mann	26.6 (329)	29.3 (49)	23.9 (17)	21.4 (6)	32.5 (49)	29.1 (55)	26.4 (39)	14.5 (17)	19.4 (21)	19.5 (8)	29.9 (40)	37.0 (10)	31.0 (18)
Kvinne	73.4 (910)	70.7 (118)	76.1 (54)	78.6 (22)	67.5 (102)	70.9 (134)	73.6 (109)	85.5 (100)	80.6 (87)	80.5 (33)	70.1 (94)	63.0 (17)	69.0 (40)
Aldersgruppe													
18-25 år	15.6 (193)	22.8 (38)	16.7 (12)	3.6 (1)	15.2 (23)	14.7 (28)	14.8 (22)	9.4 (11)	15.6 (17)	19.5 (8)	16.7 (22)	-	19.0 (11)
26-44 år	53.8 (668)	64.1 (107)	54.2 (39)	60.7 (17)	55.0 (83)	46.1 (88)	45.0 (67)	57.3 (67)	46.8 (51)	36.6 (15)	62.9 (83)	73.1 (19)	55.2 (32)
45-67 år	29.3 (364)	13.2 (22)	27.8 (20)	35.7 (10)	28.5 (43)	36.1 (69)	38.9 (58)	32.5 (38)	35.8 (39)	43.9 (18)	18.9 (25)	26.9 (7)	25.9 (15)
> 67 år	1.3 (16)	-	1.4 (1)	-	1.3 (2)	3.1 (6)	1.3 (2)	.9 (1)	1.8 (2)	-	1.5 (2)	-	-
Utdanning													
Grunnskole	10.2 (126)	14.4 (24)	13.9 (10)	10.7 (3)	9.3 (14)	9.0 (17)	12.2 (18)	8.5 (10)	10.2 (11)	7.3 (3)	6.7 (9)	18.5 (5)	3.4 (2)
Videregående skole	44.9 (556)	46.1 (77)	47.2 (34)	39.3 (11)	49.7 (75)	47.6 (90)	55.8 (82)	36.8 (43)	45.4 (49)	48.8 (20)	23.1 (31)	37.0 (10)	58.6 (34)
Høyere utdanning	45.0 (557)	39.5 (66)	38.9 (28)	50.0 (14)	41.1 (62)	43.4 (82)	32.0 (47)	54.7 (64)	44.4 (48)	43.9 (18)	70.1 (94)	44.4 (12)	37.9 (22)
Sivilstatus													
Enslig	27.3 (338)	26.5 (44)	32.4 (23)	21.4 (6)	26.7 (40)	22.5 (43)	20.3 (30)	26.7 (31)	23.9 (26)	17.5 (7)	53.7 (72)	14.8 (4)	20.7 (12)
Gift	32.3 (400)	34.9 (58)	25.4 (18)	35.7 (10)	31.3 (47)	37.2 (71)	37.8 (56)	29.3 (34)	30.3 (33)	50.0 (20)	14.9 (20)	48.1 (13)	34.5 (20)
Samboer	29.5 (365)	33.1 (55)	32.4 (23)	25.0 (7)	32.0 (48)	23.6 (45)	31.1 (46)	27.6 (32)	35.8 (39)	25.0 (10)	24.6 (33)	18.5 (5)	37.9 (22)
Separert (skilt)	9.9 (123)	5.4 (9)	9.9 (7)	17.9 (5)	8.0 (12)	15.2 (29)	8.8 (13)	14.7 (17)	10.1 (11)	5.0 (2)	6.7 (9)	18.5 (5)	6.9 (4)
Enke (enkemann)	1.0 (12)	-	-	-	2.0 (3)	1.6 (3)	2.0 (3)	1.7 (2)	-	2.5 (1)	-	-	-
Innvandrerbakgrunn ¹													
Ja	8.8 (109)	6.6 (11)	2.8 (2)	7.1 (2)	9.4 (14)	16.2 (31)	2.0 (3)	4.3 (5)	8.3 (9)	-	18.8 (25)	14.8 (4)	5.2 (3)
Nei	91.2 (1131)	93.4 (156)	97.2 (69)	92.9 (26)	90.6 (135)	83.8 (160)	98.0 (146)	95.7 (112)	91.7 (100)	100 (41)	81.2 (108)	85.2 (23)	94.8 (55)

¹ Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre.

2.4 Helseprofiler til deltakerne

Spørreskjemaet ved starten av behandlingen inkluderte mål på symptomer på ulike psykiske lidelser, livskvalitet, medisinbruk og arbeidssituasjon.

Depresjon og angst

Depresjon ble målt med PHQ-skalaen, som går fra 0-27. En skår på 9 eller mer er en indikasjon på klinisk depresjon. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget for depressive symptomer var på 12.3 [95 % KI 12.0, 12.7]. Skalaen som målte angst (GAD) går fra 0-21, med en anbefalt grenseverdi på 8 eller høyere for å skille klinisk fra ikke-klinisk nivå av angst. Gjennomsnittsskåren for hele utvalget var 10.0 [95 % KI 9.8, 10,3]. Totalt skåret 77.1 % over anbefalt grenseverdi for klinisk angst og/eller depresjon. Andelen med angst og/eller depresjon varierte noe mellom pilotene, men med overlappende konfidensintervaller (se Tabell 6). Gjennomsnittsskåren for PHQ/GAD og andel som skåret over grenseverdi for klinisk angst og/eller depresjon var betydelig lavere i RPH sammenlignet med de første pilotene i England (PHQ_{doncaster}=15.8, PHQ_{newham}=15.3, GAD_{doncaster}=13.9, GAD_{newham}=13.7, Klinisk_{doncaster}=90%, Klinisk_{newham}=86%; [16]). Det kan tyde på at studiepopulasjonene ved RPH og IAPT ikke er fullt sammenlignbare eller at den norske versjonen av PHQ/GAD ikke er fullt sammenlignbar med den engelske versjonen (mangel på måleinvarians). Det kan også være en kombinasjon av begge disse forklaringene.

Søvnproblemer

Når det gjaldt søvnproblemer, hadde vel halvparten av klientene (53.6 %) indikasjon på insomni. Også dette var ganske likt på tvers av pilotene (noe variasjon i estimer av andeler, men med overlappende konfidensintervaller, se Tabell 6). Til sammenligning ble forekomsten av insomni i den generelle norske befolkningen estimert til 15.5 % i en undersøkelse i 2009/2010 [34].

Andre utfallsmål på psykisk helse

Gjennomsnittsskåren på sosial angst var 19.3 på en skala fra 9 (ikke noe) til 45 (ekstremt mye) og agorafobi på 28.1 på en skala fra 18 (unngår aldri) til 90 (unngår alltid). For livskvalitet var gjennomsnittsskåren på 20.0. Vi fant bare én norsk studie som har brukt WEMWBS. I et utvalg av hotelldirektører (n=354) ble det rapportert en gjennomsnittsskåre på livskvalitet (WEMWBS skala) på 28.8 [35]. Nivåene av sosial angst, agorafobi og livskvalitet var ganske like på tvers av pilotene.

Tabell 6. Symptomene ved baseline basert på spørreskjema data stratifisert etter pilot.

	Depresjon (PHQ)		Angst (GAD)		PHQ≥10 & GAD≥8		Sosial angst		Agorafobi		Livskvalitet		Insomni	
	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	Gj.snitt [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]
Totalt	12.3 [12.0, 12.7]	10.0 [9.8, 10.3]	77.1 [74.7, 79.5]	19.3 [18.8, 19.7]	28.1 [27.4, 28.7]	20.1 [19.8, 20.4]	53.6 [50.7, 56.5]							
Fjell	12.3 [11.4, 13.2]	9.5 [8.7, 10.3]	74.6 [67.5, 81.1]	19.2 [18.1, 20.4]	29.4 [27.3, 31.6]	19.9 [19.2, 20.6]	54.2 [46.4, 62.0]							
Fosen DM IKS	13.0 [11.6, 14.5]	9.8 [8.5, 11.0]	70.8 [59.7, 81.9]	19.6 [17.6, 21.5]	29.4 [26.2, 32.8]	19.9 [18.9, 20.9]	57.1 [45.7, 68.6]							
Hurum	12.0 [9.6, 14.6]	9.3 [7.4, 11.1]	71.4 [53.6, 85.7]	20.5 [17.8, 23.4]	31.5 [25.6, 38.0]	19.8 [18.1, 21.5]	64.3 [46.4, 82.1]							
Kristiansund	12.6 [11.8, 13.5]	10.7 [9.9, 11.5]	80.7 [74.0, 86.7]	20.4 [19.3, 21.6]	29.6 [27.8, 31.6]	20.0 [19.4, 20.7]	61.1 [53.0, 68.5]							
Lørenskog	11.7 [10.9, 12.6]	10.1 [9.3, 10.9]	74.9 [68.1, 80.6]	18.3 [17.3, 19.4]	27.2 [25.5, 29.0]	20.5 [19.9, 21.2]	52.9 [45.5, 59.8]							
Modum	11.9 [11.0, 12.7]	9.8 [9.0, 10.6]	78.5 [71.8, 84.6]	19.6 [18.4, 20.8]	28.2 [26.3, 30.4]	19.8 [19.2, 20.5]	43.0 [35.2, 50.7]							
Molde	11.7 [10.7, 12.7]	9.5 [8.6, 10.5]	71.8 [63.2, 80.3]	19.1 [17.8, 20.6]	25.7 [23.9, 27.8]	20.6 [19.9, 21.5]	52.6 [43.0, 61.4]							
Notodden	12.8 [12.0, 13.8]	10.2 [9.4, 11.0]	84.4 [77.1, 90.8]	20.5 [19.2, 21.9]	29.7 [27.3, 32.2]	19.5 [18.6, 20.4]	63.1 [53.4, 72.8]							
Orkdal	12.8 [11.0, 14.6]	10.5 [9.0, 12.0]	78.0 [65.9, 90.2]	19.1 [16.8, 21.6]	28.1 [24.4, 32.2]	20.4 [19.0, 22.0]	50.0 [35.0, 65.0]							
Oslo Frogner	13.0 [12.0, 14.0]	10.6 [9.7, 11.5]	80.6 [73.9, 86.6]	18.5 [17.2, 19.8]	25.1 [23.3, 27.1]	20.2 [19.3, 21.0]	50.8 [41.5, 59.2]							
Oslo Søndre Nordstrand	12.7 [11.0, 14.7]	9.9 [8.5, 11.5]	89.3 [75.0, 100]	19.0 [16.4, 21.9]	29.5 [24.5, 34.4]	20.4 [18.7, 21.9]	56.0 [36.0, 76.0]							
Stjørdal	12.4 [10.8, 13.9]	10.2 [9.0, 11.6]	72.4 [62.1, 82.8]	17.7 [15.8, 19.8]	27.0 [24.0, 30.5]	19.5 [18.2, 20.8]	44.8 [31.1, 58.6]							

Sammenheng mellom kontinuerlige utfallsmål

Tabell 7 viser sammenhengene mellom manifeste sumskårer på de ulike kontinuerlige utfallsmålene. Den absolutte størrelsen på korrelasjonene mellom disse variablene, med andre ord størrelsen på korrelasjonene når fortegnet ikke tas hensyn til, varierte mellom $r=.28$ til $r=.66$. Til tross for signifikante sammenhenger var overlappene mellom disse variablene maksimalt 44 % (mellom PHQ og GAD). Dette bekrefter at de fem spørreskjemaene som ble brukt faktisk måler tydelig adskilte fenomener.

Tabell 7. Sammenheng (Pearsons r) mellom kontinuerlige utfallsmål ved baseline*.

	Depresjon (PHQ)	Angst (GAD)	Sosial angst (SPIN)	Agorafobi (MI)	Livskvalitet (WEMWBS)
Depresjon (PHQ)	1				
Angst (GAD)	.66	1			
Sosial angst (SPIN)	.40	.38	1		
Agorafobi (MI)	.33	.30	.58	1	
Livskvalitet (WEMWBS)	-.63	-.47	-.39	-.28	1

*Alle sammenhenger signifikante på $p<.001$ -nivå.

Medisinbruk

Klientene rapporterte medisinbruk de siste fire ukene før starten av behandling (Tabell 8). Totalt brukte 23.8 % av deltakere medisin mot depresjon og/eller angst og/eller søvnplager. Totalt oppga 13.6 % at de brukte medisin mot depresjon daglig, 8.5 % brukte beroligende medisin ukentlig og 12.1 % brukte sovemedisin ukentlig. Oppgitt medisinbruk varierte noe mellom pilotene, men forskjellene må tolkes forsiktig grunnet store konfidensintervaller (se Tabell 8). Det ser dermed ut til at den samlede bruken av psykotrope medisiner var lavere blant klienter i RPH enn blant klientene som deltok i de første IAPT pilotene (Doncaster=55 %, Newham=20 %).

Tabell 8. Medisinbruk de siste 4 ukene før starten av behandlingen.

	Medisin mot depresjon, daglig	Beroligende medisin, ukentlig	Sovemedisin, ukentlig
	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]
Totalt	13.6 [11.7, 15.7]	8.5 [6.9, 10.2]	12.1 [10.4, 14.2]
Fjell	17.1 [11.2, 23.7]	3.4 [.7, 6.9]	14.3 [9.1, 20.1]
Fosen DM IKS	6.0 [1.5, 13.4]	7.4 [1.5, 14.7]	9.0 [3.0, 16.4]
Hurum	20.0 [4.0, 36.0]	25.9 [11.1, 44.4]	14.8 [3.7, 29.6]
Kristiansund	15.2 [10.1, 21.7]	9.0 [3.8, 14.3]	15.6 [9.6, 21.5]
Lørenskog	13.4 [8.5, 18.3]	15.0 [9.6, 20.4]	14.9 [10.1, 20.8]
Modum	15.6 [9.2, 22.0]	5.4 [2.3, 9.2]	7.7 [3.8, 13.1]
Molde	14.0 [8.4, 20.6]	6.7 [1.9, 12.5]	12.7 [6.9, 19.6]
Notodden	17.5 [10.3, 25.8]	9.6 [4.3, 16.0]	16.0 [9.0, 23.0]
Orkdal	15.4 [5.1, 25.6]	7.7 [.0, 17.9]	7.7 [.0, 17.9]
Oslo Frogner	6.3 [2.4, 10.3]	5.6 [1.6, 9.5]	9.4 [4.7, 15.0]
Oslo Søndre Nordstrand	25.0 [8.3, 41.7]	21.7 [4.5, 39.1]	13.6 [.0, 27.3]
Stjørdal	5.3 [.0, 12.3]	5.3 [.0, 12.2]	3.5 [.0, 8.8]

Arbeidssituasjon

Selvrapportert arbeidssituasjon ved start av behandlingen vises i Tabell 9. Ettersom flere kombinasjoner av arbeidssituasjoner er mulig, summeres ikke kategoriene til 100 prosent. Totalt oppga 28.5 % å være fulltidsarbeidende og 13.1 % deltidsarbeidende og *ikke* sykmeldt fra jobben. Omtrent en av tre var helt eller delvis sykmeldt, 26.3 % fra fulltidsarbeid og 7.2 % fra deltidsarbeid. Det vil si at av de som var i jobb var omtrent 45.0 % fullt eller delvis sykemeldt. Dette er langt over det landsgjennomsnittet som ligger på rundt 6 % (ssb.no). Videre oppga en del å motta andre typer trygdeordninger; 7.2 % var i arbeidsrettet tiltak gjennom NAV eller kommunen, 5.9 % var uføre og 9.3 % oppga å være arbeidsledige. Til sist oppga 11.4 % å gå på skole eller være under utdanning og 8.4 % hadde annen form for arbeidslivstilknytning (militærtjeneste, hjemmeværende, pensjonist eller ikke å vite sin arbeidslivstilknytning). Til sammenligning viste registerbaserte tall at omtrent 55 % av deltakere i effektevalueringen av Senter for Jobbmestring [30] var fullt eller delvis sykmeldte ved inklusjon mens omtrent 17 % av deltakere var i jobb uten ytelser. Med andre ord hadde SFJ-deltakere en høyere andel med deltakere som var sykmeldt og en lavere andel av deltakere som var i jobb uten ytelser sammenlignet med RPH-deltakerne. Det tyder på at studiepopulasjonene til SJF og RPH ikke er helt sammenlignbare når det gjelder arbeidsstatus.

På tvers av pilotene varierte klientenes arbeidssituasjon en del, igjen med tildels store konfidensintervaller (se Tabell 9). Andelen som oppga å være sykmeldt fra heltids- eller deltidsjobb varierte for eksempel fra 16.7 % i Orkdal til 47 % i Molde. I Orkdal og Oslo bydel Frogner var andel sykmeldte fra fulltidsstillinger lavere enn gjennomsnittet på tvers av pilotene (henholdsvis 11.9 % og 17.2 %, ikke overlappende konfidensintervaller). Tallene fra Orkdal bør imidlertid tolkes forsiktig grunnet lavt antall deltakere og deltakerrate. Andel arbeidsledige og uføre varierte også mye og så bare delvis ut til å speile tilsvarende andel i pilotkommunene om helhet (Tabell 2). Klientene i Modum hadde relativt sett den lavest andelen arbeidsledige (2.7 % [95 % KI .7, 5.3]). Disse hadde samtidig den høyeste andelen uføre (10.7 %), vel og merke med overlappende konfidensintervaller med andelen i pilotene totalt. Bydelen Søndre Nordstrand i Oslo og Stjørdal hadde den høyeste andelen arbeidsledige av pilotene (henholdsvis 20.7 % og 19 %), som begge var langt over andelen arbeidsledige i disse kommunene som helhet (se Tabell 2).

Tabell 9. Arbeidssituasjon basert på spørreskjemaet ved starten av behandlingen¹.

	Fulltids- arbeidende og ikke sykemeldt i jobben	Fulltids- arbeidende og sykemeldt i jobben	Deltids- arbeidende og ikke sykemeldt i jobben	Deltids- arbeidende og sykemeldt i jobben	Skole/ utdanning	Arbeidsrettet tiltak gjennom NAV/ kommunen	Arbeidsledig	Utføre	Annen ²
	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]
Totalt	28.5 [26.1, 31.0]	26.3 [23.9, 28.8]	13.1 [11.2, 15.0]	7.2 [5.8, 8.7]	11.4 [9.5, 13.2]	7.2 [5.8, 8.6]	9.3 [7.9, 11.0]	5.9 [4.6, 7.2]	8.4 [6.8, 10.0]
Fjell	31.8 [24.9, 38.7]	31.2 [24.3, 38.7]	12.1 [7.5, 17.3]	3.5 [1.2, 6.4]	12.7 [8.1, 18.5]	5.8 [2.3, 9.2]	6.9 [3.5, 11.0]	2.9 [0.6, 5.2]	9.2 [5.2, 13.9]
Fosen DM IKS	36.1 [25.0, 47.2]	16.7 [9.7, 26.4]	12.5 [5.6, 20.8]	8.3 [2.8, 15.3]	18.1 [8.3, 27.8]	6.9 [1.4, 13.9]	13.9 [5.6, 22.2]	1.4 [0.0, 4.2]	13.9 [6.9, 20.8]
Hurum	35.7 [17.9, 53.6]	32.1 [14.3, 50.0]	7.1 [0.0, 17.9]	7.1 [0.0, 17.9]	3.6 [0.0, 10.7]	7.1 [0.0, 17.9]	14.3 [3.6, 28.6]	3.6 [0.0, 10.7]	3.6 [0.0, 10.7]
Kristiansund	29.1 [21.9, 37.1]	32.5 [25.2, 39.7]	12.6 [7.3, 18.5]	6.6 [2.6, 10.6]	7.3 [3.3, 11.9]	6.6 [2.6, 10.6]	9.3 [4.6, 13.9]	4.6 [1.3, 8.6]	7.9 [4.0, 12.6]
Lørenskog	30.2 [24.0, 36.5]	28.1 [21.9, 34.9]	13.0 [8.3, 17.7]	6.8 [3.6, 10.4]	10.4 [6.8, 14.6]	4.7 [2.1, 7.8]	6.8 [3.1, 10.9]	7.3 [4.2, 11.5]	8.3 [4.7, 12.5]
Modum	24.0 [18.0, 31.3]	25.3 [18.7, 33.3]	12.7 [7.3, 18.0]	15.3 [9.4, 21.3]	8.7 [4.0, 13.3]	7.3 [3.3, 11.3]	2.7 [0.7, 5.3]	10.7 [6.0, 16.0]	6.0 [2.0, 10.0]
Molde	24.8 [17.1, 32.5]	35.0 [26.5, 43.6]	12.0 [6.8, 17.9]	12.0 [6.0, 17.9]	8.5 [4.3, 13.7]	6.8 [2.6, 12.0]	5.1 [1.7, 9.4]	7.7 [3.4, 12.8]	6.8 [2.6, 12.0]
Notodden	15.5 [9.1, 22.7]	20.9 [13.6, 28.2]	10.9 [5.5, 16.4]	9.1 [4.5, 15.4]	12.7 [7.3, 19.1]	12.7 [7.3, 19.1]	14.5 [8.2, 20.9]	9.1 [4.5, 14.5]	11.8 [5.5, 19.1]
Orkdal	38.1 [23.8, 54.8]	11.9 [2.4, 21.4]	21.4 [9.5, 33.3]	4.8 [0.0, 11.9]	9.5 [2.4, 19.0]	7.1 [0.0, 16.7]	7.1 [0.0, 16.7]	4.8 [0.0, 11.9]	11.9 [2.4, 23.8]
Oslo Frogner	32.8 [25.4, 41.0]	17.2 [11.2, 23.9]	18.7 [11.9, 26.1]	.7 [0.0, 2.2]	20.9 [14.2, 28.4]	6.7 [3.0, 11.2]	13.4 [8.2, 19.4]	2.2 [0.0, 5.2]	4.5 [1.5, 8.2]
Oslo Søndre Nordstrand	20.7 [6.9, 37.9]	31.0 [13.8, 48.3]	3.4 [0.0, 10.3]	3.4 [0.0, 10.3]	-	6.9 [0.0, 17.2]	20.7 [6.9, 37.8]	6.9 [0.0, 17.2]	13.8 [3.4, 27.6]
Stjørdal	29.3 [17.2, 41.4]	22.4 [12.1, 34.5]	13.8 [5.2, 22.4]	5.2 [0.0, 12.1]	12.1 [5.2, 20.7]	13.8 [5.2, 22.4]	19.0 [8.6, 29.3]	6.9 [1.7, 13.8]	8.6 [1.7, 15.5]

¹ Merk at prosentene ikke summerer til 100 på grunn av flere svaralternativene. ² Militærtjeneste, Hjemmeværende, Pensjonist, Vet ikke.

Sammenheng mellom baseline PHQ/GAD-verdier og demografiske variabler

Som vist i Tabell 10 var det ikke statistisk signifikante forskjeller på baseline PHQ og GAD mellom menn og kvinner. Høyere alder hang sammen med lavere angstskårer. Deltakere med grunnskoleutdanning som høyest fullførte utdanning rapporterte betydelig høyere nivåer av depresjon sammenlignet med de som hadde videregående eller høyere utdanning. Merk at gruppen med grunnskoleutdanning også var underrepresentert i utvalget (Tabell 5) og derfor kan være en viktig gruppe å nå ut til i større grad enn til nå: Denne gruppen rapporterte relativt høye nivåer av depresjon, men det virker som at et mindretall finner veien til helsetjenester. Dette kan for eksempel skyldes manglende kunnskap om tilgjengelige behandlinger eller at de opplever en høyere terskel for å søke hjelp. Klienter som var i full- eller deltidsarbeid og mottakere av trygd skåret betydelig høyere på depresjon ved baseline enn klienter som var i full- eller deltidsarbeid uten å motta trygd. Til slutt bør det nevnes at klienter som ble henvist av fastlegen skåret høyere på depresjon og angst ved baseline enn klienter som tok kontakt med RPH på egenhånd.

Tabell 10. Depresjon og angst stratifisert etter demografiske kjennetegn

Variable	Depresjon (PHQ)		Angst (GAD)	
	Gj.snitt [95%KI]	p-verdi	Gj.snitt [95%KI]	p-verdi
Kjønn				
Mann	11.9 [11.3, 12.5]	.11	9.6 [9.0, 10.2]	.08
Kvinne	12.5 [12.1, 12.9]		10.2 [9.9, 10.5]	
Aldersgruppe				
18-25 år	12.9 [12.1, 13.7]	.20	10.8 [10.1, 11.5]	<.001
26-44 år	12.3 [11.8, 12.7]		10.3 [9.9, 10.6]	
45-67 år	12.3 [11.7, 12.8]		9.2 [8.7, 9.8]*	
> 67 år	10.0 [6.5, 13.7]		7.9 [5.4, 10.7]	
Utdanning				
Grunnskole	14.1 [13.1, 15.1]	<.001	10.8 [9.9, 11.7]	.02
Videregående skole	12.5 [12.0, 13.0]*		10.3 [9.9, 10.7]	
Høyere utdanning	11.8 [11.4, 12.3]*		9.6 [9.2, 10.0]	
Sivilstatus				
Enslig	12.7 [12.1, 13.4]	.02	10.0 [9.4, 10.6]	.05
Gift	11.8 [11.3, 12.4]		9.8 [9.3, 10.2]	
Samboer	12.3 [11.7, 12.9]		10.6 [10.1, 11.1]	
Separert/skilt	13.4 [12.4, 14.4]		9.8 [8.9, 10.6]	
Enke/enkemann	9.9 [6.4, 13.8]		7.3 [4.5, 10.4]	
Arbeidsstatus				
I jobb uten trygd	11.3 [10.8, 11.8]	<.001	9.8 [9.3, 10.2]	.06
I jobb med trygd	13.3 [12.9, 13.9]*		10.5 [10.0, 11.0]	
Uten jobb med/uten trygd	12.4 [11.6, 13.0]*		9.8 [9.2, 10.4]	
Henvi sning				
Fastlege	12.7 [12.1, 13.3]	.002	10.2 [9.7, 10.7]	.05
Selv henvi sning	11.4 [10.8, 11.9]		9.4 [8.9, 10.0]	
Innvandrerbakgrunn				
Ja	14.4 [13.3, 15.5]	<.001	11.8 [11.0, 12.8]	<.001
Nei	12.1 [11.8, 12.5]		9.9 [9.6, 10.1]	

*Indikerer statistiske signifikante forskjeller med første kategorien basert på Bonferroni post-hoc test.

2.5 Henvisninger

Samlet sett tok nesten halvparten av klientene (44.7 %) kontakt med RPH selv (selvhenvising). Omtrent like mange (45.0 %) tok kontakt via fastlege, herunder en av fem med direkte henvisning og en av fire etter råd fra fastlege. Selvhenvising ble dermed brukt mer i RPH enn i de første IAPT-pilotene [22]. En liten andel ble henvist fra andre instanser, herunder NAV (1.9 %), Frisklivssentralen (1.2 %) og annet helsepersonell (7.2 %).

Fordelingen av henvisninger varierte mye mellom piloter (se Tabell 11). For eksempel hadde Molde kun 2.6 % direkte henvisninger fra fastlege og 68.4 % selvhenvisinger, mens Fjell hadde overvekt av direkte henvisninger fra fastlege (63.9 %) og bare 18.9 % selvhenvisinger. Det kan være flere grunner til denne variasjonen, for eksempel ulike rutiner for inntak, forskjellig grad av samarbeid med andre instanser og forskjeller i hvordan RPH er markedsført i kommunen. Ingen statistisk signifikante sammenhenger ble funnet mellom type henvisning og de demografiske kjennetegnene i Tabell 10. Det betyr at selvhenvising ikke medførte en høyere andel RPH-brukere blant underrepresenterte grupper (for eksempel klienter med innvandrerbakgrunn).

2.6 Grunner til å søke hjelp, opplevd årsaker til problemene, og tidligere behandlinger

Grunner til å søke hjelp.

I spørreskjemaet ved oppstart av behandling ble klientene spurt om hva som var grunnen til at de søkte hjelp ved RPH. Der var mulig å oppgi flere grunner. Summen av grunner til å søke hjelp oversteg 100, noe som tyder på at flere oppsøker RPH for mer enn ett enkelt problem (se Tabell 12). De vanligste grunnene til å søke hjelp var bekymring (85.2 %), depresjon (68.9), engstelighet (65.6) og stress (63.3). Disse var de hyppigst oppgitte grunnene til å søke behandling på tvers av pilotene. Andre vanlige grunner var jobb/skoleproblematikk, familierelasjoner, trøtthet og søvnproblemer, som alle ble oppgitt av mellom 40 og 50 % av klientene samlet sett.

Opplevde årsaker til problemene

De hyppigste nevnte årsakene til de psykiske problemene deltakerne søkte hjelp for var henholdsvis jobb/skoleproblematikk (48.6 %), familierelasjoner (48.4 %), samlivsproblematikk (35.2 %) og vanskelig oppvekst (24.3 %). Disse var også de oftest nevnte årsakene på tvers av pilotene (se Tabell 13). Årsaker som ikke ble inkludert i Tabell 13, men som ble nevnt av deltakere var rus, gambling, gaming og voldtekt (alle < 3%). I tillegg valgte 23.5 % kategorien «andre årsaker» og 16.1 % valgte «vet ikke».

Varighet av symptomene

I snitt oppga 83 % [95 % KI 81.5, 85.7] at de hadde hatt plagene de søkte hjelp for i et halvt år eller mer. Denne andelen var stabilt høy på tvers av pilotene. Også ved de første pilotene i England hadde flertallet av klientene hatt plagene lengre enn seks måneder (Doncaster =66%, Newham=83%; [16]).

Tidligere behandling

Vel en av tre oppga å ha søkt hjelp de for de aktuelle psykiske problemene i løpet av de siste 12 månedene (se Tabell 14). Denne andelen var noenlunde stabil på tvers av pilotene (varierte fra 25.9 % til 48.1 %, men med brede og overlappende konfidensintervaller). De som hadde søkt hjelp tidligere ble også bedt om å oppgi hvor de hadde søkt hjelp. Totalt oppga 29.1 % å ha søkt hjelp hos fastlegen, 17.2 % hos psykolog eller psykiater og 15.2 % ved andre instanser (herunder fysioterapeut, sosionom, sykepleier, hjelpere utenfor det vanlige hjelpeapparatet eller på sykehus). På tvers av pilotene var fastlegen den vanligste instansen å ha søkt hjelp hos før de tok kontakt med RPH (se Tabell 14 for detaljer).

Tabell 11. Hvem henviste klienten? Basert på terapeutiskjemaet ved slutten av behandlingen, stratifisert etter pilot.

