

Evaluering av Rask psykisk helsehjelp

Robert Smith, seniorforsker, ph.d.

Bakgrunn

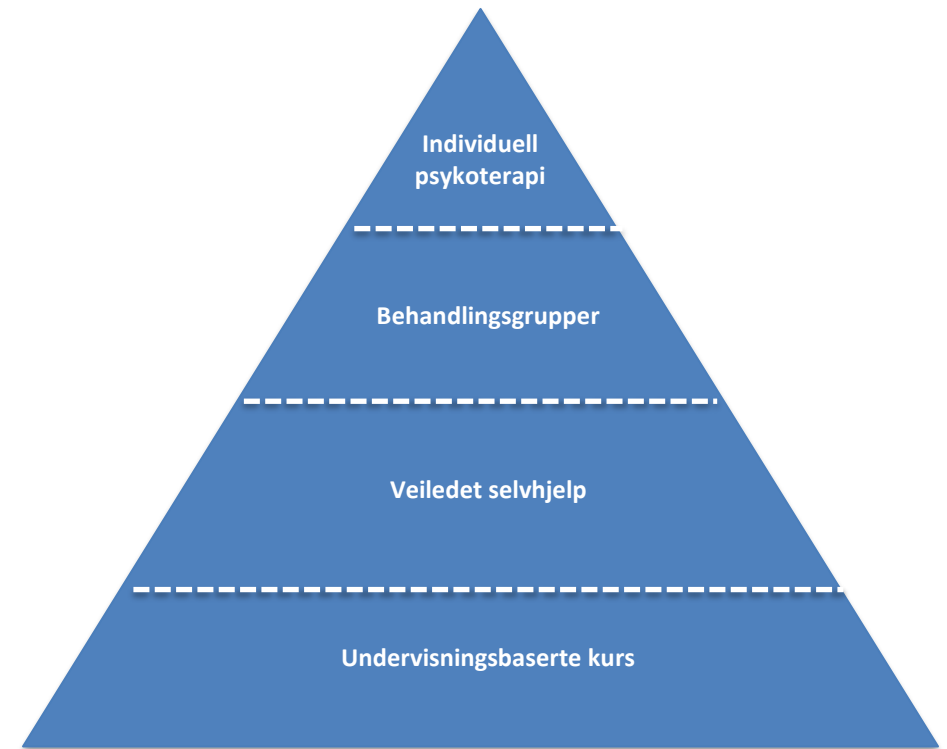
- Inspirert av Englands “Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)”, nå kalt NHS Talking Therapies
- Situasjonen i 2005 i England:
 - kun 5% av personer med angst og depresjon fikk psykologisk behandling
 - ventetider var over ett år
 - 3:1 hadde preferanse for samtaleterapi
- IAPT-løsningen:
 - Trene et stort antall (for tiden ca. 10 000) psykologiske terapeuter ved hjelp av nasjonale evidensbaserte læreplaner (NICE guidelines)
 - Bruk av trappetrinnsmodellen («stepped-care»)
 - Rutinemessig innhenting av resultatdata for alle som får et behandlingsforløp



IAPT grunnleggerne:
Prof. David Clark (l)
Lord Richard Layard (r)

Rask psykisk helsehjelp

- Kjennetegn
 - Organisert som en del av den kommunale helsetjenesten
 - Behandlingen er basert på kognitiv atferdsterapi (KAT)
 - Pragmatisk trappetrinnsmodell (lav → høy intensitet)
 - Det er gratis og er et lavterskeltilbud som kan oppsøkes uten henvisning fra fastlege
 - Den skal ha begrenset ventetid og operere uten venteliste
- Startet som pilotprosjekt i Norge (2012), dekker nå >60% av befolkningen geografisk.
- Flere uavhengige evalueringer har blitt gjennomført.



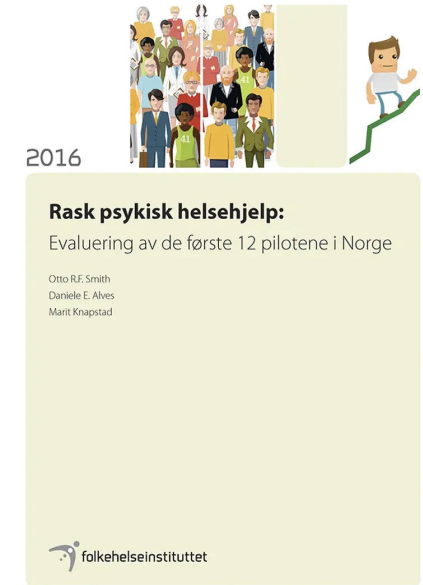
Første evaluering (2014-2016)

- **Formål med evalueringen**

- Vurdere om RPH reduserer symptomer på angst og depresjon
- Se om funksjon og arbeidsevne forbedres
- Kartlegge hvordan RPH er implementert i kommunene
- Innhente erfaringer fra klienter, terapeuter og samarbeidspartnere

- **Metode**

- Spørreskjemaer (angst, depresjon, livskvalitet, arbeid) ved start, underveis og avslutning
- 3199 klienter tok kontakt, 1983 startet behandling, 1279 deltok i evalueringen
- Intervjuer med prosjektledere, terapeuter, klienter, fastleger, NAV og lokalpolitikere
- Dokumentanalyse (retningslinjer, møtereferater, kommunal info)



Første evaluering (2014-2016)

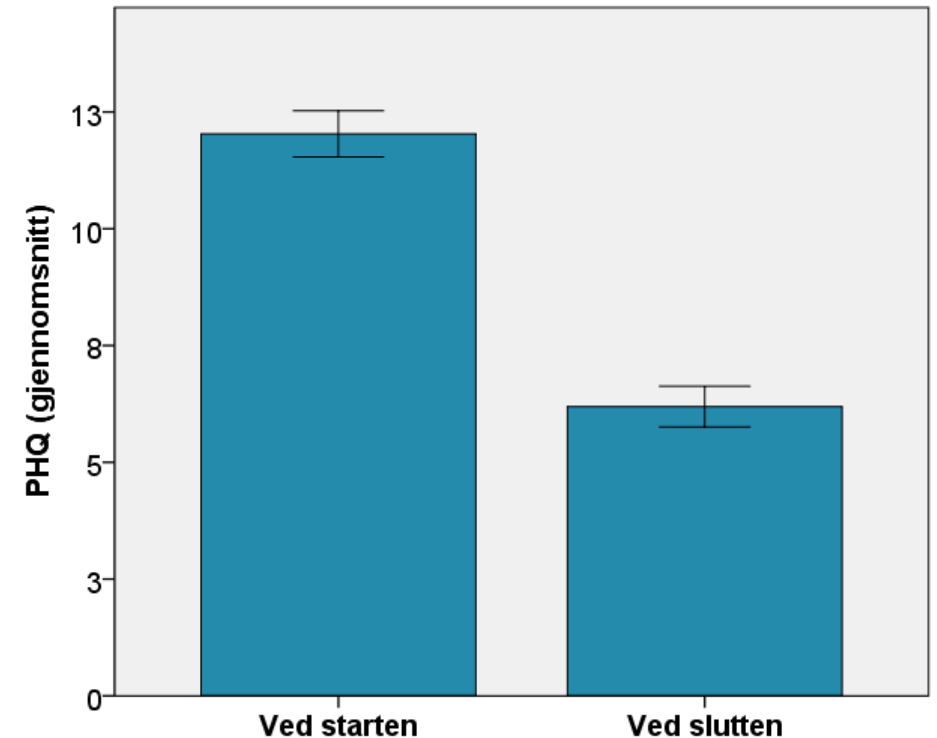
Hovedresultater

Symptomlindring: Betydelig reduksjon i angst- og depresjonssymptomer

Tilfriskningsrate: 61,6 %, resultatet var godt over IAPT-målet på ≥ 50 %

Arbeidsdeltakelse: +5,6 % i jobb uten trygd etter behandling

Klienttilfredshet: Høy – rask tilgang, strukturert behandling, konkrete verktøy



Første evaluering (2014-2016)

- **Konklusjon**

- RPH gir lovende resultater for symptomlindring, funksjon og arbeidsevne
- Resultater på linje med de første IAPT-pilotene i England

