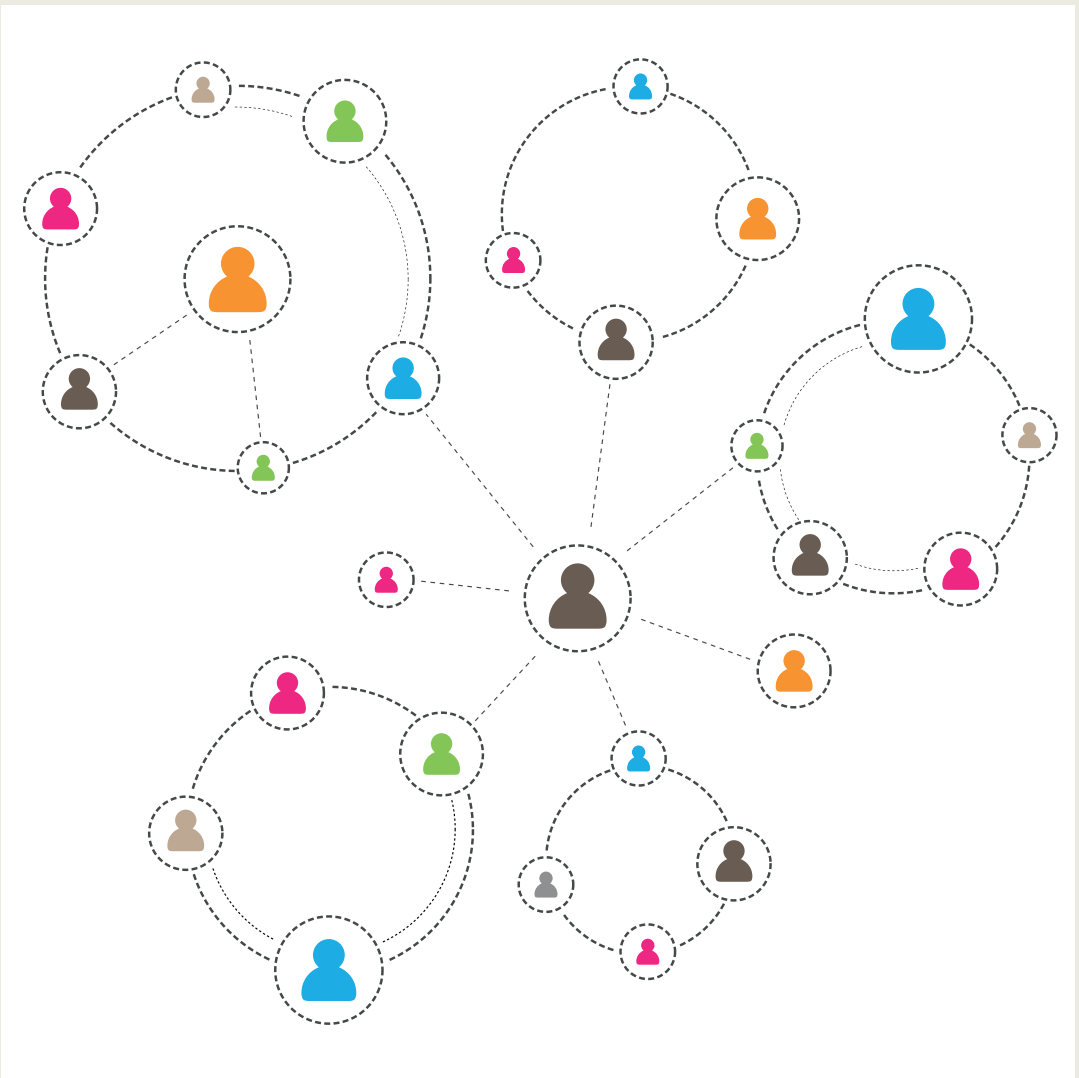


Implementeringsstøtte for Rask psykisk helsehjelp

Irene Wormdahl, Marit Helene Hem, Ottar Ness



Psykisk helsearbeid

Implementeringsstøtte for Rask psykisk helsehjelp

En kvalitativ studie av erfaringer med, og behov for, implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen av Rask psykisk helsehjelp i norske kommuner

Irene Wormdahl
Marit Helene Hem
Ottar Ness



Samfunnsforskning

Postadresse: NTNU Dragvoll, 7491 Trondheim

Besøksadresse: Dragvoll allé 38 B

Telefon: 91 89 77 27

E-post: kontakt@samforsk.no

Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

NTNU Samfunnsforskning

Psykisk helsearbeid

April 2023

ISBN 978-82-7570-719-0 (web)

Omslag: © Shutterstock

Forord

Denne rapporten er en del av forskningsprosjektet Implementeringsstøtte for Rask psykisk helsehjelp. Studien som presenteres i rapporten er initiert av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), gjennomført i samarbeid med Psykisk helsearbeid ved NTNU Samfunnsforskning, og finansiert av Helsedirektoratet.

Bakgrunnen for studien er at det foreligger lite forskning på implementeringsstøtte for RPH-team. Det er behov for mer kunnskap på dette feltet for å kunne målrette, forbedre og effektivisere implementeringsstøtten som tilbys til RPH-team. Hovedformålet med studien har vært å fremskaffe kunnskap om hvilke erfaringer med, og behov for, implementeringsstøtte RPH-team i norske kommuner har i etablerings- og oppstartsfasen. Kunnskapen fra denne studien vil kunne informere nasjonale aktører, som Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Norsk forening for kognitiv terapi og Helsedirektoratet, i deres arbeid med å utvikle og tilby implementeringsstøtte til RPH.

Forfatterne vil takke kolleger i RPH-gruppen i NAPHA for godt samarbeid rundt planlegging av studiedesign, intervjuguide og rekruttering, samt nyttige innspill og drøftinger av analyseresultatene. Vi vil også takke alle som deltok i fokusgruppene for at de stilte opp og lot oss ta del i den generøse delingskulturen som er etablert mellom RPH-teamene i Norge.

Trondheim, 21.04.2023

Innhold

Sammendrag	5
Summary	6
1. Innledning	7
2. Metode	9
2.1 Rekruttering og utvalg	9
2.2 Datainnsamling: Fokusgruppeintervju	11
2.3 Dataanalyse	12
3. Resultater	13
3.1 Organisatorisk implementeringsstøtte	14
3.2 Kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte	23
3.3 Faglig og klinisk implementeringsstøtte	27
4. Avsluttende betraktninger: Implikasjoner for praksis	36
4.1 Organisatorisk implementeringsstøtte	36
4.2 Kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte	39
4.3 Faglig og klinisk implementeringsstøtte	40
5. Konklusjon	42
Referanser	43
Figurer	45
Tabeller	45
Vedlegg	46
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke	46
Vedlegg 2: Intervjuguide	48

Sammendrag

Mange personer opplever angst eller depresjon, og dette er blant de vanligste sykefraværsmålingene i Norge. For å øke tilgangen til evidensbasert behandling for voksne med angstlidelser og lett til moderat depresjon, er det et helsepolitisk mål at det etableres flere lavterskeltilbud etter modell av Rask psykisk helsehjelp (RPH). RPH er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig, ikke kreve henvisning, være gratis, gi raskt tilbud og korte, effektive behandlingsforløp til personer med mild til moderat angst- og depresjonsproblematikk, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Implementering av nye tjenester og evidensbaserte praksiser kan styrkes gjennom ulike implementeringsstøttetiltak. Denne rapporten presenterer resultatene fra studien Implementeringsstøtte for Rask psykisk helsehjelp, hvor hovedformålet har vært å få kunnskap om RPH-team i norske kommuner sine erfaringer med, og behov for, implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen. Studien ble gjennomført i perioden fra mai 2022 til april 2023. Prosjektet benyttet kvalitative forskningsmetoder med fokusgruppeintervjuer med til sammen 22 personer fra 19 norske RPH-team.