	Fastlege	Selvhenvisning etter råd fra fastlege	NAV	Frisklivsentralen	Annet helsepersonell		
N	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]		
Totalt	806	20.7 [18.0, 23.7]	24.3 [21.5, 27.4]	44.7 [41.1, 48.1]	1.9 [1.0, 2.9]	1.2 [0.5, 2.1]	7.2 [5.5, 8.9]
Fjell	122	63.9 [54.9, 73.0]	4.1 [1.8, 8.2]	18.9 [12.3, 26.2]	.8 [0, 2.5]	-	12.3 [6.6, 18.9]
Fosen DM IKS	51	37.3 [23.5, 51.0]	23.5 [11.8, 35.3]	27.5 [15.7, 41.2]	-	-	11.8 [3.9, 21.6]
Hurum	5	-	-	-	-	-	-
Kristiansund	102	9.8 [3.9, 15.7]	38.2 [28.4, 47.1]	35.3 [25.5, 45.1]	2.0 [0, 4.9]	4.9 [1.0, 9.8]	9.8 [4.9, 15.7]
Lørenskog	108	11.1 [5.6, 17.6]	20.4 [13.0, 27.8]	61.1 [52.8, 70.4]	1.9 [0, 4.6]	.9 [0, 2.8]	4.6 [0, 8.3]
Modum	106	11.3 [5.7, 17.9]	29.2 [20.8, 38.7]	51.9 [41.5, 61.3]	4.7 [0, 9.4]	.9 [0, 2.8]	1.9 [0, 4.7]
Molde	76	2.6 [0, 6.6]	25.0 [15.8, 35.5]	68.4 [57.9, 78.9]	-	-	3.9 [0, 9.2]
Notodden	75	14.7 [6.7, 22.7]	16.0 [8.0, 25.3]	57.3 [46.7, 68.0]	4.0 [0, 9.3]	2.7 [0, 6.7]	5.3 [1.3, 10.7]
Orkdal	25	36.0 [16.0, 56.0]	12.0 [0, 27.9]	32.0 [16.0, 52.0]	4.0 [0, 12.0]	-	16.0 [4.0, 32.0]
Oslo Frogner	95	11.6 [6.3, 17.9]	43.2 [32.6, 53.7]	36.8 [27.4, 47.4]	-	1.1 [0, 3.2]	7.4 [2.1, 12.6]
Oslo Søndre Nordstrand	8	-	-	-	-	-	-
Stjørdal	33	-	24.4 [12.1, 39.4]	72.7 [54.5, 84.8]	-	-	3.0 [0, 9.1]

Tabell 12. Grunner til å søke hjelp basert på spørreskjemadata ved baseline stratifisert etter pilot.

	Depresjon % [95%KI]	Engstelighet % [95%KI]	Trøtthet % [95%KI]	Søvnproblemer % [95%KI]	Stress % [95%KI]	Bekymring % [95%KI]	Hukommelse % [95%KI]	Smerte % [95%KI]	Andre % [95%KI]
Totalt	68.9 [66.3, 71.4]	65.6 [63.0, 68.2]	48.3 [45.5, 50.9]	40.8 [37.8, 43.8]	63.3 [60.8, 66.1]	82.5 [80.3, 84.6]	27.3 [24.7, 29.8]	21.1 [18.9, 23.4]	26.0 [23.6, 28.7]
Fjell	67.1 [59.8, 74.4]	55.8 [48.5, 63.2]	55.5 [48.2, 62.8]	38.4 [30.5, 45.7]	68.1 [60.7, 75.5]	79.4 [73.3, 85.5]	29.6 [22.2, 37.0]	16.0 [10.5, 21.6]	29.1 [22.4, 36.4]
Fosen DIM IKS	68.7 [58.2, 79.1]	60.0 [48.6, 71.4]	57.4 [45.6, 69.1]	50.7 [38.8, 61.2]	55.1 [43.5, 66.7]	69.6 [58.0, 81.2]	30.9 [20.6, 42.6]	22.1 [13.2, 32.4]	23.5 [13.2, 33.8]
Hurum	63.0 [44.4, 81.5]	53.6 [35.7, 71.4]	59.3 [40.7, 77.8]	51.9 [33.3, 70.4]	70.4 [51.9, 88.9]	74.1 [55.6, 88.9]	29.6 [14.8, 48.1]	29.6 [14.8, 48.1]	25.0 [10.7, 42.9]
Kristiansund	74.1 [66.7, 81.0]	68.7 [61.9, 76.2]	52.0 [43.2, 60.1]	50.0 [41.9, 57.4]	68.7 [61.2, 76.2]	88.5 [83.1, 93.2]	26.7 [19.9, 34.2]	27.4 [20.5, 34.9]	25.0 [17.6, 31.8]
Lørenskog	65.6 [58.6, 72.0]	65.6 [59.1, 72.0]	42.5 [35.5, 49.5]	38.2 [31.7, 45.2]	60.2 [53.2, 67.2]	79.6 [74.2, 85.5]	25.8 [19.9, 32.3]	16.1 [11.3, 21.5]	25.8 [19.4, 32.3]
Modum	70.3 [62.8, 77.7]	71.6 [64.2, 79.0]	42.9 [34.7, 51.0]	36.1 [28.6, 44.2]	58.8 [50.7, 66.9]	82.6 [76.5, 87.9]	24.5 [17.7, 32.7]	23.8 [17.0, 31.3]	24.8 [18.8, 31.5]
Molde	63.8 [55.2, 72.4]	62.1 [53.4, 71.5]	44.3 [34.8, 53.0]	33.0 [24.3, 40.9]	59.5 [50.9, 68.1]	85.3 [79.3, 92.2]	24.1 [17.2, 31.9]	19.1 [12.2, 27.0]	28.4 [20.7, 37.0]
Notodden	75.9 [67.6, 84.3]	72.2 [63.0, 80.6]	46.3 [37.0, 55.6]	44.4 [35.2, 53.7]	63.9 [55.6, 73.1]	80.6 [73.1, 88.0]	28.7 [20.4, 37.0]	23.1 [14.8, 31.5]	20.4 [13.0, 27.8]
Orkdal	65.9 [51.2, 80.5]	68.3 [53.7, 82.9]	63.4 [46.3, 78.0]	36.6 [22.0, 51.2]	63.4 [48.8, 78.0]	85.4 [73.2, 95.1]	29.3 [17.1, 43.9]	31.7 [17.1, 46.3]	14.6 [4.9, 26.8]
Oslo Frogner	68.2 [60.6, 75.8]	71.2 [62.9, 78.8]	45.5 [37.9, 53.8]	39.4 [31.1, 47.7]	65.4 [57.1, 73.7]	86.5 [80.5, 92.5]	26.5 [19.7, 34.1]	15.2 [9.8, 22.0]	27.8 [19.6, 35.3]
Oslo Søndre Nordstrand	77.8 [63.0, 92.6]	59.3 [40.7, 77.8]	70.4 [51.9, 88.9]	63.0 [44.4, 81.5]	63.0 [44.4, 81.4]	85.2 [70.4, 96.3]	25.9 [11.1, 44.4]	29.6 [14.8, 48.1]	33.3 [14.8, 51.9]
Stjørdal	67.2 [55.2, 77.6]	64.9 [52.6, 77.2]	32.8 [20.7, 44.8]	32.8 [20.7, 44.8]	66.7 [54.4, 78.9]	89.5 [80.7, 96.5]	33.3 [21.1, 43.9]	26.3 [15.8, 38.6]	33.3 [22.8, 45.6]

Tabell 13. Opplevd årsak av symptomene klientene søker hjelp for, data basert på spørreskjemaet ved baseline stratifisert etter pilot.

	Samlivs- problematikk	Familie- relasjoner	Spiseproblemer	Jobb/Skole- problematikk	Overvekt	Fysisk sykdom	Vanskelig oppvekst	Mobbing
	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]
Totalt	35.2 [32.6, 38.1]	48.4 [45.5, 51.1]	11.3 [9.5, 13.1]	48.6 [45.6, 51.4]	14.0 [12.0, 16.1]	26.0 [23.3, 28.3]	24.3 [21.8, 26.6]	12.6 [10.6, 14.6]
Fjell	36.8 [29.4, 44.2]	54.3 [47.0, 62.2]	10.4 [6.1, 15.3]	47.9 [39.9, 55.8]	17.2 [11.7, 23.3]	20.7 [14.6, 26.8]	32.5 [25.2, 39.9]	18.4 [12.9, 23.9]
Fosen DM IKS	39.4 [28.2, 50.7]	36.6 [25.4, 49.3]	11.3 [4.2, 19.7]	38.0 [28.2, 49.3]	18.3 [9.9, 28.2]	19.7 [11.3, 29.6]	21.4 [11.4, 31.4]	10.0 [2.9, 17.1]
Hurum	63.0 [44.4, 77.8]	60.7 [42.9, 78.6]	22.2 [7.4, 40.7]	63.0 [40.7, 77.8]	25.9 [11.1, 44.4]	25.9 [11.1, 44.4]	28.6 [10.7, 46.4]	10.7 [0, 21.4]
Kristiansund	36.9 [29.5, 44.3]	40.9 [33.6, 49.7]	11.4 [6.7, 16.1]	48.3 [40.9, 56.4]	16.8 [10.7, 22.8]	22.8 [16.1, 28.9]	16.1 [10.7, 46.4]	10.1 [5.4, 14.8]
Lørenskog	31.9 [25.4, 38.4]	57.8 [50.8, 64.9]	12.4 [8.1, 17.3]	50.5 [42.5, 57.5]	9.7 [5.9, 14.6]	33.7 [27.2, 40.2]	22.7 [16.8, 28.6]	9.7 [5.4, 14.1]
Modum	35.1 [27.7, 43.2]	45.3 [37.2, 54.1]	8.8 [4.7, 13.5]	49.3 [40.5, 57.4]	14.9 [9.5, 20.9]	27.7 [20.3, 35.1]	23.6 [16.9, 30.4]	8.1 [3.4, 12.8]
Molde	35.4 [26.5, 45.1]	44.2 [35.4, 53.1]	8.8 [4.4, 14.2]	47.4 [38.6, 57.0]	15.0 [8.8, 22.1]	22.6 [14.8, 31.3]	28.3 [19.5, 37.2]	15.0 [8.8, 21.2]
Notodden	23.6 [16.0, 32.1]	50.0 [40.6, 59.4]	12.3 [6.6, 19.8]	47.2 [37.7, 56.6]	11.3 [5.7, 17.0]	29.2 [20.8, 38.7]	29.2 [20.8, 38.7]	16.0 [9.4, 23.6]
Orkdal	25.0 [12.5, 40.0]	57.5 [42.5, 72.5]	15.0 [5.0, 27.5]	45.0 [30.0, 62.4]	12.5 [2.5, 25.0]	27.5 [15.0, 42.5]	12.5 [2.5, 22.5]	12.5 [2.5, 22.5]
Oslo Frogner	34.8 [26.5, 43.2]	43.2 [34.1, 51.5]	13.6 [8.3, 19.7]	46.2 [37.9, 54.5]	9.1 [4.5, 14.4]	25.0 [17.4, 31.8]	25.8 [18.2, 32.6]	8.3 [4.5, 13.6]
Oslo Søndre Nordstrand	44.4 [22.2, 63.0]	59.3 [40.7, 77.8]	7.4 [0, 18.5]	55.6 [37.0, 74.1]	11.1 [0, 25.9]	29.6 [11.2, 48.1]	14.8 [3.7, 29.6]	11.1 [0, 25.9]
Stjørdal	43.1 [29.3, 55.2]	43.1 [31.0, 55.2]	8.6 [1.7, 17.2]	60.3 [48.3, 74.1]	15.5 [6.9, 25.9]	27.6 [17.2, 39.7]	22.4 [12.1, 34.5]	25.9 [13.8, 37.9]

Tabell 14. Varigheten av symptomene og tidligere behandling for psykiske problemer.

	Varigheten av symptomene ≥ 6 måneder	Søkte hjelp de siste 12 måneder?	Søkte hjelp hos fastlegen*	Søkte hjelp hos psykolog eller psykiater*	Søkte hjelp hos andre instanser*	
	% [95%KI]	% [95%KI]	n	% [95%KI]	% [95%KI]	
Totalt	83.5 [81.5, 85.7]	34.5 [31.7, 37.1]	418	29.1 [26.8, 31.5]	17.2 [15.2, 19.3]	15.2 [13.1, 17.2]
Fjell	81.5 [75.3, 87.0]	36.2 [28.8, 44.2]	59	31.8 [24.9, 38.7]	22.5 [16.2, 28.3]	13.9 [8.7, 19.7]
Fosen DM IKS	82.9 [74.3, 91.4]	40.0 [28.6, 52.8]	28	30.6 [19.5, 41.7]	22.2 [12.5, 31.9]	15.3 [8.3, 25.0]
Hurum	84.6 [69.2, 96.2]	48.1 [29.6, 66.7]	13	42.9 [25.0, 60.7]	21.4 [7.1, 39.2]	28.6 [10.7, 46.4]
Kristiansund	88.6 [83.2, 94.0]	30.4 [23.0, 37.8]	45	25.8 [19.2, 33.1]	13.2 [7.9, 18.5]	11.3 [6.6, 16.6]
Lørenskog	83.2 [77.8, 88.6]	36.8 [30.3, 43.2]	68	28.6 [21.9, 35.4]	15.1 [10.4, 20.3]	17.2 [12.0, 22.9]
Modum	79.2 [72.2, 85.4]	27.5 [19.0, 35.2]	39	23.3 [16.7, 30.0]	9.3 [5.3, 14.0]	12.0 [7.3, 17.3]
Molde	86.0 [78.9, 92.1]	33.3 [24.8, 41.9]	39	29.1 [21.4, 38.5]	17.1 [10.3, 23.9]	14.5 [8.5, 21.4]
Notodden	86.8 [80.2, 92.5]	39.3 [29.9, 48.6]	42	32.7 [23.6, 41.8]	19.1 [11.8, 26.4]	14.5 [8.2, 21.8]
Orkdal	89.2 [78.4, 97.3]	40.5 [24.3, 56.8]	15	31.0 [19.0, 45.2]	23.8 [11.9, 38.1]	19.0 [7.1, 33.3]
Oslo Frogner	80.6 [74.4, 87.6]	36.4 [28.0, 44.7]	48	29.9 [22.4, 38.1]	20.1 [13.4, 27.6]	20.1 [13.4, 26.9]
Oslo Søndre Nordstrand	75.0 [58.3, 91.7]	29.2 [12.5, 45.8]	7	34.5 [17.2, 51.7]	17.2 [3.4, 31.0]	13.8 [3.4, 27.6]
Stjørdal	84.2 [75.4, 93.0]	25.9 [13.8, 36.2]	15	25.9 [15.5, 37.9]	15.5 [6.9, 24.1]	13.8 [5.2, 24.1]

* Basert på antallet i kolonnen «Søkte hjelp de siste 12 måneder?».

2.7 Ventetiden

Beregnet ventetid for behandling er basert på rapport fra terapeut ved avslutning av behandling (se Tabell 15 for ventetider totalt og stratifisert per pilot). Vi har beregnet ventetid på tre måter: a) dager fra klienten tok kontakt med RPH til inntakssamtale, b) dager mellom inntakssamtale og første behandlingsmøte og c) dager fra klienten tok kontakt til første behandlingstime. Basert på disse beregningene var ventetiden henholdsvis median 10.0 (IQR=4.0-21.0) dager, 8.0 (IQR=3.0-15.0) dager og 21.0 (IQR=11.0-40.0) dager, samlet sett. Mellom pilotene varierte ventetiden fra første kontakt til første behandlingsmøte fra median 7.5 (IQR=1.0-19.3) dager i Orkdal til median 45.5 (IQR=15.8-66.0) i Lørenskog. Til sammenligning var gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til påbegynt helsehjelp for voksne i psykisk helsevern median 52 dager i 2015 (helsenorge.no).

2.8 Antall kontakter, type behandlinger og samarbeidspartnere

Tabell 16 viser oversikt over varighet på behandlingene og bruk av ulike behandlingsformer blant klienter som hadde avsluttet behandlingen, basert på rapport den enkeltes terapeut.

Varigheten av behandlingen var på median 10.7 uker med median 5 møter per klient, samlet sett. I Molde og Stjørdal var median varighet kortere enn totalmedianen, med varighet på henholdsvis median 5.9 [95 % KI 4.3, 9.3] og 5.4 [95 % KI 4.4, 9.4] uker, mens varigheten var lenger i Oslo Frogner med median 13.8 [95 % KI 11.3, 17.9] uker per klient. Kristiansund og Notodden hadde noen flere møter per klient, med median antall møter på henholdsvis 7 [95 % KI 6 - 8] og 8 [95 % KI 6- 9].

Ansikt-til-ansikt-behandling var den behandlingsformen som ble brukt mest (71.5 % av alle registrerte møter). En betydelig mindre andel av møtene ble brukt på veiledet selvhjelp (8.9 %) og gruppekurs (16.9 %). Andel klienter som mottok de ulike behandlingsformene i løpet av behandlingen var henholdsvis 17.6 % for veiledet selvhjelp, 19.5 % for gruppekurs, og 78.1 % for ansikt-til-ansikt-behandling.

På tvers av pilotene var ansikt-til-ansikt-behandling den klart mest brukte behandlingsformen. Bruken av lavintensive behandlingsformer varierte mye mellom pilotene. I to av pilotene (Fosen DM IKS og Molde) ble veiledet selvhjelp brukt i rundt et av tre møter og rundt fire av ti mottok denne behandlingsformen i løpet av behandlingen. I tre av pilotene (Fjell, Notodden og Orkdal) mottok omtrent fire av ti gruppekurs i løpet av behandlingen.

Ifølge terapeutskjema ved slutten av behandlingen ble tre av fire (74.2 %) behandlingsforløp gjennomført uten kontakt med eksterne samarbeidspartnere. Totalt hadde 13.5 % vært i kontakt med fastlege, 3.3 % med NAV, 1.5 % med Frisklivssentral, 2.1 % med Distriktpsikiatriske sentre (DPS) og 6.2 % med andre samarbeidspartnere (herunder avtalespesialister, arbeidssted til klient, familie til klient eller annet) i løpet av behandlingsforløpet. Det var relativt lite variasjon i grad av samarbeid på tvers av pilotene (noe variasjon estimert andel, men med stort sett overlappende konfidensintervaller).

Tabell 15. Ventetider basert på terapeutiskjema ved slutten av behandlingen.

	Antall dager mellom påmelding og inntakssamtale				Antall dager mellom inntakssamtale og 1. møte				Antall dager mellom påmelding og 1. møte			
	n	Median [95%KI]	IQR*	n	Median [95%KI]	IQR*	n	Median [95%KI]	IQR*	n	Median [95%KI]	IQR*
Totalt	763	10.0 [9.0, 12.0]	4.0-21.0	651	8.0 [7.0, 9.0]	3.0-15.0	657	21.0 [20.0, 23.0]	11.0-40.0			
Fjell	116	14.5 [10.0, 16.5]	4.0-25.0	103	13.0 [10.0, 14.0]	7.0-22.0	102	31.0 [23.5, 38.0]	16.0-50.0			
Fosen DM IKS	50	13.5 [12.0, 16.0]	8.5-19.0	42	9.5 [7.0, 14.0]	5.3-16.0	42	26.5 [20.0, 29.5]	17.8-33.0			
Hurum	4	-	-	5	-	-	4	-	-			
Kristiansund	98	28.0 [22.0, 35.5]	14.8-44.0	87	8.0 [7.0, 8.0]	7.0-10.0	88	34.5 [30.0, 44.0]	22.0-52.7			
Lørenskog	105	19.0 [8.0, 24.0]	.0-37.0	95	22.0 [13.0, 33.9]	3.0-48.0	102	45.5 [35.0, 55.0]	15.8-66.0			
Modum	100	7.0 [6.0, 7.5]	4.0-13.8	93	8.0 [5.0, 10.0]	.0-14.0	98	17.5 [14.0, 19.0]	9.0-22.0			
Molde	74	5.0 [4.0, 6.0]	3.0-7.0	37	6.0 [5.0, 7.0]	2.0-10.5	39	12.0 [8.0, 14.0]	7.0-17.0			
Notodden	59	2.0 [.0, 6.0]	.0-8.0	60	6.0 [1.0, 8.0]	.0-13.0	50	8.0 [6.0, 13.0]	2.8-19.3			
Orkdal	25	7.0 [1.0, 16.0]	.5-19.5	17	-	-	18	7.5 [1.5, 17.5]	1.0-19.3			
Oslo Frogner	93	14.0 [11.0, 16.0]	7.5-20.5	81	8.0 [7.0, 11.0]	7.0-17.5	81	23.0 [20.0, 29.0]	16.0-36.5			
Oslo Søndre Nordstrand	8	-	-	7	-	-	7	-	-			
Stjørdal	31	6.0 [5.0, 9.0]	2.0-10.0	24	3.0 [.0, 7.0]	.0-10.8	26	12.0 [8.5, 17.0]	7.0-19.5			

*IQR = interkvartile området

Tabell 16. Varigheten av behandlingen og bruk av ulike behandlingsformer blant klienter som hadde avsluttet behandlingen.

	Antall uker per klient			Antall møter per klient			Prosentandel av totalt antall registrerte Møter (≈5000) som er brukt på:				Prosentandel av klienter som i løpet av behandlingen mottok:		
	Median [95%KI]	IQR*	Median [95%KI]	IQR*	Median [95%KI]	IQR*	Veiledet selvhjelp	Gruppekurs	Samtale-terapi	Annet	Veiledet selvhjelp	Gruppekurs	Samtale-terapi
Totalt	10.7 [9.6, 11.3]	5.4-17.6	5.0 [5.0, 6.0]	3.0-8.0	8.9	16.9	71.5	2.7	17.6	19.5	78.1		
Fjell	11.6 [9.6, 12.6]	6.0-17.2	5.0 [5.0, 6.0]	3.0-7.0	6.2	46.0	42.9	4.9	15.1	47.9	64.7		
Fosen DM IKS	11.1 [7.9, 18.0]	6.1-22.6	5.0 [3.0, 8.0]	3.0-9.0	32.9	-	66.4	.7	39.1	-	91.3		
Hurum	-	-	-	-	-	-	97.7	2.3	-	-	100.0		
Kristiansund	11.4 [10.1, 13.1]	7.6-16.6	7.0 [6.0, 8.0]	4.3-9.0	.3	3.3	96.1	.3	2.0	4.1	99.0		
Lørenskog	10.6 [7.9, 13.1]	6.0-19.1	5.0 [5.0, 6.0]	3.5-7.0	4.6	13.3	81.3	.8	9.1	15.5	80.0		
Modum	8.6 [6.1, 12.0]	4.1-16.3	5.0 [5.0, 6.0]	4.0-7.0	5.8	13.2	80.0	1.0	11.4	17.1	78.1		
Molde	5.9 [4.3, 9.3]	3.6-11.3	4.0 [4.0, 5.0]	3.0-5.3	36.0	13.0	50.1	.9	45.9	14.9	58.7		
Notodden	11.0 [9.0, 12.1]	7.7-18.1	8.0 [6.0, 9.0]	4.0-9.0	3.5	36.9	53.0	6.6	8.7	39.1	65.2		
Orkdal	6.9 [4.7, 14.0]	4.1-18.9	5.0 [5.0, 9.0]	5.0-9.5	-	23.7	75.1	1.2	-	43.5	65.2		
Oslo Frogner	13.8 [11.3, 17.9]	6.7-24.3	6.0 [5.0, 6.0]	3.0-8.0	9.2	6.0	79.7	5.1	31.1	8.9	88.9		
Oslo Søndre Nordstrand	-	-	-	-	19.2	-	67.3	13.5	50.0	-	75.0		
Stjørdal	5.4 [4.4, 9.4]	3.9-10.9	4.0 [3.0, 6.0]	3.0-6.0	9.3	-	88.0	2.7	16.1	-	87.1		

*IQR = interkvartile området.

Tabell 17. Kontakt med samarbeidspartnere basert på terapeutiskjema ved slutten av behandlingen.

Antall klienter		Ingen kontakt	Fastleie	NAV	Frisklivsentralen	DPS	Annet ¹
N	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]	% [95%KI]
Totalt	844	74.2 [71.1, 77.3]	13.5 [11.3, 15.9]	3.3 [2.1, 4.6]	1.5 [.7, 2.4]	2.1 [1.2, 3.1]	6.2 [4.5, 7.8]
Fjell	129	70.5 [62.8, 78.3]	17.8 [11.6, 24.8]	1.6 [.0, 3.9]	-	.8 [.0, 2.3]	7.0 [3.1, 11.6]
Fosen DM IKS	54	74.1 [61.1, 85.2]	18.5 [9.3, 29.6]	-	-	-	3.7 [.0, 9.3]
Hurum	8	-	-	-	-	-	-
Kristiansund	102	74.5 [65.7, 82.4]	13.7 [7.8, 20.6]	2.9 [.0, 6.9]	2.0 [.0, 4.9]	4.9 [1.0, 8.8]	7.8 [2.9, 12.7]
Lørenskog	111	73.9 [65.8, 82.0]	16.2 [9.9, 23.4]	7.2 [2.7, 12.6]	.9 [.0, 2.7]	5.4 [1.8, 9.9]	8.1 [3.6, 13.5]
Modum	107	81.3 [73.8, 87.9]	6.5 [2.8, 11.2]	2.8 [.0, 6.5]	5.6 [1.9, 10.3]	.9 [.0, 2.8]	3.7 [.9, 7.5]
Molde	82	85.4 [78.0, 92.7]	4.9 [1.2, 9.8]	1.2 [.0, 3.7]	-	-	4.9 [1.2, 9.8]
Notodden	80	68.8 [57.5, 78.8]	13.8 [6.3, 22.5]	1.3 [.0, 3.8]	-	2.5 [.0, 6.3]	10.0 [3.8, 17.5]
Orkdal	28	67.9 [50.0, 85.6]	7.1 [.0, 17.9]	14.3 [3.6, 28.6]	10.7 [.0, 25.0]	-	7.1 [.0, 17.9]
Oslo Frogner	95	76.8 [67.4, 85.3]	17.9 [10.5, 27.4]	1.1 [.0, 3.2]	1.1 [.0, 3.2]	3.2 [.0, 7.4]	4.2 [1.1, 8.4]
Oslo Søndre Nordstrand	10	-	-	-	-	-	10.0 [.0, 30.0]
Stjørdal	38	73.7 [58.0, 86.8]	13.2 [2.6, 23.7]	2.6 [.0, 7.9]	-	-	2.6 [.0, 7.9]

¹Denne kategorien inkluderer avtale-spesialistene, arbeidssted til klienten, familien til klienten, og annet.

3. Klientresultater

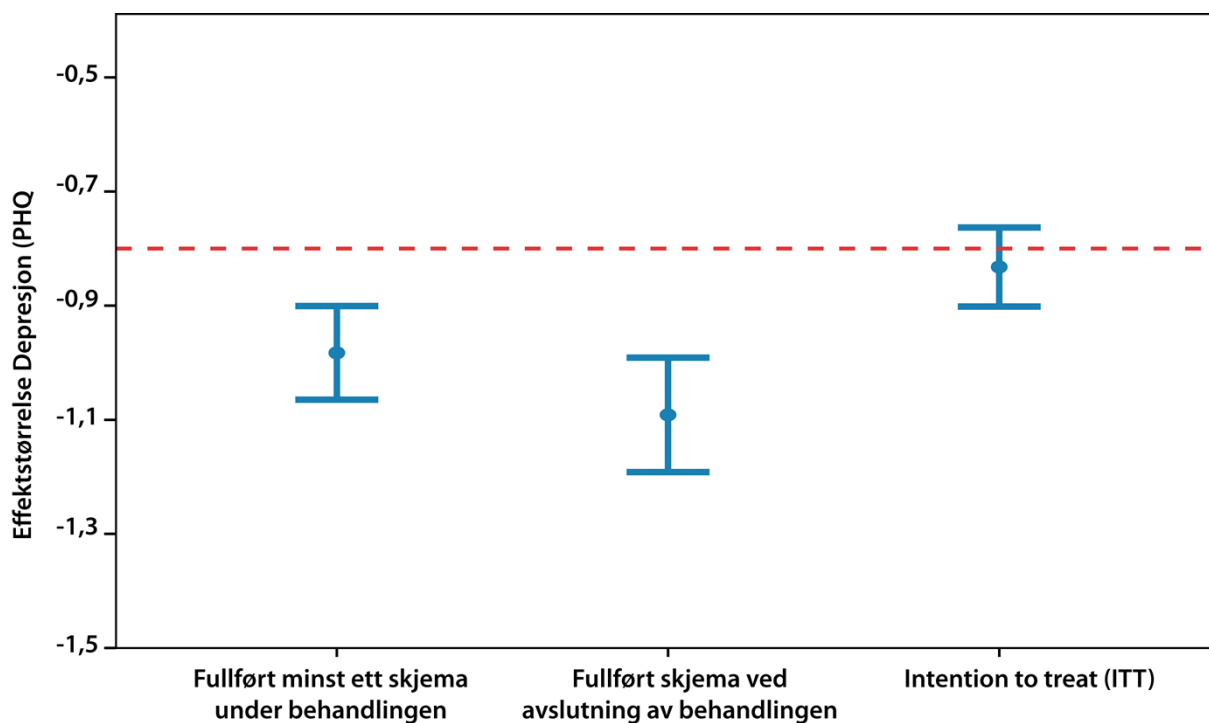
3.1 Symptomer på depresjon og angst

Tabell 18 viser endring i symptomer på depresjon fra pre- til post-behandling, totalt og per pilot. Første kolonne viser endring basert på klienter som har fullført minst ett skjema ved oppfølging og hvor den siste tilgjengelige måling ble brukt, andre kolonne inkluderer bare de som har fylt ut skjema ved slutten av behandlingen (minst konservativt estimerte endring) og tredje kolonne «intention to treat»-metoden (mest konservativt estimerte endring).

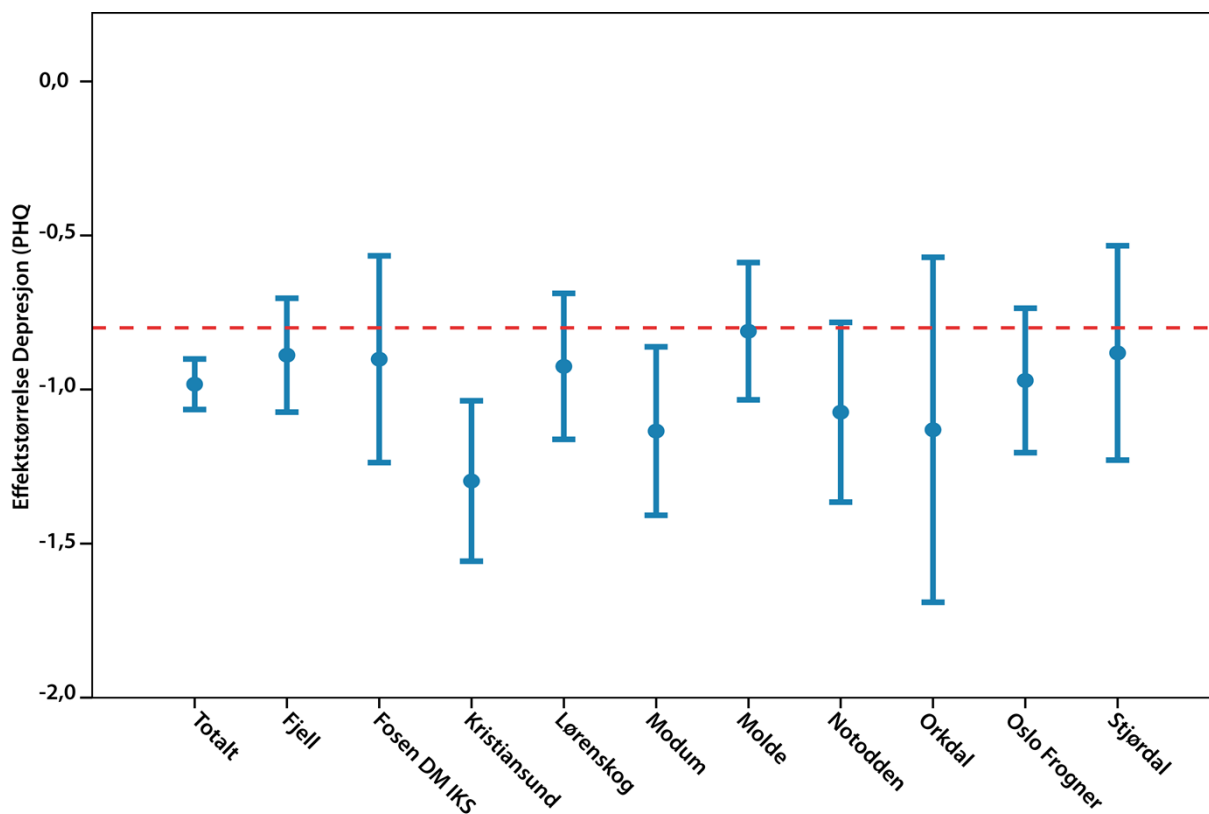
Tabell 18. Endring i symptomer av depresjon fra pre til post behandling (PHQ).