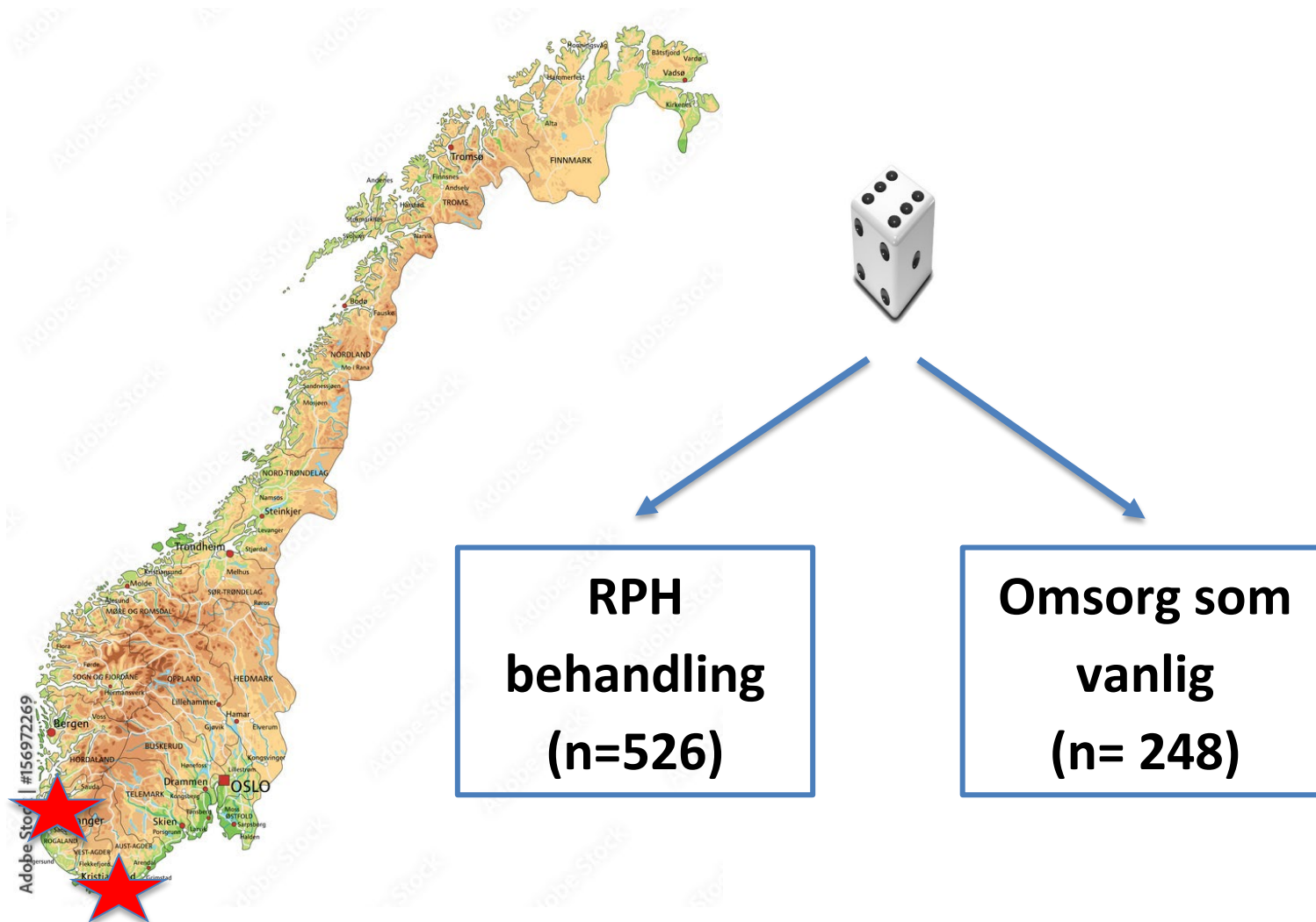
- **Utfordringer og anbefalinger**

- Lite bruk av veiledet selvhjelp
 - utvikle bedre selvhjelpspakker og opplæring
- Svakt jobbfokus i terapien
 - integrere arbeid som tema mer systematisk, jobbfokusert KAT, styrke NAV-samarbeid
- Retningslinjer følges ikke godt nok
 - sikre bedre etterlevelse i praksis
- Underrepresentasjon av lavt utdannede, eldre og innvandrere
 - utvikle målrettede tiltak
- Økonomisk usikkerhet
 - sikre stabil og øremerket finansiering
- Begrenset dokumentasjon
 - gjennomføre RCT for å dokumentere effekt og kost/nytte





Randomisert studie i Sandnes og Kristiansand (2016-2017)





Mål med studien

- **Sammenligne RPH vs TAU ved 6 og 12 måneders oppfølging**
 - Primærmål: Pålitelig tilfriskningsrate (angst og depresjon)
 - Sekundærmål: Funksjon, arbeidsdeltakelse og mer.
- **Langsiktige, registerbaserte utfall**
 - Sysselsetting, inntekt, ytelsesbruk, helsetjenestebruk
- **Kostnad-nytte analyser**



Eksponering for behandling

- **Rask psykisk helsehjelp:**
 - 30 % gruppebasert psykoedukasjon, 25 % individuell terapi, 25 % blandet
 - Terapeut rapporterer høy grad av modelltrofasthet
 - Median på 5 behandlingsøkter, begrenset fokus på arbeidsdeltakelse
 - Relativt lavt frafall (23 %)
- **Omsorg som vanlig:**
 - 59 % fikk behandling for angst/depresjon
 - 45 % mottok minst 4 økter (fastlege, psykolog)



Primære kliniske resultater

Standard Research Article

Psychother Psychosom 2020;89:90–105
DOI: 10.1159/000504453

Received: February 27, 2019
Accepted after revision: September 23, 2019
Published online: December 3, 2019

Psychotherapy
and Psychosomatics

Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial

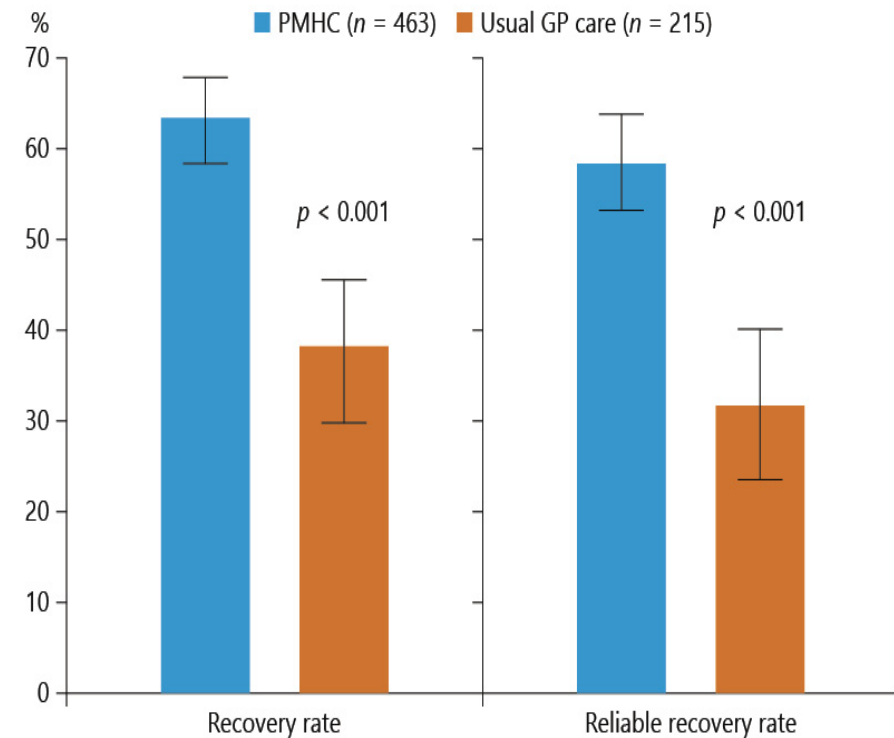
Marit Knapstad^{a,b} Linn Vathne Lervik^b Solbjørg Makalani Myrtveit Sæther^b
Leif Edvard Aarø^b Otto Robert F. Smith^b

^aFaculty of Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway; ^bDivision of Mental and Physical Health, Department of Health Promotion, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway

Keywords
Prompt Mental Health Care · Depression · Anxiety · Cognitive behavioral therapy · Randomized controlled trial · Improving Access to Psychological Therapies

Abstract
Background: The innovative treatment model Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) and its Norwegian adaptation, Prompt Mental Health Care (PMHC), have been evaluated by cohort studies only. Albeit yielding promising results, the extent to which these are attributable to the

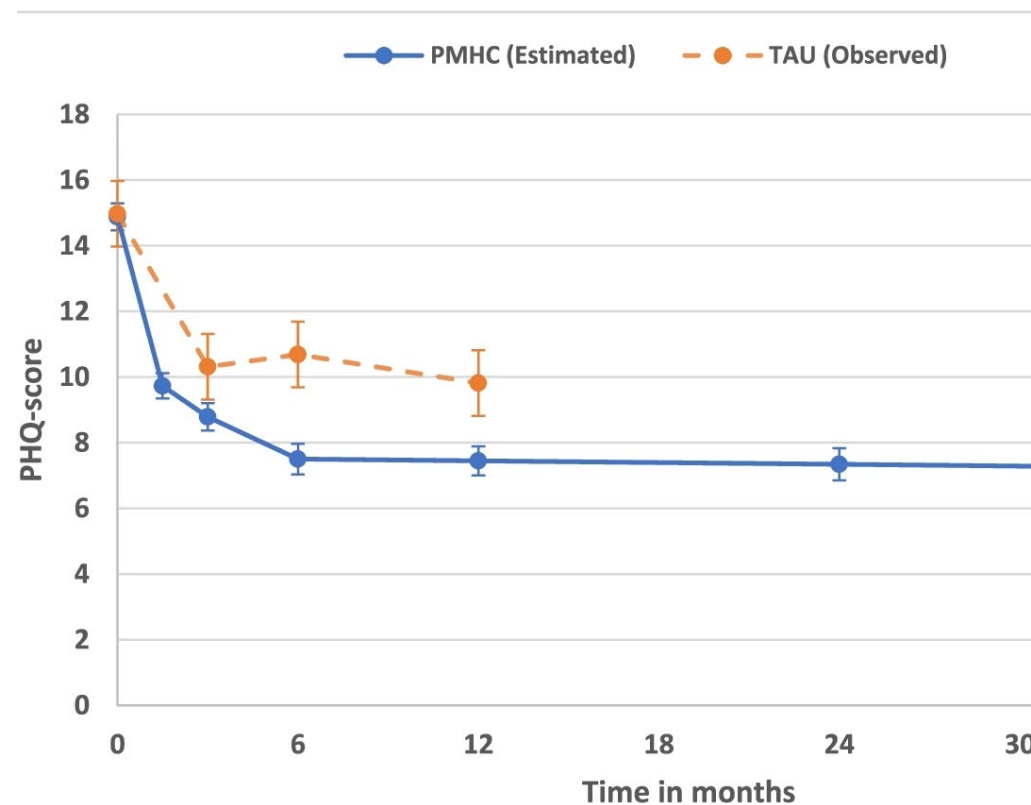
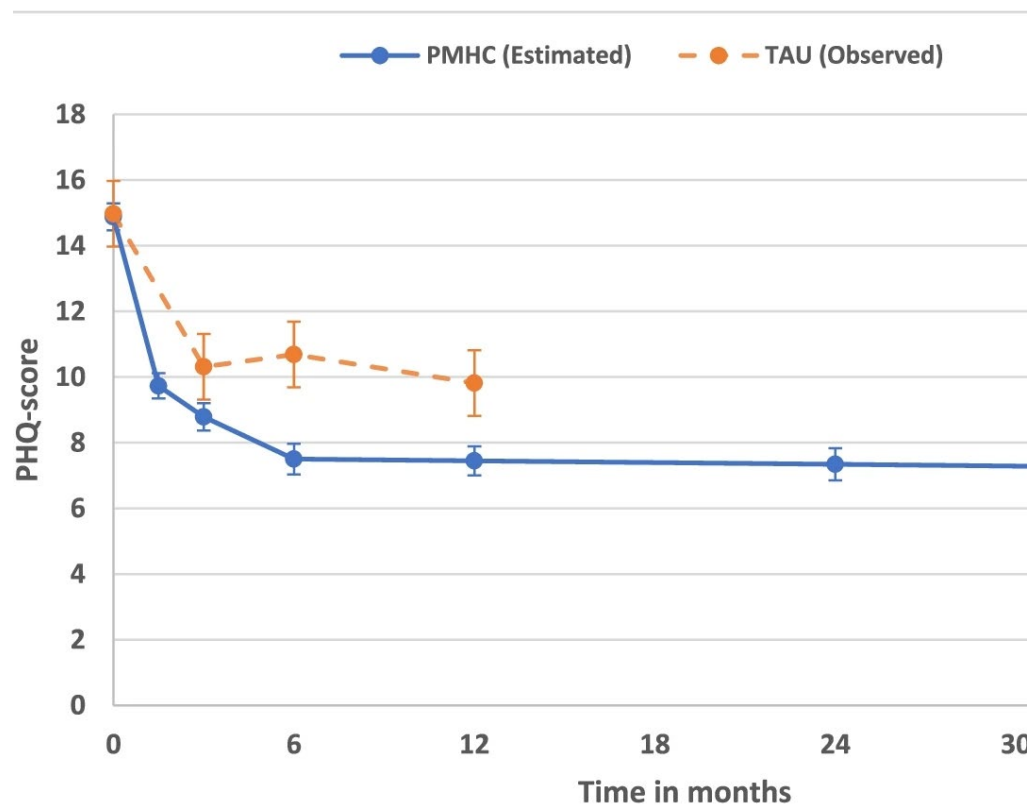
to PMHC, $n = 218$ to TAU) with simple randomization within each site with no further constraints. The main outcomes were recovery rates and changes in symptoms of depression (PHQ-9) and anxiety (GAD-7) between baseline and follow-up. Primary outcome data were available for 73/67% in PMHC/TAU. Sensitivity analyses based on observed patterns of missingness were also conducted. Secondary outcomes were work participation, functional status, health-related quality of life, and mental well-being. **Results:** A reliable recovery rate of 58.5% was observed in the PMHC group and of 31.9% in the TAU group, equaling a between-group effect size of 0.61 (95% CI 0.37 to 0.85, $p < 0.001$). The differences