Resultatene i denne studien viser at det er et opplevd behov for, og erfares som nyttig, å motta implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen av RPH. Flere nyttige tiltak blir allerede tilbudt i dag, som råd og veiledning, økonomiske tilskudd, utdanning, nettverkssamlinger og veiledningsgrupper. Dette bidrar blant annet til etablering av RPH i kommunen, organisatorisk forankring, kulturbygging, relasjoner og kompetanseheving, og oppleves som nyttig for å etablere et RPH-tilbud som er i tråd med modellen. Like fullt viser resultatene i denne studien at det fortsatt er potensiale for å utvikle og tilby ytterligere implementeringsstøtte for RPH-team i norske kommuner. Særlig gjelder dette faglige og kliniske tiltak i form av faglig materiell, kliniske verktøy, maler og digitale løsninger, samt registreringsløsninger og datamonitorering for rapportering og forskning. Resultatene viser også at kostnader begrenser flere team fra å benytte seg av deler av den støtten som tilbys, samt enkelte kliniske verktøy. For å fremme likeverdige behandlingstilbud uavhengig av bosted, bør det videre arbeidet med implementeringsstøtte til RPH ha fokus på støttetiltak som tar sikte på å utjevne forskjeller og sikre et likt tilbud til alle.

Summary

Many people experience anxiety or depression, which are among Norway's most common sick leave diagnoses. In order to increase access to evidence-based treatment for adults with anxiety disorders and mild to moderate depression, there is a health policy goal to increase the establishment of Prompt Mental Health Care (PMHC) teams in Norway. PMHC is a low-threshold service aiming to be easily accessible, free of charge and without requiring referrals from a doctor. The service provides prompt, effective short-term treatment for people with mild to moderate anxiety and depression, initial substance abuse problems, and sleep difficulties. Implementing new services and evidence-based treatment can be strengthened through various implementation support measures. This report presents results from a study whose primary objective is to provide knowledge about experiences with – and needs for – implementation support, focusing on the stages before and during initial implementation. The study was carried out from May 2022 to April 2023. The project used qualitative research methods where a total of 22 managers and professionals from 19 Norwegian PMHC teams participated in focus group interviews.

The results show that receiving implementation support is perceived to be valuable by managers and staff in Norwegian PMHC teams. Several effective measures are already offered, such as advice and guidance, subsidies, education, PMHC networks and group guidance. They contribute to, among other things, organizational anchoring, model fidelity, establishing a PMHC culture and relationships, and competence development. Still, the results show the potential to develop and offer additional implementation support for PMHC teams, among others related to professional and clinical support, like information material, clinical tools and templates, digital solutions, and standardization of data registration and monitoring for reporting and research. The results also show that expenses limit several teams from using some available implementation support and clinical tools. Hence, further measures are required to minimize these differences and promote equal healthcare access regardless of location.

1. Innledning

Depresjon og angstproblematikk er hyppig forekommende psykiske helseutfordringer. Blant annet estimerer man at 5 % av den voksne befolkningen lider av depresjon, som er den ledende årsaken til funksjonstap og uførhet på verdensbasis (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2022). Ifølge Folkehelseinstituttet (2023) vil ca. 10 % få en depressiv lidelse og ca. 15 % en angstlidelse i løpet av et år. Angst- og depresjonslidelser og symptomer er blant de vanligste sykefraværstadiagnosene i Norge innenfor psykiske årsaker. De utgjorde, sammen med lettere psykiske lidelser, 87 % av sykefraværstilfellene i 2015 (Folkehelseinstituttet, 2023).

Rask psykisk helsehjelp (RPH) gir evidensbasert psykologisk behandling til personer med mild til moderat angst- og depresjonsproblematikk, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Det er en norsk tilpasning av den engelske modellen *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) (Knapstad et al., 2020). RPH er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig og gratis, uten behov for henvisning. Videre skal RPH gi raskt tilbud og korte, effektive behandlingsforløp. Sammenlignet med personer som mottar ordinær behandling har studier vist at personer som mottar RPH etter seks og 12 måneder i gjennomsnitt hadde henholdsvis ca. 60 % og 50 % høyere bedringsrate (Knapstad et al., 2020; Myrtveit Sæther et al., 2020). RPH-gruppen skåret i gjennomsnitt henholdsvis 88 % og 60 % lavere på depresjons- (PHQ-9) og angst- (GAD-7) symptomer etter seks måneder, sammenlignet med gruppen som fikk ordinær behandling (Knapstad et al., 2020). Etter 12 måneder skåret RPH gruppen henholdsvis 67 % og 58 % lavere på depresjons- og angstsymptomer, sammenlignet med gruppen som fikk ordinær behandling (Myrtveit Sæther et al., 2020). Også andre steder, som i England (IATP) og Australia (NewAccess), viser studier stor effekt på reduksjon i depresjons- og angstsymptomer før og etter behandling (Cromarty et al., 2016; Wakefield et al., 2021).

RPH er en ny tjeneste innenfor det kommunale helsetilbudet. Med mål om økt tilgang til evidensbasert behandling for voksne med angstlidelser og lett til moderat depresjon, startet Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, et pilotprosjekt med RPH i 2012 (Folkehelseinstituttet, 2016). Evalueringen av de 12 første RPH-pilotene konkluderte blant annet med at RPH-modellen fungerte etter målsettingen om å være et lavterskeltilbud som øker tilgangen til behandling (Smith

et al., 2016). Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) er det per i dag i overkant av 70 kommuner og bydeler i Norge som har etablert et RPH-tilbud (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, 2014) og det er et helsepolitisk mål at det skal etableres flere lavterskeltilbud etter modell av RPH (Helsedirektoratet, 2020). Innføringen av nye tjenester og evidensbaserte praksiser kan styrkes gjennom ulike implementeringsstøttetiltak og effektiv implementering kan øke effekten av evidensbaserte tjenester (Bertram et al., 2015; Fixsen et al., 2013). Å motta ekstern eller sentral implementeringsstøtte kan bidra til å redusere organisatoriske barrierer for innføring, og øke muligheten for å oppnå ønskede mål (Fixsen et al., 2013). Systematisk støtte kan også forbedre modelltrofasthet ved implementering av evidensbasert praksis (Hartveit et al., 2022). Ved å for eksempel tilføre den kompetansen og profesjonelle tryggheten som kreves for å jobbe på nye måter vil implementeringsstøtte kunne forhindre endringsmotstand hos ansatte, og i organisasjonen for øvrig, som fører til at man faller tilbake til å jobbe på samme måte som tidligere (Fixsen et al., 2013). Det foreligger i dag lite forskning og kunnskap om implementeringsstøtte for RPH spesifikt.