	≥ Ett oppfølgings skjema		Fullført avslutnings skjema		«Intention to treat»	
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)
Totalt	825	-5.5 [-5.9, -5.1]	629	-6.1 [-6.5, -5.7]	964	-4.7 [-5.1, -4.4]
Fjell	126	-5.3 [-6.1, -4.4]	100	-5.8 [-6.7, -4.9]	144	-4.6 [-5.3, -3.8]
Fosen DM IKS	42	-5.8 [-7.5, -4.0]	31	-6.2 [-8.4, -4.0]	58	-4.2 [-5.6, -2.7]
Hurum	14	-3.4 [-6.1, -.9]	-	-	18	-2.7 [-4.7, -.6]
Kristiansund	105	-6.9 [-7.9, -.6]	95	-7.2 [-8.2, -6.3]	111	-6.5 [-7.4, -5.6]
Lørenskog	113	-5.1 [-6.1, -4.0]	84	-5.4 [-6.7, -4.0]	130	-4.4 [-5.3, -3.4]
Modum	100	-5.6 [-6.7, -4.5]	80	-6.4 [-7.6, -5.3]	116	-4.8 [-5.8, -3.7]
Molde	85	-4.7 [-5.7, -3.7]	52	-5.9 [-7.2, -4.5]	100	-4.0 [-5.0, -3.1]
Notodden	74	-5.3 [-6.5, -4.0]	59	-5.8 [-7.2, -4.4]	87	-4.5 [-5.7, -3.3]
Orkdal	27	-6.7 [-9.1, -4.6]	17	-7.7 [-10.4, -4.9]	35	-5.2 [-7.4, -3.1]
Oslo Frogner	93	-5.8 [-6.9, -4.8]	81	-6.0 [-7.2, -4.9]	104	-5.2 [-6.3, -4.2]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	13	-2.5 [-4.6, -.9]
Stjørdal	37	-4.9 [-6.5, -3.3]	24	-5.6 [-7.8, -3.6]	48	-3.8 [-5.2, -2.5]

Gjennomsnittlig reduksjon i symptomer på depresjon var på henholdsvis -5.5, -6.1 og -4.7 basert på disse tre analysemetodene. Som vist i Figur 2 tilsvarer dette en stor effektstørrelse på tvers av type analyse (henholdsvis Cohens $d = -1.0$, Cohens $d = -1.1$, og Cohens $d = -.8$). Effektstørrelsene var videre omtrent like store på tvers av pilotene (se Figur 3). Smale vertikale linjer (konfidensintervall) i figuren indikerer mer presise effektestimater.



Figur 2. Effektstørrelse for depresjon stratifisert etter type analyse. Horizontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= -.8).

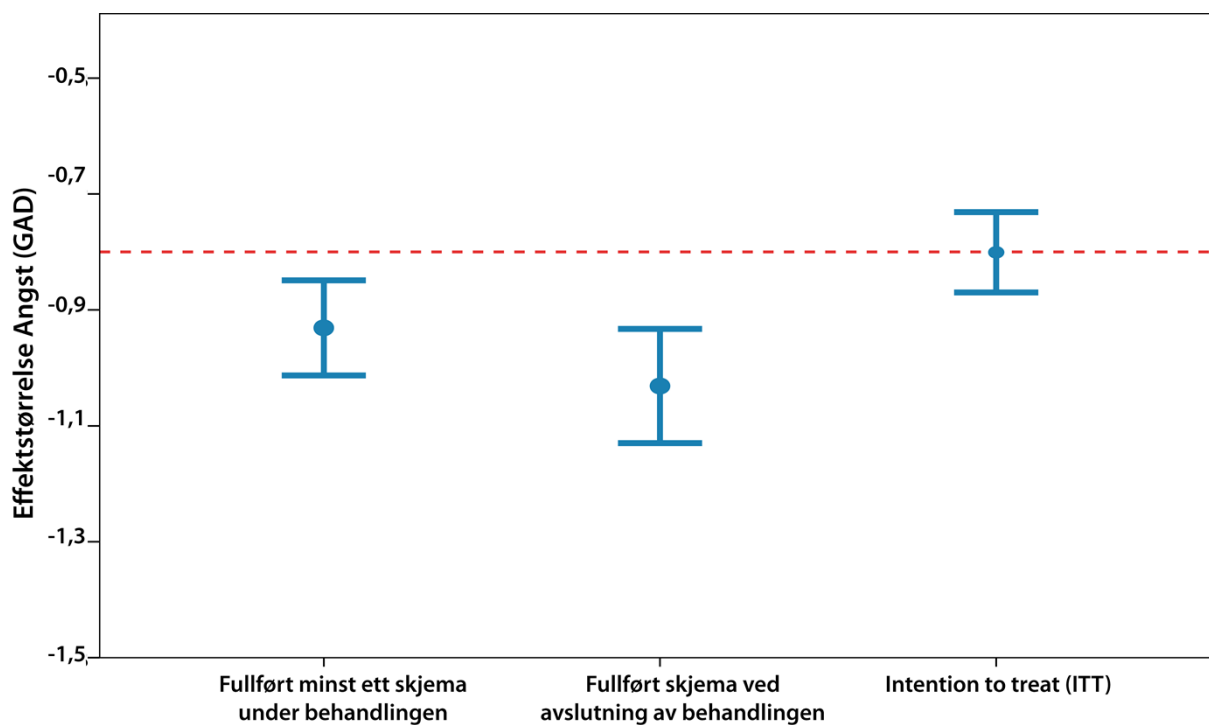


Figur 3. Effektstørrelse depresjon stratifisert etter pilot basert på utvalget som fullførte minst ett skjema ved oppfølging. Horizontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= -.8).

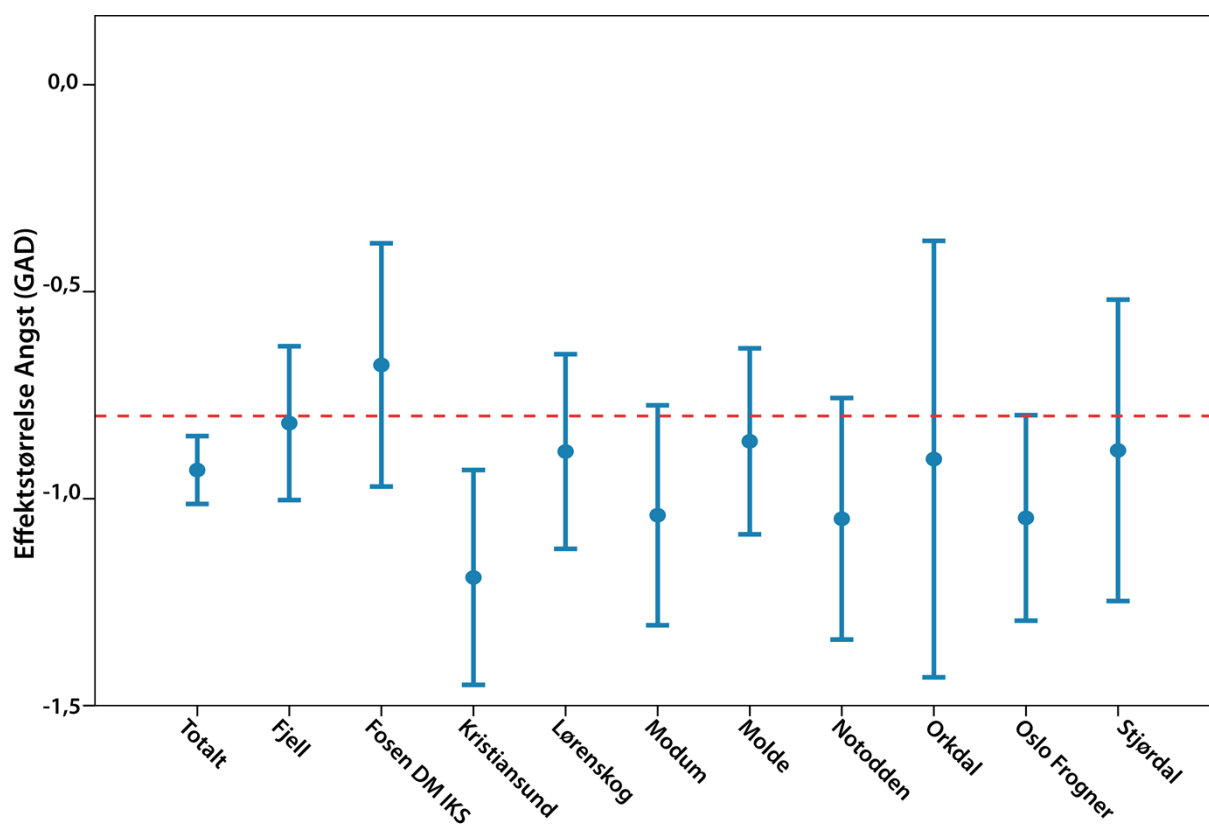
Også for angst var det en sterk reduksjon i symptomer fra pre- til postbehandling, både totalt og på tvers av pilotene (se Tabell 19 og Figur 5). Effektstørrelsene var også her store på tvers av analysemetode (henholdsvis Cohens $d = -.9$, Cohens $d = -1.0$ og Cohens $d = -.8$, se Figur 4).

Tabell 19. Endring i symptomer av angst fra pre til post behandling (GAD).

	≥ Ett oppfølgingsskjema		Fullført avslutningsskjema		«Intention to treat»	
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)
Totalt	824	-4.6 [-5.0, -4.3]	627	-5.2 [-5.6, -4.8]	965	-4.0 [-4.3, -3.7]
Fjell	127	-4.1 [-4.8, -3.2]	101	-4.5 [-5.4, -3.5]	145	-3.6 [-4.3, -2.8]
Fosen DM IKS	42	-3.9 [-5.2, -2.5]	31	-4.6 [-6.2, -3]	58	-2.8 [-3.9, -1.7]
Hurum	14	-2.6 [-4.3, -1.2]	-	-	18	-2.1 [-3.5, -.8]
Kristiansund	105	-5.7 [-6.5, -4.7]	95	-5.9 [-6.8, -.5]	111	-5.4 [-6.3, -4.5]
Lørenskog	112	-4.7 [-5.7, -3.8]	84	-5.3 [-6.4, -4.2]	130	-4.1 [-5.0, -3.2]
Modum	100	-4.9 [-5.9, -3.9]	79	-5.5 [-6.7, -4.2]	116	-4.2 [-5.1, -3.4]
Molde	84	-4.2 [-5.1, -3.3]	51	-4.9 [-6.1, -3.8]	100	-3.5 [-4.4, -2.8]
Notodden	74	-4.4 [-5.4, -3.3]	59	-4.8 [-5.8, -3.6]	87	-3.7 [-4.7, -2.8]
Orkdal	27	-4.4 [-6.4, -2.2]	17	-5.4 [-7.9, -2.8]	35	-3.4 [-5.2, -1.8]
Oslo Frogner	93	-5.4 [-6.4, -4.5]	81	-5.3 [-6.3, -4.3]	104	-4.8 [-5.8, -4.0]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	13	-2.3 [-4.2, -.8]
Stjørdal	37	-4.6 [-6.1, -3.2]	23	-5.7 [-7.6, -3.8]	48	-3.6 [-5.0, -2.3]



Figur 4. Effektstørrelse for angst stratifisert etter type analyse. Horisontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= -.8).



Figur 5. Effektstørrelse angst stratifisert etter pilot basert på utvalget som fullførte minst ett skjema ved oppfølging. Horisontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= -.8).

Ved starten av behandlingen hadde 76.3 % av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og/eller depresjon. Ved slutten av behandlingen rapporterte 61.6 % av disse klientene å være friske igjen (såkalt «recovery rate», definert som ikke lenger å ha klinisk signifikante nivåer av angst og/eller depresjon). Dette var godt over IAPT-målsettingen om en «recovery rate» på minst 50 % av behandlede klienter. På tvers av pilotene var estimatet av «recovery rate» på over 50 % (for noen av pilotene med konfidensintervaller noe under dette, se Tabell 20). I seks av ti piloter var estimert «recovery rate» over 60 %. For det totale utvalget ble det også beregnet et justert estimat for «recovery rate», som tar hensyn til målefeil av PHQ og GAD, såkalt «reliable recovery rate» [20]. De justerte verdiene var henholdsvis 55.2 % [95%KI 51.3 %, 59.0 %], 64.3 % [95%KI 59.8 %, 68.4 %] og 46.7 % [95%KI 43.3 %, 50.5 %] for de tre analysemetodene som ble rapportert i Tabell 20.

Effektene på symptomer på depresjon og angst var sammenlignbare med resultater fra de første pilotene i England (se Tabell 1). Dette gjaldt særlig endring i gjennomsnittsskåre på depresjon og angst. Både i England og i Norge var effektstørrelse omtrent -1.0. «Recovery raten» var høyere i Norge (61 %) enn i England (45 %). Vi antar dette er i hovedsak skyldes den lavere gjennomsnittsskåren på PHQ og GAD ved starten av behandlingen i Norge sammenlignet med England. Ved bruk av de samme grenseverdiene kreves det for norske klienter dermed mindre symptomnedgang enn for engelske klienter for å bli regnet som «friske igjen».

Tabell 20. «Recovery rate» for klienter med PHQ>9 og/eller GAD>7 ved starten av behandlingen*.

	≥ Ett oppfølgingskjema		Fullført avslutningskjema		«Intention to treat»	
	N	% (95%KI)	N	% (95%KI)	N	% (95%KI)
Totalt	623	61.0 [57.0, 65.1]	466	69.7 [65.7, 73.9]	736	51.6 [47.8, 55.0]
Fjell	97	52.6 [43.3, 62.6]	77	58.4 [47.4, 69.6]	108	47.2 [38.4, 57.1]
Fosen DM IKS	30	56.7 [38.5, 73.9]	22	72.7 [55.6, 90.0]	42	40.5 [25.6, 56.4]
Hurum	-	-	-	-	12	58.3 [28.6, 85.7]
Kristiansund	81	72.8 [63.2, 82.2]	71	76.1 [65.7, 85.7]	87	67.8 [57.5, 77.6]
Lørenskog	83	55.4 [44.1, 66.7]	62	62.9 [50.7, 74.2]	96	47.9 [37.8, 58.4]
Modum	76	61.8 [50.6, 71.8]	59	72.9 [61.1, 83.6]	91	51.6 [41.7, 61.9]
Molde	60	56.7 [43.3, 68.3]	35	71.4 [57.6, 86.7]	73	46.6 [35.1, 58.9]
Notodden	61	65.6 [52.5, 77.2]	47	74.5 [60.9, 86.7]	73	54.8 [42.9, 65.8]
Orkdal	21	66.7 [47.6, 86.7]	13	76.9 [53.3, 100.0]	27	51.9 [32.2, 71.4]
Oslo Frogner	71	64.8 [53.0, 76.1]	59	69.5 [56.7, 81.4]	80	57.5 [45.8, 68.2]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	11	18.2 [.0, 44.4]
Stjørdal	28	60.7 [43.5, 78.6]	17	82.4 [61.5, 100.0]	36	47.2 [30.6, 64.1]

*Alle McNemar tests $p < .01$ med unntak for Orkdal, kolonne «Fullført avslutningskjema», $p = .01$

Baseline prediksjon av depresjon og angst ved slutten av behandlingen

Som vist i Tabell 21 fant vi ingen sammenheng mellom depresjon/angst ved slutten av behandlingen justert for baseline verdier og henholdsvis kjønn, aldersgruppe, sivilstatus og innvandrerbakgrunn. Effektstørrelsene var nokså like for de ulike undergruppene.

Kovariansanalysene viste imidlertid at klienter med lav utdanning og klienter uten jobb med/uten trygd hadde høyere symptomer på angst og depresjon ved slutten av behandlingen og dermed en lavere effekt av behandlingen (se Tabell 21) enn klienter med høyere utdanning og klienter med jobb, respektivt.

Effekt på depresjon og angst stratifisert etter behandlingsform.

I terapeutiskjemaet ble terapeutene bedt om å registrere hvert møte med klienten og gi informasjon om hva slags behandlingsform som ble brukt. For å kunne si noe om effekt på depresjon og angst etter behandlingsform ble klientene delt inn i fire grupper. Klientene ble delt inn i gruppene veiledet selvhjelp, gruppekurs, eller ansikt-til-ansikt hvis minst 75 % av totalt antall møter ble gjennomført med en av disse behandlingsformene. I de tilfellene der prosentandel av totalt antall møter var lavere enn 75 % for alle tre behandlingsformer, ble klientene tildelt en fjerde kategori, «mixed».

Som vist i Tabell 22 var effektstørrelsene på depresjon og angst høy på tvers av behandlingsformene og varierte mellom -.7 og -1.2. Effektstørrelsen for gruppekurs var samtidig noe lavere enn for de øvrige behandlingsformene. På grunn av forskningsdesignet som ble brukt er det vanskelig å vite hva som er årsaken til at effektstørrelsen var lavere for gruppekurs. En mulighet er at gruppekurs er en litt mindre effektiv behandlingsform for å lette symptomer på depresjon og angst. Kvaliteten og mangfoldet av kurs, og varigheten av behandlingen kan være andre medvirkende faktorer. Til sist kan seleksjonsmekanismer gjøre at de fire gruppene ikke er direkte sammenlignbare. Samtidig er gruppekurs egnet for at man med relativt små ressurser kan nå et relativt stort antall klienter og hensynet til kostnadseffektivitet bør også tas med i betraktning.

Effekt på depresjon og angst stratifisert etter varigheten av behandlingen

Varigheten av behandlingen ble målt som totalt antall møter og totalt antall uker (se Tabell 16). For å undersøke sammenhengen mellom varigheten av behandling og endring i depresjon- og angstskårer fra pre- til post-behandling, ble deltakere delt inn i fire grupper.

- Gruppe 1: ≤5 møter & ≤10 uker (n=207)
- Gruppe 2: >5 møter & ≤10 uker (n=84)
- Gruppe 3: ≤5 møter & >10 uker (n=68)
- Gruppe 4: >5 møter & >10 uker (n=278)

Alle gruppene viste en stor nedgang i symptomer på depresjon og angst (Tabell 22). I tillegg viste kovariansanalysen at klienter i gruppe 4 (flestep møter og over lengst tidsrom) hadde en større nedgang i angst og depresjon enn de øvrige gruppene.

Et interessant spørsmål var i hvilken grad denne gruppen virkelig «trengte» lengre behandling eller om forbedringen allerede skjedde i løpet av de ti første ukene av behandlingen. For å gi et svar på dette ble utviklingen i depresjon- og angst-skårer i løpet av de første ti ukene modellert for gruppe 1 og 4, de to mest ekstreme og mest hyppige gruppene. Ved hjelp av Mplus-programmet ble

vekstkurver med en «intercept», lineære og kvadratiske «slope» beregnet for disse to gruppene (type=Mixed Random, «Tscores» ble brukt for å ta hensyn til individuelt varierende måletidspunkter, «Knownclasses» = 2). Analysene tydet på at intercept, lineær slope, og kvadratiske slope var statistisk signifikant samt at de var statistisk signifikant forskjellig for gruppe 1 og gruppe 4 (Alle p-verdier <.01). Som vist i Figur 6 (laget i R) hadde gruppe 1 (kortvarig) en lavere depresjon- og angst-skåre ved starten av behandlingen og en kraftigere nedgang i symptomene i løpet av de 10 første ukene av behandlingen sammenlignet med gruppe 4 (langvarig). Det tyder på at gruppe 4 faktisk trengte de ekstra antall møter og uker med behandling for å oppnå samme skår ved slutten av behandlingen som gruppe 1.

Effekt på angst og depresjon i Bydel Søndre-Nørdstrand

Som et resultat av utfordringer knytt til personale og finansiering var RPH i Bydel Søndre-Nordstrand ikke i stand til å delta i evalueringen av RPH før juni 2015. De samlet imidlertid inn data før oppstarten av evalueringen på egenhånd. Datainnsamlingen ble satt i gang, blant andre, av Marit Rognerud som var ansatt ved FHI. Data som presenteres her er klienter som avsluttet behandlingen i løpet av 2014. Totalt gjelder det 177 klienter som i snitt var 38.6 (SD=12.4) år og der 71.8 % var kvinner. 84.7 % (n=150) fylte ut PHQ og GAD ved baseline og 68.4 % (n=121) fylte ut PHQ og GAD ved avslutning av behandlingen. Gjennomsnittlig endring på depresjon og angst var henholdsvis -4.7 og -3.7 (begge $p < .001$). Dette tilsvarer en effektstørrelse på henholdsvis -.9 [95%KI -1.1, -.7] og -.7 [95%KI -.9, -.5]. Effektstørrelsen kan karakteriseres som stor for depresjon og moderat for angst. Disse resultatene er nokså like de vi har funnet for de andre pilotstedene.

Tabell 21. Prediktorer for effekt på depresjon og angst basert på utvalget som fullførte minst ett skjema ved oppfølging†.

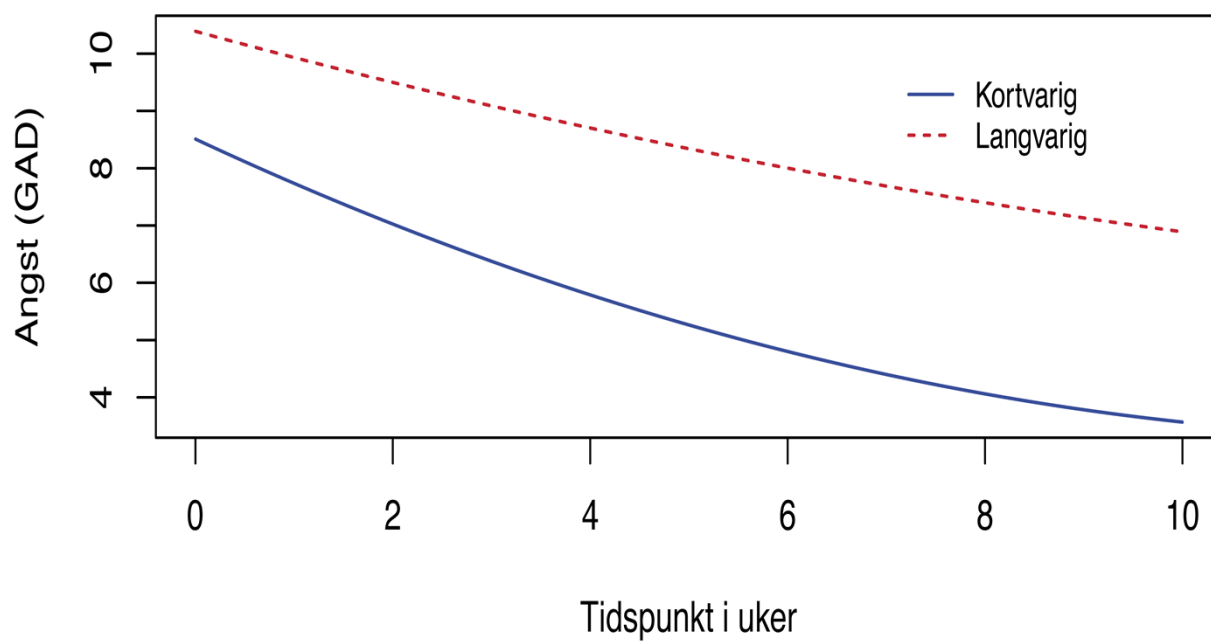
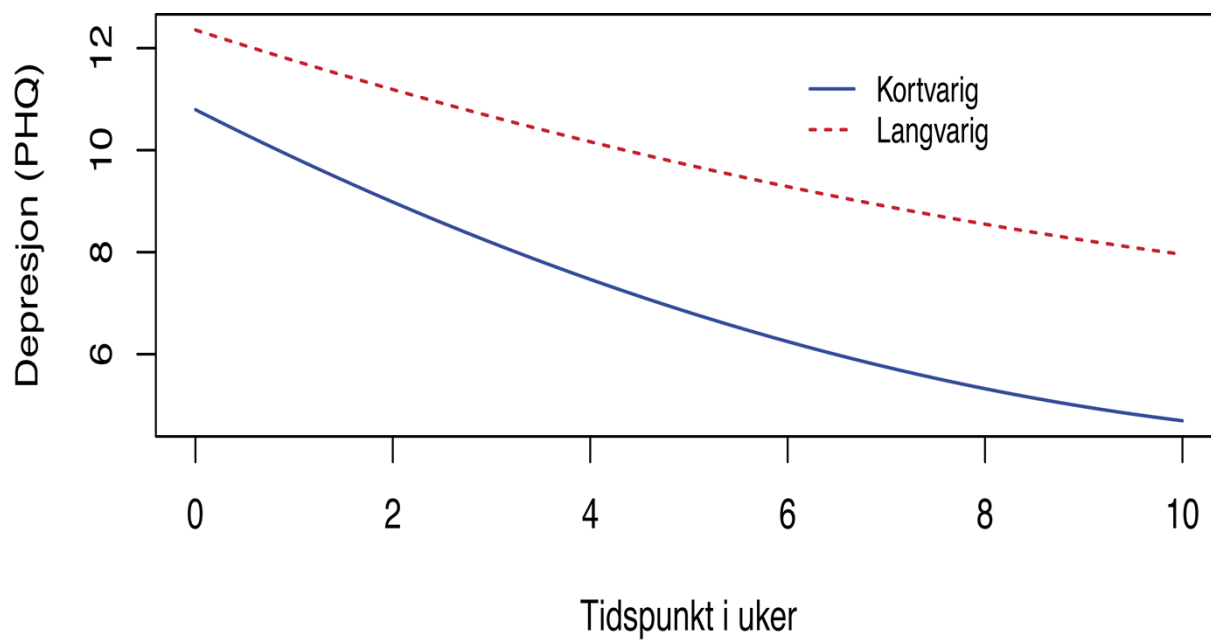
	Depresjon (PHQ)				Angst (GAD)			
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	ES (95%KI)	ES (ANCOVA)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	ES (95%KI)	ES (ANCOVA)
Kjønn								
Mann†	225	-5.4 [-6.1, -4.6]	-9 [-1.1, -.8]		223	-4.3 [-4.9, -3.6]	-9 [-1.0, -.7]	
Kvinne	590	-5.5 [-6.0, -5.1]	-1.0 [-1.1, -.9]	-.06	590	-4.7 [-5.1, -4.4]	-1.0 [-1.1, -.9]	.003
Aldersgruppe								
18-25 år†	122	-6.1 [-7.1, -2.0]	-1.1 [-1.3, -.9]		122	-5.0 [-5.8, -4.2]	-1.0 [-1.2, -.8]	
26-44 år	437	-5.5 [-5.9, -5.0]	-1.0 [-1.1, -.9]	-.09	436	-4.8 [-5.3, -4.4]	-1.0 [-1.1, -.9]	.006
45-67 år	248	-5.5 [-6.2, -4.8]	-1.0 [-1.2, -.8]	-.08	247	-4.3 [-4.9, -3.7]	-9 [-1.0, -.7]	.07
> 67 år	11	-3.0 [-6.4, -.4]	-.4 [-.8, .05]	-.42	11	-.9 [-3.1, 1.3]	-.2 [-.5, .1]	-.63
Utdanning								
Grunnskole†	76	-5.0 [-6.3, -3.8]	-.9 [-1.1, -.6]		76	-4.3 [-5.4, -3.1]	-.8 [-1.1, -.5]	
Videregående skole	370	-5.6 [-6.1, -5.1]	-1.0 [-1.1, -.9]	.32*	369	-4.7 [-5.2, -4.3]	-.9 [-1.0, -.8]	.06
Høyere utdanning	372	-5.6 [-6.1, -5.1]	-1.0 [-1.1, -.9]	.39*	371	-4.7 [-5.1, -4.2]	-1.0 [-1.1, -.9]	.32*
Sivilstatus								
Bor alene†	304	-5.5 [-6.1, -5.0]	-1.0 [-1.1, -.8]		304	-4.4 [-5.0, -4.0]	-1.0 [-1.1, -.8]	
Ikke bor alene	513	-5.5 [-6.0, -5.0]	-1.0 [-1.1, -.9]	-.03	511	-4.8 [-5.2, -4.4]	-.9 [-1.0, -.8]	-.02
Arbeidsstatus								
I jobb uten trygd	326	-5.1 [-5.6, -4.6]	-.9 [-1.1, -.8]	.24*	324	-4.7 [-5.2, -4.2]	-1.0 [-1.1, -.8]	.25*
I jobb med trygd	291	-6.6 [-7.2, -6.0]	-1.2 [-1.4, -1.1]	.33*	291	-5.3 [-5.9, -4.8]	-1.1 [-1.2, -.9]	.34*
Uten jobb med/uten trygd†	194	-4.7 [-5.4, -3.9]	-.8 [-1.0, -.6]		195	-3.6 [-4.2, -3.0]	-.7 [-.9, -.6]	
Henvising								
Selvhenvising†	314	-5.3 [-5.9, -4.7]	-1.0 [-1.1, -.8]		314	-4.7 [-5.2, -4.1]	-.9 [-1.1, -.8]	
Fastlege	329	-6.5 [-7.0, -5.9]	-1.2 [-1.4, -1.1]	.06	328	-5.2 [-5.7, -4.7]	-1.1 [-1.2, -.9]	-.01
Innvandrerbakgrunn								
Ja	72	-5.7 [-5.9, -5.1]	-1.0 [-1.3, -.7]	.13	72	-5.1 [-6.4, -3.8]	-1.0 [-1.3, -.8]	.11
Nei†	752	-5.5 [-7.2, -4.3]	-.9 [-1.0, -.9]		751	-4.6 [-4.9, -4.3]	-.9 [-1.0, -.8]	

* $p < .05$; † referansegruppe (referansegruppe – x); ‡ ES (ANCOVA) henviser til standardisert forskjell i PHQ/GAD ved slutten av behandlingen justert for baseline på tvers av prediktor-kategorien.

Tabell 22. Behandlingskarakteristikker og effekt på depresjon og angst†.

	Depresjon (PHQ)				Angst (GAD)			
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	ES (95%KI)	ES (ANCOVA)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	ES (95%KI)	ES (ANCOVA)
Type behandling								
Veiledet selvhjelp	63	-5.8 [-7.2, -4.3]	-1.2 [-1.6, -.9]	-.10	63	-5.0 [-6.0, -3.9]	-1.1 [-1.5, -.8]	.11
Gruppekurs	102	-3.9 [-4.8, -3.0]	-.7 [-.9, -.5]	-.47*	101	-3.5 [-4.4, -2.7]	-.7 [-.9, -.5]	-.36*
Ansikt-til-ansikt†	473	-6.3 [-6.8, -5.8]	-1.1 [-1.2, -1.0]		473	-5.2 [-5.6, -4.7]	-1.0 [-1.2, -.9]	
Mixed	54	-5.7 [-7.2, -4.2]	-1.0 [-1.3, -.6]	-.19	54	-4.9 [-6.2, -3.6]	-1.0 [-1.4, -.7]	-.16
Varigheten av behandling								
≤5 møter & ≤10 uker†	207	-5.2 [-5.9, -4.5]	-.9 [-1.1, -.8]		206	-4.1 [-4.7, -3.5]	-.9 [-1.0, -.7]	
>5 møter & ≤10 uker	84	-5.2 [-6.5, -3.9]	-.9 [-1.2, -.6]	-.12	84	-4.4 [-5.5, -3.2]	-.8 [-1.1, -.6]	.06
≤5 møter & >10 uker	67	-5.4 [-6.5, -4.3]	-1.0 [-1.2, -.7]	.15	68	-4.7 [-5.7, -3.7]	-.9 [-1.2, -.7]	.14
>5 møter & >10 uker	278	-6.9 [-7.6, -6.3]	-1.3 [-1.4, -1.1]	.23*	278	-5.8 [-6.3, -5.2]	-1.2 [-1.3, -1.0]	.18

* $p < .05$; † referansegruppe (referansegruppe – x); ‡ ES (ANCOVA) henviser til standardisert forskjell i PHQ/GAD ved slutten av behandlingen justert for baseline på tvers av prediktorkategorien.