RPH dobler tilfriskning sammenlignet med omsorg som vanlig.



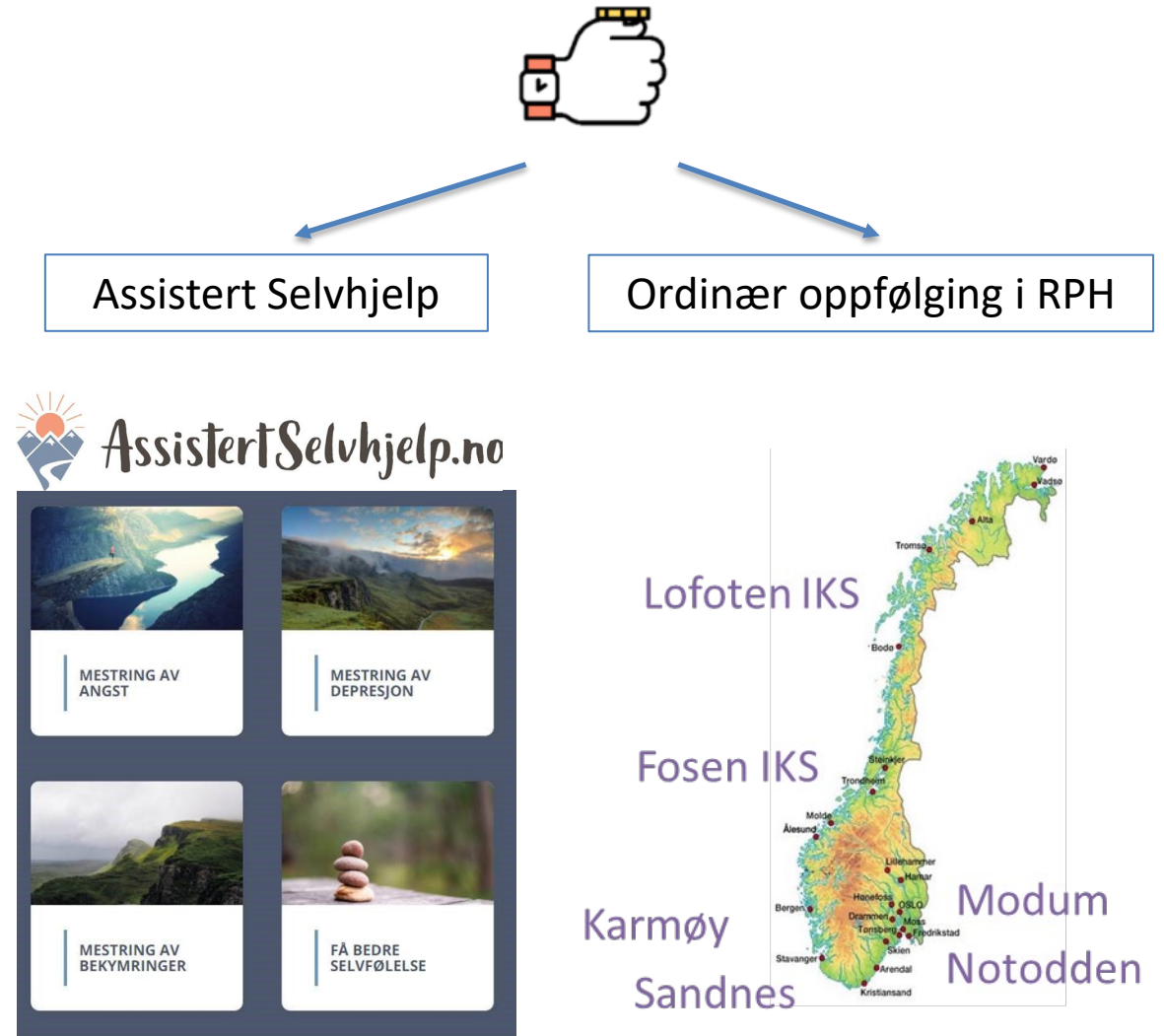
Langsiktige kliniske effekter



👉 *Kliniske effekter av RPH varer langt utover behandling*

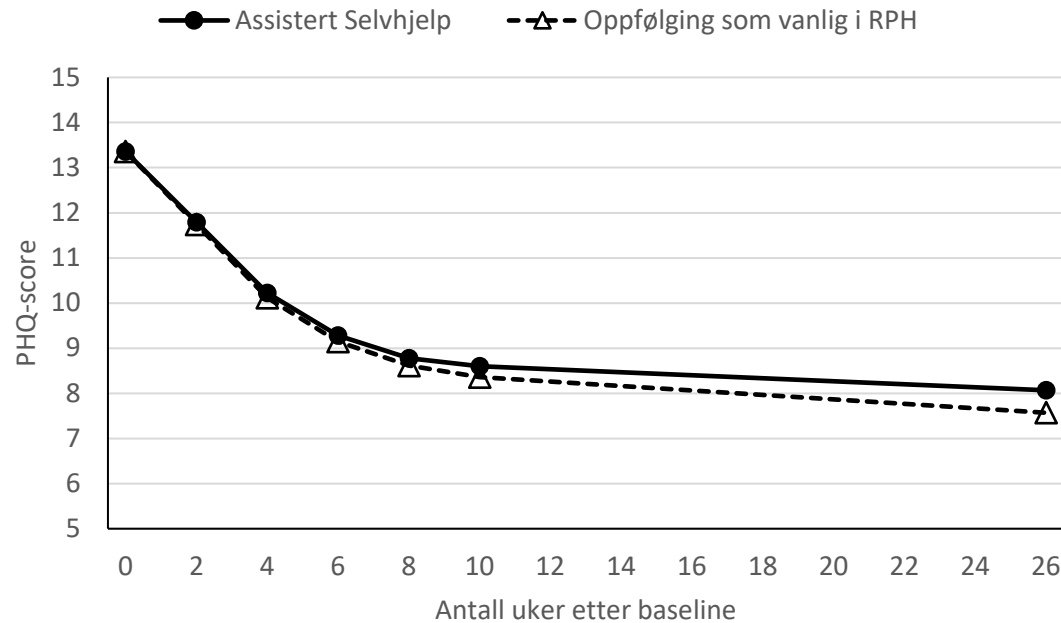
Veiledet internettbehandling ved Rask psykisk helsehjelp: En randomisert kontrollert studie (2020-2024)

1. Er Assistert selvhjelp minst like effektiv som ordinær oppfølging i RPH?
 - Primærutfall: Depresjon- og angstsymptomer ved 6 måneder
 - Sekundærutfall: Pålitelig tilfriskningsrate, funksjonsnivå, arbeidsdeltakelse, søvn, spesifikke angstmål, tidsbruk
2. Er Assistert selvhjelp minst like akseptabel som ordinær oppfølging i RPH?
 - Inklusjon til studien, drop-out fra behandling, terapeutisk allianse, brukertilfredshet
3. Hva er RPH-terapeuters syn på fremmere og hemmere for videre implementering?