NAPHA bidrar på oppdrag fra Helsedirektoratet (Hdir) til implementeringsstøtte til RPH-team i Norge (Helsedirektoratet, 2021a, 2021b). Ulike former for støtte kan være aktuelle i forskjellige faser av teamenes drift, som i forbindelse med denne studien grovt sett kan deles i fasene *etablering* (vurdering, utredning, forankring/beslutning og planlegging), *oppstart* og *full drift* (Bertram et al., 2015). For å få et bedre kunnskapsgrunnlag i sitt arbeid med å utvikle og tilpasse sin implementeringsstøtte til norske RPH-team, initierte NAPHA i 2022 en studie med målsetting om å undersøke hvilke erfaringer med, og behov for, implementeringsstøtte RPH-team i norske kommuner har. Selv om det kan tenkes at teamene vil ha nytte av støtte i alle driftsfaser, er det nærliggende å anta at behovet for implementeringsstøtte fra en ekstern aktør som NAPHA er størst i teamenes etablerings- og oppstartsfase. Det er derfor disse fasene som har vært i fokus i denne studien. Dette ble operasjonalisert gjennom følgende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer med, og behov for, implementeringsstøtte har ledere og ansatte i etablerings- og oppstartsfasen av Rask psykisk helsehjelp?

Studien er initiert av NAPHA, gjennomført i samarbeid med Psykisk helsearbeid ved NTNU Samfunnsforskning, og finansiert av Helsedirektoratet.

2. Metode

Siden studien hadde som mål å beskrive og å forstå RPH-teamenes erfaringer, var det mest hensiktsmessig med et kvalitativt utforskende forskningsdesign. Metode for datainnsamling var fokusgruppeintervjuer. Undersøkelsen ble meldt til og vurdert av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (ref.nr. 897064) (tidligere NSD – Norsk senter for forskingsdata). All behandling av personopplysninger i prosjektet ble vurdert av Sikt å være i henhold til gjeldende personvernregelverk. Prosjektet faller ikke inn under helseforskningslovens virkeområde og er derfor ikke fremleggingspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (jf. Helseforskningsloven §2 og §4a).

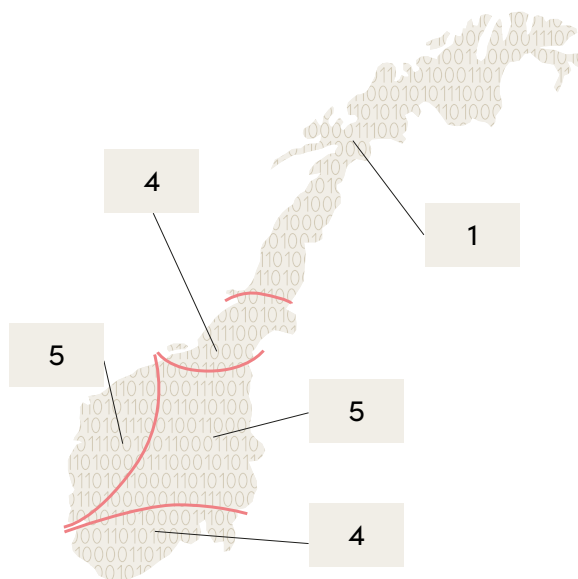
2.1 Rekruttering og utvalg

Forskerne fikk tilgang til liste over RPH-team og kontaktpersoner fra NAPHA. Etter konsultasjon med prosjektleder for RPH i NAPHA ble det foretatt en strategisk utvelgelse av RPH-team som representerte et mangfold med henblikk på geografiske områder, kommunestørrelser, faser og teamstørrelser.

Rekruttering ble foretatt via e-post og telefon til den personen som sto oppgitt som kontaktperson for det enkelte team. Forskerne sendte e-post til kontaktpersoner i 29 RPH-team, med forespørsel om deltakere som hadde en ledende eller sentral rolle i teamenes etablerings- og oppstartsfase. 23 responderte på henvendelsen, hvorav 21 sa ja til å delta. To var ikke lenger i prosess med å etablere RPH-team og dermed uaktuelle for deltakelse. Dette tilsvarer en responsandel på ca. 80 %. Av de 21 RPH-teamene som sa ja til å delta var det to som ikke hadde anledning til å delta på noen av de oppsatte tidspunktene for fokusgruppene. Vi endte dermed opp med representasjon fra 19 RPH-team. Figur 1 viser den geografiske fordelingen av teamene. Tabell 1 viser hvor mange team som var i henholdsvis etableringsfase, oppstartsfase og driftsfase.

Tabell 1: RPH-team fordelt på etableringsfase, oppstartsfase og driftsfase

Fase	Antall team
Etableringsfase	3
Oppstartsfase	5
Driftsfase	11



© Shutterstock

Figur 1: Geografisk fordeling av RPH-teamene.

To av teamene var etablert som interkommunale samarbeid mellom to kommuner, så blant de 19 teamene var 21 kommuner representert. Tabell 2 viser fordelingen av team og kommuner basert på innbyggertall i kommunene per 1.1.2022, og kategoriene følger SSB sin standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall (Statistisk sentralbyrå, 2022).

Tabell 2: Antall RPH-team og kommuner etter innbyggertall i kommunen

SSB kategori	Innbyggertall	Antall team	Antall kommuner
1-3	<10 000	1	3
4	10-20 000	5	5
5	20-50 000	6	6
6	>50 000	7	7

Til sammen deltok 22 personer. Grunnen til at det er flere deltakere enn RPH-team er at det fra tre av teamene deltok to personer, hvor en hadde vært sentral i teamets etableringsfase mens den andre hadde en sentral rolle i oppstartsfasen. Fra de øvrige 16 teamene deltok en person fra hvert team med en sentral rolle og god kjennskap til en

eller begge disse fasene. Alle deltakerne hadde en form for lederrolle eller en sentral rolle i teamets virksomhet. Tabell 3 gir en oversikt over hvilke stillinger eller roller deltakerne hadde.

Tabell 3: Deltakere fordelt etter stilling/rolle

Stilling/rolle	Antall deltakere
Prosjektleder	1
Virksomhets-/enhets-/avdelings-/fagleder psykisk helse og rustjeneste	8
Leder RPH (avdelings leder/teamleder/ fagansvarlig RPH)	6
Psykolog/RPH terapeut med sentral rolle i teamets drift	7

Det ble utarbeidet et informasjonsskriv, inkludert informasjon om samtykke til deltakelse, som ble sendt til deltakerne både i den første e-post henvendelsen og i møteinnkallingen til fokusgruppene (vedlegg 1).