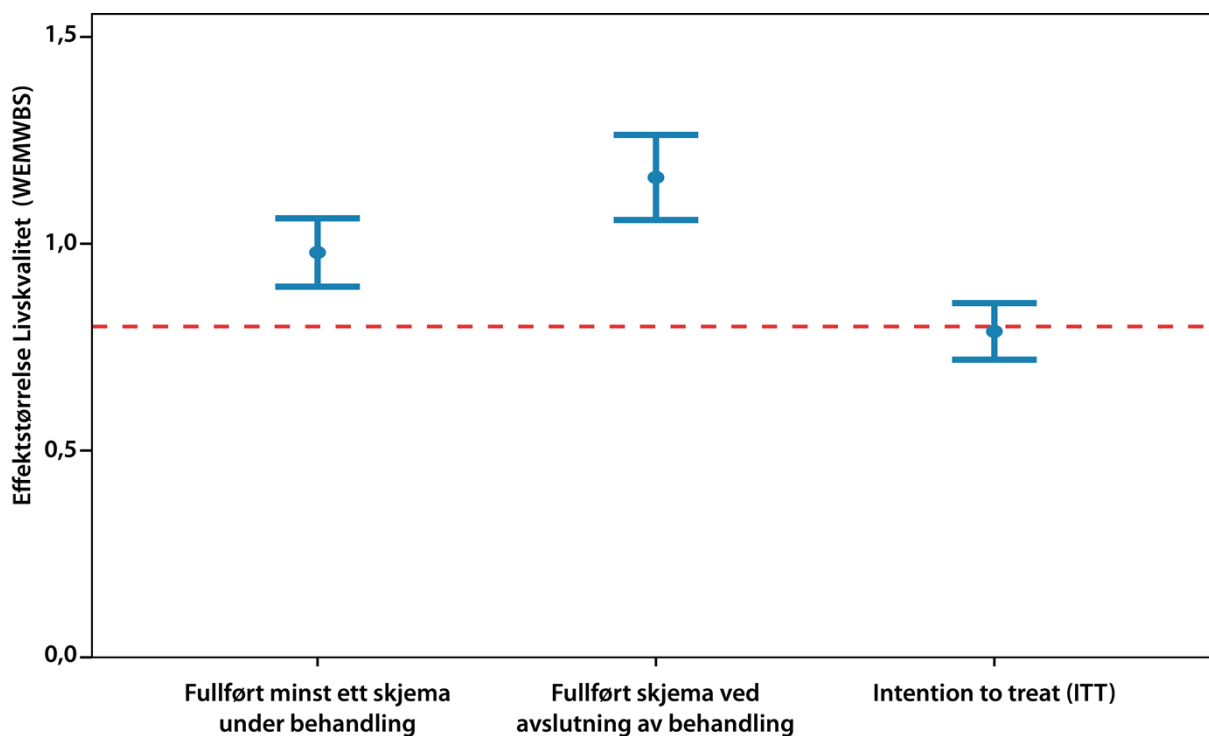
Figur 6. Estimert forløp for symptomer på depresjon og angst i de første 10 ukene av behandlingen for klienter som fikk totalt ≤ 5 møter i ≤ 10 uker (kortvarig, $n=206$) mot klienter som fikk totalt >5 møter i >10 uker (langvarig, $n=278$).

3.2 Livskvalitet

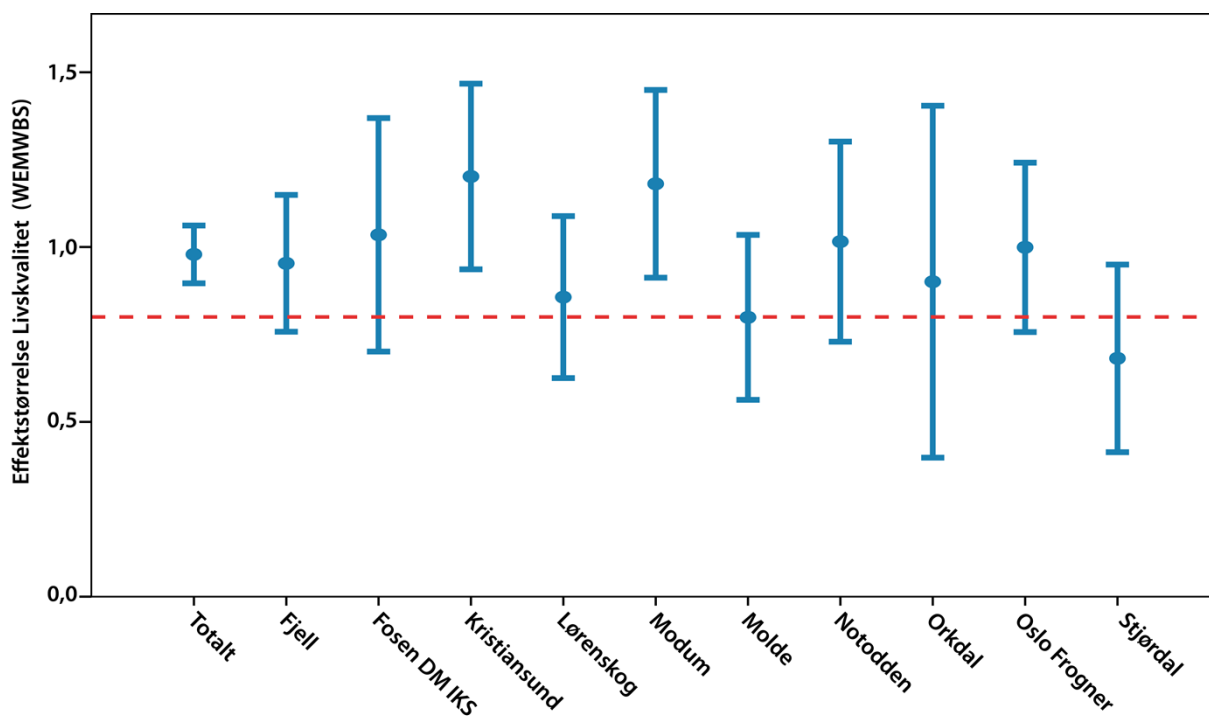
Endring i livskvalitet fra pre- til post-behandling, totalt og på tvers av piloter, presenteres i Tabell 23. Totalt viste klientene en stor forbedring i livskvalitet ($t(821)=25.0$; $p<.001$; Effektstørrelse = 1.0). Effektstørrelsen var stor på tvers av type analyse (henholdsvis Cohens $d=1.0$ dersom minst et fullført skjema under behandling legges til grunn, Cohens $d=1.2$ dersom fullført skjema ved slutten av behandlingen legges til grunn, og Cohens $d=.8$ ved «intention to treat»-analyse, se Figur 7). Forbedring i livskvalitet var videre omtrent like stor på tvers av pilotene (se Figur 8). Smale vertikale linjer (konfidensintervall) indikerer mer presise effektestimater.

Tabell 23. Endring i livskvalitet fra pre til post behandling (WEMWBS)

	≥ Ett oppfølgingsskjema		Fullført avslutningsskjema		Intention to treat	
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)
Totalt	822	4.2 [3.9, 4.5]	623	4.9 [4.5, 5.3]	962	3.6 [3.3, 3.9]
Fjell	127	4.2 [3.4, 5.2]	101	4.7 [3.8, 5.7]	144	3.7 [2.9, 4.6]
Fosen DM IKS	42	4.4 [3.2, 5.4]	31	5.3 [4.2, 6.5]	57	3.2 [2.2, 4.2]
Hurum	14	3.8 [1.1, 6.6]	-	-	18	3.2 [1.2, 5.3]
Kristiansund	105	4.8 [3.9, 5.8]	95	5.2 [4.2, 6.2]	111	4.6 [3.7, 5.5]
Lørenskog	110	3.8 [2.8, 4.9]	82	4.2 [3.0, 5.6]	129	3.3 [2.3, 4.2]
Modum	100	4.8 [3.8, 5.8]	79	5.9 [4.9, 7.1]	116	4.1 [3.3, 5.0]
Molde	84	3.2 [2.0, 4.3]	51	4.9 [3.6, 6.2]	100	2.7 [1.8, 3.6]
Notodden	74	4.4 [3.2, 5.7]	58	4.9 [3.3, 6.4]	87	3.8 [2.7, 4.9]
Orkdal	27	3.7 [1.9, 5.5]	17	4.5 [2.5, 6.4]	35	2.9 [1.4, 4.4]
Oslo Frogner	93	4.6 [3.5, 5.6]	81	4.7 [3.6, 5.8]	104	4.1 [3.2, 5.1]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	13	.5 [-2.2, 2.9]
Stjørdal	37	3.4 [2.3, 4.7]	23	3.7 [2.0, 5.1]	48	2.6 [1.7, 3.7]



Figur 7. Effektstørrelse for endring i livskvalitet stratifisert etter type analyse. Horisontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= .8).



Figur 8. Effektstørrelse for endring i livskvalitet stratifisert etter pilot. Horisontal rød linje markerer referanselinje for en stor effekt (ES= .8).

3.3 Søvn

Ved starten av behandlingen hadde 53.6 % av klientene klinisk signifikante nivåer av insomni (Tabell 6). Ved slutten av behandlingen rapporterte 44.8 % av disse å være friske igjen («recovery rate», se Tabell 24; $OR_{\text{totalt}}=3.3$, 95%KI 2.5 – 4.4). Bedringen i søvn var omtrent like god på tvers av pilotene med unntak av Modum, Orkdal og Stjørdal. McNemar-testen var ikke statistisk signifikant i disse tre pilotene. Selv om «recovery»-raten var sammenlignbar med de øvrige pilotene, var det omtrent like mange klienter som rapporterte en endring fra ikke å ha insomni ved start av behandling til å ha insomni ved oppfølging ($OR_{\text{Modum}}=1.7$ [95%KI .7, 4.2]; $OR_{\text{Orkdal}}=2.0$ [95%KI .4, 12.4]; $OR_{\text{Stjørdal}}=1.0$ [95%KI .2, 5.4]).

Tabell 24. «Recovery rate» for insomni

	≥ Ett oppfølgingsskjema		Fullført avslutningsskjema		Intention to treat	
	N	% (95%KI)	N	% (95%KI)	N	% (95%KI)
Totalt	415	44.8 [40.2, 49.6]	311	48.9 [43.6, 54.4]	496	37.5 [33.2, 41.7]
Fjell	67	38.8 [26.8, 50.8]	51	45.1 [31.1, 58.6]	79	32.9 [23.0, 44.2]
Fosen DM IKS	21	47.6 [25.0, 68.2]†	16	56.3 [33.3, 80.0]†	32	31.3 [15.6, 48.4]†
Hurum	-	-	-	-	12	33.3 [8.3, 62.5]
Kristiansund	62	43.5 [31.0, 55.7]	60	43.3 [30.5, 55.2]	65	41.5 [29.1, 54.1]
Lørenskog	57	50.9 [37.7, 63.8]	44	52.3 [37.8, 67.6]	67	43.3 [32.0, 55.4]
Modum	37	45.9 [30.0, 62.0]*	27	55.6 [37.0, 74.1]*	47	36.2 [21.3, 50.0]*
Molde	41	46.3 [31.1, 61.8]†	24	50.0 [30.0, 70.0]†	51	37.3 [24.5, 51.1]†
Notodden	42	42.9 [28.6, 58.1]	33	48.5 [30.6, 64.9]	49	36.7 [23.4, 51.0]
Orkdal	13	38.5 [12.5, 66.7]*	-	-	15	33.3 [11.1, 60.0]*
Oslo Frogner	44	56.8 [41.5, 70.7]	36	55.6 [40.0, 72.5]	48	52.1 [36.9, 66.7]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	-	-
Stjørdal	16	25.0 [6.7, 50.0]*	-	-	23	17.4 [3.7, 35.0]*

* McNemar test $p>.05$, † McNemar test $p<.05$, for alle andre McNemar test $p<.01$.

3.4 Sosial angst og agorafobi

Totalt rapporterte klientene om en moderat til stor nedgang i symptomer på sosial angst ($t(480)=13.5$; $p<.001$; Effektstørrelse = $-.6$) og en stor nedgang i symptomer på agorafobi ($t(253)=11.2$; $p<.001$; Effektstørrelse = $-.8$). Nedgangen i symptomer på både sosial angst og agorafobi var omtrent like stor på tvers av pilotene (se Tabell 25 og Tabell 26). I Orkdal viste tilgjengelige tall en ikke-signifikant endring i sosial angst. Dette kan i midlertid skyldes et svært lavt antall klienter og at det ikke forelå skjema ved avslutning av behandlingen. Bare klienter som skåret over klinisk grenseverdi på sosial angst og agorafobi ved start av behandling ble bedt om å fylle ut skjema om disse lidelsene under og etter behandling. For noen av pilotene har vi ikke kunnet beregne endring i og effekt på sosial angst og agorafobi, da vi ikke hadde et tilstrekkelig antall klienter med utfylte spørreskjema om symptomer på disse lidelsene.

Tabell 25. Endring i symptomer på sosial angst fra pre- til post- behandling (SPIN)

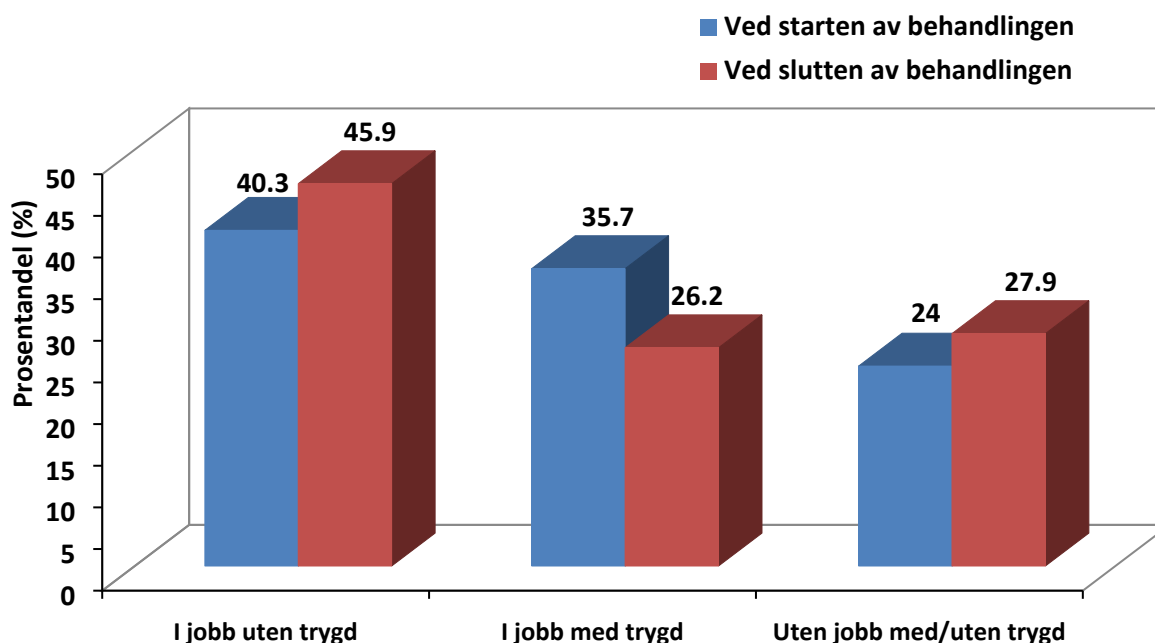
	SPIN_lastobs		SPIN_completed		SPIN_itt	
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)
Totalt	481	-3.9 [-4.4, -3.3]	292	-4.4 [-5.1, -3.7]	682	-2.7 [-3.2, -2.4]
Fjell	80	-3.0 [-4.2, -1.7]	55	-2.9 [-4.2, -1.4]	106	-2.3 [-3.3, -1.4]
Fosen DM IKS	24	-3.0 [-5.6, -.5]	16	-4.0 [-7.2, -1.3]	39	-1.9 [-3.5, -.1]
Hurum	-	-	-	-	12	-3.3 [-6.7, -.3]
Kristiansund	73	-3.5 [-5.0, -2.0]	44	-4.8 [-6.8, -2.7]	90	-2.9 [-4.2, -1.5]
Lørenskog	63	-4.0 [-5.1, -2.9]	46	-3.8 [-5.1, -2.5]	83	-3.1 [-4.0, -2.1]
Modum	59	-3.9 [-5.3, -2.5]	35	-4.1 [-5.7, -2.3]	84	-2.7 [-3.8, -1.7]
Molde	42	-4.7 [-6.5, -3.0]	17	-7.7 [-10.8, -4.6]	68	-2.9 [-4.2, -1.7]
Notodden	43	-4.4 [-6.7, -2.2]	20	-4.2 [-7.5, -.6]	64	-3.0 [-4.6, -1.5]
Orkdal	15	-.4 [-2.9, 1.9]	-	-	27	-.2 [-1.5, 1.2]
Oslo Frogner	54	-5.1 [-7.1, -3.1]	40	-5.9 [-8.6, -3.6]	68	-4.0 [-5.8, -2.2]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	10	-3.8 [-9.2, .5]
Stjørdal	13	-4.5 [-7.2, -1.8]	7	-3.4 [-7.6, .7]	31	-1.9 [-3.4, -.7]

Tabell 26. Endring i symptomer på agorafobi fra pre- til postbehandling (MI)

	MI_lastobs		MI_completed		MI_itt	
	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)	N	Gj.snitts endring (95%KI)
Totalt	254	-8.8 [-10.4, -7.3]	147	-8.6 [-10.6, -6.7]	356	-6.3 [-7.5, -5.2]
Fjell	48	-6.3 [-10.4, -1.4]	33	-4.2 [-9.2, 1.1]	64	-4.7 [-7.9, -1.5]
Fosen DM IKS	15	-5.1 [-11.9, .6]	-	-	24	-3.2 [-7.3, 1.1]
Hurum	-	-	-	-	-	-
Kristiansund	38	-8.6 [-12.5, -4.2]	23	-10.8 [-14.6, -6.9]	45	-7.2 [-10.8, -3.6]
Lørenskog	29	-12.4 [-18, -8.0]	18	-8.8 [-12.8, -5.1]	41	-8.8 [-13.7, -4.9]
Modum	31	-9.7 [-13.1, -6.6]	17	-11.2 [-16.5, -6.1]	47	-6.4 [-9.2, -4.0]
Molde	20	-9.3 [-12.5, -5.9]	10	-8.3 [-13.3, -3.5]	29	-6.4 [-9.4, -3.7]
Notodden	24	-11.4 [-16.3, -6.9]	-	-	35	-7.8 [-11.4, -4.1]
Orkdal	-	-	-	-	13	-1.8 [-5.2, 1.5]
Oslo Frogner	24	-9.8 [-14.7, -4.4]	18	-8.6 [-14.6, -2.3]	28	-8.4 [-13.1, -3.2]
Oslo S. Nordstrand	-	-	-	-	-	-
Stjørdal	-	-	-	-	14	-2.9 [-6.4, .3]

3.5 Arbeidsdeltakelse

Endringen i arbeidsdeltakelse fra pre- til postbehandlingen var statistisk signifikant, både for klienter som fylte ut minst ett skjema ved oppfølging (marginal homogeneity test: $\chi^2(2) = 43.3$; $p < .001$) og for klienter som fylte ut avslutningsskjemaet (marginal homogeneity test: $\chi^2(2) = 41.8$; $p < .001$). På grunn av type test er resultatet i «intention to treat» utvalget per definisjon det samme som for klienter som fylte ut minst ett skjema ved oppfølging. Som vist i Figur 9 ble det observert en økning på 5.6 % [95%KI 2.8 %, 8.4 %] som var i jobb uten trygd ved oppfølging. Denne forbedringen tilsvarer det som ble funnet i de første IAPT- pilotene [16]. Samtidig ble det observert en nedgang på -9,5 % [95%KI -12.3 %, -6.7 %] som var i jobb med trygd og en økning på 3.9 % [95%KI 1.9 %, 5.9 %] som var uten jobb med/uten trygd ved oppfølging. Økningen på 5.6% som er i jobb uten trygd kan i stor grad forklares med at flere deltakere flyttet fra «i jobb med trygd» til «i jobb uten trygd» (10.0 %) i løpet av behandlingen sammenlignet med motsatt retning (3.2 %). Dette resulterte i en netto endring ved slutten av behandling for kategori «i jobb uten trygd» av 10.0 % minus 3.2 %, som tilsvarer 6.8 %. De resterende 1.2 % gikk «tapt» som et resultat av de parvise endringer av «i jobb uten trygd» og «uten jobb med/uten trygd» (se også Tabell 27). Dette innebærer også at økningen på 3.9 % som er uten jobb med/uten trygd ved slutten av behandlingen hovedsakelig kan forklares med at flere flyttet fra «i jobb med trygd» til «uten jobb med/uten trygd» enn vice versa (netto endring = 2.7 %).



Marginal Homogeneity Test

Figur 9. Effekt på arbeidsdeltakelse for utvalget som fullførte minst ett skjema ved oppfølging (N=809), uttrykt i marginale prosent ved starten av behandlingen (blå) og ved slutten av behandlingen (rød).

Tabell 27. Parvise endringer i arbeidsstatus kategorier (N=809).

Status ved starten		Status ved slutten	Antall (%)	OR (95 % KI)
I jobb uten trygd	→	I jobb med trygd	26 (3.2)	3.11 [1.98, 5.05]
I jobb med trygd	→	I jobb uten trygd	81 (10.0)	
I jobb uten trygd	→	Uten jobb med/uten trygd	20 (2.5)	.50 [.21, 1.11]
Uten jobb med/uten trygd	→	I jobb uten trygd	10 (1.2)	
I jobb med trygd	→	Uten jobb med/uten trygd	30 (3.7)	.27 [.11, .60]
Uten jobb med/uten trygd	→	I jobb med trygd	8 (1.0)	

4. Organisatoriske- og implementeringsaspekter ved Rask psykisk helsehjelp

Dette kapittelet baseres hovedsakelig på funn fra intervjuene med terapeutene og prosjektlederne, men inkluderer også perspektivene fra fastleger, NAV-ansatte og lokalpolitikere. Vi vil sammenligne hvordan implementeringen av sentrale aspekter ved RPH beskrives av de to førstnevnte informantgruppene med de tiltenkte retningslinjene av tiltaket utarbeidet av Helsedirektoratet. I del 5.1 vil vi presentere åpne temaer som informantene vektla i sine beskrivelser av organisatoriske aspekter ved implementeringen av RPH. Delene 5.2-5.5 inkluderer de lukkede temaene som informantene spesifikt ble spurt om: inntakskriterier, veiledet selvhjelp, fokus på jobbdeltakelse og lokal videreføring av tiltaket. I neste kapittel vil klientenes perspektiver, og temaer som de selv introduserte, være i fokus.

4.1 Organisering og etablering av en ny tjeneste

En overordnet dimensjon ved organiseringen av RPH var hvorvidt en pilot bygde opp RPH fra bunnen av, eller om RPH ble lagt til en eksisterende helsetjeneste. Generelt var det enklere å «kjenne igjen» RPH i førstnevnte gruppe.

RPH som fysisk ble lagt til et eksisterende helsetjenestetilbud hadde noen klare fordeler: Kompetanse blant ansatte som kunne veksle mellom å jobbe i RPH og i den tidligere jobben sin (altså ansatte med delstillinger i RPH), en eksisterende infrastruktur, innarbeidede rutiner og kjennskap til lokalmiljøet. Intervjuene med prosjektledere og terapeuter tydet samtidig på at det å legge RPH til et eksisterende helsetjenestetilbud også innebar utfordringer. Noen av terapeutene klagde over at det var vanskelig å skille «hvilken hatt» de hadde på seg når de den ene dagen jobbet med relativt ressurssterke klienter med milde depressive symptomer som RPH-ansatt, og neste dag ble nødt til å avvise sykere klienter fordi de ikke var syke nok til å få plass i det eksisterende helsetjenestetilbudet. Rolleforvirring i vekslingen mellom å være terapeut i psykiatritjenesten og i RPH og kontrasten mellom RPH-klienten og den andre klienten i psykisk helsevern var et gjentakende tema blant informantene. Terapeuter i disse pilotene formidlet å oppleve en lojalitetskonflikt mellom de ressurssterke RPH-klientene, som fikk relativt mye øremerket midler, og klienten i psykisk helsevern som trengte mye hjelp, men som det var relativt få midler avsatt til. Unntaksvis var det terapeuter som trakk frem rollevekslingen som RPH/terapeut i kommunen som noe positivt, med begrunnelsen at det innebar variasjon i jobbhverdagen. I noen av disse pilotene var det allerede etablert et lavterskeltilbud til lokalbefolkningen. Disse stedene var kontrastene og rolleforvirringen naturlig nok mindre uttalte.

Pilotene som bygde opp RPH fra bunnen av hadde også utfordringer. De fortalte at de måtte bruke betydelige ressurser på å finne passende lokaler. Noen av pilotene måtte bygge om på lokalene for å lydisolere kontorene bedre, de måtte bruke ressurser på å utarbeide nye rutiner for henvendelser og rekruttere personale og andre ting. En fordel med denne prosessen var at den så ut til å bidra til en sammensveising av teamene. Utarbeiding av nye rutiner så også ut til å bidra til at rutinene ble nærmere i tråd med RPH-modellen, slik den ble utarbeidet av Helsedirektoratet. Generelt formidlet de ansatte ved slike piloter en sterkere RPH-identitet og fremsto tydeligere som en enhet. Et ytterligere kjennetegn ved pilotene som bygde opp RPH fra bunnen av var at prosjektlederne generelt hadde større fokus på struktur, mål og teambuilding.

Forskjeller i infrastruktur mellom pilotene som ble bygget fra bunnen av og de som ble lagt til et eksisterende helsetjenestetilbud medførte at det generelt tok lenger tid før den førstnevnte gruppen piloter kunne ta imot klienter. Når de imidlertid satte i gang med å ta imot klienter, så disse pilotene ut til å ligge tettere opp til RPHs retningslinjer når det gjaldt målgruppe og overholdelse av prinsippet om at en skulle benytte kognitiv atferdsterapi som behandlingsform.

En del av terapeutene som var ansatt i et eksisterende helsetilbud da de fikk en såkalt «tilleggshatt» som RPH-terapeut, så ut til å ha mindre tiltro til kognitiv terapi enn de som hadde blitt ansatt i RPH som et tilbud fra bunnen av. Her var det også en profesjonsdimensjon som trådte frem: Det var flere psykologer blant de som insisterte på å anvende andre terapimetoder enn kognitiv terapi. Det oppsto motsetninger i flere slike piloter når terapeuter uten psykologbakgrunn som gjennomgikk utdanning i kognitiv terapi vendte tilbake til sin arbeidsplass og møtte en psykologkollega som tidvis ikke brukte kognitiv terapi i RPH. Unntaksvis ble disse motsetningene til konflikter. I disse tilfellene hevdet psykologene at deres kolleger var blitt mer rigide og «frelste». Terapeutene uten psykologbakgrunn fortalte på sin side om psykologer som de mente undergravde RPH og var illojale mot tiltakets retningslinjer. Slike uttalte konflikter skjedde ved piloter der andre sider ved teamet heller ikke fungerte optimalt. Samtidig som intervjuene indikerte en viss grad av motvilje mot kognitiv atferdsterapi som eneste behandlingsform i RPH, viste resultater fra terapeutskjemaer at denne behandlingsformen ble brukt 89 % av tiden. I tillegg ble det ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom psykologer og terapeuter med en annen faglig bakgrunn med hensyn til i hvilken grad kognitiv atferdsterapi ble brukt som tilnærming (begge 89 %).

Når det gjaldt implementering viste det seg at RPH var et komplekst tiltak å iverksette. Det ble stilt mange krav som pilotene var forventet å imøtekomme i løpet av pilotperioden. Disse innebar blant annet utarbeiding av nye rutiner; utforming av inntaksskjemaer, informasjonsmateriell og nettsider; utdanning og veiledning av personalet; implementering av jobbfokusert behandling og symptommålinger under behandling; deltakelse i forskningsprosjekt; utvikling av veiledet selvhjelpsmateriell og rutiner; utvikling eller tilpasning av gruppekurs; og samarbeid mellom fastleger, NAV, Frisklivssentraler, DPS og lokalpolitikere. Sett i forhold til alt dette, kan det gjerne forventes at det vil oppstå en del variasjon i hvordan pilotene har imøtekommet disse kravene, samt at de har valgt å fokusere mest på noen oppgaver og delvis overse andre.

4.2 Inntakskriterier

Rask psykisk helsehjelps målgruppe er «voksne (over 18 år) med ulike angstproblemer og milde eller moderate problemer med depresjon, eventuelt med søvnproblemer i tillegg» [21]. Et annet kriterium som pilotene forholdt seg til i praksis var at klienter skulle ha bostedsadresse i den kommunen eller bydelen der de ønsket å få RPH-behandling. Intervjuene avdekket en viss variasjon i hvordan inntakskriteriene ble benyttet av de ulike RPH-pilotene. Generelt ble inntakskriteriene opplevd som utflytende eller uklare. Det gjaldt spesielt i starten av implementeringsprosessen og på tvers av informantgrupper (terapeuter, prosjektledere, fastleger og NAV-ansatte).

Da de første RPH-pilotene skulle utforme tiltaket i sin lokale kommune eller bydel, ble Helsedirektoratet forespurt om å lage en veiledning for implementeringen av tiltaket. Resultatet ble veiledningsnotatet «Rask psykisk helsehjelp-12 pilotkommuner», som ble distribuert til pilotene.

Denne veiledningen ble et hoveddokument for utformingen av de lokale RPH-tjenestene og ble trukket frem som et viktig dokument av prosjektledere og terapeuter i flere av intervjuene.

I Helsedirektoratets veiledning står det at «... det [skal] gjøres en vurdering av hvorvidt klienten er i målgruppen for RPH eller ikke, utfra symptomnivå. Hvis klienten trenger diagnostisering/behandling i spesialisthelsetjenesten, skal han/hun henvises dit gjennom fastlege» ([21]; s. 18). Eksempler på potensielle eksklusjonskriterier er psykose, bipolar lidelse, personlighetsforstyrrelser og rusproblematikk.

Når det gjelder faktorer som tilsier henvisning til spesialisthelsetjenesten/DPS, nevnes følgende: Dårlig eller ufullstendig utbytte av behandling, tilbakefallsepisode innen ett år, høy selvmordsrisiko, klientens uttrykkelige ønske om henvisning og nedsatt evne til egenomsorg. I tillegg nevnes faktorer som tilsier hastehenvisning til akutt psykiatrisk helsevern, hvor blant annet selvmordsplaner og alvorlig risiko for suicidal adferd trekkes frem.