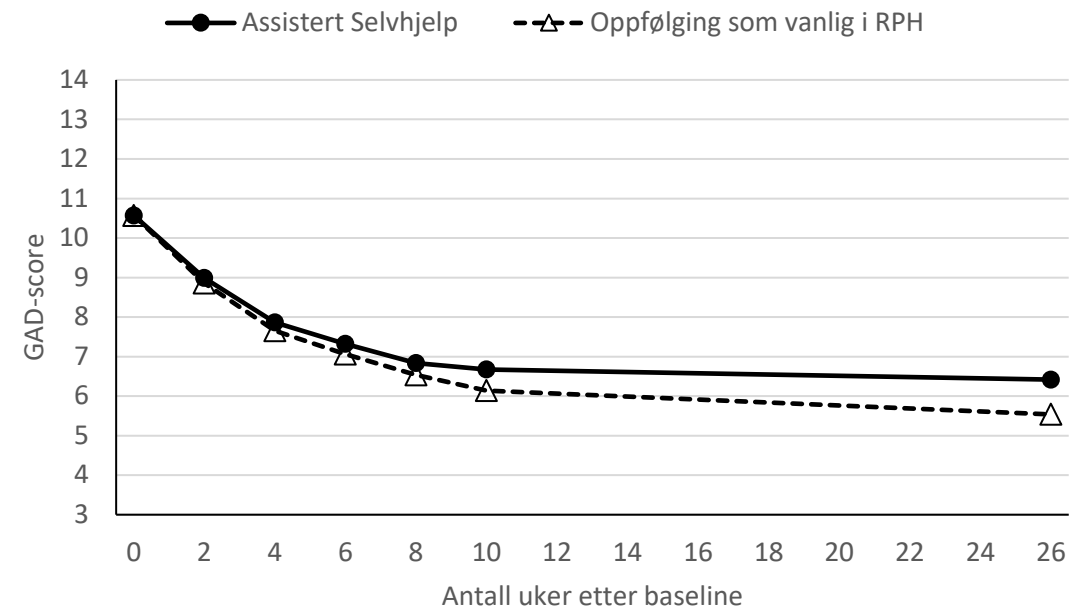


Hovedresultat – symptomendring

Depresjonsymptomer (PHQ)



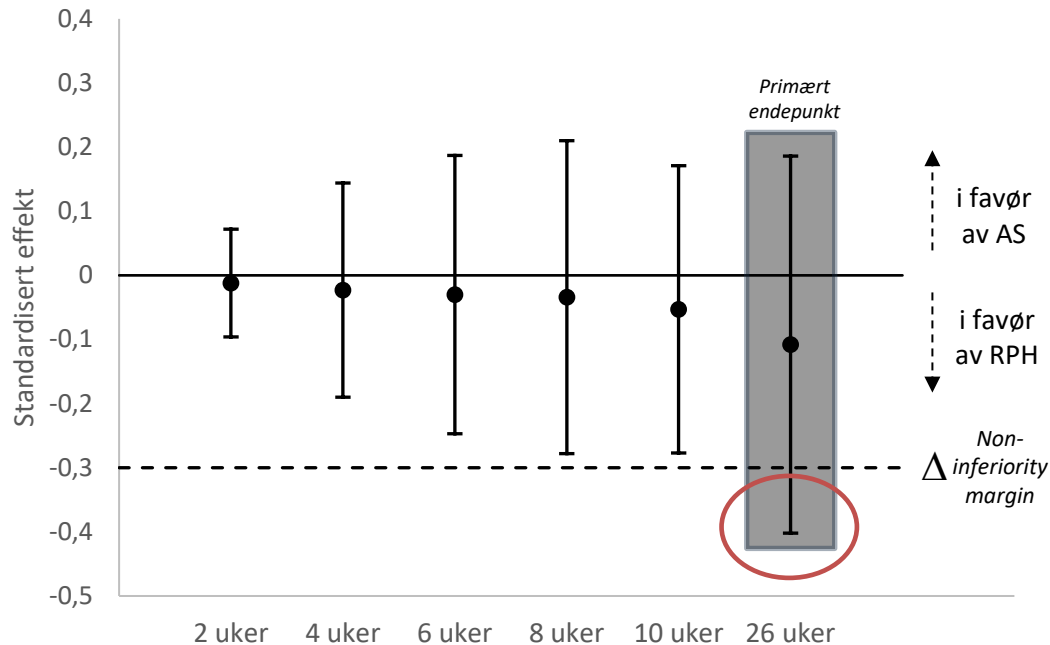
Angstsymptomer (GAD)



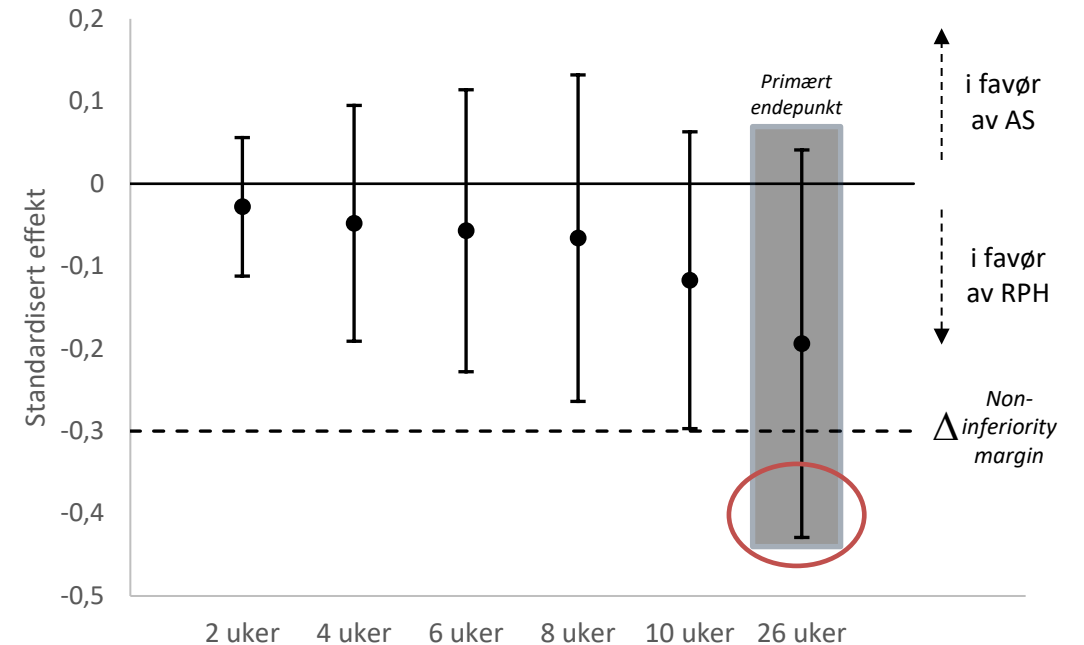
👉 Begge gruppene viser en klinisk signifikant nedgang i symptomer på depresjon og angst.

Hovedresultat – symptomendring

Depresjonsymptomer (PHQ)

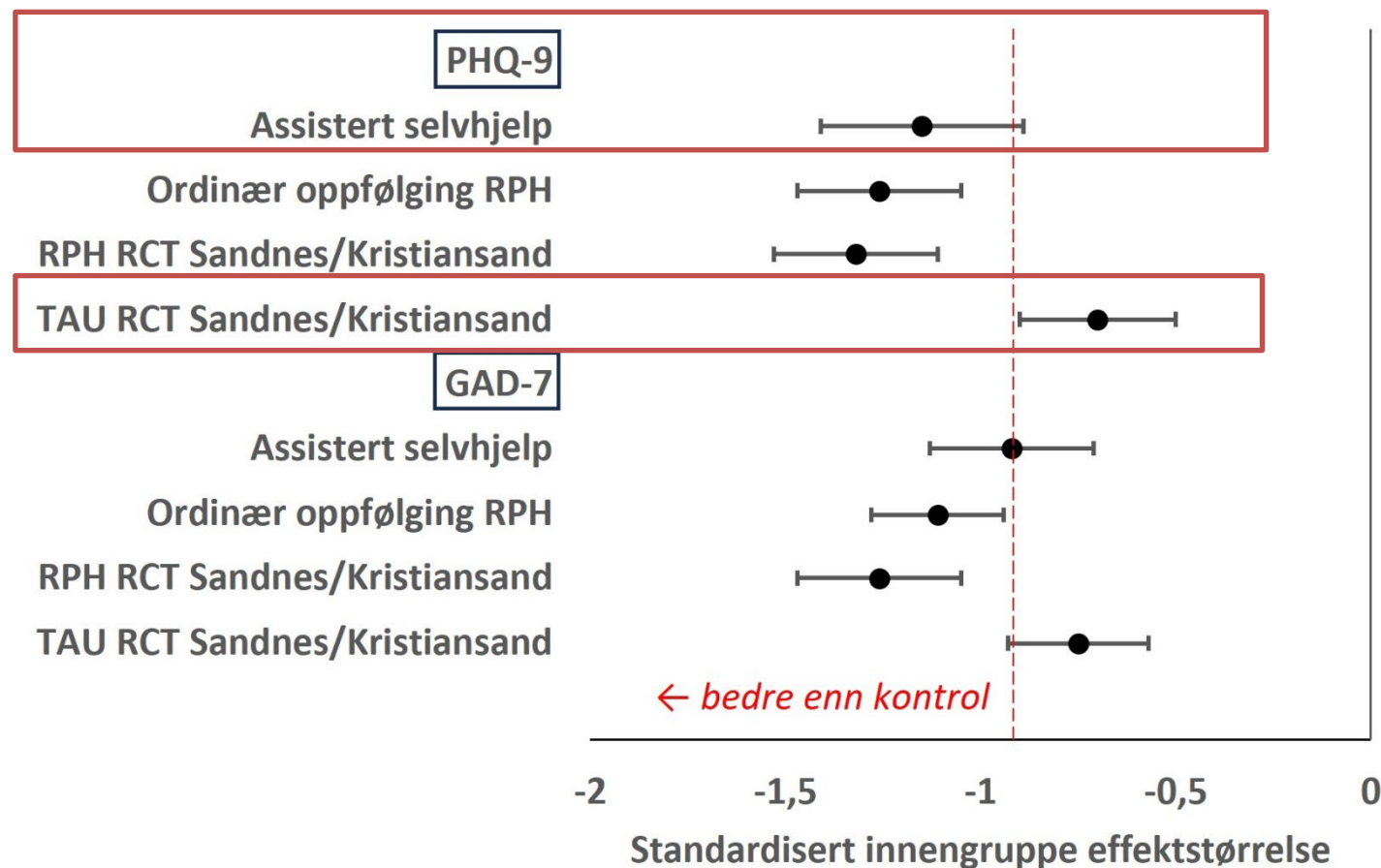


Angstsymptomer (GAD)