2.2 Datainnsamling: Fokusgruppeintervju

Datamaterialet ble samlet inn via fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuer ledes av en moderator og handler blant annet om å belyse et gitt tema i gruppediskusjoner med mål om å få frem deltakernes erfaringer, meninger, ønsker, holdninger, følelser og ideer. Samhandlingen og interaksjonen i fokusgruppen (den gjensidige påvirkningen mellom deltakerne) bidrar til en rikere utforsking av og innsikt i deltakernes erfaringer enn i et personlig intervju, samt at gruppedynamikken tilfører en merverdi ved at betydningen av erfaringer bekreftes eller avkreftes av felles innspill og erfaringer (Krueger & Casey, 2014; Morgan, 2018).

Forskergruppen utarbeidet, i samarbeid med medarbeidere i RPH-prosjektgruppen ved NAPHA, en intervjuguide (se vedlegg X) som ble brukt i fokusgruppeintervjuene. Intervjuguiden besto, i tillegg til noe innledende spørsmål om deltakerne, av tre hovedtema som utforsket deltakernes erfaringer med: (1) etablering og oppstart av RPH, (2) implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen og (3) fremtidige behov for implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen.

Forfatterne av rapporten gjennomførte fem fokusgrupper, hver med to til seks deltakere. Tabell 4 viser antall deltakere i hver fokusgruppe. Fokusgruppeintervjuene

ble gjennomført digitalt på Microsoft Teams, tatt opp på lydopptak og ordrett transkribert til tekst. Etter transkribering ble lydopptakene slettet. Intervjuene ble gjennomført i perioden 14.10.22 til 3.11.22 og varte mellom 75 og 90 minutter.

Tabell 4: Antall deltakere i fokusgruppene

	Antall deltakere
Fokusgruppe 1	2
Fokusgruppe 2	5
Fokusgruppe 3	4
Fokusgruppe 4	6
Fokusgruppe 5	5

2.3 Dataanalyse

Transkripsjonene fra de fem fokusgruppeintervjuene utgjorde datamaterialet for en induktiv (datanær) tematisk analyse. Refleksiv tematisk analyse er en metode som blant annet er egnet til å identifisere, analysere og rapportere mønster (tema) i deltakernes erfaringer og meninger (Braun & Clarke, 2022, 2023). Inspirert av Braun and Clarke (2022) sine seks faser for refleksiv tematisk analyse utførte vi analysen som forklart i det følgende. Først gjorde vi oss kjent med dataene ved å lese transkripsjonene. Deretter hadde vi et analysemøte hvor hovedtrekk ble diskutert og foreløpige tema ble identifisert (fase 1). Førsteforfatter gikk så systematisk gjennom alt datamaterialet, kodet teksten til foreløpige tema (fase 2) og samlet koder i tematiske grupper organisert i tre nivåer (fase 3). Videre ble kodingen gjenstand for en serie analysemøter hvor vi analyserte, tolket, endret og justerte tema og undertema i henhold til deler og helheten i datasettet (fase 4). Mellom analysemøtene jobbet førsteforfatter med revidering av koding, tema og undertema (fase 5). Til slutt ble resultatene beskrevet og sitater som kobler resultatene til datamaterialet ble identifisert (fase 6). Før skriving av resultatene og ferdigstilling av analysene presenterte vi også foreløpige resultat for medarbeidere i RPH prosjektgruppen i NAPHA. De gav oss innspill og drøftet forståelsen av resultatene og mulig implikasjoner og relevans for praksis. Det digitale analyseverktøyet NVivo ble benyttet i analysearbeidet.

3 Resultater

Vi vil i det følgende presentere resultatene fra analysen, med utgangspunkt i de tre hovedtemaene vi identifiserte i datamaterialet: (1) *organisatorisk implementeringsstøtte*, (2) *kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte* og (3) *faglig og klinisk implementeringsstøtte*. Det er glidende overganger mellom disse temaene. Figur 2 viser hvordan den samlede mengden kodede data fordelte seg mellom de tre hovedtemaene etter analysen. Flere av implementeringsstøttetiltakene som ble trukket frem av deltakerne kan bidra til å støtte oppunder både organisatoriske, relasjonelle og faglige sider av RPH. Vi har så langt som mulig prøvd å plassere slike tiltak under det hovedtemaet som var mest vektlagt da tiltaket ble omtalt i fokusgruppen(e).



Figur 2: Hvordan mengden kodede data fordelte seg mellom de tre hovedtemaene vi identifiserte

3.1 Organisatorisk implementeringsstøtte

Tiltakene vi har valgt å kalle organisatorisk implementeringsstøtte handler blant annet om støtte som retter seg mot organisatoriske faktorer som rammebetingelser, strukturer, organisering, ressurser og prosesser i kommunal forvaltning og tjenesteyting. Deltakerne erfarte at organisatorisk implementeringsstøtte var viktig både for å forankre og sikre drift av RPH i kommunen, og for å fremme modelltrofasthet ved implementering og oppstart av RPH. Det er noe likheter i tiltakene som etterspørres i de ulike fasene, men også noen forskjeller på hva deltakerne erfarer er behovet i ulike faser. Vi har derfor valgt å presentere resultatene for organisatorisk implementeringsstøtte i de to undertemaene *etableringsfase* og *oppstartsfasen*, hvor oppstartsfasen også inkluderer mer faseuavhengige tiltak som vil være til stede når teamene går over i full drift.

3.1.1 Etableringsfase

Direkte henvendelse og bistand

I tidlig fase av etableringen var det mange av deltakerne som trakk frem muligheten til å henvende seg direkte til en ekstern instans som NAPHA for tips, råd og veiledning som en viktig implementeringsstøtte. En av deltakerne i fokusgruppe 4 fortalte:

Jeg fikk jo kontakt med en i NAPHA som jeg ringte til som ga meg litt råd og tips til hvordan jeg kunne gå frem så det var jo nyttig, og det var til god hjelp i forhold til hvordan jeg skulle forankre det i kommunen, ... så det var jo veldig nyttig da. Men sånn fremover nå så trenger jeg jo litt støtte, eller vi trenger litt støtte og hjelp til å finne ut hvordan vi skal organisere teamet.