Hvilke klienter ble tatt inn til RPH ifølge intervjuer?

Generelt nevnte prosjektledere og terapeuter at rutinene for å vurdere hvorvidt klienter som tok kontakt med RPH faktisk var i målgruppen var mer utflytende i starten av etableringen av RPH, enn utover i pilotperioden. Dette ble begrunnet med at pilotene hadde stor frihet til å utforme tjenesten selv, og at dette utformingsarbeidet foregikk samtidig med at pilotene begynte å ta imot klienter. Dette medførte blant annet at noen klienter først fikk beskjed under første behandlingstime om at de ikke kunne få et tilbud fordi de ikke tilhørte målgruppen. Terapeutene som fortalte om slike opplevelser, beskrev det å avvise klienter såpass sent som en systemsvikt. Slike erfaringer førte til at rutinene for å ta imot klienters henvendelser ble innskjerpet og eksklusjonskriterier ble gjennomgått ved første kontakt med klienten. Denne innskjerpingen gjaldt spesielt klienter med bosted i en annen kommune/bydel enn piloten de henvendte seg til og klienter yngre enn 18 år.

Etter hvert ble rutiner for å bruke inntaksskjema som en første «screening» før eventuell vurderingssamtale satt i system på tvers av pilotene. Noen prosjektledere gikk sammen for å utarbeide felles inntaksskjemaer, og noen delte nyttige rutiner med pilotsteder som hadde kommet kortere i etableringsprosessen. Mange sa at det var mye som måtte læres underveis i forbindelse med etableringen av RPH, og det var et gjentakende tema at det ble mye prøving og feiling når det gjaldt rutiner og skjemaforming. Et annet fremtredende tema var at flere skulle ønske større erfaringsutveksling og -overføring på tvers av pilotene tidligere i implementeringsprosessen. En av prosjektlederne beskrev sin motivasjon for å hjelpe nye piloter i etableringen som å unngå å «finne opp hjulet på nytt gang på gang».

Prosjektledere og terapeuter trakk også frem at jo lenger klientene hadde hatt kontakt med RPH og håpet på å få hjelp, desto vanskeligere var det å henvise klienter videre. For det første ønsket de ikke at klienten skulle oppleve å bli en kasteball mellom RPH, fastlege og DPS. For det andre hendte det at RPH-ansatte visste at de ikke kom til å få hjelp i en «sprengt» DPS, der terskelen for å få hjelp var veldig høy. Dermed hendte det at RPH-ansatte tok imot klienter som hadde mer alvorlig problematikk enn «mild til moderat» depresjon. En prosjektleder fortalte også om en klient som hadde vært suicidal og fikk hjelp i RPH. Ifølge Helsedirektoratets veiledning skulle klienten ha vært henvist til akutt psykiatrisk helsevern. Ifølge prosjektleder fikk klienten god hjelp ved RPH og ble etter hvert ferdig behandlet ved tjenesten.

En klient ved en annen pilot som beskrev at han hadde vært i psykiatrisk helsevern gjentatte ganger, fortalte at det først var da han fikk behandling i RPH at han klarte å gjøre seg nytte av verktøyene behandlerne lærte ham. Ifølge ham selv skyldtes dette to forhold: For det første at han var betraktelig sykere da han først kom inn i psykiatrisk helsevern og med det lite mottakelig for å lære seg verktøy. Når han begynte å merke bedring i psykiatrisk helsevern, ble han utskrevet. For det andre opplevdes verktøyene i RPH veldig konkrete og systematiske. Det var lett å følge med på hva man skulle lære, og hvordan, og dette ble gjentatt så mange ganger at det forsterket læringsprosessen.

RPH-terapeuter fortalte at de mistenkte noen fastleger for å henvise klienter til RPH slik at de selv unngikk å utrede for viderehenvisning til DPS. Noen piloter hadde klare rutiner med hensyn til hva de gjorde i slike tilfeller, for ikke å bli «misbrukt» av fastlegen. Andre fortalte at de var så overarbeidede at de ikke fikk til å prioritere å ta en telefon til fastleger som systematisk henviste klienter utenfor målgruppen til RPH. Fastleger på sin side etterlyste enda enklere informasjonsmateriell om RPH. De foreslo ett enkelt A4 ark, heller enn en hel brosjyre, som kunne henges opp på kontoret med kort informasjon om RPH, kontakttelefon og målgruppe.

Inntakskriteriene endret seg også innenfor den samme piloten under prosjektperioden. Terapeuter og prosjektledere mente at rutinene ble innskjerpet etter hvert som målgruppens definisjon ble gjentatt gjennom veiledningsmateriell, ved RPHs nettverkssamlinger, i møtet med andre piloter og i møtet med forskerne tilknyttet denne evalueringen.

Oppsummert ble følgende grunner nevnt av prosjektledere og terapeuter til at inntakskriteriene ikke alltid samsvarte med RPHs målgruppe: Uklare retningslinjer fra Helsedirektoratet (spesielt i starten av prosjektet), manglende alternative tilbud til klienter utenfor målgruppen og manglende rutiner (spesielt i starten) når det gjaldt organisering av inntaksskjemaer, inntakssamtaler og henvisningsrutiner.

Det at pilotene var fleksible i å utforme egne rutiner hadde fordelaktige sider, som at pilotene kunne tilpasse sin utgave av RPH ut fra lokale forhold og behov. Samtidig var det ulempene ved denne fleksibiliteten som ble fremtredende i intervjuene med terapeuter og prosjektledere. Ut fra informantenes beskrivelser kunne det vært ønskelig at rutiner og henvisningsskjemaer i større grad var ferdig utarbeidede fra Helsedirektoratet i forkant av lokale implementeringer av RPH.

4.3 Bruk av veiledet selvhjelp

Bruk av veiledet selvhjelp står sentralt i modellene til både IAPT og RPH. Det var tenkt at veiledet selvhjelp skal omfatte mesteparten av behandlingen i RPH. Dette fordi veiledet selvhjelp ideelt sett skal frigjøre terapeuttid slik at behandlere kan nå flere klienter som trenger hjelp. Dersom veiledet selvhjelp ikke utgjør en betydelig del av tilbudet i RPH i en pilot er det derfor viktig å undersøke grunnene til dette. I tillegg er det viktig å undersøke hvorvidt veiledet selvhjelp ser ut til å fungere som et lavintensivt tilbud i RPH.

Omfanget av veiledet selvhjelp i RPH på tvers av piloter

Som vi ser i Tabell 16 utgjorde veiledet selvhjelp kun en beskjeden andel av det totale behandlingstilbudet i pilotene. I tillegg kan vi ut fra intervjumaterialet stille spørsmål til hvor «ren» den veiledede selvhjelpen som rapporteres i evalueringen var. I intervjuene beskrev de fleste

terapeutene og prosjektlederne at den veiledete selvhjelpen som ble tilbudt var omtrent like terapeutintensiv som individuell terapi. RPH-ansatte fortalte at det spesielt i starten av pilotperioden var utfordringer knyttet til utviklingen av det veiledede selvhjelpstilbudet deres. Én barriere var at mesteparten av fokuset i utdanningen ble viet individuell terapi. Materialet som ble utviklet av Kognitivforeningen til bruk i veiledet selvhjelp var tilgjengelig fra våren 2014, men en del terapeuter opplevde det som vanskelig å omstrukturere og kombinere disse til en helhetlig veiledet selvhjelpspakke, og å systematisere dette selv:

«Dumt med «finn ut selv» [som strategi]...,[RPH] burde hatt strammere modeller og konkret verktøy.»

Terapeut

Noen piloter, som Fosen og Molde, endte opp med å sette av tid til å utvikle eller sette sammen egne materiellpakker for veiledet selvhjelp. Molde la også ut sine selvhjelpspakker (depresjon, angst og søvnvansker) på sin nettside slik at de var tilgjengelige til alle som var interesserte. Noen piloter nyttiggjorde seg av disse pakkene og brukte dem i sitt arbeid, mens andre terapeuter ikke kjente til disse ferdig sammensatte selvhjelpspakkene før et nasjonalt NAPHA-møte i november 2015.

Hvordan fungerer veiledet selvhjelp ut fra terapeutenes og prosjektledernes ståsted?

Det var stor forskjell på hvordan pilotene strukturerte tilbudet om veiledet selvhjelp, spesielt i etableringsfasen av RPH. Noen piloter hadde gode rutiner for bruk av veiledet selvhjelp, men det var forskjell også innad i pilotene og mellom terapeutene som ble intervjuet. Noen terapeuter var fortrolige med veiledet selvhjelp, mens andre var usikre med hensyn til hvordan de skulle gå frem. I tilfellene de var usikre, ble ofte veiledet selvhjelp nedprioritert fremfor «vanlig terapi», det vil si ansikt-til-ansikt terapi.

Temaene som gikk igjen som forklaring på lite bruk av veiledet selvhjelp blant terapeutene var: manglende opplæring og struktur på selvhjelpsheftene, manglende ressurser til å øve seg på veiledet selvhjelp i en hektisk hverdag og synet på veiledet selvhjelp som en mindre viktig/omsorgsfull/slagkraftig behandling.

Når det gjaldt manglende struktur på selvhjelpsheftene og opplæring i veiledet selvhjelp, var det et mønster at flere oppfattet veiledet selvhjelp som en kompetanse eller metode de ikke fullt mestret. Andre uttrykte behov for mengdetrening for å bli flinke i veiledet selvhjelp, men opplevde at den hektiske hverdagen medførte at det var lettere å gjøre det de hadde øvd seg mest på under utdanningen og i praksis i etterkant: Ansikt-til-ansikt terapi. Det interessante var at for flere av terapeutene som ble intervjuet, og som opplevde motstand mot å prøve ut veiledet selvhjelp, ble veiledet selvhjelp oppfattet som noe de måtte lære helt fra scratch:

«Det blir med vanen. Du gjør det som du er mest vant til når du møter klienten.»

Terapeut

Andre terapeuter fortalte at de, tross motstand mot å prøve ut veiledet selvhjelp, måtte kaste seg ut i det etter hvert som de innså hvor lite veiledet selvhjelp deres pilot tilbød sine klienter. Dette for å etterkomme RPHs målsetting om å tilby mer lavintensiv behandling og nå flere klienter. Ved en pilot var det en terapeut som utmerket seg når det gjaldt veiledet selvhjelp og «var så flink» ifølge sine kolleger. Hun satte av en dag i uka kun på veiledet selvhjelpstimer. Da satt hun i telefon hele arbeidsdagen og fikk dermed laget seg en struktur og rutine på veiledet selvhjelpsbehandling. Flere av disse terapeutene opplevde å få «overraskende positive resultater» med hensyn til behandlingen etter å ha prøvd ut veiledet selvhjelp. De forklarte dette med at man gjennom telefonkontakt kom fortere til poenget, og videre at veiledet selvhjelp særlig var praktisk for klienter som bodde langt fra RPH-kontoret eller som vegret seg mot å bli sett av naboer på et sted der man søker hjelp for psykiske problemer.

Det var også overraskende for flere av terapeutene som opprinnelig vegret seg mot å bruke en behandling som ble sett på som «annenrangs» sammenlignet med ansikt-til-ansikt terapi, at klienttilfredsheten virket å være tilnærmet lik som for ansikt-til-ansikt terapi. Samtidig var det noen som mente at klientene kunne oppleve et tilbud om veiledet selvhjelp som en bagatellisering av deres problemer:

«Veiledet selvhjelp har en plass i RPH, men [er] ikke for alle: Ikke for de som ikke leser eller har relasjonelle problemer [...]»

Terapeut

«Selv om veiledet selvhjelp kan brukes i større omfang enn i dag, er det viktig å være åpen for at den ikke passer alle. Dette bør vurderes i hvert enkelt tilfelle og krever en «smidig og raus» terapeut.»

Terapeut

Andre terapeuter mente at klienter som ringte hadde en forventning om å få ansikt-til-ansikt terapi allerede da de ble henvist av fastlegen.

«Vi tror klientene vil se oss. At det er bare «face-to-face» som gjelder. [...] Men de trenger ikke se ansiktet vårt for å få noe ut av behandlingen.»

Terapeut

Hvordan fungerer veiledet selvhjelp sett fra klientenes ståsted?

På spørsmål om de hadde fått veiledet selvhjelp, var de fleste klientene uforstående: "Hva er det?", lurte de på. I og for seg var ikke dette problematisk med tanke på at det kanskje kun var begrepet som var ukjent. Kanskje de ikke visste navnet på noe de hadde gjort i praksis? Generelt viste dette seg ikke å være tilfelle da veiledet selvhjelp ble beskrevet via oppfølgingsspørsmål: De fleste klientene hadde faktisk ikke mottatt veiledet selvhjelp, men beskrev snarere at de hadde fått ansikt-til-ansikt terapi og/eller gruppekurs.

En del klienter sa de hadde fått tildelt og lest «noen skriv», som henspilte på heftene utarbeidet av Kognitivforeningen. De hadde fått heftene, oftest i starten av terapien, men hadde samtidig jevnlig møter med terapeutene. En slik kombinasjon gjør det vanskelig å betegne denne formen for terapi som lavintensiv.

Noen klienter fortalte at det var vanskelig å bruke heftene, at de var krevende i en hektisk hverdag:

«...jobbet aldri med dem på grunn av «hus, barn og sånt.»

Klient, mann

En klient som hadde fått veiledet selvhjelp, fortalte på sin side om en god mestringsfølelse over å være sin egen terapeut:

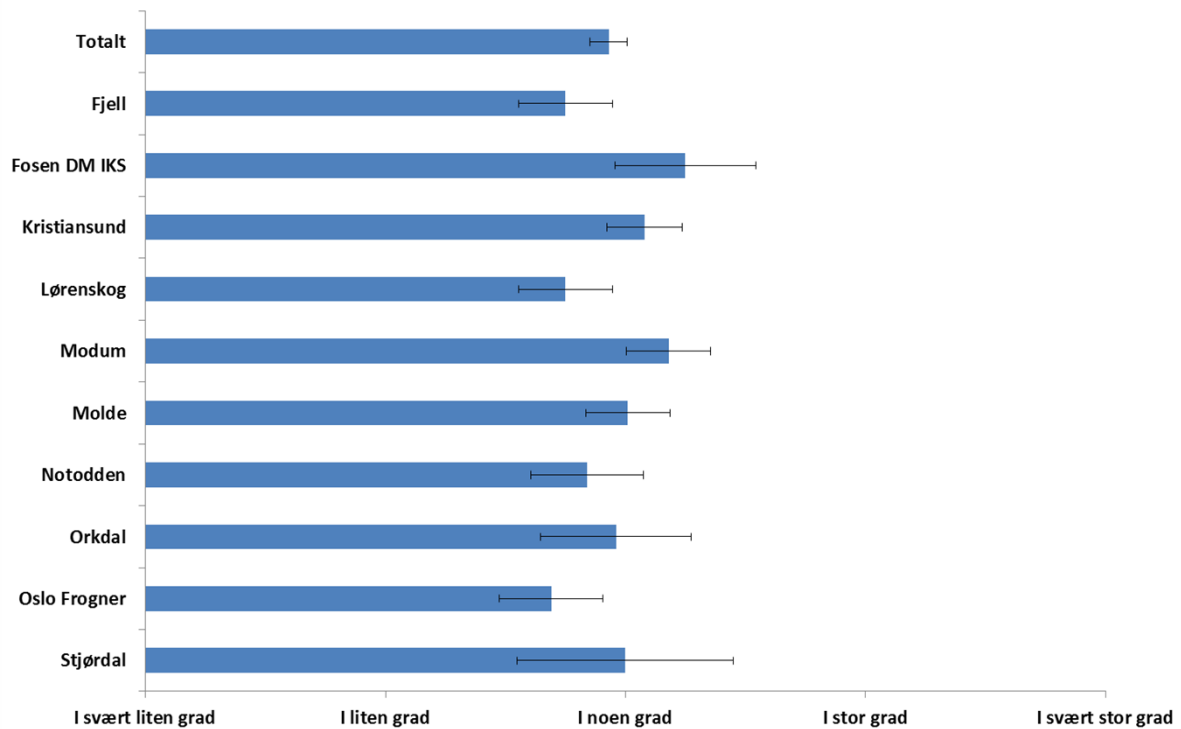
«Så lenge det ikke er krise, har jeg ikke noe imot å jobbe selv med oppgaver og møte terapeuten innimellom.»

Klient, kvinne

Oppsummert viste funn både fra kvantitative terapeutskjemaer og kvalitative intervjuer av terapeuter, prosjektledere og klienter at veiledet selvhjelp kun utgjorde en beskjeden andel av behandlingstilbudet ved RPH. I tillegg var en gjentakende tilbakemelding fra terapeut- og prosjektlederintervjuene at den veiledelede selvhjelpen som ble gitt var minst like ressurskrevende som ansikt-til-ansikt-terapi. Følgende tema gikk igjen som forklaring på lite bruk av veiledet selvhjelp blant terapeutene: manglende opplæring og struktur på selvhjelpsheftene, manglende ressurser til å øve seg på veiledet selvhjelp i en hektisk hverdag og synet på veiledet selvhjelp som en mindre verdifull behandling. Samtidig fortalte flere av terapeutene som hadde prøvd ut veiledet selvhjelp om overaskende positive resultater med behandlingstilbudet.

4.4 Fokus på jobbdeltakelse

I denne delen vil fokus på jobbdeltakelse som del av RPH-behandlingen presenteres ut fra terapeutenes og klientenes ståsted. Deretter vil vi sammenligne disse ståstedene og presentere eksempler på vellykket samhandling rundt klientenes jobbdeltakelse. For hver klient ble terapeuter ved slutten av behandlingen spurt om i hvilken grad de har hatt fokus på jobb under behandlingen. Som vist i Figur 10 hadde terapeuter i noen grad fokus på jobb under behandlingen. Figuren viser også at variasjonen på tvers av pilotene var begrenset. Spørsmålet om fokus på jobb ble også stratifisert etter arbeidssituasjonen ved baseline. For klienter som var i jobb med trygd ved baseline var fokus på jobb under behandlingen (Gj.snitt = 3.2; 95% KI 3.1, 3.3) litt høyere enn for klienten som var i jobb uten trygd (Gj.snitt = 2.8; 95% KI 2.8, 3.0) eller uten jobb med/uten trygd (Gj.snitt = 2.7; 95% KI 2.6, 2.9). Forskjellene var imidlertid ikke store.



Figur 10. I hvilken grad var terapien fokusert på arbeidssituasjonen?

Terapeutperspektivene: Jobb som et selvfølgelig tema i behandlingen

Da terapeutene ble spurt om hvorvidt klientenes arbeidssituasjon var et tema i behandlingen, nevnte de fleste at jobb var et naturlig og «selvfølgelig tema». Flere understreket at klienters jobbdeltakelse gikk hånd i hånd med behandlingen, siden arbeid er fordelaktig for den psykiske helsen.

Et mindretall av terapeutene fordelte seg på to ytterpunkter vedrørende fokuset på jobbdeltakelse i RPH- behandlingen. De som tilhørte det ene ytterpunktet ytret skepsis mot et (enda) større fokus på jobb. Disse terapeutene nevnte at et slikt jobbfokus i noen tilfeller kunne skade relasjonen mellom terapeut og klient. Eksempler på slike tilfeller kunne være klienter med en problematisk arbeidssituasjon, som å være i konflikt med en på jobben, eller der terapeuten vurderte at andre områder måtte fokuseres på først i behandlingen.

Det andre ytterpunktet besto av terapeuter som hevdet at jobbfokuset var «noe av det mest positive ved RPH». Dette begrunnet terapeutene med at de opplevde å hjelpe klientene ved å følge opp jobbdeltakelse, at eventuelle unngåelsesstrategier kunne utfordres direkte og at klientene fikk en mer helhetlig oppfølging gjennom nærmere samarbeid med eksempelvis fastleger og NAV-ansatte. Et slikt samarbeid mellom klient, terapeut og fastlege så, ifølge disse terapeutene, ut til å kunne ha helsebringende følger for klienten. (se «Hva ser ut til å øke jobbfokus?» for en nærmere beskrivelse).

Klientperspektivene: Jobbdeltakelse som en hovedsakelig irrelevant eller fraværende del av behandlingen

Alt i alt tydet klientintervjuene på at jobbdeltakelse ikke ble oppfattet som sentralt i behandlingen. Klientene begrunnet dette enten med at «det var så mange andre problemer å ta tak i» at terapeuten ikke fant tid til å fokusere på jobbdeltakelse, eller at det opplevdes som irrelevant å snakke om jobb. Det sistnevnte gjaldt hovedsakelig for klienter som var i permisjon, pensjonerte eller uføre, eller som var i full jobb under behandlingen og ønsket dette selv. For klientene som var i foreldrepermisjon eller var uførepensjonerte, viste det seg samtidig at jobb var et tema som de grublet en del på og bekymret seg for. Intervjuene avdekket at noen av klientene som tilsynelatende fortalte at temaet jobbdeltakelse var irrelevant på grunn av deres arbeidsstatus, så ut til å unngå temaet fordi de gruet seg til å komme tilbake i jobb (permisjon), eller på grunn av et selvopplevd stigma knyttet til det å være arbeidsufør:

«Viktig å la temaet jobb ligge. Fordi det er mye skam. Og jeg må legge det på vent frem til at jeg føler at jeg kan begynne en gang å jobbe. Slitsomt å lure på hva man kunne ha klart.»

Mann, depresjon og angst

Selv om denne klienten fortalte at han som nylig ufør ikke ønsket å snakke om jobb i terapissammenheng, kunne nettopp en åpenhet rundt temaet tenkes å ha bidratt til å dempe skammen hans.

Også for noen av klientene som var i full jobb under behandlingen, kunne det, sett ut fra det som fremkom intervjuene, ha vært hensiktsmessig å følge opp jobbsituasjonen i større grad enn det som

ble gjort. Klientene som var i full jobb beskrev jobb som mestring, «terapi» eller flukt fra vonde tanker. En måte å øke jobbfokus kunne for eksempel ha vært å følge opp hvorvidt klienten har mulighet til å be om tilrettelegging av arbeidsoppgaver i en periode, eller fleksibilitet med hensyn til arbeidstid- og mengde. En klient beskrev sin jobbsituasjon slik:

«Jeg jobbet hele veien [under behandlingen]. Jeg jobber i en avdeling med en leder som har sett meg. Fikk lov til å være på kontoret [i stedet for å ta imot mennesker] og gråte av og til.»

Kvinne, depressive symptomer og samlivskrise.

En annen klient, som jobbet fullt under hele behandlingen, beskrev sin jobbsituasjon som svært utfordrende da han valgte å skjule problemene sine:

«Har vært i jobb hele veien, men det var plagsomt. Ubehagelig. Jeg prøvde å unngå situasjoner, og følte meg dum når kolleger ikke forsto hva jeg holdt på med.»

Mann, panikkangst

Hva ser ut til å fungere for å øke jobbfokus?

Vedrørende spørsmålet om jobbfokus var det generelt ikke samsvar mellom det dominerende temaet i terapeutintervjuene (om at fokus på jobbdeltakelse i behandlingen var en selvfølge) og det dominerende temaet i klientintervjuene (om irrelevansen eller fraværet av fokus på jobbdeltakelse i behandlingen). Noen forklaringer på denne diskrepansen kan være at terapeutenes forsøk på å følge opp klientenes jobbdeltakelse ikke ble oppfattet av klientene, eller at terapeutene faktisk hadde mindre fokus på jobbdeltakelse i behandlingen enn de selv trodde eller fortalte i intervjuene. Uansett grunn til manglende samsvar tyder intervjumaterialet på at det er rom for å øke fokuset på jobbdeltakelse i RPH-behandlingen.

Noen piloter var veldig bevisste på at jobbdeltakelse var sentralt i RPH og dette viste seg å være sterkt forankret hos prosjektleder og de ansatte. Ved besøk hos én av disse pilotene sto hovedmålene deres, «Bedre psykisk helse og større arbeidsdeltakelse for klientene», skrevet med store bokstaver i oppholdsrommet slik at alle ansatte daglig ble minnet om hva de jobbet for. I disse pilotene var prosjektleder og terapeuter bevisste på å bruke arbeidsdeltakelse for å legitimere RPH ovenfor politikere. Andre steder var preget av store strukturelle utfordringer med hensyn til implementeringen av RPH. Dette gjaldt typisk også fokus på arbeidsdeltakelse. I disse pilotene virket det mer eller mindre tilfeldig om terapeuten så på jobbdeltakelse som noe som var viktig å følge opp. Noen av terapeutene ved disse pilotene svarte med irritasjon på spørsmålet om fokus på jobbdeltakelse, som om dette var et forstyrrende element, og ikke en essensiell del av behandlingen de tilbød. Samtidig viser figur 10 relativt liten variasjon mellom pilotene når det gjelder fokus på arbeidslivsdeltakelse. Denne

diskrepansen kan antyde at terapeutenes uttrykte holdning til jobbfokusert terapi og strukturelle forhold ved en pilot ikke nødvendigvis predikerer faktisk grad av jobbfokus i terapien.

Gode rutiner for samarbeid med fastleger og NAV-ansatte for å bistå klienten i å komme tilbake i jobb ble sjeldent nevnt i terapeutintervjuene, noe som tyder på at det her ligger et potensiale til økt samarbeid. En klient fortalte:

*«Kan ikke huske at vi [fastlegen og jeg] diskuterte sykmelding med terapeuten.
Var bare noe fastlegen gjorde [...]»*

Kvinne, depresjon.

Klienten fortalte at fastlege og RPH-terapeut ikke hadde snakket sammen da sykmeldingen ble skrevet ut og at den manglende kommunikasjonen mellom fastlege og terapeut også fortsatte under behandlingen. Hun mente RPH-behandlingen var til hjelp, men at hun i ettertid så at det kunne ha vært bra med mer kontakt med jobben da hun var sykmeldt:

*«Det kunne ha vært fint å ha blitt oppmuntret til å spise lunsj 1-2 ganger i uka.
[Det] kunne kanskje ha hjulpet mot isolasjonen.»*

En terapeut som hadde godt samarbeid med fastleger beskrev det å ha slikt samarbeid som optimalt for klienten. Dette fordi terapeut og fastlege ble holdt orienterte om klientens progresjon i behandlingen, hvorvidt det var behov for medisineringsstopp (eksempelvis ved angsteksponeringsterapi) og hvorvidt det var frarådet at klienten ble fulltidssykmeldt. Terapeuter og fastleger uten slik kommunikasjon kan altså gå glipp av informasjon som er viktig for progresjon i behandling og for jobbdeltakelse.

Flere av terapeutene og klientene som ble intervjuet beskrev imidlertid at terapeut hadde tilbudt å bli med klienten i samtaler med arbeidsgiveren. Dette ble beskrevet i både terapeut- og klientintervjuene som et tilbud med positive ringvirkninger for relasjonen mellom terapeut og klient. Ut fra intervjuene ser det ut til at det var relativt få klienter som takket ja, men mange som uttrykte at de satte pris på tilbudet.

Oppsummert ble det på den ene siden funnet en uoverensstemmelse mellom terapeutenes og klientenes perspektiver på jobbfokus i behandlingen, der terapeuter i langt større grad enn klientene fortalte om jobbfokus som naturlig og faktisk del av terapien. På den andre siden rapporterte terapeutene via spørreskjemadata kun i noen grad å ha fokus på jobb i behandlingen, noe som stemte godt overens med funnene fra klientintervjuene. Samlet sett indikerer funnene et potensiale for økt fokus på jobbdeltakelse, samt hevet kompetanse på arbeid og psykisk helse blant terapeutene. Intervjumaterialet tyder også på at økt samarbeid mellom ulike samarbeidspartnere som fastleger, NAV-ansatte og terapeuter kan være gunstig for klientenes helse og deltakelse i arbeidslivet. Hvorvidt det er ønskelig at terapeutene i RPH bruker mer ressurser på å fokusere på

jobb i videreføringen av RPH kan samtidig problematiseres. Et mindretall av terapeuter hevdet at et økt jobbfokus i verste fall kunne være et hinder for en god allianse mellom terapeut og klient, eller oppleves som et press i en situasjon der klienten allerede følte seg utbrent. Ingen av de intervjuede klientene løftet dette perspektivet opp. At klientene ikke nevnte dette, kan imidlertid like gjerne skyldes at få opplevde fokus på jobbdeltakelse som at slike situasjoner ikke forekommer.

4.5 Lokal videreføring av Rask psykisk helsehjelp

Ifølge retningslinjene fra Helsedirektoratet er lokal videreføring av RPH en forutsetning for videre drift etter tilskuddsperioden [21]. Dette har medført at en del av ressursene knyttet til implementeringen av RPH har blitt brukt til å drive lobbyvirksomhet for å sikre lokal forankring etter pilotperioden. Pilotene i RPH varierte med hensyn til grad av politisk forankring ved oppstart av RPH, grad av utskiftning av politikere eller talspersoner som jobbet for RPHs videreføring i starten av prosjektperioden og sist, men ikke minst varierte pilotene med hensyn til romsligheten i kommunens eller bydelens budsjett. Disse aspektene fremsto som de sentrale i spørsmålet om lokal videreføring.

Prosjektlederperspektivene: begrense uro og sikre kontinuitet

En del av prosjektlederne formidlet et syn på usikkerheten knyttet til RPH som prosjekt som noe åpenbart og forventet. Usikkerheten ble betegnet som en naturlig del av det å drive et prosjekt. Samtidig som rekrutteringsvansker og høy turnover var forventet, var det forskjell på hvor mye støy dette skapte på tvers av pilotene. Fellestrekk ved pilotene der uro knyttet til usikkerhet ikke hadde skapt problemer, samtidig som viktige sider ved RPH hadde blitt implementert, var: struktur i prosjektledelsen, god kommunikasjonsflyt mellom ledelse og ansatte, generell tillitt til prosjektleder og en åpen prosess i teamet i forkant av implementeringen av RPH. Det sistnevnte, åpen prosess i forkant av implementeringen av RPH, var relevant for pilotene som hadde en etablert psykisk helsetjeneste før RPH ble implementert som en tilleggstjeneste som teamet (eller deler av det) skulle arbeide med. Slike piloter var unntaksvis preget av et høyt konfliktnivå. Konflikten gikk hovedsakelig på hvordan RPH burde organiseres, hvor mange ansatte som kun skulle jobbe med RPH, og ansatte som opplevde at nye rutiner ble tredd ned over hodet på dem. Generelt så det imidlertid ut til å være en mer fremtredende fallgrube for disse pilotene at viktige aspekter ved RPH ikke ble implementert enn at konfliktnivået i teamet eskalerte.

For å kompensere for usikkerheten knyttet til stillingene, og for å forsøke å sørge for kontinuitet i teamet og videreføring av kompetansen i RPH, rekrutterte noen av prosjektlederne ansatte i delstillinger i RPH. Slik kunne ansatte ha faste delstillinger i kommunen eller bydelen:

«Ansatte føler seg tryggere hvis de har noe annet å falle på [dersom RPH ikke blir videreført].»

Prosjektleder

I alle pilotene var det minst én RPH-ansatt (ofte prosjektleder) som hadde ansvar for å «drive reklame for RPH» ovenfor lokalpolitikere. Generelt fortalte prosjektlederne at de hadde brukt betydelige personalressurser på nettverksbygging, møter med lokalpolitikere, presentasjon av

foreløpige forskningsfunn til myndigheter og på kontakt med mediene for å formidle arbeidet de gjorde i RPH. Ord som forebygging, tidlig intervensjon, lønnsomhet i forhold til jobbdeltakelse og lavere sykefravær ble typisk brukt i «innsalget». Noen piloter lagde egne oversikter over antall henvendelser, behandlede klienter og anslag over beløp som kommunen/bydelen hadde spart gjennom at klienter hadde fått behandling i RPH (og ikke blitt sykemeldt eller lignende):

«Vi lager våre egne statistikker, og viser til rådmann. Rådmannen er veldig fornøyd med det vi gjør her.»