👉 Over tid ble mellomgruppe-effektene noe mer i favør ordinær oppfølging i RPH. Statistisk sett var Assistert selvhjelp *ikke* minst like effektiv ved 6M oppfølging

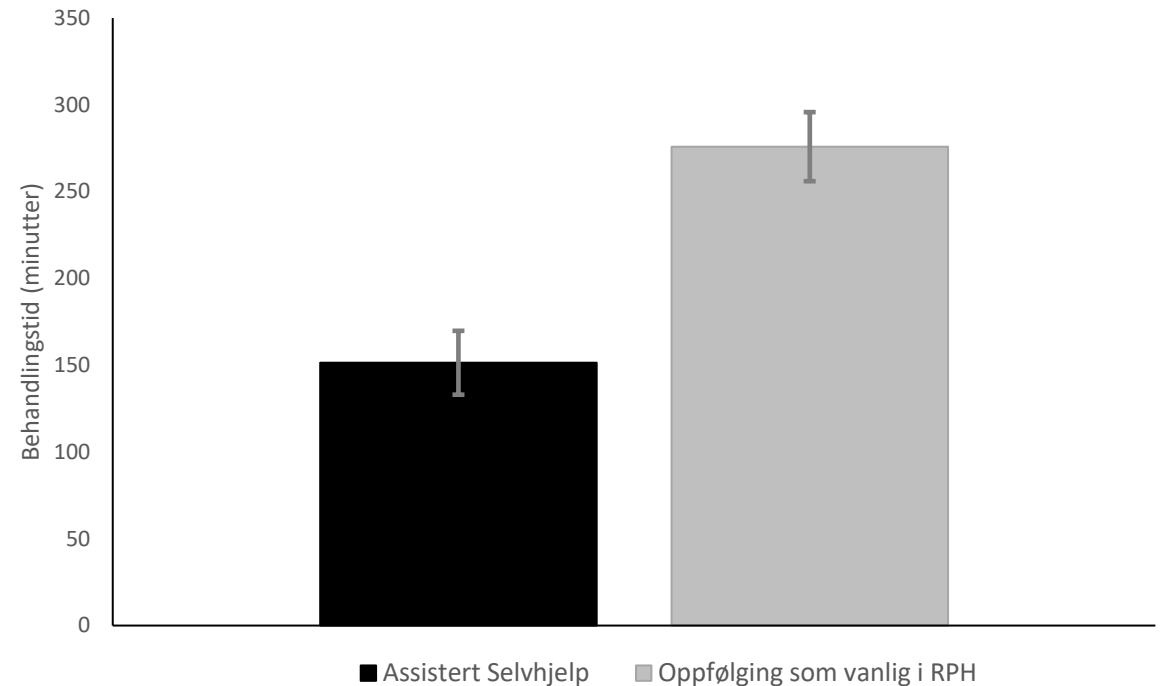
Hovedresultat i perspektiv av den forrige RCT-en



👉 Assistert selvhjelp gir trolig bedre effekt enn vanlig kommunal omsorg (i 2016/2017) på depresjonssymptomer (PHQ-9), mens effekten på angst (GAD-7) er mer usikker.

Tidsbruk for terapeuter

- Median 5 sesjoner i hver gruppe
- Nær 2 ganger lenger terapeuttid ved ordinær oppfølging i RPH enn ved oppfølging med Assistert selvhjelp



Assistert selvhjelp i RPH – utfordringer og veien videre

- **Konklusjoner**
 - Assistert selvhjelp gir klinisk effekt, med tydelig bedring særlig på depresjon
 - Studien gir ikke sikkert grunnlag for å konkludere om effekten er like god som ordinær RPH på primærutfall.
 - Om lag 50 % tilfriskningsrate.
 - Opplevs brukervennlig og krever rundt halvparten så mye terapeuttid.
- **Studieutfordringer**
 - Lav rekruttering / noe høyt frafall
 - Ulik og begrenset opplæring
 - Skepsis hos terapeuter
 - Mindre bruk av terapeutiske teknikker (eksponering)
 - Ujevn implementering / lite fleksibilitet
- **Anbefalinger forskning**
 - Større studier (særlig på angst)
 - Hvem har mest nytte?
 - Blended care & langtidseffekt
 - Kostnad–nytte analyser
- **Anbefalinger policy / praksis**
 - Forankres i ledelse og team
 - Klare kriterier for målgruppe + fleksibel bruk
 - God opplæring og etterutdanning
 - Nasjonal støtte for implementering



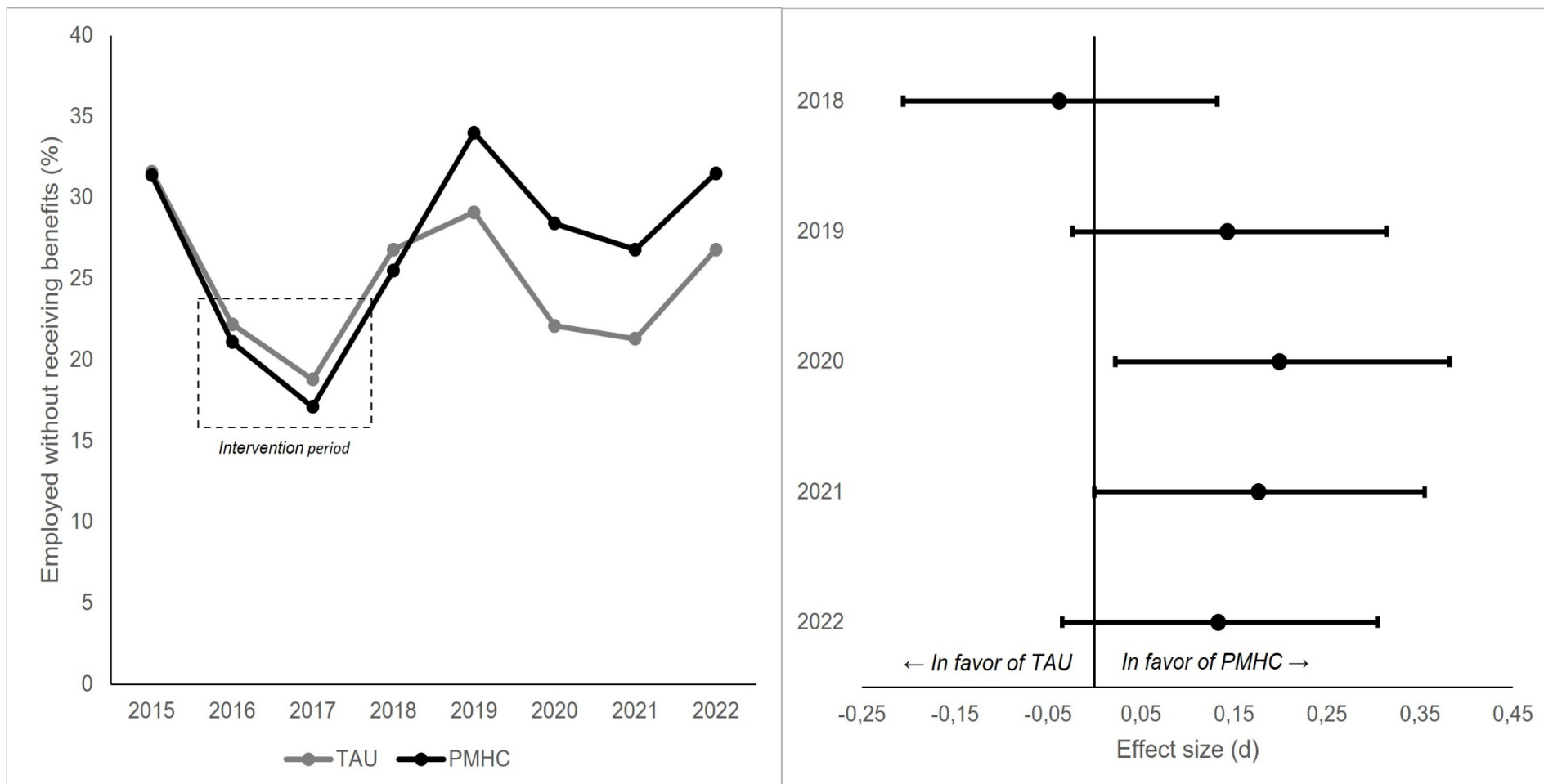


Effekter utover symptomer?