Deltakerne tenkte også at det var god implementeringsstøtte for dem at noen fra NAPHA kom og deltok på møter med kommuneledelse og/eller politikere for å fremme forankring og beslutning om etablering av RPH i kommunen. Ut fra deltakernes erfaringer fremsto budskapet med mer tyngde hvis noen kom fra sentralt hold og var tydelig på hvorfor man burde ha RPH som et tjenestetilbud i kommunen, og hvordan en etablering og oppstart burde gjøres, enn hvis deltakerne selv var de som formidlet dette. De tenkte at man derfor lettere kunne få med ledelse og politikere på at RPH var hensiktsmessig for kommunen som behandlingstilbud på til RPH sin målgruppe. En av deltakerne i fokusgruppe 1 sa:

Da hadde jeg ønsket meg at det var en eller annen dedikert person i NAPHA som jeg kunne ha dratt ned her og som hadde kanskje hatt litt mer tyngde enn kanskje

vi har. Jeg vet ikke, men som kunne vært veldig tydelig på hvordan dette bør gjøres og hvorfor det bør gjøres, og hvordan dette vil se ut i kommunen også hvis dere ikke gjør det.

Deltakerne erfarte at det var litt tilfeldig om man mottok noen form for direkte bistand fra NAPHA, siden det var opp til den enkelte selv å ta kontakt for råd, veiledning og direkte bistand til informasjon/møter, som en deltaker i fokusgruppe 2 sa:

Men det var jo på eget initiativ at jeg tok kontakt med hen og hen hadde tid og mulighet, sant.

Økonomisk tilskudd

Det økonomiske tilskuddet gjennom den nasjonale tilskuddsordningen har vært en nyttig implementeringsstøtte for mange RPH-team. Mange trakk frem viktigheten av det økonomiske tilskuddet for å kunne starte opp RPH-team i kommunen. Å få innvilget økonomisk tilskudd opplevdes av mange som avgjørende for at de hadde fått vedtak på å etablere og starte RPH i sin kommune, som en av deltakerne reflekterte over i fokusgruppe 2:

Og så klart så var det avgjørende at en fikk støtten fra Helsedirektoratet sant. Vi var jo – vi kom jo akkurat innunder den gamle ordningen der vi fikk støtte i tre år. Hadde det ikke vært for det så hadde det også blitt - nå vet jeg ikke hvordan den nye ordningen så ut da, det kan jo være at det også hadde fungert, men der og da så var hvertfall det avgjørende for vår del.

Erfaringsdeling fra etablerte team

Erfaringsdeling mellom RPH-team fremsto som noe deltakerne erfarte som en viktig implementeringsstøtte allerede fra man hadde begynt å tenke på å etablere RPH i kommunen. En deltaker i fokusgruppe 2 fortalte om dette slik:

Ja, og disse teamene som jeg snakket om, som kunne fortelle meg mer om hva det egentlig gikk ut på. Det er ikke så lett å lese deg til hva Rask psykisk helsehjelp egentlig er og trappetrinns modell og, sant, men disse her som jeg snakket med de viste meg og hadde jo PowerPoint presentasjoner på Teams og det var veldig nyttig, sant. Så da var det mye lettere for meg å få eierskap til det og selge dette videre ut i kommunen da.

Noen av deltakerne trakk frem de nasjonale nettverkssamlingene som en god arena for å høre erfaringer fra andre team og hvordan de hadde gjort det i etableringsfasen. I tillegg ble de kjent med andre på samlingene og kunne invitere seg på besøk hos etablerte team for å få innblikk i hvordan de var organisert og jobbet. En i fokusgruppe 2 fortalte:

Når vi begynte, så var det første budet at jeg reiste på disse årlige konferansene som NAPHA hadde. Der møtte jeg de fleste av teamene som var oppe og gikk på den tiden der og da var det egentlig om å gjøre å prøve og høre litt hvordan de har gjort det i oppstarten og invitere meg selv på en to-tre besøk da.

Også det at en instans som NAPHA hadde oversikt og kjennskap til ulike team sin kontekst, organisering, drift og praksis ble også erfart som nyttig, for da kunne de fungerer som en idébank og tipse om hvilke team man kunne kontakte for å få tips og råd om måter å gjøre ting på som var relevant for deres kommunale kontekst. Som reflektert over i fokusgruppe 2:

Det at de [NAPHA] er på en måte en idébank og en formidler. ... Vi trenger noe som en sånn idébank. ... Det begynner å bli flere og flere RPH team og det er noen som har holdt på veldig lenge, det finnes veldig mange gode ideer rundt omkring, og du må se nasjonalt, ikke bare til nabobyen altså. Du må se nasjonalt for det er mye, mye rundt omkring.

Nytten av erfaringsdeling mellom teamene ble erfart som stor også i de etterfølgende fasene med oppstart og drift, og beskrives ytterligere under punkt 3.2 kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte.

Informasjonsmateriale

Deltakerne snakket om at noe av behovet for direkte bistand til å formidle til beslutningstakerne i kommunene hvorfor man bør tilby RPH, kunne vært avhjulpet med tilgang til relevant informasjonsmateriale som var sentralt utarbeidet.

Det ble foreslått at en nasjonal instans som NAPHA kunne laget lett tilgjengelige beskrivelser og argumenter for «hvorfor RPH?» med gode korte tekster hvor den informasjonen man trenger er sammenfattet og inkluderer fakta, tall og annen oppdatert kunnskap om RPH. Deltakerne erfarte at standardiserte “pakkeløsninger”, som de kunne bruke i forankrings- og etableringsprosesser, hadde vært nyttig både for å kvalitetssikre materialet og for å spare ressurser ved at ikke hvert enkelt

team trenger å bruke tid på å gjøre all denne jobben selv. Som de reflekterte over i fokusgruppe 2:

For min del så skulle jeg virkelig ønske at det lå et ferdig sett med informasjon sant, fordi at nå måtte jeg lage det basert på erfaringer fra veldig mange som jeg snakket med. Jeg hentet blant annet inn data for cirka 20 team. Jeg sendte vel til alle, så fikk jeg svar fra de på hvor mange ansatte har dere per årsverk, sant. Så en ting er den anbefalingen 4 1/2 årsverk per 20 000 i målgruppen, men så må du se på hvor stor kommunen er, sant, hva har du av tilbud sant ... få bort disse overlappingene, hva er det vi trenger i RPH, da? Der hadde det vært veldig nyttig og hatt den ferdig, sånn dette tar du utgangspunkt i og så må du supplere ut fra kommunen og hva har du av andre tjenester, da, men det var utrolig tidkrevende, all den informasjonsinnhenting, og å prøve og hjelpe og finne data som du kan benytte inn i dine tjenester, da.

Det fremkom også forslag om at det ville vært nyttig om det ble laget ferdige maler for PowerPoint presentasjoner som kan brukes ovenfor kommuneledelse, politikere og andre. Slik informasjon kunne for eksempel ha vært lett tilgjengelig på nett. Ifølge deltakerne så bør slike maler ha rom for lokale tilpasninger, som å sette inn demografiske tall for egen kommune, vurdere RPH opp mot kommunens øvrige tilbud etc. Deltakerne var også opptatt av at det hadde vært nyttig om det kom informasjon som tydelig fikk frem at RPH dekker en målgruppe som kommunen er lovpålagt å gi et tilbud til. Dette for å få vist hvor RPH står i tiltakskjeden og at det er en tjeneste som hører hjemme i kommunen. Deltakerne opplevde at det ville gitt mer tyngde til budskapet at nødvendig informasjonsmateriell kom fra sentralt hold, enn at det var den lokale psykisk helsetjenesten eller RPH-teamet som fant ut hva som var viktig å formidle. En deltaker i fokusgruppe 1 sa:

Det er litt sånn - jeg tenker for de som skal liksom sitte og vurdere penger og sånt i kommunen, at de [NAPHA/sentral aktør] sier det er derfor vi trenger RPH, fordi det skal bli mindre i den enden. ... Men å få frem det bildet der da, og at vi får noe tyngde i det, noe fag og noe forskning liksom sånn: «Dette sier kongen liksom!»