Prosjektleder

Lokalpolitikerperspektivene: spørsmål om økonomi, effekt og prioritering

Rådmenn og bydelsdirektører ble intervjuet for å få frem perspektivene til lokalpolitikere med beslutningsmyndighet over hvorvidt RPH skulle videreføres lokalt eller ikke. Rådmenn og bydelsdirektører fordelte seg i tre grupper når det gjaldt spørsmål om lokal videreføring av RPH etter at prosjektmidlene fra Helsedirektoratet opphører.

Den første gruppen besto av de som ønsket å videreføre RPH uansett. Disse hadde gjerne blitt involvert allerede i planleggingsfasen av RPH og tenkte på RPH som en brikke i den lokale folkehelsesatsningen. De var aktivt involvert i søknadsutformingen til Helsedirektoratet og viste engasjement for temaet psykisk helse. Disse lokalpolitikere virket overbeviste om at RPH virket og var bra for innbyggernes helse og den lokale økonomien. Denne oppfatningen baserte de på informasjon fra møter med RPH-ansatte, tidligere klienter og samarbeidspartnere. På spørsmål om viktigheten av forskningsresultater for beslutningen om å videreføre, var svaret at de ikke trengte å vente på disse resultatene.

«Vi må få bekreftet behovet om at det er mange som henvender seg [til RPH], og blitt bedre, og har klart seg med få timer før de er tilbake i jobb [før vi vurderer å videreføre tilbudet]. Men det blir litt mer løse tilbakemeldinger, det blir ikke dokumentert og er ikke noe vi har fra en evaluering. Men det at vi får den type tilbakemeldinger gjør at... vi mener vi har hold for at dette [RPH] bør vi prioritere. Tilbakemeldingene har også gjort at kommunestyret har valgt å bevilge mer penger til RPH underveis i pilotperioden. Og i forrige prosjektperiode økte kommunestyret bevilgningen [i forhold til] det rådmannen hadde foreslått.»

Rådmann

Den andre gruppen hadde til felles at de ikke ønsket å videreføre RPH på grunn av økonomi, selv om de så verdien av RPH for lokalsamfunnet. I disse pilotene var det store budsjettkutt slik at kun prosjekter som var øremerkede eller delvis finansierte ble videreført lokalt. Dette gjaldt særlig prosjekter som ikke var av akutt art, men sett på som forebygging eller tidlig intervensjon.

«Hvis jeg skal være ærlig er det økonomi [som gjør at RPH ikke blir videreført uten eksterne midler]. RPH blir ikke videreført neste år hvis ikke tilskuddet blir forlenget. Vi må kutte ned xx millioner på budsjettet.»

Rådmann

Den tredje gruppen var kjennetegnet av rådmenn/bydelsdirektører som vurderte RPH ut fra økonomi og resultater. For pilotene som hadde denne gruppen lokalpolitikere, ble det dermed viktig å identifisere hvem som var nøkkelpersonen i kommunen eller bydelen sin. Ifølge en rådmann i denne gruppen kan nøkkelpersonen være rådmann/bydelsdirektør eller i noen tilfeller kommunaldirektør eller enhetsleder som får et budsjett å prioritere tiltaket ut fra. Nøkkelpersonen trengte gode argumenter fra sin lokale RPH for å velge RPH fremfor et annet prosjekt. Her kunne forskningsresultater i bred forstand (foreløpige notater, rapporter, pilotstatistikk og deskriptiv data fra forskere) bli trukket frem som verdifulle argumenter for videreføring. Få kommunale prosjekter har blitt evaluert og har tilgang på data underveis slik RPH har. Slik sett har RPH et fortrinn sammenlignet med de fleste andre prosjektene som konkurrerer om en plass i det lokale budsjettet:

«Enhetslederen for Psykisk helse og rus i [i vår kommune] får et budsjett og bestemmer hva som skal bevilges [...] Generelt i slike vurderinger er det et kvalitativt aspekt (hva fagpersoner og enhetslederne mener om tiltaket), og et effekt-aspekt (hvordan man klarer å bevise at tiltaket fungerer). Det siste er stort sett en svakhet ved folkehelseiltak. [Enhetslederen vår] har vist at RPH medfører en nedgang i pasienter i dyrere tjenester, og derfor anbefales det å prioritere RPH kommunalt. Ut fra samtaler med enhetslederen vil RPH bli prioritert videre, med mindre veldig store budsjettkutt inntre [...] Viktig at tiltak som RPH legitimerer sin eksistens ved bruk av resultater. Det er alltid en kamp mellom midler til forebyggende tiltak og lovpålagte [tiltak].»

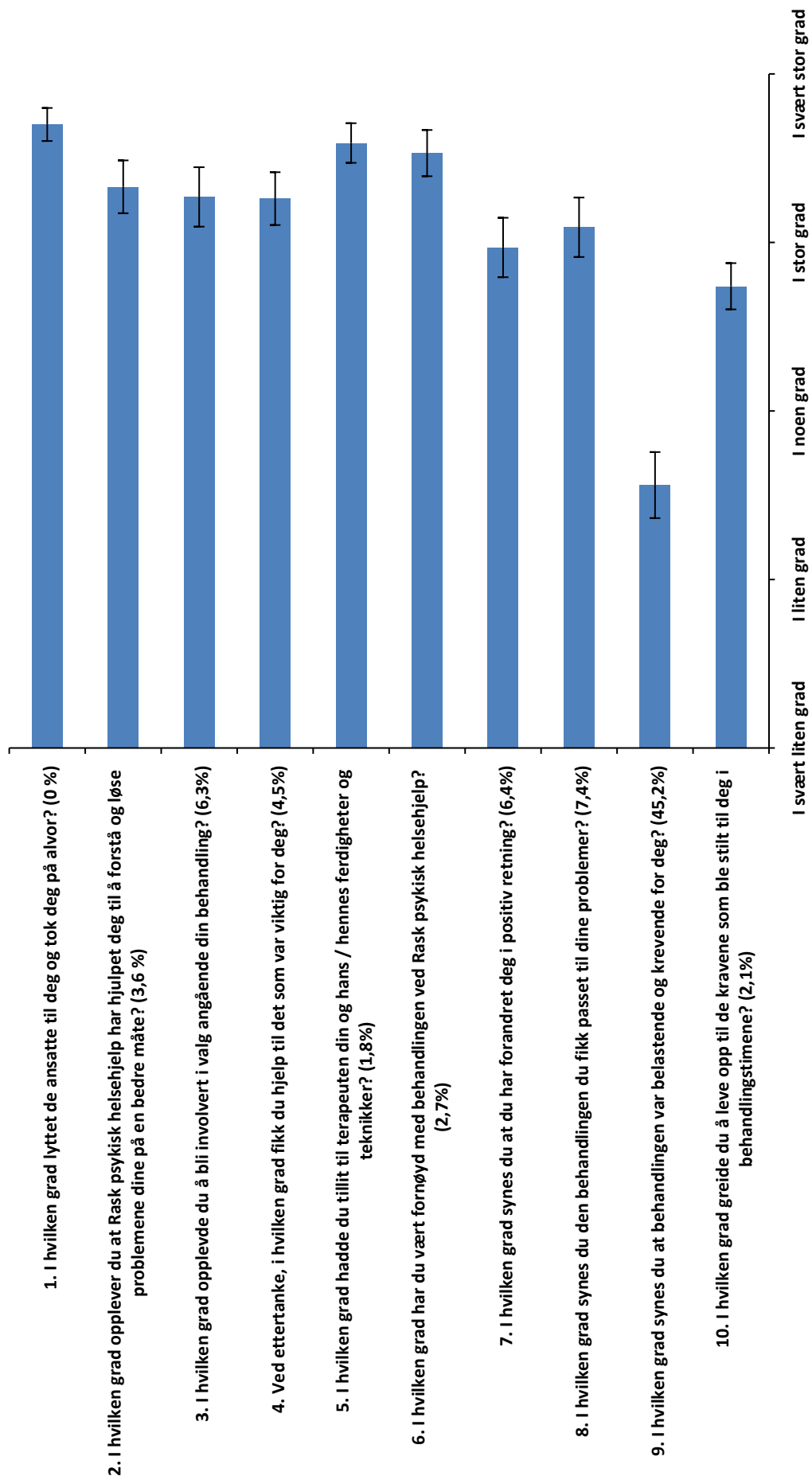
Rådmann

Disse funnene viser at det vil være av betydning hvilken av disse tre gruppene en pilot «tilhører» for hvordan det skal brukes ressurser på å påvirke og informere lokalpolitikere om RPH med sikte på lokal videreføring. For alle de tre gruppene er det viktig at en del ressurser blir brukt til å sørge for at de er godt kjent med hva RPH handler om, og å informere dem godt om resultater og lignende. Særlig hvis nøkkelpersonen til RPH-piloten befinner seg i den siste gruppen kan det være mye å hente på å informere godt om resultatene. For en RPH-pilot med kjennetegn som passer til den andre gruppen skissert ovenfor er det sentralt å påvirke prioriteringen ved å bevisstgjøre dem på at kommunen har et lovpålagt behandleransvar for denne målgruppen også (I mange tilfeller finnes det nemlig ingen reelle alternativer til RPH), og å gi dem økt forståelse for de alvorlige samfunnsmessige konsekvensene som angst og lett til moderate depresjon medfører.

5. Klientopplevelser

5.1 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

Figur 11 gir en oversikt over rapportert tilfredshet med ulike aspekter ved tjenesten, basert på klientenes svar på spørreskjemaet. Klientene oppga generelt å være fornøyde med behandlingen ved RPH (spørsmål 6). Mer spesifikt var klientene fornøyde med RPHs bidrag til å bedre deres psykiske helse (spørsmål 2, 4, 7 og 8), med terapeuten/ansatt i RPH (spørsmål 1 og 5) og i hvilken grad de ble involvert i behandlingen selv (spørsmål 3). Klientene oppga videre å oppleve at behandlingen krevde en akseptabel mengde selvinnsats (spørsmål 9 og 10). Til slutt ble klientene bedt om å svare på et åpent spørsmål om deres opplevelse av RPH. Svarene gjenspeilte tendensen i de 10 lukkede spørsmålene, nemlig at klientene stort sett var veldig fornøyde med tjenesten. Svært få rapporterte negative opplevelser med RPH. Alt i alt viste disse resultatene høy grad av klienttilfredshet med tjenesten. Som også vist i Figur 11 var veldig få klienter misfornøyd med RPH, og kun en veldig lav andel av klientene valgte kategoriene «svært lite tilfreds» og «lite tilfreds». Dette samsvarer med funnene som blir presentert i neste del av dette kapitlet, «Klientopplevelsen», som er basert på kvalitative intervjuer av klienter i RPH.



Figur 11. Brukertilfredshet blant et tilfeldig utvalg av RPH klientene som fullførte avslutningsskjemaet (N=111). I parentes er andel som svarte «I svært liten/liten grad».

5.2 Resultater fra intervjuene

I tråd med funnene fra den kvantitative delen av evalueringen var informantene i den kvalitative delen svært positive til RPH. Alle informantene var positive til tiltaket som helhet og en beskrivelse av RPH som livreddende eller en livbøye gikk igjen i intervjuene. Tilgjengeligheten til RPH kombinert med at en kunne få hjelp relativt raskt, samt relasjonen til terapeuten, ble særlig fremhevet som de mest positive sidene ved tiltaket. Unntaksvis beskrev noen også deler av tiltaket som ikke hadde fungert optimalt.

Første kontakt og de første timene i RPH

Den lave terskelen for å komme i kontakt med RPH kombinert med det relativt raske behandlingstilbudet ble trukket frem som svært positivt av informantene. Informanter som tidligere hadde tatt kontakt med psykolog etter henvisning fra fastlege var spesielt fornøyde med å slippe å ringe rundt til psykologer med refusjonsordning for å finne ut om disse hadde ledig kapasitet. To av klientene beskrev sine opplevelser slik:

«Det gikk fort. Jeg fikk time allerede uka etterpå. [...] Veldig fint at man får time så raskt.»

Kvinne med fødselsdepresjon

«[Jeg] fylte ut et kontaktskjema på nettet på kveldstid og RPH ringte neste dag: Det var raskt! Det kjentes som om jeg holdte på å drukne. Og så ringte de neste dag! Det var en ekstremt positiv opplevelse. Jeg er takknemlig. [Selv om dette var raskt] gjør hver time vondt i en sånn situasjon, og det tok under ei uke til jeg fikk min første samtale. Egentlig så kjennes det ut som om man trenger akutt hjelp.»

Kvinne med depressive symptomer etter samlivsbrudd

Sitatene viser også at en ukes ventetid kan oppleves forskjellig av ulike klienter. I tilfeller der behovet for hjelp oppleves som akutt av klienten, foreslås det i Helsedirektoratets veileder at man kan tilby mestringsstrategier i påvente av neste time [21]. I delen «Refleksjoner om personlig forandring: Verktøy» nedenfor presenteres eksempler på strategier som klientinformantene beskrev som hjelpsomme.

Noen av informantene beskrev negative erfaringer knyttet til kontakten med RPH. I disse tilfellene var typiske situasjoner å ikke føle seg ivaretatt av personen som tok imot telefonen eller at innholdet i de første timene ikke sto til klientenes forventninger. Disse klientene beskrev et ønske om å gå i gang med å løse sine problemer når de fikk time i RPH og frustrasjon over at de første timene ikke besto av «aktiv terapi». Mens noen klienter fikk fortelle fritt om sin situasjon, besto de første timene for andre av en beskrivelse av RPH-tilbudet og kognitiv terapi:

«Veldig bra tilbud, egentlig [...] men jeg ble sittende å fortelle alt i 45 minutter [første time]. Fikk ingen verktøy, og fikk heller ikke vite når jeg skulle få verktøy eller veiledning. Så jeg fikk ikke så mye ut av det [første time].»

Mann, depressive symptomer etter samlivsbrudd

«Hun som tok telefon var så lite hyggelig. Tygde tyggis og var uengasjert. [...] Og jeg var helt alene. Plutselig. Sjokket. Alt ansvaret.»

Kvinne, depresjon etter uventet dødsfall i familien

Disse beskrivelsene antyder at en bevisstgjøring i hvordan RPH tar imot nye klienter, hvorvidt man tilbyr mestringsstrategier i påvente av neste time (spesielt de første behandlingstimen) og avklaring vedrørende strukturen og innholdet av behandlingen kan bidra til ytterligere å forbedre klientopplevelsen av RPH.

Lavintensitetsbehandling: Tilgjengelighet og alminneliggjøring

Som nevnt tidligere består lavintensitetsbehandling i RPH av både veiledet selvhjelp og gruppekurs. Disse behandlingene ble i IAPT-modellen betegnet som lavintensive fordi de optimalt sett skulle kreve mindre terapeuttid per klient. Som vist i kapittel 5 «Veiledet selvhjelp» er det usikkert hvorvidt veiledet selvhjelp ved noen piloter faktisk var mindre terapeutintensivt enn gruppeterapi eller ansikt-til-ansikt terapi, slik den ble implementert under pilotperioden til RPH. Siden kapittel 5 omhandler veiledet selvhjelp vil vi i denne delen av kapittel 6 gjennomgå det andre lavintensive behandlingstilbudet som inngår i RPH-modellen: Gruppekurs.

Det var mange varianter av gruppekurs som ble tilbudt på tvers av RPH-pilotene. Prosjektledere og terapeuter fra noen piloter uttrykte gode erfaringer med etablerte gruppekurs som Kurs i depresjonsmestring (KiD), eller A-senterets kurs i depresjonsmestring. Andre piloter baserte seg på noen av elementene i disse kursene og la til nye øvelser som terapeutene hadde god erfaring med. Noen piloter unngikk bevisst ord som depresjon og angst i kursnavnet sitt. Et eksempel var en liten kommune som byttet kursnavn og kurstilbud fra å fokusere på «depresjon» til «stressmestring». Det var viktig for dem at kursnavnet ikke ble ansett som stigmatiserende for å redusere sjansen for at noen skulle la være å benytte seg av tilbudet av frykt for å bli sett av kjente på kurset. Et annet kursnavn var «Mentale vitamininnsprøytninger i hverdagen», som appellerte til det alminnelige ønsket om mer overskudd i hverdagen. Slik unngikk man et kursnavn som kunne oppleves som stigmatiserende av deltakerne.

Kursdeltakere, også de som gikk på kurs med navn som inkluderte depresjon og angst, beskrev kursopplevelsene som positive:

«Jeg gikk i kurs i angstmestring samtidig som at jeg begynte å jobbe igjen. [...] Kurset var veldig positivt, jeg lærte noe nytt hver gang.»

Kvinne, somatisk sykdom, sykmelding og påfølgende angst

«De tre første [kurs]dagene var de mest lærerike. Fikk veldig mye ut av disse. Fint at kurset brukte Youtube-videoer med konkrete eksempler med andre som har hatt det som oss på kurset. [...] Jeg tror dette kurset [KiD-kurs] reddet livet mitt!»

Kvinne, press på jobben, samlivsproblemer og depresjon

Tilgjengeligheten av materialet som ble brukt ble også trukket frem av flere, eksempelvis ved at videoene som ble brukt var tilgjengelige for deltakerne når de måtte trenge å se disse på nytt og at de var tilgjengelige for alle. Ifølge informantene var tilgjengelighet noe som bidro til alminneliggjøringen av psykiske problemer og dette ble videre fremhevet som en av styrkene ved behandlingen i RPH. Terapeuter kunne også bruke seg selv som eksempler for å alminneliggjøre psykiske problemer, eksempelvis ved å beskrive egne negative og alternative tanker.

Høyintensitetsbehandling: Kjemi med terapeuten

For ansikt-til-ansikt terapi var kjemi med terapeuten et gjennomgående tema blant klientene som ble intervjuet. De trakk frem god kjemi når de skulle forklare hva de opplevde som behjelpelig ved behandlingen. I kontrast ble dårlig kjemi ofte trukket frem som forklaring på hvorfor de hadde sluttet i behandling.

Hva besto god kjemi av? Alt i alt beskrev informantene god kjemi som en blanding av empati, fleksibilitet og ærlighet, hvor den enkelte informant typisk la vekt på empati kombinert med enten fleksibilitet eller ærlighet.

«[Jeg var] heldig med en terapeut som matchet. En kjemi som jeg aldri har opplevd før, fra første møte. [Terapeuten var] imøtekommende, ikke belærende: Diskuterte løsninger, fortalte ikke løsningene.»

Kvinne, fødselsdepresjon

Empati ble beskrevet som varme, at terapeuten ga uttrykk for oppriktig å ville klienten vel og signaliserte at han/hun følte med klienten. Både bagatellisering og «dulling» ble nevnt som ytterpunkter som kunne ødelegge for terapeutenes ønske om å vise empati for å nå frem til klienten.

Fleksibilitet eller åpenhet hos terapeuter som fremmet god kjemi ble forklart gjennom ulike eksempler. Et eksempel var terapeuter som tok imot mailer fra klienter som følte at de ikke hadde fått sagt alt det de ønsket å si i det de gikk ut av terapirommet. Et annet eksempel på fleksibilitet var en terapeut som ble med som støtte på en trikketur sammen med klienten, som hadde fobi for trikker, når hun skulle gjennomføre en øvelse i angsteksponering. Klienten som beskrev denne episoden fortalte om en økt tillit til terapeuten etter denne episoden.

Ærlighet som fremmet behandling ble beskrevet som å tørre å være direkte, samtidig som terapeuten var empatisk. Videre at rosen som terapeuten ga klienten ikke ble oppfattet som tom eller overflatisk. Ærlighet uten en opplevelse av empati fra terapeuten ble beskrevet som dårlig for behandlingen som helhet. Et eksempel på dette var en klient som fortalte at hun følte seg kritisert av terapeuten da hun kom til timen uten å ha gjort hjemmeoppgaver. I dette tilfellet hadde klienten selv foreslått å avslutte behandlingen etter to RPH-timer, da hun ikke følte seg følelsesmessig ivaretatt.

Samarbeid mellom RPH og samarbeidspartnere

I denne delen av kapittel 6 beskrives klientperspektivet på samarbeidet mellom RPH og fastleger, Frisklivssentralen og DPS. Perspektivet til samarbeidspartnere er beskrevet i del 5.1 og 5.4 (Fokus på jobbdeltakelse).

Som tidligere nevnt kommer rundt halvparten av henvendelsene til RPH via fastleger, enten gjennom direkte henvisning eller kontakt etter råd fra fastlegen. Fastlegene er derfor viktige samarbeidspartnere til RPH, siden de blant annet kan bidra til å henvise «riktige» klienter til tjenesten, vurdere hvorvidt tiltak som sykmelding eller medisiner er til hjelp for klienten samt å kunne bistå med et adekvat ventetilbud til klienter som venter på behandling i RPH eller DPS. I tillegg har fastlegen ofte en unik oversikt over klientens sykdomshistorie over tid og kan være et viktig bindeledd mellom ulike tjenesteinstanser knyttet til klienten. En klient som oppsøkte RPH gjennom fastlegen etter en traumatisk hendelse uttrykte det slik:

«I de tre ukene jeg ventet på å få time [i RPH] fulgte fastlegen meg og var veldig forståelsesfull. [Fastlegen] ringte meg nesten hver dag.»

Kvinne, depressive symptom etter en traumatisk hendelse

Slike utsagn var ikke typiske for informantene i RPH. Som oftest innebar samarbeid mellom fastleger og RPH at fastlegene visste om det lokale RPH-tilbudet og henviste klienter i målgruppen til tjenesten (se del 5.1 for feilhenvising og manglende informasjon om RPH til fastleger). Kun unntaksvis beskrev informantene at fastlegene tilbød støtte eller behandling i påvente av time. Kontakt med fastlege underveis i RPH-behandlingen var ellers lite nevnt av klientinformantene.

Ingen av klientinformantene fortalte om kontakt med NAV i forbindelse med behandlingen i RPH. Det fremkom heller ingen automatikk i samarbeidet mellom RPH og Frisklivssentralen eller DPS. En klient trakk frem samarbeid med Frisklivssentralen som veldig positivt for hans behandling. Han hadde fått henvisning fra RPH til Frisklivssentralen og ble med i en treningsgruppe med folk han identifiserte seg med. Dette var en kontrast til en treningsgruppe han hadde deltatt i som en del av DPS. I sistnevnte gruppe var deltakerne så syke at klienten beskrev treningsopplevelsen som negativ: Han følte seg sykere når han opplevde seg gruppert sammen med folk som var så syke.

Selve samarbeidet mellom RPH og DPS ble i liten grad trukket frem i klientintervjuene, men opplevelser fra DPS ble nevnt av noen av informantene. En klient beskrev sin behandling i RPH som langt mer fruktbar enn den han tidligere hadde fått i DPS:

«Vært i DPS mange en gang: lærte mer enn alle gangene til sammen i psykiatrien. Delvis fordi jeg var friskere og delvis fordi behandlingen var mer strukturert.»

Mann, angst

Oppsummert stemte klientintervjuene godt overens med de kvantitative funnene om relativt liten grad av aktivt samarbeid med andre instanser gjennom RPH-behandlingen.

Om å avslutte behandlingen

Som nevnt tidligere var opplevelsen av RPH som livbøye et gjennomgående tema som informantene trakk frem. Dette gjaldt spesielt muligheten for å komme i kontakt med behandlere relativt raskt, men temaet ble også gjentatt i andre sammenhenger. Flere klienter fortalte at behandlingen i RPH holdte dem «flytende». Et eksempel er fra en klient med en familiehemmelighet som han ikke turte å fortelle terapeuten:

«Jeg fikk nerver: Jeg sier «nerver». Henviste meg selv og fikk behandling åtte ganger. Det var helt enestående. Vet ikke hva annet terapeuten min kunne ha gjort [...] Jeg fikk god bruk for verktøyene jeg lærte i RPH en stund. [...] Men] jeg turte ikke å avsløre hemmeligheten min, turte ikke vise meg helt. Derfor er jeg innlagt på psykiatrisk nå».

Mann, angst

Mange var enige med terapeuten om når det var riktig å avslutte behandlingen. Et mindretall var engstelige for at de ikke skulle klare seg på egenhånd og sa at det å kunne ringe tilbake til RPH og terapeuten ved behov opplevdes som et sikkerhetsnett. Én beskrev det som veldig vanskelig å slutte og at hun var blitt veldig knyttet til terapeuten. Hun uttrykte et ønske om å kunne ha faste oppfølgingstimer en gang i året etter at terapien var avsluttet, men turte ikke selv å ringe tilbake for en ny time med mindre hun ble «skikkelig dårlig igjen».

En annen klient beskrev en følelse av avvising etter at hun selv foreslo å avslutte terapien etter to timer med en behandler som hun ikke opplevde kjemi med. Selv om hun selv tok initiativet til å avslutte behandlingen, følte hun seg avvist av terapeuten da han var enig i hennes forslag og beskrev dette som en ekstra byrde. Hennes opplevelse syntes ikke å være representativ for de andre informantene, men nevnes likevel her fordi hun var blant de få klientinformantene som selv foreslo å avslutte behandlingen og fordi engstelse for å bli avvist av terapeuten ble beskrevet av andre informanter i andre faser av behandlingen.

Refleksjoner om personlig forandring: Verktøy

Den strukturerte behandlingen ved RPH og konkrete verktøy som terapeutene lærte klientene, ble trukket frem som nyttige i intervjuene. Felles for informantene som gjennomførte og var fornøyd med behandlingen som helhet var opplevelsen av at håndfaste og enkle bilder eller øvelser som

klientene kunne selv benytte når de hadde det vanskelig ga trygghet og opplevelse av mestring. Følgende sitater eksemplifiserer dette temaet i intervjuene:

«Første gangen jeg møtte en psykolog som ikke var bare «bla bla bla». Jeg lærte faktisk noe hver gang, vi gikk rett inn i kjernen og jobbet.»

Kvinne, depresjon

«[Jeg] lærte meg teknikker for å styre unna tankene. De vanskelige tankene om at mannen min hadde vært utro [...] [Teknikkene] fungerte av og på, det var bra å få påfyll. Bare det å få lov til å prate om tankene og sette navn på følelser, det er det psykologen hjelper meg med.»

Kvinne, samlivskrise og depressive symptomer.

De spesifikke verktøyene som klientene trakk frem som nyttige varierte fra informant til informant. Noen av øvelsene og verktøyene som ble nevnt var: Skjemaer over negative og alternative tanker, å sette navn på følelser, å forstå hva angst gjør med kroppen, tavlebruk hos terapeut for å sortere vanskelige tanker, videoer med andre klienter som de kjente seg igjen i og trening. Det å sette navn på følelser ble særlig trukket frem som hjelpsomt av informantene med angstproblemer. En såkalt «grublebok» ble også nevnt av en informant, det er en teknikk der man skriver ned gjentakende tanker til bestemte tidspunkter for slik å skulle kunne legge disse tankene bort ellers.

Flere informanter nevnte at strukturen ved behandlingen var viktig, inkludert en oversikt over planen for behandlingsforløpet. Noen av dem som opplevde å få en slik oversikt over hvilke timer som skulle innebære introduksjon til kognitiv atferdsterapi, og når klient og terapeut skulle sette i gang med «selve samtaleterapien», trakk dette frem som noe positivt. Motsatt trakk andre som savnet en slik struktur dette frem som noe som kunne forbedret opplevelsen av terapien: I stedet for å bli frustrert de første timene, ville de kanskje ha slappet mer av dersom de visste når de skulle ta tak i de konkrete problemene som klienten slet med. I de sistnevnte tilfellene virket det som om det var en kommunikasjonsvikt mellom terapeut og klient og at klientens frustrasjon kunne ha blitt dempet av eksempelvis å få tips om generelle mestringsstrategier i påvente av behandling. Muligens kunne en del av den deskriptive informasjonen (om hva RPH er, om hva kognitiv atferdsterapi er og forskningsdelen av RPH) ha blitt sendt til klienten på forhånd. Dette kunne gjerne både bidratt til at behandlingen kunne starte tidligere og til at klienten var mer forberedt på hvordan behandlingen ved RPH var lagt opp. Samtidig er det viktig å påpeke at psykoedukasjon om angst og depresjon og prinsipper ved behandlingsformen anses som en viktig del av selve behandlingen [36]. Det forskningsetiske kravet om informert samtykke kan ha bidratt til at klientenes opplevelser om mye informasjon før behandlingsstart utover det som vil være tilfelle ved ordinær drift av RPH når forskningsprosjektet er avsluttet.

Oppsummert oppga klientene, både gjennom spørreskjema og intervju, jevnt over å være godt tilfredse med behandlingen ved RPH. Følgende aspekter ble særlig trukket frem som positive sider

ved behandlingstilbudet: tilgjengelig og rask tilgang til behandling, at psykiske plager og lidelser ble alminneliggjort og normalisert samt at behandlingen opplevdes strukturert og ga konkrete verktøy og tilgjengelig materiale. Ved ansikt-til-ansikt-behandling ble relasjon og god kjemi med terapeuten gjennomgående trukket frem som sentralt for at behandlingen opplevdes å være til hjelp. Unntaksvis påpekte informanter aspekter ved tilbudet som kunne bedres ytterligere. Herunder uttrykte noen frustrasjon over at det tok for langt tid før «selve behandlingen» startet opp. I slike tilfeller kunne enda tydeligere kommunikasjon om forløpet i terapien og eventuelt å tilby/henviser til enkle mestringsstrategier ved oppstart av behandling muligens ha bedret opplevelsen av å bli sett og imøtekommet i behandlingen. Til sist tydet klientintervjuene, på samme måte som de kvantitative funnene, på at det er relativt liten grad av aktivt samarbeid med andre instanser gjennom RPH-behandlingen.

6. Oppsummering av hovedfunn, diskusjon og konklusjoner

6.1 Oppsummering av hovedresultat

I foreliggende rapport beskrives resultater fra evalueringen av de 12 første pilotene i Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). Målet med evalueringen var å finne ut i hvilken grad behandlingen ved RPH ble ledsaget av en nedgang i symptomtrykk, økning i livskvalitet og forbedring av arbeidsevne. I tillegg skulle evalueringen belyse klientenes opplevelse av behandlingen ved RPH og undersøke hvordan RPH ble implementert i de ulike pilotene.

Evalueringen besto av en kvantitativ og en kvalitativ del. Den kvantitative delen ble gjennomført ved bruk av et prospektivt kohortstudie-design, der klienter ved RPH ble bedt om å fylle ut spørreskjema ved starten, under og ved slutten av behandlingen, samt 12 måneder etter oppstart av behandlingen. I tillegg fylte terapeutene ut skjema om behandlingsforløp for hver enkelt klient ved slutten av behandlingen. Den kvalitative delen av evalueringen ble gjennomført med bruk av semistrukturerte intervju med seks ulike informantgrupper ved hver enkelt pilot: prosjektledere, terapeuter, klienter, fastleger, NAV-ansatte og rådmenn/bydelsdirektører. Intervjuguidene tilsvarte de som ble benyttet i IAPT-evalueringen.