- **Registerbaserte resultater**
 - Sysselsetting - % i vanlig arbeid (uten å motta velferdsytelser)
 - Inntekt – yrkesinntekt (gjennomsnitt, SD)
 - Mottak av velferdsytelser - % som mottar velferdsytelser
 - Bruk av helsetjenester – Antall konsultasjoner (alle årsaker og psykisk, gjennomsnitt, SD)
- **Kost–nytte-analyse (Cost–Benefit)**
 - Sammenligner kostnader med økonomisk verdi av gevinstene, alt måles i kroner 💰
- **Kostnads–nytte-analyse (Cost–Utility)**
 - Sammenligner kostnader med helsegevinster, målt i kvalitetsjusterte leveår (QALYs) 🩺



Arbeidsdeltakelse

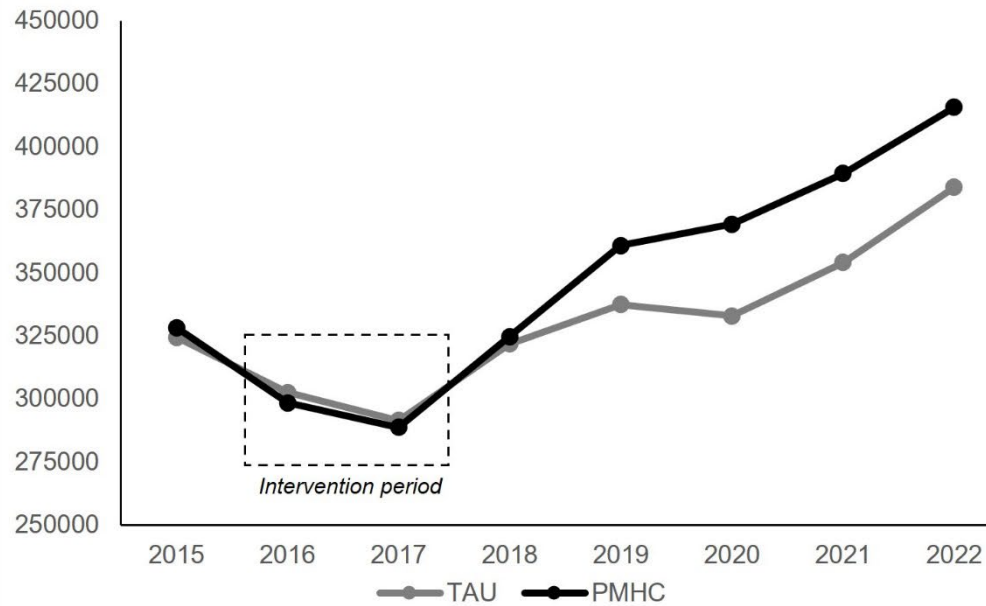


Note: the standardized effect size was calculated by applying the following formula: $d = \ln(OR) \times (\sqrt{3/p})$.

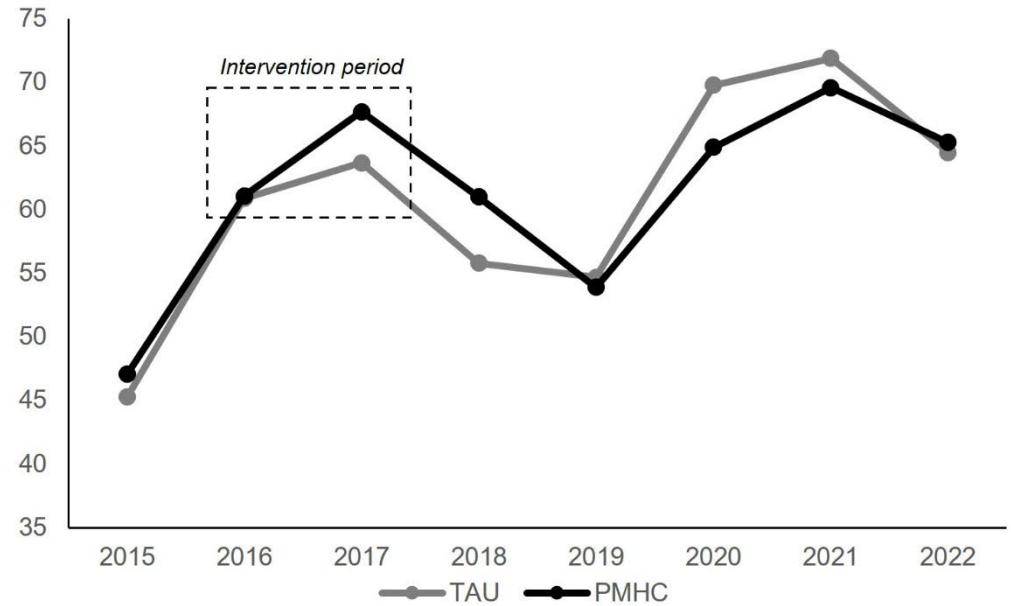
Posterior sannsynlighet
PMHC > TAU: 91–97 % for
årene 2019-2022

👉 RPH har en
vedvarende effekt på
arbeidsdeltakelse

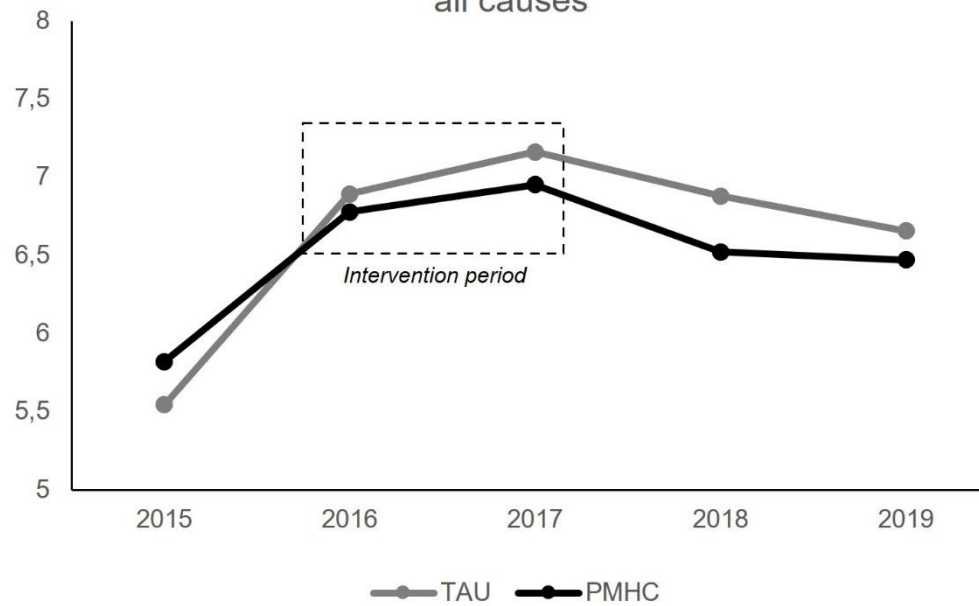
Mean occupational income (NOK)



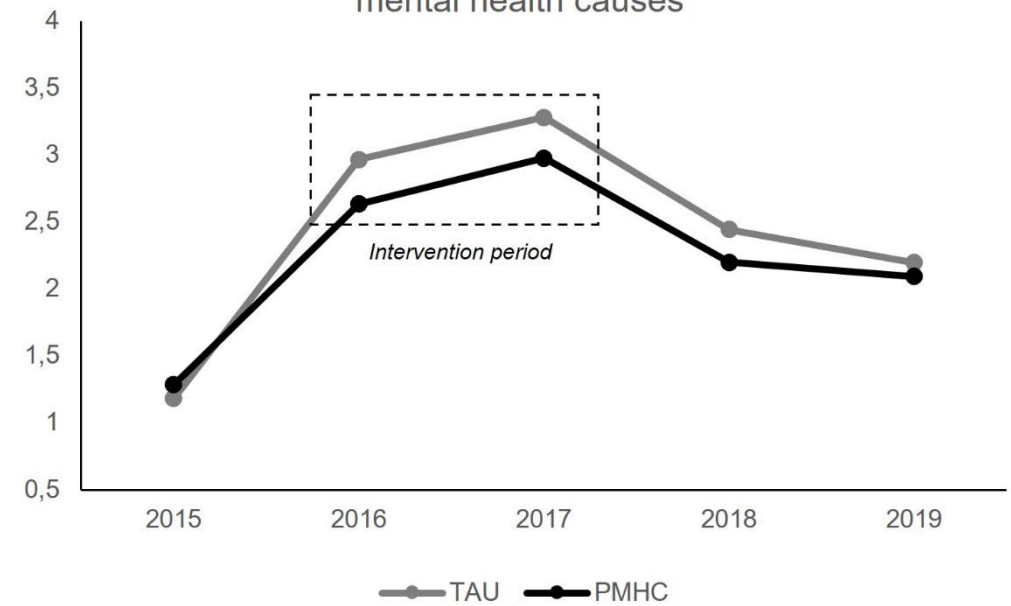
Recipient of welfare benefits (%)



Mean number of health care consultations:
all causes



Mean number of health care consultations:
mental health causes





Effekt av RPH på økonomien som helhet

- **Nytte**
 - Økt yrkesinntekt minus privat helseutgift per deltaker (etter randomisering → utgangen av 2022, gj.sn. oppfølging = 6,3 år).
- **Kostnad ved intervensjonen**
 - Basert på budsjett informasjon fra kommunen 2016–2017.
 - Inkluderte lønn til klinikere, driftskostnader for tjenesten og opplæring/utdanning av terapeuter.
- **Resultater**
 - Nyttes–kostnadsforhold (BCR): $89\,680 \text{ NOK} \div 17\,054 \text{ NOK} = 5,26$ ✓
 - Sannsynlighet for at $\text{BCR} > 1$: 85,9 % 



RPH ser ut til å være en lønnsom investering.



Offentlige utgifter

- **Definisjon:** Totale mottatte ytelser (SSB) + statlig dekket helsetjenester (KUHR) fra randomisering → utgangen av 2022
(inkluderer kostnader til deltakere i RPH-gruppen).
- **Funn:**
 - Offentlige utgifter var 16 050 NOK (€1 388) lavere i RPH-gruppen.
 - 90 % KI: –76 760 NOK → 44 450 NOK.
 - Sannsynlighet for at RPH reduserer utgifter = 67 %.

