

Evalueringen av Rask Psykisk Helsehjelp

Foreløpige resultater spørreskjemaundersøkelsen i Notodden, august 2015

ORF Smith, DE Alves & M Knapstad, Folkehelseinstituttet.

Bakgrunn

I 2012 satte Helsedirektoratet i gang pilotprosjektet «Rask Psykisk Helsehjelp» (RPH) i 10 norske kommuner og to Oslo-bydeler (1). Prosjektet dreier seg om å tilby innbyggere over 18 år et lavterskeltilbud om hjelp med angst og lett til moderat depresjon. Prosjektet er inspirert av et tiltak som er satt i gang i England: 'Improved Access to Psychological Therapies' (IAPT; 2). Alle medarbeidere i RPH ble opplært i ett år i kognitiv atferdsterapi som er hovedtilnærmingen for behandlingen i RPH. Etter opplæringen satte Folkehelseinstituttet i gang datainnsamlingen for evalueringen. Dette notatet beskriver noen foreløpige funn fra evalueringen av RPH i Notodden. Mer spesifikt legges det frem en del deskriptive resultater, i hvilken grad behandlingen i RPH henger sammen med redusert symptomnivå på angst og depresjon samt økt livskvalitet.

Metode

Evalueringen benyttet en prospektiv kohortstudie-design og klienter ble bedt om å fylle ut spørreskjemaer ved starten, under og ved slutten av behandlingen. På grunn av begrensede ressurser hadde vi ikke mulighet til å inkludere en kontrollgruppe. Depressive symptomer ble målt ved bruk av Patient Health Questionnaire (PHQ; 3) og angst ble målt ved bruk av instrumentet Generalised Anxiety Disorder (GAD; 4). For å identifisere personer som har klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon brukes følgende grenseverdier: PHQ (høyere skåre enn 9) og GAD (høyere skåre enn 7). The Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (WEMWBS; 5) ble brukt som et mål på livskvalitet.

Resultater

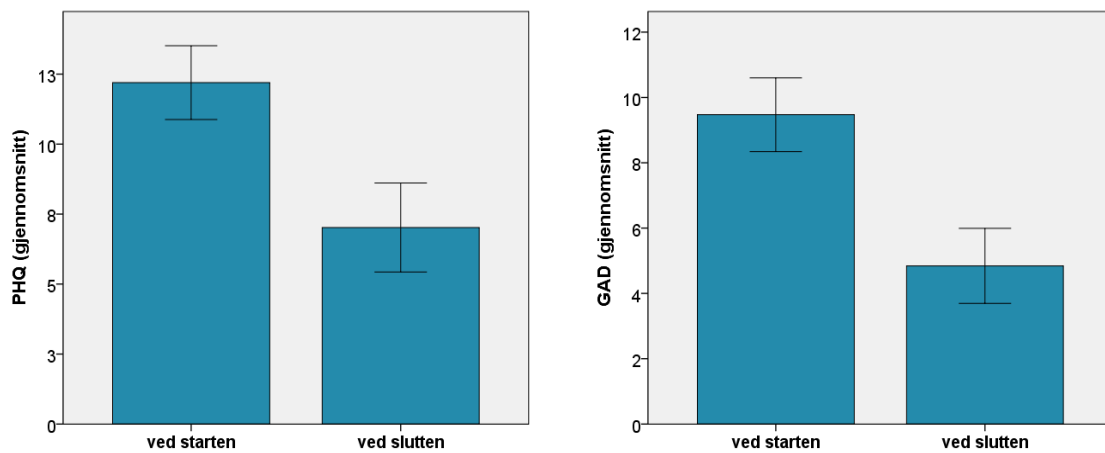
Ifølge registreringssystemet til evalueringen tok 167 klienter i Notodden kontakt med RPH mellom september 2014 og august 2015. Av disse har 85 startet behandlingen. 73 prosent av de behandlede klientene deltok i evalueringen.