Resultatene fra evalueringen kan oppsummeres under følgende punkter:

Kjennetegn ved klientene

- Ifølge registreringssystemet til evalueringen tok 3199 klienter i 12 piloter kontakt med RPH mellom 1. oktober 2014 og 1. april 2016. Av disse startet 62 % (n=1983) i behandling. I 9 av 12 piloter deltok over 60 % av behandlede klientene i evalueringen. I 5 av 12 piloter var svarprosenten over 70. Per 1. april 2016 var 970 klienter registrert som ferdig behandlet.
- 45.0 % av klientene kontaktet RPH via fastlegen og 44.7 % tok kontakt selv. Resten ble henvist av annet helsepersonell. Ingen sammenheng ble funnet mellom type henvisning og andre demografiske variabler. Det betyr blant annet at vi ikke fant evidens for at selvhenvising medførte en høyere andel brukere med innvandrerbakgrunn.
- Størsteparten av klientene var kvinner (73.4 %). Aldersfordelingen var 15.6 % i gruppen 18-24 år, 53.8 % i gruppen 25-44 år, 29.3 % i gruppen 45-67 år og 1.3 % var eldre enn 67 år. 45.0 % av klientene hadde høyskole/universitetsutdanning.
- De hyppigst nevnte grunnene til å søke hjelp hos RPH var henholdsvis bekymring (82.5 %), depresjon (68.9 %), angstelse (65.6 %), stress (63.3 %), trøtthet (48.3 %) og søvnproblemer (40.8 %). Hele 83.5 % av klientene rapporterte at de har hatt symptomene lengre enn 6 måneder.
- Omtrent én av tre oppga å være helt eller delvis sykmeldt ved starten av behandlingen. Følgende andeler mottok andre typer trygdeordninger: 7.2 % var i arbeidsrettet tiltak gjennom NAV eller kommunen, 5.9 % var uføre og 9.3 % oppga å være arbeidsledige.

Kjennetegn ved behandlingen

- Median tid fra en klient tok kontakt til inntakssamtale ved RPH var 10 dager og median tid mellom inntakssamtale og første behandlingsmøte var 8 dager. Varigheten av behandlingen var median 10.7 uker med median 5 møter per klient.

- Ansikt-til-ansikt behandling var den terapiformen som ble brukt mest (71.5 % av alle registrerte møter), en betydelig mindre andel av møtene ble brukt på veiledet selvhjelp (8.9 %) og gruppekurs (16.9 %). Andel klienter som mottok de ulike terapiformene i løpet av behandlingen var henholdsvis 17.6 % for veiledet selvhjelp, 19.5 % for gruppekurs og 78.1 % for ansikt-til-ansikt behandling.

Klientresultater

- Resultatene viste en sterk reduksjon i symptomer på depresjon og angst i løpet av behandlingen.
 - Effektstørrelsene på endringene var omtrent like store på tvers av pilotene for både depresjon og angst og var sammenlignbare med resultater fra de første pilotene i England.
 - Ved starten av behandlingen hadde 76.3 % av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon. Ved slutten av behandlingen rapporterte 61.6 % av disse klientene å være friske igjen (såkalt «recovery rate», definert som ikke lenger å ha kliniske nivåer av angst og depresjon). Dette er godt over IAPT-målsettingen om en «recovery rate» på minst 50 %.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var lik mellom kvinner og menn og på tvers av aldersgrupper, sivilstatus og innvandrerbakgrunn, men noe mindre for klienter med lav utdanning sammenlignet med klienter med videregående og høyere utdanning.
 - Jobbstatus ved start av behandlingen predikerte effekten av behandlingen ved at klienter med jobb viste en større nedgang i symptom på angst og depresjon enn klienter uten jobb.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var stor på tvers av behandlingsformene (veiledet selvhjelp, gruppekurs/terapi, ansikt-til-ansikt-behandling), men noe lavere for klienter som mottok gruppekurs sammenlignet med klienter som mottok veiledet selvhjelp eller ansikt-til-ansikt behandling.
 - Reduksjonen i angst og depresjon var stor uavhengig av varigheten av behandlingen. Klienter som hadde flest møter og var lengst under behandlingen viste størst nedgang i symptomer. Forbedringen kom gradvis i løpet av behandlingen for denne gruppen og en kortere behandling ville for disse derfor ikke vært et godt alternativ.
- Klientene fikk også en stor forbedring i livskvalitet fra før til etter behandling. Forbedringen i livskvalitet var omtrent like stor på tvers av pilotene.
- Endringen i arbeidsdeltakelse var statistisk signifikant, og det ble observert en 5.6 % økning i andel klienter som var i jobb uten trygd ved slutten av behandlingen. Denne prosentandelen er i tråd med funn fra de to første pilotene i England.
- For søvnproblemer viste 53.6 % av klientene klinisk signifikante nivåer av insomni ved starten av behandlingen. Ved slutten av behandlingen rapporterte 44.5 % av disse å være friske igjen.
- På øvrige utfallsmål viste klienter med sosial angst ved starten av behandlingen en moderat til stor nedgang i symptomer og klienter med agorafobi ved starten av behandlingen en stor nedgang.

Klientopplevelser

- Klientene rapporterte hovedsakelig å være i stor til svært stor grad tilfredse med tilbudet ved RPH. Dette ble funnet både gjennom den kvantitative og den kvalitative delen av evalueringen.
- Den lave terskelen for å ta kontakt med RPH kombinert med det relativt raske behandlingstilbudet ble trukket frem som særlig positivt av klientene som ble intervjuet.
- Kjemi med terapeuten ble trukket frem av klientene som viktig for at behandlingen skulle oppleves å være til hjelp. Kjemi ble beskrevet som fleksibilitet eller ærlighet kombinert med empati hos terapeuten.
- Klienter som fikk veiledet selvhjelp systematisk (da som en del av sin ansikt-til-ansikt terapi) fortalte at veiledet selvhjelp ga mestringfølelse og følelsen av å være sin egen terapeut.
- Videre ble tilgjengelighet av materiell og alminneliggjøring av psykiske plager trukket frem som positive sider ved tilbudet, særlig ved lavintensiv behandling som gruppekurs og veiledet selvhjelp.

Implementering av RPH

- Inklusjonskriterier:
 - Det var variasjon på tvers av pilotene vedrørende hvilke kriterier som ble benyttet for å vurdere hvilke klienter som fikk behandlingstilbud ved RPH. Tendensen var at inntakskriteriene ble innskjerpet og mer like på tvers av piloter i løpet av pilotperioden.
 - RPH-ansatte ga følgende begrunnelser for av og til å inkludere klienter som ikke samsvarte med RPHs målgruppe: (1) Uklare retningslinjer (spesielt i starten av pilotperioden) fra Helsedirektoratet, (2) manglende alternative tilbud til klienter med alvorlig problematikk (ikke godt/raskt nok) og (3) manglende rutiner (spesielt i starten) når det gjaldt organisering av inntaksskjemaer, inntakssamtaler og henvisningsrutiner.
- Bruk av veiledet selvhjelp:
 - Funn både fra den kvantitative evalueringen og intervjuene med nøkkelinformanter tydet på at veiledet selvhjelp omfattet en liten del av det totale behandlingstilbudet sammenlignet med ansikt-til-ansikt-behandling.
 - RPH-ansatte beskrev følgende grunner til at terapeutene valgte bort veiledet selvhjelp: (1) Manglende kunnskap om veiledet selvhjelp, (2) manglende rutine/struktur/kontroll og (3) veiledet selvhjelp ble av noen terapeuter vurdert som ikke god nok behandling.
 - Noen av terapeutene som forsøkte å bruke veiledet selvhjelp som hovedtilnærming under behandlingsforløpet fortalte om overraskende positive opplevelser og resultater.
 - Noen piloter fokuserte på gruppekurs som det mest lavintensive behandlingsalternativet.
- Fokus på jobbdeltakelse:
 - Ifølge spørreskjemadata var det noe fokus på arbeidslivsdeltakelse i behandlingsforløpene. Dette gjaldt både for klienter som var i jobb og som mottok sykepengen eller annen trygd.

- Fra intervjuene med terapeutene var det et gjentakende tema at disse oppfattet et fokus på jobbdeltakelse som selvfølgelig og naturlig i terapissammenheng. Når det gjaldt hvordan de konkret jobbet med å følge opp dette, fremkom ulike tilnærminger på tvers av og innad i pilotene.
- Generelt fortalte de intervjuede klientene om lite fokus på jobbdeltakelse i terapitimene.
- Lokal videreføring av RPH:
 - Prosjektledere fortalte om betydelig bruk av ressurser til å drive reklame for tiltaket ovenfor lokalpolitikere.
 - Rådmenn og bydelsdirektører delte seg i tre grupper når det gjaldt spørsmål om lokal videreføring av RPH: (1) De som ønsket å videreføre RPH var ofte aktivt involvert i prosjektet fra starten og anså RPH som en brikke i folkehelsesatsningen; (2) De som ikke ønsket å videreføre RPH på grunn av økonomi, selv om de så verdien av RPH i lokalsamfunnet; (3) De som mer instrumentelt vurderte RPH ut fra økonomi og resultater. I disse kommunene var det rom i budsjettene for å kunne vurdere hvorvidt RPH var et tiltak som skulle videreføres lokalt.

6.2 Diskusjon av hovedfunn

6.2.1 Sammenstilling med lignende studier

RPH-programmet er basert på engelske IAPT, har samme målgruppe og er evaluert med tilsvarende design, inkludert de samme instrumentene for å måle depresjon (PHQ-9) og angst (GAD). Dette gjør det relevant og interessant å sammenstille resultater fra disse evalueringene. Som vist var effektstørrelsene på endring i symptomer på angst og depresjon blant RPH-klientene omtrent like store som for klientene i de første to pilotene i IAPT. Videre var andelen som ble friske i løpet av behandlingen («recovery rate») total sett noe høyere blant RPH-klientene enn IAPT-klientene [22]. Denne forskjellen bør imidlertid tolkes forsiktig. Klientene ved RPH hadde et vesentlig lavere symptomtrykk og rapporterte lavere grad av medisinbruk enn klientene ved de to første IAPT-pilotene. Dette kan tyde på at IAPT-klientene som gruppe hadde mer alvorlige plager enn RPH-klientene og at gruppene derfor ikke er helt sammenlignbare. Forskjellene mellom RPH- og IAPT-klientene ved behandlingsstart kan muligens gjenspeile forskjeller i helsesystem, som lavere tilgang på psykisk helsehjelp i England enn i Norge. Forskjellen i medisinbruk kan gjenspeile både ulik praksis hva gjelder bruk av psykofarmaka og forskjeller i symptomtrykk. Til sist bør det nevnes at RPH-klienter som ikke deltok i evalueringen muligens hadde noe høyere symptomtrykk enn deltakerne, mens IAPT-evalueringen inkluderte alle behandlede klienter. De observerte forskjellene i symptomtrykk kan dermed være noe høyere enn den reelle forskjellen mellom klientpopulasjonene i de to tiltakene.

Sammenligning med resultater fra norske studier av klienter i primærhelsetjenesten kunne ideelt sett komplementert IAPT-evalueringen som «benchmarks». Etter det vi kjenner til foreligger det imidlertid få slike studier da det har vært lite tradisjon for å drive evalueringsforskning med norske kommunale tiltak [8]. For NAV-tiltaket Senter for jobbmestring (SFJ), som tilbyr jobbfokusert kognitiv atferdsterapi, ble det funnet en effekt på depresjon og angstsymptomer i intervensjonsgruppen på Cohen's $d=-0.8$ ved 12 måneders oppfølging [30]. Dette er altså lignende funn som ved behandlingsslutt for RPH-klientene ($d=-1.0$ for depresjon og $d=-0.9$ for angst) [30]. Ved SFJ viste

nedgangen i symptomer seg å være større enn for kontrollgruppen som mottok vanlig oppfølging via fastlege. I likhet med RPH er målgruppen for SFJ personer med lettere psykiske lidelser, man kan ta kontakt uten henvisning fra lege og terapeutene gjennomgår samme utdanning ved Norsk forening for kognitiv terapi. I midlertid skiller klientene ved SFJ seg noe fra RPH-klientene som gruppe, ved at problemer med jobbdeltakelse grunnet psykiske helseplager og villighet til å forsøke å komme i/stå i jobb er en forutsetning for å motta et tilbud. Andelen sykmeldte var også høyere i SFJ-studien enn hos deltakerne i foreliggende evalueringen av RPH.

Med nevnte forbehold i mente antyder resultatene fra den foreliggende evalueringen at RPH-programmet alt i alt fungerer *minst* like godt som IAPT- og SFJ-programmene med hensyn til symptomlindring. Effekten av kognitiv atferdsterapi for behandling av angst og depresjon i form av symptomlette og bedret funksjon er generelt godt dokumentert fra en rekke randomiserte, kontrollerte internasjonale studier [37-41]. De fleste av disse studiene er basert på klientpopulasjoner fra spesialisthelsetjenesten. Funn fra den foreliggende evalueringen indikerer at også klienter i primærhelsetjenesten profiterer på kognitiv atferdsterapi gitt som et kortvarig lavterskeltilbud fra tverrfaglig team i nyetablert tjeneste. Resultatene fra den pågående RCT-studien av RPH-pilotene Kristiansand og Sandnes (se Appendiks 3) vil gi et mer nøyaktige estimat av effekten av RPH-behandlingen sett i forhold til en sammenlignbar gruppe som får ordinær oppfølging i norsk primærhelsetjeneste.

Endringen i arbeidslivsdeltakelse blant RPH-klientene var statistisk signifikant, og den observerte økningen i arbeidslivsdeltakelse på 5.6 % var like høy som for de første pilotene i IAPT, som ble ansett for å være i tråd med målsettingen [15]. Effekten er ikke veldig stor og uten en sammenlignbar kontrollgruppe vet vi ikke i hvilken grad effekten kan tilskrives behandlingen ved RPH. Funnene er samtidig i tråd med både nasjonale og internasjonale studier der effekter på sysselsetting er relativt liten også selv om de påviser reduksjon i symptom og bedring i funksjon for øvrig [42]. Sykefravær og arbeidslivsdeltakelse bestemmes av en rekke forhold, deriblant helse og arbeidsevne, men også forhold som økonomi, tilgang på arbeid, muligheter for tilpasninger på jobb og organisering av overordnet trykkesystem [43, 44]. Nyere studier indikerer at kognitiv atferdsterapi *kombinert* med arbeidsrettede tiltak kan redusere sykefravær for personer med lettere psykiske lidelser som angst og depresjon [30, 45, 46]. RPH-behandlingen skal ifølge Helsedirektoratets veileder være jobbfokusert, men det er samtidig ikke formalisert hvordan fokuset på arbeid skal utformes i praksis. Funnene fra evalueringen tydet på at terapien bare i noen grad var jobbfokusert på tvers av pilotene og at det i liten grad var aktivt samarbeid med fastlege, NAV eller arbeidsgivere. Sistnevnte resultat speiler internasjonal forskning som generelt finner en utilstrekkelig koordinering mellom instanser for å hjelpe personer med lettere psykiske lidelser med arbeidslivsdeltakelse [47]. Alt i alt tyder nåværende kunnskapsstatus på at det er et potensiale i å videreutvikle jobbfokuset ved RPH-behandlingen for bedre å hjelpe klientene med å stå i eller komme tilbake til jobb. Et økt jobbfokus vil også kunne bidra til å imøtekomme kommunenes rapporterte mangel på arbeidstiltak for denne målgruppen [8]. I denne sammenheng kan det være nyttig å utrede mulighet for samarbeid eller eventuelt å hente erfaringer fra NAV-tiltaket Senter for jobbmestring, som gjennom en randomisert kontrollert studie har vist seg å være effektivt på arbeidslivsdeltakelse ved 18 måneders oppfølging [30]. For et godt og integrert tilbud for brukeren kan det også, basert på funn fra SinteFs rapport, synes å være behov for en tydeligere rolleavklaring og grenseoppgang mellom kommunen og NAV om hvem som har ansvar for arbeidsrettede tiltak [8].

En målsetning ved RPH er å tilby lavintensive behandlingsformer for slik å kunne nå flere klienter. En helt sentral forutsetning for å kunne anbefale denne tilnærmingen er at også lavintensiv behandling er til hjelp for klienten. I denne evalueringen ble det funnet en stor reduksjon i angst- og depresjonssymptomer på tvers av behandlingsform. Basert på dette kan man likevel ikke konkludere med at behandlingsformene virker like godt, da en «mixed care»-tilnærming ble benyttet og det ikke var tilfeldig eller jevnt fordelt hvilke type klienter som mottok de ulike behandlingsformene. Samtidig gir ikke resultatene noen indikasjon på at veiledet selvhjelp *ikke* fungerer. Tidligere studier, der tilfeldig fordeling til terapigruppe og kontrollgruppe ble benyttet, har vist at veiledet selvhjelp kan gi like god behandlingseffekt som ansikt-til-ansikt-behandling for sosial angst og panikk lidelse [41, 48].

Både kvantitative og kvalitative resultater viste at lavintensive behandlingsformer ble relativt lite brukt i RPH (det var vel og merke en del variasjoner mellom pilotene). Selv om vi ikke har gjort analyser på kostnadseffektivitet i denne evalueringen, kan det på bakgrunn av disse funnene likevel forsiktig antas at en økning i bruk av lavintensive behandlingsformer ville kunne øke kostnadseffektiviteten av tjenesten. Samtidig er det viktig å bemerke at det internasjonalt er behov for mer forskning for å evaluere hvorvidt slike behandlingsformer er kostnadseffektive [49]. Den veiledede selvhjelpen, slik den ble gjennomført i en del RPH-piloter, ble antydning å være relativt kostnadskrevende målt i tid brukt per klient. En del terapeuter beskrev også flere barrierer knyttet til bruk av veiledet selvhjelp, inkludert manglende opplevd kompetanse og materiell. For å sikre et behandlingstilbud som er virksomt og faktisk lavintensivt vil det derfor vært hensiktsmessig å systematisk utarbeide og evaluere selvhjelpsmateriell for bruk i RPH, samt å øke kompetansen til terapeutene på å bruke veiledet selvhjelp som behandlingsform, før en videre opptrapping av veiledet selvhjelp ved RPH. Gruppekurs bør også vurderes å sidestilles med veiledet selvhjelp i intensitetsgrad, da den ved noen piloter ble vurdert som å være en minst like lavintensiv behandling som veiledet selvhjelp.

6.2.2 Likheter og variasjoner på tvers av de 12 pilotene

Vi fant nokså stor likhet i resultater på tvers av pilotene som var med i evalueringen. Dette indikerer at RPH er en stabilt god tjeneste for målgruppen på tvers av kommuner med ulik størrelse, demografi og rammevilkår.

Noen variasjoner ble funnet, særlig i bakgrunns karakteristika til de inkluderte klientene, men også til en viss grad i klientresultatene. Hva gjelder forskjeller i klientresultater bør disse samtidig tolkes forsiktig, da pilotene som skilte seg ut på noen av utfallene ofte var de med lavt antall klienter inkludert og/eller lav deltakerrate. Effektestimatene for disse pilotene er dermed mer usikre og det kan ikke utelukkes at estimatene ville nærmet seg landsgjennomsnittet med flere og potensielt mer representative klienter. En annen mulighet er at forskjellene speiler reelle variasjoner mellom klientene. Det kan være ulike forklaringer på en slik variasjon, herunder forskjeller i klientpopulasjon, terapeutvariasjoner og effekter av ulik organisering, implementering og generell fungering til tjenesten på strukturnivå.

Gjennom intervjuene med prosjektledere, terapeuter og rådmenn fremkom det en del variasjon mellom pilotene i hvordan tjenesten ble implementert, hvor godt teamene fungerte og i hvilken grad RPH så ut til å ville bli forankret som et fast tilbud i kommunen eller bydelen. Særlig så overordnede strukturelle forhold, som kommuneøkonomi og organisering av den psykiske helsetjenesten som helhet, ut til å legge viktige føringer for implementeringen. Også forhold knyttet til enkeltindivid var

sentrale for hvor godt en pilot fungerte, som hvorvidt rådmannen var personlig engasjert i RPH-prosjektet, om prosjektledelsen hadde god struktur, god kommunikasjon med og tillit fra sine ansatte og i hvilken grad det var en god balanse mellom prosjektledelse og fagledelse i teamet.

Hva gjelder innhold i tjenesten, brukte noen pilotene der det relativt sett ble funnet sterkest effekter på symptomlette i stor grad ansikt-til-ansikt-behandling, mens noen av pilotene med lavere effektstørrelser motsatt var av de som fokuserte mest på gruppekurs. Siden nedgang i symptom var noe mindre for de som mottok gruppekurs enn for de som mottok de andre behandlingsformene kan dette muligens forklare noe av de forholdvis beskjedne forskjellene i effektstørrelser.

6.3 Styrker og begrensinger med den metodiske tilnærmingen

6.3.1 Styrker

Denne evalueringen inkluderer et rikt datamateriale som gjør det mulig å belyse en rekke aspekter ved behandlingstilbudet og implementeringen av RPH i Norge. For det første er det en stor styrke at alle de 12 pilotene har blitt evaluert av en ekstern forskingsinstans ved bruk av samme metodiske tilnærming. I tillegg til å inkludere et stort antall deltakere, gjør dette det mulig å undersøke i hvilken grad behandlingstilbudet fungerer på tvers av piloter og hvordan RPH blir implementert og fungerer i kommuner med ulik struktur og rammevilkår. For det andre er evalueringen lagt tett opp mot den metodiske tilnærmingen som ble brukt for å evaluere IAPT, med for eksempel bruk av samme instrument for å måle angst, depresjon og livskvalitet og med lignende intervjuguide for de kvalitative intervjuene. Dette gjør at resultatene fra evalueringene av de to programmene enklere kan sammenlignes. For det tredje er bredden i informantgrupper (6 grupper fra hver av de 12 pilotene) en stor styrke i for den kvalitative delen av evalueringen for å kunne belyse styrker og utfordringer ved RPH-modellen som en integrert tjeneste for målgruppen i kommunen. Til sist ble det brukt etablerte spørreskjema med gode psykometriske egenskaper på de fleste av utfallsmålene. Der validerte spørreskjema ikke var tilgjengelige, har vi konferert med eksperter for å bruke spørsmålsformuleringer som er basert på etablerte spørreskjema. Siden klientene ble bedt om å fylle ut spørreskjema i forkant av hver behandlingstime sikret vi oppfølgingsmål i de fleste tilfeller også der avslutningsskjema manglet.

6.3.2 Begrensninger

Evalueringen ble gjennomført uten kontrollgruppe. For å vurdere om behandlingen ved RPH er effektiv sammenlignet med ingen eller ordinær behandling blir funnene satt opp mot resultat fra IAPT evalueringen [22]. Denne metoden, kalt «benchmarking», ble også benyttet i evalueringen av IAPT, men da ble funnene satt opp mot resultat fra tidligere engelske randomiserte kontrollerte studier. Utfordringen med å bruke denne metoden er at utvalgene i RCT-studiene sannsynligvis skiller seg fra IAPT- og RPH-utvalgene på viktige karakteristika og at gruppene derfor ikke er helt sammenlignbare. Resultater fra en slik sammenligning må derfor tolkes med forsiktighet. Videre er en kostnad-nytte-analyse svært vanskelig å gjennomføre uten en sammenlignbar kontrollgruppe. Når det gjelder effekt på arbeidslivsdeltakelse har vi ingen sammenligningsgruppe. For å finne ut om RPH virker bedre enn tilbudet som allerede finnes for målgruppen har vi derfor satt i gang en randomisert kontrollert studie i to av de nye pilotene, Sandnes og Kristiansand. Se mer informasjon om denne studien under Appendix 3.

De presenterte hovedresultatene er basert på «last observation carried forward»-metoden, siden det manglet avslutningsskjema fra 44 % klientene som var registrert som ferdig behandlet. Mangel på avslutningsskjema bidrar til usikkerhet rundt den sanne effekten av tiltaket. Som en sensitivitetstest gjennomførte vi i tillegg «intention to treat»-analyse (mest konservative estimat) samt at vi undersøkte effektestimater basert kun på de som hadde fylt ut avslutningsskjema (minst konservative estimat). Siden effektstørrelsene for endring i angst og depresjon var sterke på tvers av disse tilnærmingene, styrker det antagelsen om at RPH har effekt på symptomtrykk. Ideelt sett skulle vi ha ventet til 12 måneders oppfølgingen var tilgjengelig for å undersøke om nedgang i symptomtrykk vedvarte over tid. Videre kunne kobling mellom spørreskjemadata og ulike helseregistre gitt flere muligheter til å følge klientene over tid, for eksempel på bruk av helsetjenester og arbeidslivstilknytning. Registerkobling er inkludert i den igangsatte RCT-studien.

Antall deltakere, deltakerrate og andelen som hadde fylt ut avslutningsspørreskjema varierte mellom pilotene. Resultatene fra piloter med få deltakere og/eller lav deltakerrate må tolkes med forsiktighet. Få deltakere medfører mindre sikre effektestimater (som vist med brede konfidensintervaller i figurene). For noen analyser hadde vi ikke tilstrekkelig data til å vise separate resultat fra enkelte av pilotene. Dersom mange av klientene ikke deltar i evalueringen gir det usikkerhet rundt hvilken grad deltakerne er representative for klientpopulasjonen som helhet. Sannsynligvis vil skjevhet i deltakelsen bidra til å underestimere effekten av tiltaket gjennom regresjon til gjennomsnittet. Generelt kan det antas at ikke-deltakerne hadde et høyere symptomtrykk ved oppstart av behandling enn deltakerne. Siden resultatene viste at effekten av behandlingen var størst for deltakere med høyt symptomtrykk, kan denne skjevheten i deltakelse ha bidratt til å underestimere den sanne endringen fra pre- til postbehandling. På den andre siden er det også en mulighet at ikke-deltakerne hadde mer sammensatte vansker som var vanskelig å behandle.

Når det gjelder klientresultater har hovedfokuset for rapporten vært å undersøke endring i symptomnivå i løpet av behandlingen og i mindre grad endring i funksjonsevne. Psykiske lidelser omfatter imidlertid både symptomer og funksjonstap og alvorlighetsgraden av psykiske lidelser blir ofte vurdert ut fra funksjonstap. Evalueringen viste også at de viktigste årsakene til symptomene, som rapportert av deltakerne, var problemer i hjemme-, skole-, og/eller jobbsituasjonen. Fremtidige studier bør derfor ha økt fokus på endringer i funksjonsevne, i tillegg til symptomene.

For de kvalitative intervjuene viste det seg utfordrende å komme i kontakt med klienter og fastleger. Det er usikkert i hvilken grad erfaringer fra intervjuede klienter er overførbare til klientpopulasjonen som helhet. Samtidig ble klienter som ble kontaktet trukket ut tilfeldig, noe som bidrar til et mer representativt utvalg.

Arbeidsdeltakelse er komplisert å måle, både med tanke på at mange ulike kombinasjoner av arbeid og trygd er mulig og at veien inn og ut av sykefravær ofte er en dynamisk og gradvis prosess [43]. Uten kontrollgruppe eller eget benchmark-utvalg til å sammenligne endringer over tid med, er det derfor vanskelig å trekke sikre slutninger om de observerte endringene ved RPH-klientenes arbeidsstatus utgjør en betydningsfull endring. Videre ble arbeidsstatus selvrapportert, noe som gir sårbarhet for manglende data og skjevrapporteringer. Den igangsatte RCT-studien inkluderer både en kontrollgruppe og planer om kobling til objektive registerdata på trygdeutbetalinger (FD-trygd).

Når resultater fra denne studien foreligger, vil vi dermed få langt sikrere estimater hva gjelder effekt av RPH-behandlingen på arbeidslivsdeltakelse.

Evalueringen inneholdt ingen direkte mål på «fidelity» utover terapeutenes selvrapporing av hvilken grad kognitiv atferdsterapi ble brukt som tilnærming i hvert enkelt behandlingsforløp, samt intervju med terapeuter om implementeringsprosessen. Vi har derfor noe begrenset kunnskap om hvor godt den kognitiv-atferdsterapeutiske tilnærmingen ble implementert og etterlevd av terapeutene, selv om dette er veldig viktig med hensyn til å trekke konklusjoner om behandlingseffekter eller deres fravær [50]. Etterlevelsen kan på den ene siden antas å være høy siden alle terapeuter gikk gjennom utdanning fra Norsk Forening for Kognitiv Terapi i forkant og dels underveis i pilotperioden. Ifølge data fra terapeutskjemaet ved avslutning av behandlingen var gjennomsnittlig bruk av kognitiv atferdsterapi svært høy, både blant psykologer og terapeuter med en annen faglig bakgrunn (89 % av tiden). Samtidig fremkom det av intervjuene noen grad av diskusjon og variasjon mellom terapeutene om hvorvidt kognitiv atferdsterapi burde være den eneste terapimetoden som ble tilbudt i RPH. Skepsisen til kognitiv atferdsterapi som eneste tilnærming kom særlig fra psykologer og terapeuter med bistillinger i eksisterende kommunale helsetilbud. Evaluering av «fidelity» er inkludert i den pågående RCT-studien.

6.4 Implikasjoner og anbefalinger

6.4.1 Praksis

RPH ble iverksatt som et pilotprosjekt med mål om å øke tilgangen på virksom behandling av angst og lettere til moderat depresjon i befolkningen. Resultatene fra foreliggende evaluering er lovende med tanke på symptomlindring, økning i livskvalitet og klienttilfredshet. Videre tok nesten halvparten av klientene kontakt med RPH selv. Ventetiden på median 10 dager fra kontakt til inntakssamtale og videre 8 dager til første behandlingstime er også vesentlig kortere enn ventetiden for andre hjelpetilbud for målgruppen, som for eksempel privatpraktiserende psykolog, eller for tilbud i spesialisthelsetjenesten (helsenorge.no). Disse funnene tyder på at RPH-tjenesten fungerer i tråd med nevnte målsetninger. Basert på denne evalueringen er det derfor grunn til å mene at tiltaket bør videreføres og oppskaleres. I Sintefs rapport over kommunalt psykisk helse- og rusarbeid for 2015 kommer det frem at selv om de fleste norske kommuner vurderer sine tjenester som gode, er bare ti prosent av årsverkene for tjenester til voksne brukt på gruppen med milde og kortvarige problemer [8]. Dette til tross for at disse utgjør den største gruppen av psykiske plager og lidelser i befolkningen. Funnene er videre sammenlignbare med resultatene fra evaluering av de første to pilotene i IAPT, både med tanke på symptomlindring og arbeidslivsdeltakelse. Blant annet basert på resultatene fra evalueringene i de to pilotområdene i England ble det der bestemt å oppskalere IAPT, og tjenesten er nå etablert i 99 % av helsekommunene (Clinical Commissioning Groups, CCG) der.

Samtidig er det fortsatt behov for mer forskning på effektene av RPH. Blant annet behøves det flere klienter og lengre tids oppfølging for å kunne si noe sikrere om effekter for undergrupper av klienter, på arbeidslivsdeltakelse og i hvilken grad symptomreduksjonen vedvarer over tid. Planen videre er å fortsette inklusjon av klienter ved de første 12 pilotene til 1.oktober 2016 og å følge alle inkluderte klienter ut 2016. Videre vil gjennomføring av evaluering med bruk av en randomisert kontrollert (RCT) design bli avgjørende for å vurdere hvordan de observerte endringene i symptom, livskvalitet og arbeidslivsdeltakelse i RPH sammenlignes med oppfølging som vanlig. Se Appendix 3 for mer informasjon om RCT-studien som per tid gjennomføres i pilotene Kristiansand og Sandnes.