3.1.2 Oppstartsfasen

Organisering av RPH

Ved oppstart av RPH opplevde deltakerne behov for implementeringsstøtte for å finne ut hvordan teamet skulle organiseres og driftes. Spørsmål som ble nevnt som

eksempler på faktorer deltakerne erfarte at måtte tilpasses den lokale konteksten teamet skulle etableres i var; Hvor bør RPH være organisert? Er det best å legge teamet til psykiske helsetjenester eller forebyggende enhet? Bør RPH etableres som egen tjeneste eller som en integrert del av en eksisterende tjeneste? Ut fra den lokale konteksten i denne kommunen, hvordan bør rammene for et RPH-team være? Hvordan bør man organisere og drive for at RPH skal bli effektivt og modelltro? At en sentral aktør som NAPHA hadde kunnskap om, og gode eksempler på, når det kunne være lurt å gjøre enten det ene eller det andre ut fra ulike demografiske faktorer og hvordan øvrige tjenester var organisert, ble sett på av deltakerne som nyttig. Her var deltakerne tydelige på at det var nyttig med implementeringsstøtte som bidro til at RPH ble startet opp på en måte som bidro til at de holdt på modellen og etablere en tjeneste som faktisk var RPH, noe nytt, ikke bare en tjeneste som ble en vanlig poliklinikk eller psykisk helsetjeneste som endret navn, men hadde samme innhold som før. Som en deltaker fortalte om i fokusgruppe 1:

Det har gjort at vi står og stamper litt og er litt sånn hvor skal vi hører til? Vi ble flyttet ut av psykisk helsefeltet og ligger nå under det som heter mestringsenheten sammen med frisklivssentralen, så vi har mistet litt det der fagfeltet på en måte selv om når vi var i psykisk helse så var det mye tyngre tjenester så vi var jo en liten outsider der også da, ikke sant.

RPH sin plass i tiltakskjeden

Også ovenfor andre tjenester og fagmiljøer har deltakerne erfart at det er behov for å drive med forankringsarbeid. Særlig i oppstarten, før de var blitt kjent og akseptert, opplevde mange at det kunne være et press for at RPH-teamet også skal avhjelpe behov i øvrige deler av de psykiske helsetjenestene. Flere erfarer at de til stadighet må jobbe for å “kreve sin plass” blant de kommunale tjenestene og rettferdiggjøre måten de jobber på, som reflektert over i fokusgruppe 1:

Det har poppet opp RPH-lignende tilbud i andre tjenester som gjør det utfordrende for oss å, hva skal jeg si, kreve vår rett da, ikke sant. ... Så er jo [kommunenavn] en stor kommune, og har mange forskjellige tjenester slik at RPH sin utfordring har vært å kreve sin plass og er det fremdeles. Så vi trenger både engasjement helt ned fra grasrota og opp.

Ved budsjettbehandling og økonomiske kutt i kommunen

Flere deltakere opplever at RPH-teamene er sårbare og nedleggingstruet ved budsjettkutt eller omdisponeringer i kommunen. En av deltakerne i fokusgruppe 1 sa:

Jeg kjenner meg veldig igjen i det der at man må kjempe for hver ansatt og mister og blir færre og færre så det er jo selvfølgelig den biten er kjempeviktig å få hjelp til.

Det å få bistand fra en sentral aktør som NAPHA, som kunne gi råd og veiledning om argumenter for å opprettholde RPH, ble opplevd som nyttig støtte når de skulle stå i slike prosesser. Som en sa i fokusgruppe 2:

Nå nevnte jo [navn på annen deltaker] at det er litt vinn eller forsvinn i budsjettprosessen, slik var det for oss i [kommunenavn] også, fordi at pandemien kom når vi startet opp. Så jeg måtte til min kommunaldirektør og for vår representant for [politisk organ] da så måtte jeg ha et foredrag der jeg virkelig måtte kjempe for at RPH skulle fortsette på tross av pandemien og omdisponering av midler da. ... Jeg viste til tall og ... Disse tallene gjorde da til at vi likevel fikk lov til å fortsette, men klart at det var jo støtten fra [navn på ansatt i NAPHA] som på en måte fikk denne ballen til å fortsette å rulle da. ... Jeg tenker for [kommunenavn] sin del så var det virkelig avgjørende for at vi ikke bare ble kuttet og de brukte penger på pandemien istedenfor.

Noen argumenterte videre for at øremerkede midler kunne vært en nyttig implementeringsstøtte i denne sammenhengen:

Så synes jeg kanskje at man kunne gitt øremerkede midler, jeg vet at det ikke er veldig populært, men noe for å binde kommunen til masta, enten får dere det her, eller så får dere ikke, så det er litt støtte her som følger dere hele tiden. Vi blir veldig utsatt og jeg er sikker på at vi kommer til å være på kutt listen, om vi overlever i år så er vi på kutt listen til neste år, og det kommer aldri til å slutte.

Et team hadde også erfaringer med at de hadde fått god drahjelp gjennom å ha etablert seg som et tilbud for kommunens ansatte, fordi kommunalt ansatte som hadde benyttet seg av RPH fremsnakket tilbudet både i kommuneadministrasjonen og hos politikerne. En deltaker i fokusgruppe 5 fortalte:

Vi hadde innbyggerne i [kommunenavn] som målgruppe. ... Pluss at vi også var et tilbud til ansatte i kommunen. Så vi merket at personalet som jobbet i kommunen etter hvert fremsnakk oss veldig, både inn i administrasjonen da, og til politikere. Der fikk vi inn litt drahjelp.

Ved uforutsette hendelser i samfunnet og endringer i kommunen eller tjenestene

Det var ikke bare knyttet til budsjett og økonomiske innsparinger deltakerne opplevde at RPH-teamet var en sårbar tjeneste. Også ved andre endringer i samfunnet, kommunen eller tjenestene erfarte deltakerne at RPH kunne bli nedlagt eller endret. Som sitatet ovenfor viser, opplevde noen at de ble gjenstand for nedleggingsvurderinger på grunn av behov for omdisponering av midler under Covid-19-pandemien. Andre hadde erfaringer med at kommunesammenslåing med kommuner som ikke hadde RPH-team, hadde ført til omorganiseringer av tjenesten på en slik måte at RPH-teamet forsvant, som en deltaker i fokusgruppe 3 reflekterte:

Jeg vil jo si at den etableringen i [kommunenavn] gikk ganske smooth. ... Så ble det en rasering når vi skulle bli en ny kommune, så det har satt oss fullstendig tilbake på null egentlig. Vi har ikke hatt den forankringen som vi hadde i gamle [kommunenavn]. ... Vi forsvant helt ut i kommunesammenslåingen, måtte gjøre andre ting. Så det gjorde at jeg synes vi har fått en dreining i vår gruppe der vi ikke blir helt rene RPH. Men vi har likevel hatt en solid RPH-del vil jeg si, nå begynner den å komme litt tilbake igjen i [navn på kommunen etter kommunesammenslåing].