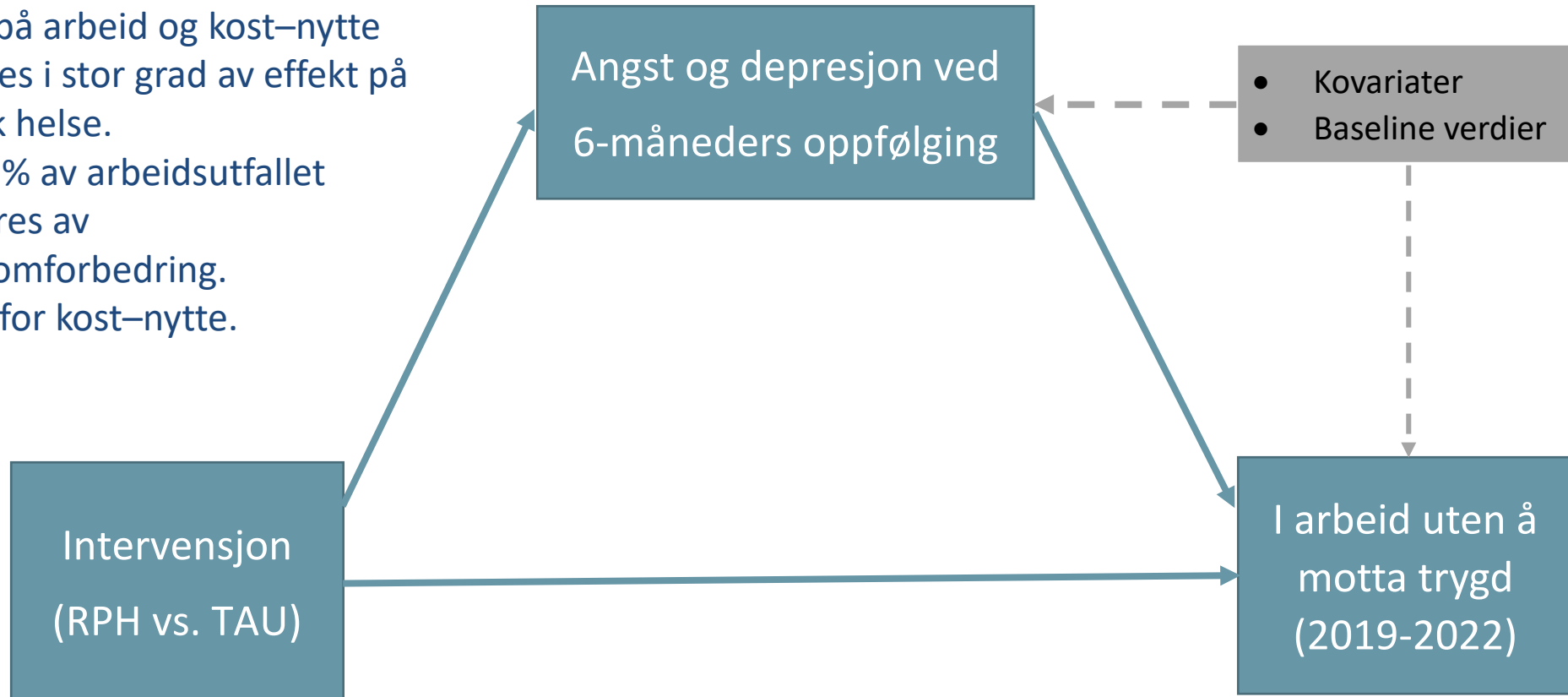


Ingen klare bevis for at RPH øker offentlige kostnader.



Mekanismer

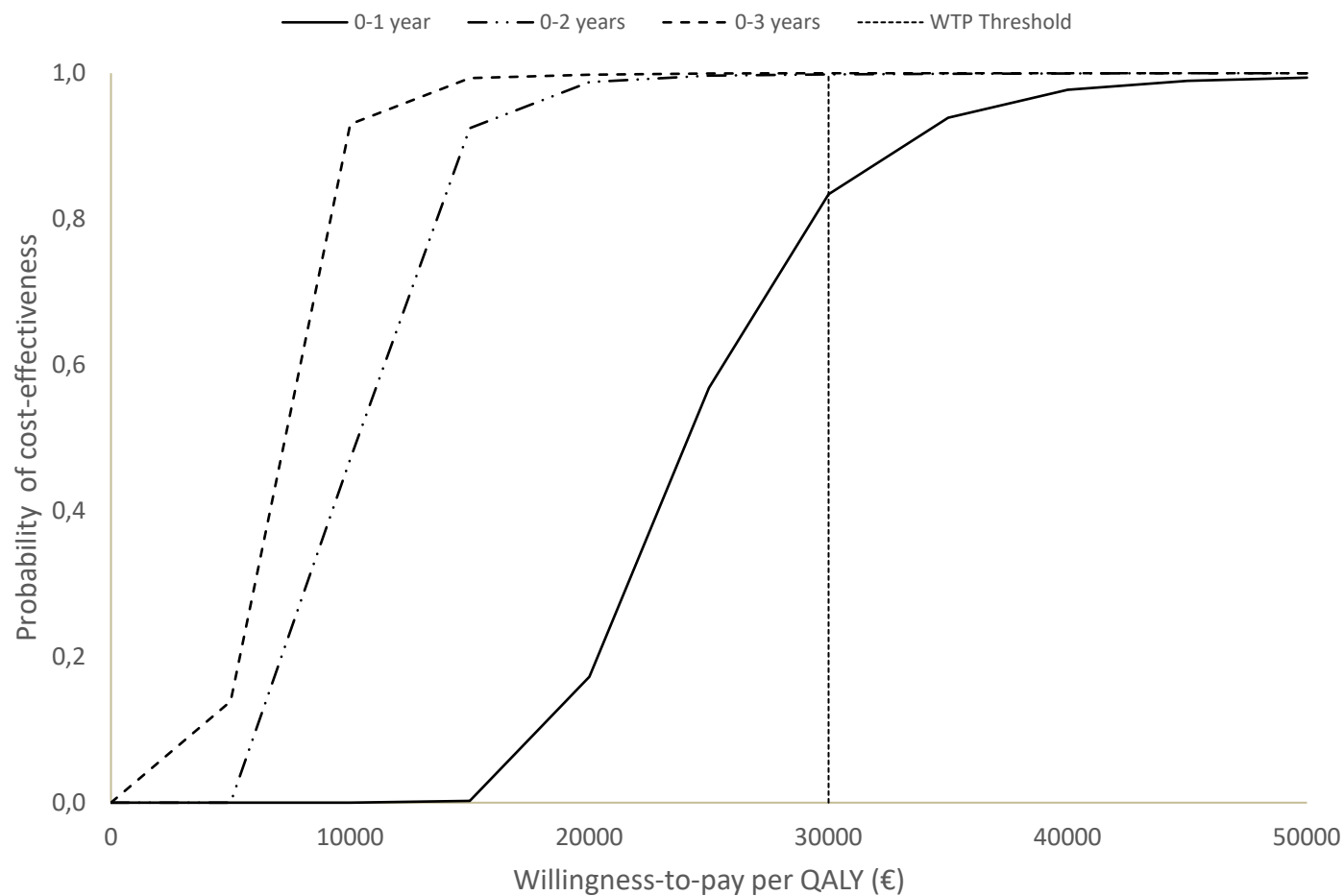
- Effekt på arbeid og kost–nytte forklares i stor grad av effekt på psykisk helse.
- 47–77 % av arbeidsutfallet medieres av symptomforbedring.
- >95 % for kost–nytte.



👉 **Bedre psykisk helse er hoved-driveren bak de økonomiske gevinstene!**



Kostnads-nytte: Sammenligning av intervensjonskostnader med helseeffekter (i QALY-er)



- CEAC-er for 1-, 2- og 3-årshorisontene.
 - Ved €30 000 per QALY (norsk laveste terskelverdi):
 - 83 % sannsynlighet for kostnadseffektivitet etter 1 år.
 - >99 % sannsynlighet etter 2 og 3 år.
- 👉 Fra et helsetjenesteperspektiv er det svært sannsynlig at RPH er kostnadseffektivt når verdien av helseeffektene veies opp mot kostnadene.

Merk: Foreløpige resultater (ikke fagfellevurdert per 17-9-2025)



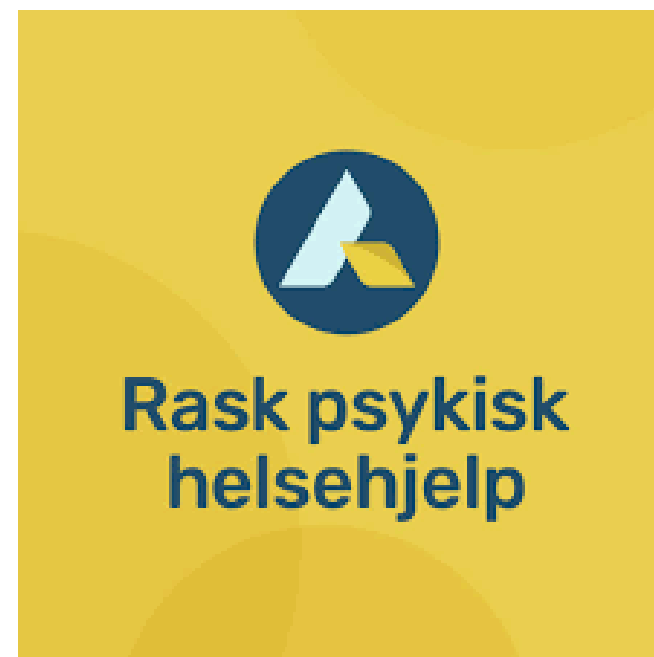
Konklusjoner

- Rask psykisk helsehjelp (RPH) gir dokumentert effekt på angst og depresjon.
- Positiv innvirkning på arbeid og funksjon.
- Kostnadseffektivt og sannsynligvis en lønnsom investering for samfunnet.
- Brukerne rapporterer høy tilfredshet og nytte av tilbudet.



Status av Rask psykisk helsehjelp i dag

- Per 2025 er RPH etablert i cirka **95 kommuner og bydeler**.
- Mange kommuner tilbyr RPH, men det er betydelig variasjon i *hvordan* tilbudet organiseres og drives.
- Flere kommuner har muligheter for kurs og gruppe, veiledet selvhjelp og individuell samtaleterapi; noen steder er kapasiteten begrenset. Eksempel: Bydel Nordre Aker for tiden hovedsakelig kurs og gruppe på grunn av kapasitet.