Selv om tiltaket ser ut til å fungere som et lavterskeltilbud, ble det samtidig funnet at noen grupper var underrepresenterte blant deltakere. Delvis kan dette forklares med at det er mindre sannsynlig med deltakelse i evalueringen fra disse gruppene, men det er også mulig at disse gruppene er reelt underrepresentert blant klienter som har fått behandling ved RPH. Blant annet var andelen med lav utdanning lavere enn det man skulle forvente ut fra den demografiske sammensetningen i pilotkommunene som helhet. Det bør også bemerkes at denne gruppen blant deltakende klienter i evalueringen viste et høyere symptomtrykk enn klienter med høyere utdanning. Nedgangen i symptomtrykk etter behandling var stor på tvers av utdanningsnivå. Dette kan tyde på at RPH ennå ikke i tilstrekkelig grad når ut til grupper som har behov for, og som kan ha hjelp av behandlingen som tilbys ved RPH. Det var også få eldre (>67 år) blant deltakerne. Det er i tråd med funn fra en norsk studie fra 2014 som viser at få eldre henvises til psykolog av fastlegen, blant annet fordi fastleger opplever at det ikke finnes et godt nok tilbud [51]. Dette ble delvis bekreftet av de deltakende psykologene i studien, som indikerte at de har begrenset kunnskap når det gjelder psykoterapi med eldre. Psykisk helse blant eldre har i mindre grad blitt prioritert i Norge, selv om tidligere studier har vist at KAT er også effektiv i denne aldersgruppen [52, 53]. RPH har potensiale til å styrke behandlingstilbudet til eldre forutsatt at eldre bli gjort mer oppmerksomme på at RPH finnes som behandlingstilbud, men også ved at terapeuter har tilstrekkelig kunnskap til å behandle eldre. Avslutningsvis var personer med innvandrerbakgrunn underrepresentert blant RPH-klientene. Til en viss grad kan dette forklares med at deltakelse i *evalueringen* krevde gode norskkunnskaper for å svare på spørreskjemaer. Generelt sett varierte pilotene med hensyn til hvordan de markedsførte RPH lokalt. Graden av markedsføring var gjerne bevisst fra pilotenes side, basert på kapasitet til å ta imot klienter. Selv om dette kan være et nødvendig praktisk hensyn, kan dette også bidra til en skjevhet i tilgjengeligheten av tilbudet mellom ulike grupper i befolkningen. For eksempel vil markedsføring på fastlegekontor i større grad nå kvinner enn menn, da kvinner generelt går oftere til legen enn menn (ssb.no).

Det ble funnet en del variasjoner mellom pilotene og terapeutene etter hvordan de implementerte tjenesten, herunder tolkning og bruk av inklusjonskriteriene, i hvilken grad lavintensive behandlingsformer ble benyttet og i grad av fokus på arbeid i terapien. Videre kom det frem at mange piloter brukte mye tid på å utvikle egne inntakrutiner, kurs og selvhjelpspakker og på arbeidet med å forankre prosjektet i kommunen. Det er grunn til å spørre om det er ønskelig med tydeligere sentrale føringer for implementering, innhold og forankring av RPH som tjeneste. På den ene siden ga de relativt løse rammene pilotene rom for å finne innovative løsninger og til å utforme tjenesten etter lokale forhold og behov. På den andre siden ga prosjektledere og terapeuter uttrykk for det var svært mye sette seg inn i løpet av pilotperioden, at det ble mye prøving og feiling og «dobbeltarbeid» mellom piloter for å opprette rutiner og de mente selv det hadde vært fordelaktig med større grad av ferdig utarbeidede planer fra Helsedirektoratet i forkant av de lokale implementeringene av RPH.

Lavintensive behandlingsformer som gruppekurs og veiledet selvhjelp ble i relativt liten grad benyttet av pilotene. Dersom disse behandlingsformene skal oppskaleres kan det være hensiktsmessig å ta tak i barrierene for bruk av veiledet selvhjelp som fremkom av de kvalitative intervjuene med terapeutene: For å øke terapeutenes kompetanse i å bruke veiledet selvhjelp kan dette gis økt fokus gjennom grunnutdanningen. Som tidligere nevnt er det også et stort behov for å videreutvikle materiell og rutiner for veiledet selvhjelp. Av både ressurs- og kvalitetshensyn hadde det vært hensiktsmessig at materiell ble utviklet for RPH samlet heller enn at hver pilot har ansvar for å utvikle

eget materiell, samt systematisk å evaluere hvor godt opplegget fungerer med tanke på behandlingseffekt, kostnadseffektivitet og behandlingstilfredshet.

Med tanke på trappetrinnsmodellen er veiledet selvhjelp i Helsedirektoratets veileder satt som førstetrinn etterfulgt av gruppekurs [21]. Underveis i pilotperioden kom Helsedirektoratet videre med føringer om at veiledet selvhjelp skulle utgjøre minst 33 % av det totale behandlingstilbudet for klientene som ikke får gruppekurs. Det ble ikke satt lignende rammer for gruppekurs. Det bør vurderes hvorvidt det er naturlig å gjøre et slikt skille mellom gruppekurs og veiledet selvhjelp med tanke på behandlingsintensitet. De kvalitative intervjuene antydte at den veiledede selvhjelpen i sin nåværende form var nokså ressurskrevende samtidig som gruppekurs, slik de var organisert i noen piloter, var minst like lavintensive som veiledet selvhjelp. Særlig bør det vurderes om psykoedukative introduksjonskurs bør sidestilles eller muligens endatil plasseres under veiledet selvhjelp i trappetrinnsmodellen.

Prosjektlederne rapporterte at de brukte mye tid på å jobbe med lokal videreføring i kommunen. På den ene siden kan dette sies å være en naturlig stor del av arbeidet når en ny tjenestemodell skal piloteres og forankres i kommunen. Dette synet var også noe prosjektlederne ga uttrykk for gjennom intervjuene. På den andre siden kan prosjektmodellen og usikkerheten den medfører for medarbeidere gjøre prosjektene sårbare for gjennomtrekk og manglende kontinuitet av kompetanse i tjenesten. Gjennomtrekk og «intention to leave» ble ikke spesifikt undersøkt i denne evalueringen, men en del prosjektledere fortalte om å bevisst benytte delstillinger, der ansatte hadde faste delstillinger i andre kommunale tjenester for å kunne tilby en større grad av stabilitet til sine ansatte.

6.4.2 Evaluering av kommunal tjeneste

Som påpekt i Sintefs rapport over kommunalt psykisk helse- og rusarbeid i 2015 er effekten av kommunalt psykisk helsearbeid i liten grad systematisert, dokumentert og publisert (*Ose 2015*). Det er et uttalt nasjonalt mål at helsetjenestene skal bli mer kunnskapsbaserte, herunder at forskning i, for og med kommunene skal styrkes [9, 54, 55]. Foreliggende evalueringen er en av den mest omfattende som er gjort av en kommunal psykisk helsetjeneste for voksne i Norge. Erfaringer fra gjennomføring av forskningsprosjektet kan dermed være til stor nytte for andre evalueringer av kommunale tjenester og for den generelle økningen av forskningskompetansen i og for kommunene. Mellom annet ble det, med hjelp av Norsk senter for forskningsdata (NSD), utviklet eget en egen dataportal for å samle inn spørreskjemadata elektronisk på tvers av pilotene. Denne dataportalen kan muligens brukes som grunnlag for mer strukturelle og kontinuerlige kvalitetsvurderinger av RPH og eventuelt også andre psykiske helsetjenester på kommunenivå.

Å gjennomføre forskningsprosjekt i en ordinær klinisk setting er krevende, da forskningens behov for kontroll, stabilitet og utfyllende datamateriale ikke alltid lar seg enkelt forene med en kompleks og dynamisk klinisk virkelighet. I dette forskningsprosjektet var det blant annet en viktig forutsetning at samme design ble benyttet i evalueringen av alle pilotene, for å kunne sammenligne piloter og å gjøre analyser for RPH-tjeneste som helhet. Dette gjorde at vi ikke kunne tilpasse design etter alle nyanser eller behov den enkelte pilot hadde basert på sin spesifikke demografi, kommunestruktur eller måte å implementere RPH som en integrert tjeneste i kommunen.

Blant utfordringene for den kvantitative datainnsamlingen var at pilotene til dels hadde ulike rutiner for inntak av klienter og i ulik grad etablerte integrerte rutiner for inklusjon og oppfølging av

deltakere til evalueringen. Dette resulterte i at deltakelsesraten ved noen av pilotene var så lav at det gir stor usikkerhet om hvor representative funnene er for klientene ved den lokale RPH-tjenesten som helhet. Generelt vil tall vedrørende utbredelse (f.eks. hvor stor andel som hadde kliniske nivåer av depresjon eller var sykmeldte) være særlig sårbare for å gi skjeve estimater ved lav deltakelsesrate, mens estimater på sammenhenger (f.eks. hvorvidt det er sammenheng mellom prognose og klientenes alder) ikke er fullt så sårbare for slike skjevheter [56].

Grunnet begrensede ressurser hadde vi videre bare mulighet til å tilby spørreskjema på norsk og måtte dermed ekskludere klienter uten gode norskkunnskaper fra evalueringen. For de fleste av pilotkommunene innebar ikke dette vesentlige begrensning for klientenes representativitet. Ved piloten Oslo bydel Søndre Nordstrand, med 52 % innvandrerbefolkning, ville spørreskjema på andre språk derimot trolig kunne bidratt til et mer representativt utvalg. For en av pilotene som startet opp i 2014, Oslo Bydel Stovner, har vi hatt mulighet til å tilby forkortede spørreskjema på engelsk samt oversettelser av PHQ og GAD til en rekke språk, med per tid gode erfaringer hva gjelder deltakerrate.

Tross noen praktiske kompromisser er en svært viktig fordel med å gjennomføre forskning som utføres i en ordinær setting at resultatene i langt større grad er direkte overførbare til den kliniske hverdagen vi ønsker kunnskap om [57]. Det å gjennomføre en evaluering under implementering og ordinær drift av tjenesten, ser også ut til å ha bidratt til å strømlinjeforme RPH som tjeneste. En annen praktisk fordel med måten datainnsamlingen ble gjennomført på, var at terapeutene fikk fortløpende oppdateringer per epost om klientenes progresjon etter hvert som klientene fylte ut elektroniske spørreskjema underveis i behandlingen. Videre gjorde datainnsamlingen det mulig for prosjektledere og enhetsledere å bestille pilotspesifikke statusrapporter fra en uavhengig forskningsinstitusjon til rapporteringer lokalt på enhets- og kommunenivå og tilbake til Helsedirektoratet.

I England drives det kontinuerlig, rutinemessig innsamling av data til evalueringsformål av alle klienter som mottar behandling ved IAPT-sentrene. På denne måten kan de overvåke behov, fordeling av klientpopulasjonen, kvalitet og effekter av tjenesten og over tid og på tvers av sentre. En lignende rutinemessig innhenting av relevante data anbefales også for RPH i fortsettelsen, både som en kvalitetskontroll og som grunnlag for videre utvikling av tjenesten. En viktig forutsetning for dette er en videre utvikling av elektroniske datainnsamlingsprogrammer både når det gjelder stabilitet og fleksibilitet. Rutinemessig bruk av datainnsamlingsprogrammer krever også at relevant lovverk er ivare tatt.

6.5 Konklusjon

Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen er lovende med hensyn til symptomlindring etter behandling og er omtrent like gode som resultatene fra de første undersøkelsene som ble gjennomført for å evaluere IAPT i England. Basert på data som er samlet inn frem til nå finner vi en statistisk signifikant effekt på arbeidsdeltakelse og ble det observert en 5.6 % økning i arbeidsdeltakelse uten trygd. Resultater fra evalueringen i de første 12 pilotene er basert på et relativt svakt forskningsdesign. For å kunne gjøre kausale slutninger om effekten av RPH på symptomer og arbeidsdeltakelse, og for å kunne gjennomføre kostnads-nytte-analyser, trengs det en randomisert kontrollert studie (RCT). Derfor har Folkehelseinstituttet satt i gang en RCT i RPH-pilotene Kristiansand og Sandnes.

RPH-modellen ser videre ut til å fungere etter målsetningen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgang til behandling, da halvparten av klientene tok kontakt med RPH selv og ventetiden til behandling var vesentlig lavere enn for andre hjelpetilbud for målgruppen. Samtidig er det viktig å påpeke at RPH i større grad enn nå trenger å nå noen grupper, som lav utdannede, personer over 67 år, og personer med innvandrerbakgrunn.

Både kvantitative og kvalitative funn viser at veiledet selvhjelp omfatter en liten del av det totale behandlingstilbudet i RPH, sammenlignet med ansikt-til-ansikt-terapi. Basert på barrierene mot å bruke veiledet selvhjelp som ble beskrevet av terapeutene, kan det ligge et potensiale i å kunne behandle flere klienter dersom det utvikles en lavintensiv veiledet selvhjelpspakke til behandling av angst og depresjon for RPH. Noen piloter, som Molde og Fosen, har utviklet materiell for veiledet selvhjelp. Det hadde vært en styrke å evaluere én av disse i samarbeid med terapeutene og eksperter på veiledet selvhjelp. Dersom RPH blir implementert i nye kommuner er det viktig å ha tilgjengelig en evidensbasert veiledet selvhjelpspakke, og at terapeutene blir opplært til å bruke det som lavintensiv behandling. Per i dag er det for mange terapeuter som opplever de veiledet selvhjelpspakkene som er tilgjengelige som både høy-intensive og ressurskrevende, noe som er i strid intensjonen bak veiledet selvhjelp i RPH-modellen.

Referanser

1. Mykletun, A., A.K. Knutsen, and K.S. Mathiesen, *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. (FHI-Rapport 2009/8)*. 2009, Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Oslo.
2. Global Burden of Disease Study, C., *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*. Lancet, 2015. **386**(9995): p. 743-800.
3. Mykletun, A. and A.K. Knutsen, *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. (FHI-Rapport 2009/4)*. 2009, Nasjonalt Folkehelseinstitutt. : Oslo.
4. Helsedirektoratet, *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker – Helsetap, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på diagnoser og risikofaktorer. Rapport IS-2264*. 2015.
5. OECD, *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. 2014: Paris.
6. Kohn, R., et al., *The treatment gap in mental health care*. Bull World Health Organ, 2004. **82**(11): p. 858-66.
7. *St.prp.nr.1 (2009-2010). Proposisjon til Stortinget*.
8. Ose, S.O. and S. Kaspersen, *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF-rapport A27362*. 2015.
9. *Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen [The Coordination Reform]*.
10. *Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan*.
11. Centre for Economic Performance. *The Depression Report. A new deal for depression and anxiety disorders*. 2006, London School of Economics: London.
12. NICE (2004a). *Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical guidelines 23*. National Institute of Clinical Excellence. www.nice.org.uk: London, UK.
13. NICE (2004b). *Anxiety: Management of anxiety in adults in primary, secondary and community care. Clinical guidelines 22*. National Institute of Clinical Excellence. www.nice.org.uk: London, UK.
14. Clark, D.M., *Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience*. Int Rev Psychiatry, 2011. **23**(4): p. 318-27.
15. Clark, D.M., *Developing and disseminating effective psychological treatments: Science, practice and economics*. Canadian Psychology, 2013. **54**(1): p. 12-21.
16. Clark, D.M., et al., *Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites*. Behav Res Ther, 2009. **47**(11): p. 910-20.
17. Kroenke, K., R.L. Spitzer, and J.B. Williams, *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. J Gen Intern Med, 2001. **16**(9): p. 606-13.
18. Spitzer, R.L., et al., *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Arch Intern Med, 2006. **166**(10): p. 1092-7.
19. *Department of Health. IAPT Three-year Report—The First Million Patients*. 2012, DH: London.
20. *Community and Mental Health team. Psychological Therapies; Annual Report on the use of IAPT services: England 2014/15*. 2015, Health and Social Care Information Centre.
21. Helsedirektoratet, *Rask psykisk helsehjelp – 12 pilotkommuner*. 2013, Helsedirektoratet: Oslo.
22. Parry, G., et al., *An evaluation of a new service model: Improving Access to Psychological Therapies demonstration sites 2006-2009. Final report*. 2011, NIHR Service Delivery and Organisation programme.
23. Tennant, R., et al., *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation*. Health Qual Life Outcomes, 2007. **5**: p. 63.
24. Stewart-Brown, S., et al., *Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey*. Health Qual Life Outcomes, 2009. **7**: p. 15.

25. Kecklund, G. and T. Akerstedt, *The psychometric properties of the karolinska sleep questionnaire*. Journal of Sleep Research, 1992. **6**: p. 221-229.
26. *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. 2013, American Psychiatric Publishing, 4: Arlington, VA.
27. Engstrøm, M., et al., *The Reliability of a New Sleep Screening Questionnaire for Large Population-Based Studies: The Third Nord-Trøndelag Health Study*. Open Sleep J, 2011. **4**: p. 14-19.
28. Chambless, D.L., et al., *The Mobility Inventory for Agoraphobia*. Behav Res Ther, 1985. **23**(1): p. 35-44.
29. Connor, K.M., et al., *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale*. Br J Psychiatry, 2000. **176**: p. 379-86.
30. Reme, S.E., et al., *Work-focused cognitive-behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial*. Occupational and environmental medicine, 2015. **72**(10): p. 745-752.
31. Becker, B.J., *Synthesizing standardized mean-change measures*. . British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 1988. **41**: p. 257-278.
32. Offerdal, A., *Iverksettingsteori–resultatene blir sjelden som planlagt, og det kan være en fordel?*, in *Det kommunale laboratorium*, H. Baldersheim and L. Rose, Editors. 2005, Fagbokforlaget: Bergen.
33. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. Qual Res Psychol, 2006. **3**: p. 77-101.
34. Pallesen, S., et al., *A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population*. Sleep Med, 2014. **15**(2): p. 173-9.
35. Haver, A., et al., *Measuring mental well-being: A validation of the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale in Norwegian and Swedish*. Scand J Public Health, 2015. **43**(7): p. 721-7.
36. Wells, A., *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide* 1997: Wiley.
37. Hofmann, S.G. and J.A. Smits, *Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials*. The Journal of clinical psychiatry, 2008. **69**(4): p. 621.
38. Hollon, S.D., et al., *Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression*. Archives of general psychiatry, 2005. **62**(4): p. 417-422.
39. Spek, V., et al., *Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis*. Psychological medicine, 2007. **37**(03): p. 319-328.
40. Wiles, N., et al., *Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial*. The Lancet, 2013. **381**(9864): p. 375-384.
41. Haug, T., et al., *Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators*. Clinical psychology review, 2012. **32**(5): p. 425-445.
42. Timbie, J.W., et al., *A meta-analysis of labor supply effects of interventions for major depressive disorder*. Psychiatric services, 2006.
43. Labriola, M., *Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and the contextual level*. Work, 2008. **30**(4): p. 377-87.
44. Henderson, M., et al., *Work and common psychiatric disorders*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2011. **104**(5): p. 198-207.
45. Lagerveld, S.E., et al., *Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study*. Journal of occupational health psychology, 2012. **17**(2): p. 220-234.
46. Nieuwenhuijsen, K., et al., *Interventions to improve return to work in depressed people*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014(12).
47. Andersen, M.F., K.M. Nielsen, and S. Brinkmann, *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. Scand J Work Environ Health, 2012. **38**(2): p. 93-104.

48. Nordgreen, T., et al., *Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial*. Behavior Therapy, 2016. **47**(2): p. 166-183.
49. Lewis, C., J. Pearce, and J.I. Bisson, *Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review*. Br J Psychiatry, 2012. **200**(1): p. 15-21.
50. Waltz, J., et al., *Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence*. J Consult Clin Psychol, 1993. **61**(4): p. 620-30.
51. Brunvold, A.R. and L.H. Lunde, *Eldre i psykoterapi : en undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2014 **51**(2): p. 113-118.
52. Cuijpers, P., A. van Straten, and F. Smit, *Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials*. Int J Geriatr Psychiatry, 2006. **21**(12): p. 1139-49.
53. Nordhus, I.H. and S. Pallesen, *Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review*. J Consult Clin Psychol, 2003. **71**(4): p. 643-51.
54. HelseOmsorg21. *Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg [National research and innovation strategy for health and care for the 21st century in Norway]*
55. *Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen [The Public Health Announcement]*. .
56. Galea, S. and M. Tracy, *Participation rates in epidemiologic studies*. Annals of epidemiology, 2007. **17**(9): p. 643-653.
57. Hotopf, M., *The pragmatic randomised controlled trial*. Advances in Psychiatric Treatment, 2002. **8**(5): p. 326-333.

Appendix

Appendix 1: Spørsmål om arbeidssituasjon i spørreskjema

Hva er din nåværende arbeidssituasjon? Kryss av ALLE de alternativene som passer din situasjon. Vær oppmerksom at en full arbeidsuke (100%) består av 35 timer eller mer.

- Fulltidsarbeidende og ikke sykemeldt i jobben
- Fulltidsarbeidende men sykemeldt i jobben
- Deltidsarbeidende og ikke sykemeldt i jobben
- Deltidsarbeidende men sykemeldt i jobben
- Skole/utdanning
- Militærtjeneste
- Arbeidsrettet tiltak gjennom NAV/kommunen
- Arbeidsledig
- Uføre
- Hjemmeværende
- Pensjonist
- Vet ikke

Hvor stor prosent av din nåværende inntekt er basert på følgende inntektskilder? Bruk bare de kategoriene som passer din situasjon, slik at de ulike kategoriene summeres til 100%.

- _____ % Lønnsinntekt
- _____ % Sykepenger
- _____ % Arbeidsavklaringspenger (AAP)
- _____ % Dagpenger
- _____ % Uførepensjon
- _____ % Alderspensjon
- _____ % Økonomisk stønad (sosialhjelp), individstønad (NAV)

- Annet, vennligst beskriv _____
- Ingen stønad og/eller ingen inntekt
- Vet ikke

Dersom du jobber deltid, hva er stillingsprosenten din?

- 0 – 20%
- 21 – 40%
- 41 – 60%
- 61 – 80%
- Mer enn 80% men mindre enn 100%
- Jeg jobber ikke deltid

Appendix 2: Intervjuguider, kvalitative intervju

Terapeuter/prosjektledere:

Kan du begynne med å fortelle litt om din jobb og arbeidsoppgaver i RPH?

1. Hvordan ble du med i RPH?
 - i. Hvordan fikk du vite om RPH?
 - ii. Hvordan og hvorfor ble du med i RPH?
 - iii. Hvordan var prosessen- hva skjedde steg for steg? Hvem var med?
2. Var du med på å utforme hvordan RPH i din kommune skulle bli? Dersom ja:
 - i. Hvordan ble RPH i din kommune utformet? (prosess & hvem var med? Hvordan bestemte dere strukturen og gangen i behandlingstilbudet deres?)
 - ii. Hvilke likheter og forskjeller var det mellom det nye RPH-tilbudet og det tidligere psykiske helsetilbudet? (f. eks. antall ansatte; opplæring og kvalifikasjoner: nok opplæring?, ren bruk av KAT?); arbeidskontrakt; tilstrekkelig veiledning?; antall klienter som fikk tilbud? Ventetid før første behandlingstime?)
3. Hvordan er den nye jobben din sammenlignet med dine tidligere jobber som terapeut/prosjektleder i psykisk helsetjenesten?
 - i. Behandlingsteknikker/tilnærming til terapi?
 - ii. Arbeidsfordeling?
 - iii. Personell? Strukturen i RPH-teamet?
 - iv. Ny teknologi?
 - v. Lønninger? Betalinger?
 - vi. Arbeidstid/arbeidsform?
4. Hvis du var med fra starten av RPH (Hvis ikke, gå til pkt vi):
 - i. Når startet RPH i din kommune?
 - ii. Hvordan ble RPH presentert til deg/dine ansatte?
 - iii. Hvordan ble RPH satt i system? Hvordan håndterte teamet endringene i den nye tjenesten?
 - iv. Ble det gitt et opplæringstilbud for ansatte i det nye RPH-tilbudet?
 - v. Beskriv eventuelle problemer eller bekymringer i startfasen?
 - vi. Hvordan har RPH fungert fram til i dag?
 - vii. Noen store endringer eller overraskelser?
 - viii. Hva synes du om RPH-tilbudet i din kommune?
 - ix. Hvordan har RPH-ansatte generelt reagert på RPH-tilbudet?
 - x. Hvordan har klienter reagert på RPH?
 - xi. Hvilke klienter kommer til dere? (inkludjonskriterier, henvisningsrutiner, fokus på forebygging/behandling).
 - xii. Har dere rutiner for bruk av veiledet selvhjelp? (tilgang på oversiktlig veiledet «selvhjelpspakke», tilstrekkelig forsøkt før face-to-face terapi, grupper)
 - xiii. Har dere rutiner for å følge opp arbeidsdeltakelsen til klientene? (kartlegging av arbeidsdeltakelse).
 - xiv. Samarbeid med fastleger, NAV, DPS og frisklivssentraler.
 - xv. Brukermedvirkning og støtte til barn/pårørende.

5. Framtidige utviklinger:
 - i. Hvilke fremtidige endringer ville du likt se i RPH hvis tilbudet fortsetter videre?
 - ii. Hvordan skal RPH videreføres etter at midlene fra Helsedirektoratet ophører? (har dere gjort konkrete tiltak for å bidra til videreføring?; videreføring sannsynlig? Hvorfor?)
6. Er det andre temaer/punkter som ikke ble dekket i intervjuet hittil?

Klienter:

1. Kan du fortelle litt om hvordan du fikk vite om RPH?
 - i. Hvorfor du tok kontakt med RPH?
 - ii. Hvordan var prosessen- hva skjedde steg for steg? Hvem var du i kontakt med?
 - iii. Når fikk du vite at du kunne være med i RPH? (inklusionskriterier)
 - iv. Hva slags behandling fikk du og hvordan opplevde du den?
 - v. Fikk du informasjon om veiledet selvhjelp? (evt konkretisere til klienten hva veiledet selvhjelp er). Deltok du i noe av det? Hva var eventuelt til hjelp og hva var ikke til hjelp?
2. Hva er jobbsituasjonen din?
 - i. Er du i jobb eller sykemeldt?
 - ii. Hvor lenge har det vært slik?
 - iii. Hvis du var sykemeldt da du tok kontakt med RPH: Hadde terapeuten fokus på arbeidsdeltakelse og hvordan påvirket dette deg?
 - iv. Beskriv eventuelle positive sider ved RPH.
 - v. Beskriv eventuelle problemer ved RPH.
 - vi. Er det noe mer som kan forklare hva som var til hjelp og hva som ikke var til hjelp for deg ved RPH?
 - vii. Hvis du ikke ønsket å fortsette behandlingen slik det opprinnelig var planlagt med terapeuten: Hva skjedde?
 - viii. Hvordan har du det i dag?
 - ix. Kunne du tenke deg å gå tilbake til RPH hvis du skulle trenge hjelp igjen?
 - x. Vil du anbefale RPH til andre med lignende problem som du hadde da du først tok kontakt med RPH?

Rådmann/bydelsdirektør:

1. Kan du å fortelle litt om dine arbeidsoppgaver knyttet til kommunens psykiske helsetilbud?
2. Kan du si litt om hvordan dere tar beslutninger, og fatter vedtak om hvorvidt et tiltak som har blitt eksternt finansiert skal forankres i helse og sosialsektoren når finansieringen opphører?
3. Hvordan vurderer dere hvilke tiltak som blir videreført?
 - i. Hvem er med i beslutningsprosessen?
 - ii. Hvilke kriterier påvirker beslutningen (økonomi, politikk, faglige vurderinger, annet)?
 - iii. Hvilke kriterier veier tyngst?
 - iv. Hvem bestemmer utfallet?
 - v. Veier dere forebyggingstiltak mot behandlingstiltak?

4. Kan du beskrive beslutningsprosessen rundt et tiltak som har blitt videreført og et tiltak som ikke har blitt videreført i helse- og sosialtilbudene deres? [konkretisering]
 - i. Kan du beskrive hvordan dere kom frem til disse beslutningene?
5. Hvordan har RPH markert seg i din kommune?
 - i. Kan du si litt om hva du kjenner til når det gjelder RPH sitt arbeid i din kommune?
 - ii. Hvordan passer RPH tilbudet med de andre tilbudene i kommunes psykiske helsetilbud? (Overlapper? Supplerer? Utvider tilbudet?)
6. Hvordan vurderer du muligheten for at RPH skal bli et ordinært tjenestetilbud i din kommune?
7. Hvordan evt jobber dere for at RPH skal bli budsjettert i kommunen etter prosjektperioden?
 - i. Hvem gjør hva? Hva gjør evt du? Evt tett kontakt med andre som jobber for at RPH skal bli videreført?
 - ii. Jobbes det tverrsektorielt eller interkommunalt? Hvem jobber dere med for å få det til?
 - iii. Er RPH nevnt i kommuneplanen for Folkehelse?
 - iv. Er RPH i budsjettet i din kommune?
8. Hvis evalueringen av RPH hadde vist positive resultater, ville det ha påvirket en eventuell videreføring av RPH?
 - i. Hvorfor?
 - ii. Hvorfor ikke? Hvilke andre faktorer ville i så fall ha veid tyngre?
9. Noe mer som er viktig når du vurderer hvorvidt et tiltak skal bli et ordinært tjenestetilbud i kommunen?

Samarbeidspartner (forkortet intervjuguide):

Kan du begynne med å fortelle litt om din jobb og dine arbeidsoppgaver?

1. Hvilken kontakt og samarbeid har du med RPH?
2. Hvordan fungerer RPH?
3. Beskriv evt endringer som RPH medførte
4. Hvis samarbeid: Beskriv eventuelle problemstillinger eller bekymringer i startfasen av samarbeidet?
 - i. Hvordan har RPH fungert fram til i dag? (Behov? Kommer klienter/brukere tilbake? Får du lett kontakt med RPH ved behov? Hvordan kan evt samarbeid bli bedre?)
 - ii. Noen store endringer eller overraskelser?
 - iii. Hvordan har klientenes reaksjon på tjenesten vært?
 - iv. Har dere rutiner for å følge opp arbeidsdeltakelsen til klientene? (kartlegging av arbeidsdeltakelse).
5. Framtidige utviklinger:
 - i. Eventuelle endringer eller utviklinger som er planlagt i samarbeidet?
 - ii. Hvilke forslag til forbedringer av RPH-samarbeid vil du evt trekke frem?
 - iii. Bør RPH videreføres og forankres i kommunen?
6. Noen annet?

Appendix 3: Evaluering gjennom en RCT

For å finne ut om RPH virker bedre enn omsorg som allerede finnes for målgruppen, har vi satt i gang en randomisert kontrollert studie i to av de nye pilotene, Sandnes og Kristiansand. Målene med studien er å undersøke effekten av RPH på utfallsmålene angst, depresjon, livskvalitet, arbeidslivsdeltakelse, samt å vurdere om tiltaket er kostnadseffektivt. Klientene som oppsøker Rask Psykisk Helsehjelp under studieperioden, som vurderes å være innen målgruppen og som ønsker å delta i studien, blir derfor tilfeldig tildelt til a) oppfølging via RPH eller b) ordinær oppfølging via fastlege. Tilfeldig tildeling (randomisering) brukes for at gruppene skal være mest mulig sammenlignbare før behandlingen starter. Studien gjennomføres så nær vanlig klinisk praksis som mulig for at resultatene som fremkommer skal kunne gi et realistisk bilde av hvordan tiltaket fungerer.

Data samles inn med bruk av elektroniske spørreskjema opptil 12 måneder etter randomiseringen, og med kobling til flere helseregistre for å hente ut data på arbeidslivsdeltakelse, medisinbruk og bruk av helsetjenester. For gruppen som får oppfølging via RPH samles det også inn lydopptak av alle behandlingssesjoner, for mellom annet å undersøke i hvilken grad behandlingen som blir gitt samsvarer med kognitiv atferdsterapi («fidelity»).

www.fhi.no

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Oktober 2016
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no