Registrering og datamonitorering

Mange deltakere ytret ønske om et nasjonalt register eller system for registreringer og datamonitorering av RPH-teamene sin aktivitet og praksis. De tenkte at det hadde vært nyttig med en standardisering på hvilke data man skulle registrere, som antall henvendelser, inntakstid, pasienter inn, pasienter ut, behandlingstid, bedring/effekt, sykemeldinger, arbeidsstatus etc. Flere team brukte per i dag egenutviklede Excel-dokument for å føre noe statistikk på teamets virksomhet, men opplevde at dette både var tungvint og utilstrekkelig. Av den grunn hadde flere også sluttet å gjøre slike registreringer. Deltakerne opplevde at slike registreringer kun gav en lokal oversikt, og at de kunne mangle opplysninger som ble etterspurt av for eksempel beslutningstakere. De tenkte det ville være nyttig om de kunne sammenligne seg med andre team og i forhold til regionalt og nasjonalt nivå, men dette er ikke mulig så lenge teamene ikke gjør de samme registreringene. En deltaker i fokusgruppe 3 sa:

Så vi har ikke samme gode oversikten som vi hadde i prosjektperioden tenker jeg på hvem som går tilbake til arbeid og ja, hvem som er sykemeldt og alle disse tingene som vi hadde før da. Så det kunne være bra tenker jeg, å få til med en gang du starter en god sånn kvalitetssikring og tilbud med registrering av PHQ9 og GAD og at du kunne ta ut tall på hvor mange som har hatt bedring og hvor mange det ikke har virket for. Og det vil være gode måltall å bruke opp mot det politiske tenker jeg. Men det skulle vært en enhetlig måte å gjøre det på, fordi tallene blir ikke helt sammenlignbare når vi bruker ulike løsninger da.

Dette med å få riktige og gode data til bruk i forankringsarbeid og rapporteringsformål var noe flere deltakere var opptatt av, som reflektert i fokusgruppe 2:

Det er noe som jeg savnet i starten, det er datafangst. Overordnet sett så er problemstillingen som jeg nå tar opp, det er standardisering versus frihet til å på en måte ha, altså frihet til å gjøre lokal tilpasning. Jeg skulle ønske det var en minimum av standardisering på data inn, når vi starter opp. Hva slags data er det vi skal samle inn? Nei, det var det er det ingen som visste, så vi fikk liksom et tips på en Facebook gruppe for RPH om at [stedsnavn] hadde laget ei Excel-fil, men jeg synes det er litt sånn uheldig å gjøre det på den måten. Det har også vist seg å være utilstrekkelig og det visste ikke vi på forhånd, sant. Nå når vi skal forsvare vår eksistens, så får vi spørsmål som det hadde vært veldig lurt om vi hadde samlet inn i forkant. Det hadde også vært lurt om alle RPH gjorde det samme og kjørte inn i et nasjonalt register, så vi kunne hente ut tall for å svare på ting.

Flere av deltakerne refererte til erfaringer med FHI-undersøkelsen som ble gjennomført de første årene for de første 12 pilotene. De erfarte at den rapporteringen og registreringen som de måtte gjennomføre som del av undersøkelsen var nyttig. Blant annet gav det kunnskap som kunne brukes ovenfor beslutningstakere for å opprettholde tilbudet, som beskrevet av deltaker i fokusgruppe 5:

Jeg tenker også at FHI-undersøkelsen, den første, den hjalp oss på veien fordi at vi hadde det å slå i bordet med at vi kan ikke begynne å tulle med dette fordi vi er midt i et forskningsprosjekt, sånn at vi i ettertid kunne bruke resultatene ikke sant.

I tillegg ble denne måten å rapportere data på erfart som god støtte for både modelltrofasthet og faglighet i RPH-teamene. Deltaker i fokusgruppe 5 reflekterte:

Det at man deltok i det forskningsprosjektet tenker jeg var en veldig god implementeringsstøtte da som vi var inne på, både at man kunne bruke det mot beslutningstakere, men også det at man visste selv at man ble, ja skjerpet seg faglig sett. Det at man ble evaluert, var veldig nyttig synes jeg og veldig sånn unikt å jobbe i en slik sammenheng, så det var veldig sånn inspirerende for fagpersoner.

Økt allmennkunnskap

Deltakerne har erfart at personer kommer til RPH-teamet ønsker seg individuelle samtaler hos psykolog, fordi det er dette folk har kunnskap om at kan hjelpe når man sliter med psykiske helseutfordringer. En i fokusgruppe 1 sa det slik:

Det er jo det og liksom i media og samfunnet og overalt, det snakkes jo kun om det der - ja du har det vanskelig, ja da må du få noen å snakke med, du må ihvertfall ha noen å snakke med. Og da er det en til en samtaler mange ser for seg, så vi må bruke veldig mye krefter på den mottakstelefonen for å liksom informere om at andre ting også kan være bra.

På bakgrunn av dette ble behov for implementeringsstøtte i form av mer generell folkeopplysning nevnt i noen av fokusgruppene. For eksempel gjennom media eller andre kanaler, for å spre informasjon om nye/andre måter å få hjelp på enn bare individuelle samtaler, som RPHs kurs og selvhjelpsverktøy. Slike tiltak hadde deltakerne erfart at kunne være nyttig støtte, både i form av at befolkningen ble kjent med tilbudet og kunne ta kontakt ved behov, at personer som oppsøkte RPH-teamet i større grad var åpne for alle tilbudene i RPH, og for at beslutningstakere og tjenesteytere i kommuner fikk kjennskap til RPH som tjenestemodell. Som reflektert av en deltaker i fokusgruppe 4:

Og så tenker jeg bare sånn at alle den medieomtalen som har kommet frem det hjelper jo veldig liksom det. Nå er det, Rask psykisk helsehjelp er jo blitt kjent for mange tror jeg, altså det var jo seinest på dagsrevyen her i forbindelse med verdensdagen for psykisk helse, og det er klart at alle slike ting er til god støtte for oss som driver teamet.