Status av Rask psykisk helsehjelp i dag

- **Utfordringer**

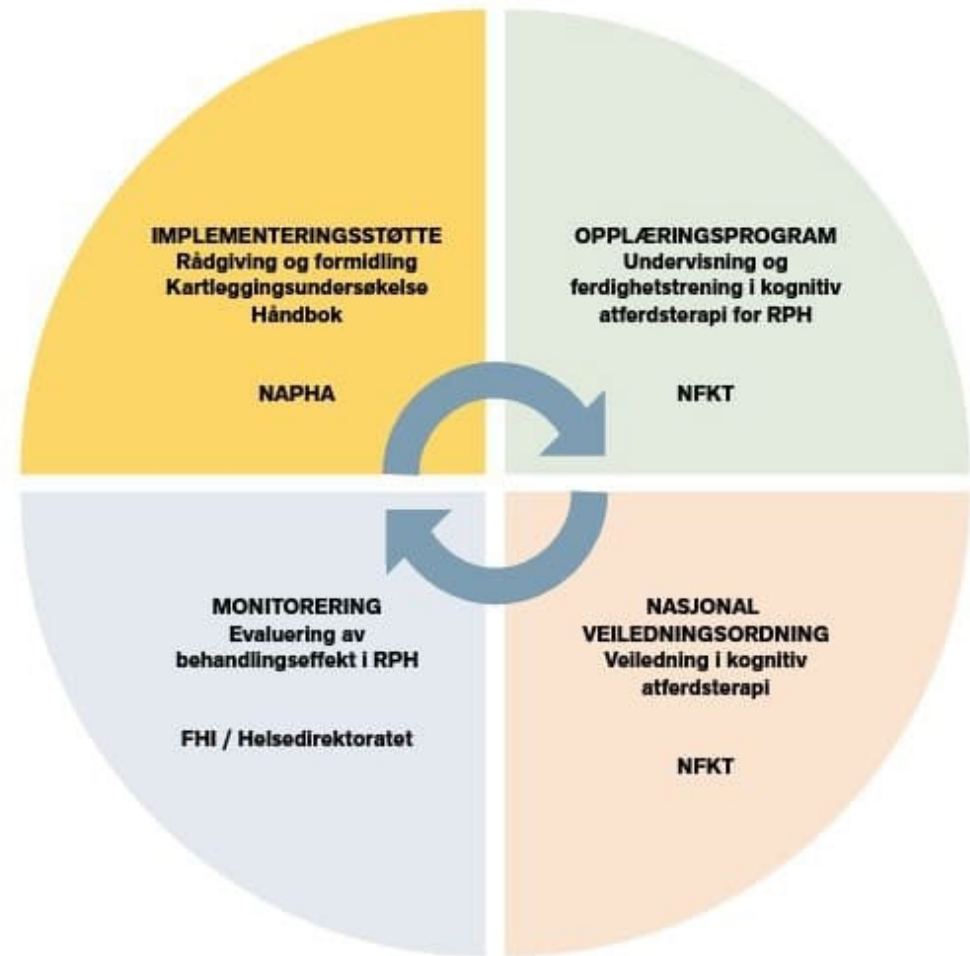
-  Ulik tilgang – store variasjoner mellom kommuner
-  Ressursmangel – flere steder nesten kun gruppetilbud/AS, lite individuell oppfølging
-  Svak finansiering – statlige midler kun midlertidige, kommunene strever med å opprettholde fullverdig tilbud
-  Ulik kvalitet – manglende struktur og felles standarder

- **Mulige løsninger**

-  Nasjonal modell – felles rammer, verktøy og målgruppe
-  Stabil finansiering – varig økonomisk grunnlag sikret fra staten
-  Kvalitetssikring – systematisk oppfølging, veiledning og kompetanseheving
-  Likeverdige tjenester – samme kvalitet uansett bosted

Nasjonalt arbeid med Rask psykisk helsehjelp

- **Implementeringsstøtte (NAPHA)**
 - Rådgiving og formidling
 - Kartleggingsundersøkelser
 - Håndbok
- **Opplæringsprogram (NFKT)**
 - Undervisning og ferdighetstrening
 - Kognitiv atferdsterapi tilpasset RPH
- **Nasjonal veiledningsordning (NFKT)**
 - Veiledning i kognitiv atferdsterapi
- **Monitorering (FHI / Helsedirektoratet)**
 - Evaluering av behandlingseffekt i RPH

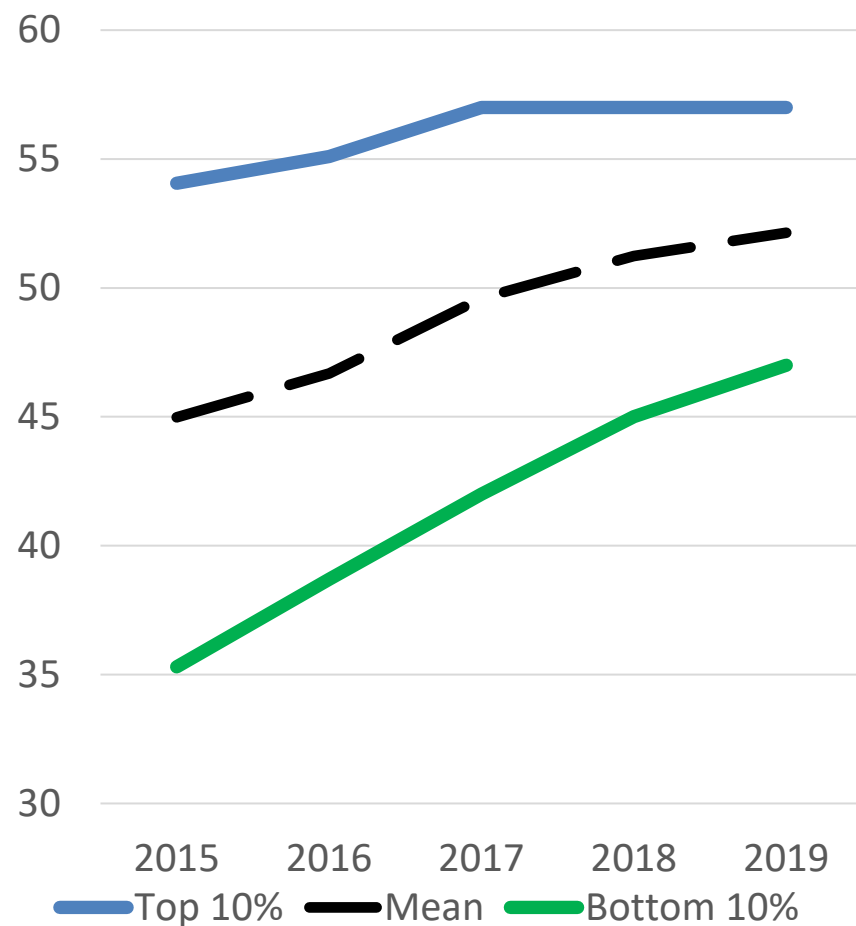


Nasjonal registreringsordning

- IAPT har siden 2007 brukt et unikt registrerings- og monitoreringssystem, først og fremst til å samle inn utfallsdata. IAPT har slike resultatdata for over 98% av behandlede klienter.
- I Norge finnes det ikke et slikt system og etter at datainnsamlingen for evalueringene ble avsluttet skjer det ingen systematisk registrering og monitorering lenger i RPH.
- Formål nasjonal registreringsordning:
 - *Legge til rette forenklet journalføring*
 - *Legge til rette for rutinemessig innhenting av forløps- og resultatdata*
 - *Legge til rette for bruk av data til å veilede terapien*
 - *Bruk av forløps- og resultatdata til kvalitets- og tjenesteutvikling på både nasjonalt og lokalt nivå*

Lærdom fra IAPT-datasettet

- Stor variasjon i tilfriskningsrate på tvers av tjenestene.
- Informasjon om organisatoriske faktorer som henger sammen med bedre resultater, som for eksempel gode rutiner for å identifisere problemene og lave ventetider.



Veien videre?

- **Styrke finansiering:** Varige og øremerkede midler for stabil drift
- **Etablere nasjonal modell:** Felles rammer, verktøy og standarder
- **Bygge kapasitet:** Flere terapeuter, økt bruk av veiledet selvhjelp og digitale løsninger
- **Systematisk monitorering:** Innføre nasjonal registreringsordning for kvalitet og resultatmåling
- **Sikre likeverdig tilgang:** Tilgang til RPH av høy kvalitet uansett kommune/bydel





Viktigste referanser

- Smith OR, Alves DE, Knapstad M. «Rask Psykisk Helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge». Rapport 2016. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2016
- Knapstad M, Lervik LV, Sæther SMM, Aarø LE, Smith ORF. Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. Psychother Psychosom. 2020;89(2):90-105.
- Smith ORF, Sæther SMM, Haug E, Knapstad M. Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled trial of Prompt Mental Health Care. BMC Psychiatry. 2022 Sep 9;22(1):598.
- Knapstad M, Hjetland GJ, Finserås TR, Smith ORF. «Evaluering av veiledet internettbehandling ved Rask psykisk helsehjelp: En randomisert kontrollert studie». Rapport 2025. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2025
- Smith ORF, Clark DM, Hensing G, Layard R, Knapstad M. Cost-benefit of IAPT Norway and effects on work-related outcomes and health care utilization: results from a randomized controlled trial using registry-based data. Psychol Med. 2025 Mar 13;55:e86.
- Smith, ORF, & Knapstad, M. (2025, 12. mai). *Tiden er inne for en helhetlig satsing på Rask psykisk helsehjelp*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/psykisk-helse-rask-psykisk-helsehjelp-rph/tiden-er-inne-for-en-helhetlig-satsing-pa-rask-psykisk-helsehjelp/688099>
- Smith ORF, Knapstad M, Olsen JA et al. Cost-utility of Improving Access to Psychological Therapies in Norway: A registry-linked randomized trial (*in preparation*)

Contact: robert.smith@fhi.no