Av klientene som deltok i evalueringen, kontaktet 29.4 prosent RPH via fastlegen og 58.8 prosent tok kontakt selv. Resten ble henvist av annet helsepersonell. 79.4 prosent av klientene var kvinner. Aldersfordelingen var 14.5 prosent i gruppen 18-24 år, 43.5 prosent i gruppen 25-44 år, 40.6 prosent i gruppen 45-67 år og 1.4 prosent var eldre enn 67 år. 43.5 prosent av klientene hadde høyskole/universitetsutdanning. De hyppigst nevnte grunnene til å søke hjelp hos RPH var henholdsvis bekymring (n=57), depresjon (n=52), engstelse (n=47), stress (n=38), trøtthet (n=31), og søvnproblemer (n=29). 95.7 prosent av klientene rapporterte at de har hatt symptomene lengre enn

6 måneder. Ved starten av behandlingen hadde 84.3 prosent av klientene klinisk signifikante nivåer av angst og depresjon.

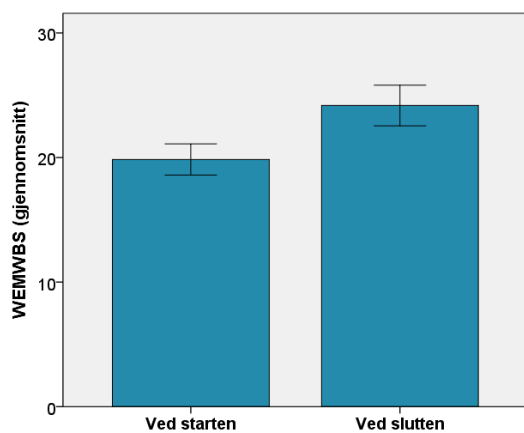
Per 1. august hadde vi 54 pasienter som er registrert som ferdig behandlet. Av disse har 51 (94.0 prosent) fylt ut spørreskjema ved starten av behandlingen og minst et skjema i løpet av behandlingen. 46 (85.2 prosent) har fylt ut skjema ved slutten av behandlingen. Når data ved slutten av behandlingen manglet ble «last-observation-carried-forward»-metoden brukt.

Som vist i figur 1 var der en sterk reduksjon i symptomer på depresjon ($t(50)=6.8$; $p<.001$) og angst ($t(50)=8.2$; $p<.001$) i løpet av behandlingen. Effektstørrelsene på endringene var store for både depresjon (Cohens $d = .96$) og angst (Cohens $d = 1.14$) og var sammenlignbare med resultater fra de første pilotene i England (6).



Figur 1. Pre-post gjennomsnitt score for PHQ (symptomer på depresjon) og GAD (angst) i Notodden ($n=51$)

Livskvalitet økte betydelig i løpet av behandlingen også ($t(50)=-5.8$; $p<.001$, se figur 2) og effektstørrelsen kan klassifiseres som stor (Cohens $d = -.81$).



Figur 2. Pre-post gjennomsnitt score for WEMWBS (livskvalitet) i Notodden ($n=51$)

Foreløpige konklusjoner

Foreløpige resultater fra spørreskjemaundersøkelsen i Notodden 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. Inkludering av flere klienter er nødvendig for å kunne gjøre mer detaljerte analyser og for å komme til mer presise konklusjoner om effektstørrelser for endring i depresjon, angst og livskvalitet i løpet av behandlingen. Mer data er også nødvendig for å kunne presentere resultater om effekten av behandling på arbeidsdeltakelse. Ideelt sett er det ønskelig med en randomisert kontrollert studie for å bekrefte disse foreløpige funnene.

Referanser

- 1) Helsedirektoratet (2013). Rask psykisk helsehjelp - 12 pilotkommuner. Oslo: Helsedirektoratet.
- 2) Centre for Economic Performance (2006). The Depression Report. A new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics.
- 3) Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General and Internal Medicine*, 16, 606–613.
- 4) Spitzer R.L., Kroenke R., Williams J.B., Lowe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092–1097.
- 5) Stewart-Brown S, Tennant A, Tennant R, Platt S, Parkinson J, Weich S. (2009) 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*. Feb 19;7:15.
- 6) Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (11), 910-920.