I tillegg tenkte deltakerne at mer generell kunnskapsspredning kunne bidra til at befolkningen ble en viktig bidragsyter for å opprettholde tilbudet på sikt. Dette var begrunnet i at noen hadde erfaringer med at kommunens befolkning aksjonerte mot nedleggelsen når et par andre tilbud, som befolkningen mente var viktige å ha i kommunen, var nedleggingstruet. En deltaker i fokusgruppe 1 fortalte:

Det var jo slik som det ble nevnt her, man kan bli strøket med et pennestøk. Og slik som jeg nevnte så er jo [kommunenavn] i en vanskelig økonomisk tilstand og da blir jo alle lavterskel tilbud sett på, ... Men så er det andre tilbud som vi også anser som ekstremt viktige, som pårørendesenter og frisklivssentral som også stod veldig i fare for å bli strøket, og da var det nettopp det at befolkningen gikk så hardt ut i medier og facebook-sider, og var helt sånn i furore over at frisklivssentralen var vurdert å skulle legges ned. Så da fikk man masse drahjelp fra befolkningen for at det ikke ja, så aner jeg ikke om det var utslagsgivende, for all del, men jeg synes det var artig å se at befolkningen engasjerte seg såpass da.

3.2 Kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte

Under dette hovedtema har vi inkludert støttetiltak som handler om nettverk- og relasjonsbygging, og som blant annet fremmer utvikling, støtte, trygghet, motivasjon og læring gjennom sosiale fellesskap. Implementeringstiltak som fremmer kulturbygging og relasjoner i teamet og på tvers av team opplevdes som viktige for deltakerne. Spesielt ble utdanningen, nettverkssamlingene og veiledningsgruppene trukket frem som sentrale i denne sammenhengen. Disse tiltakene må samtidig ses på tvers av de tre hovedtemaene siden de også ble opplevd å tilføre både organisatorisk støtte og faglig og klinisk kompetanseheving.

Å bli et team

I tillegg til den faglige og kliniske kompetansen man fikk, ble RPH-utdanningen erfart som viktig når det gjaldt å bli et team. Mange fremhevet hvordan et felles utdanningsløp hjalp dem til å bygge et lag og bidro til at de fikk en teamfølelse, som reflektert av en deltaker i fokusgruppe 5:

Jeg støtter veldig det å bygge lag under utdanning, den kjente vi også veldig på. ... Det å på en måte være med sammen med flere kommuner, det skapte litt sånn lagfølelse oss imellom, i tillegg til at vi fikk den muligheten til å bygge teamet opp. Så var det jo også, vi visste jo ikke hva dette var, ... og det at vi sammen på en måte ble

sosialisert inn i dette, det er for min del, og jeg vet fra tidligere kollega også, at det var bra. Da fikk liksom alle samme utgangspunktet.

Deltakerne erfarte at det var viktig å oppleve at man var et team som sto sammen om dette, blant annet fordi de opplevde en del misnøye fra andre psykiske helsetjenester i starten. Å etablere et samhold og en teamfølelse var erfart som viktig i perioder hvor de måtte jobbe for å hevde sin plass, som beskrevet under «RPH sin plass i tiltakskjeden» under 3.1 *Organisatorisk implementeringsstøtte*. En deltaker i fokusgruppe 4 beskrev:

Og at vi var et helt team som startet på en utdanning sammen gjorde jo også mye for at vi selv skulle ha tro på dette her, ja blir styrket, fordi vi møtte veldig mye motstand- faktisk kanskje aller mest i det kommunale psykisk helse, det som var etablert fra før, fordi at vi ble sett på som noen konkurrenter der.

3.2.2 Å bli en del av "RPH-familien"

I tillegg til at slike samlingsbaserte implementeringstiltak som RPH-utdanningen, de nasjonale nettverkssamlingene og veiledningsgruppene bidro til teambygging, opplevde deltakerne at disse tiltakene gjorde at de ble en del av «RPH-familien», at de ble en del av noe større enn bare sin egen praksis. Deltakere i fokusgruppe 4 og 5 sa:

Både det med veiledningen som er dratt i gang der du liksom treffer andre og de samlingene er jo veldig nyttige, både sånn for å høre hvordan andre gjør ting og liksom for å holde den her RPH-identiteten oppe.

Det å på en måte være med sammen med flere kommuner, det skapte litt sånn lagfølelse oss imellom.

Delingskultur

Deltakerne trakk frem den delingskulturen som var etablert mellom teamene som nyttig. De opplevde at den samlingsbaserte implementeringsstøtten bidro til fremveksten av og opprettholdelsen av denne delingskulturen. I tillegg til at deling foregikk når de møttes på disse arenaene, opplevde deltakerne at de relasjonene som ble etablert når de møttes bidro til at terskelen for å ta kontakt med andre team for erfaringsdeling også utenom samlingene ble lav. At både erfaringer og arbeidsverktøy ble delt mellom team bidro til modelltrofaste RPH-team. Deltakerne erfarte at delingskulturen var nyttig i både etablerings- og oppstartsfasen. Også deltakere i

erfarne team opplevde denne kulturen som nyttig. De fikk opprettholdt eget fokus på modellen gjennom å få henvendelser fra nye team og dele av sine erfaringer. I fokusgruppe 4 reflekterte en av deltakerne:

Nei, men altså, og på den måte så bygger du nettverk, og så det første som møtte meg det var den delingskulturen og da blir terskelen senket for å ta kontakt og ringe rundt og faktisk høre om folk kan dele litt, slik at man bare får en forståelse av hvordan ser et kurs ut, hvordan ser en brosjyre ut, hvordan ditt og hvordan datt. ... Det å liksom etablere en sånn delingskultur, der tror jeg de samlingene og den felles utdanningen som ble nevnt her har vært veldig viktig.

Egne ledernetttverk

For ledere som ikke er en del av RPH-teamet, som for eksempel enhetsledere, var det en deltaker som hadde erfaring med at de nylig etablerte veiledningsgruppene ikke dekket deres behov. Det fremkom derfor et ønske om egne ledernetttverk, som sagt av deltaker i fokusgruppe 2:

Og så kunne jeg tenkt meg at jeg som leder gikk i en annen veiledningsgruppe med andre ledere. ... Ja, for nå har jo alle medarbeidere tilbud om å gå i veiledningsgruppe, nasjonale veiledningsgrupper, der de kan få mange innspill fra andre. Jeg var også egentlig meldt på det og var med de første gangene, så kjente jeg at det her, det er ikke her jeg skal sitte. Jeg jobber ikke klinisk i det hele tatt. ... Så jeg kunne tenkt meg å komme inn i et veiledningsnettverk for lederne eller tilsvarende ganske kjapt.

Regionale og lokale faglige nettverk

I en av fokusgruppene har en deltaker erfaring med at de har gått sammen og dannet nettverk med RPH-teamene i nærheten. Nettverket prøver å få til å møtes fast en til to ganger i året. Å etablere flere faglige RPH-nettverk som kunne møtes oftere enn den årlige nasjonale nettverkssamlingen kunne ha gitt god støtte. En av deltakerne i fokusgruppe 5 foreslo:

Kanskje det finnes noe, men det tenker jeg kunne ha vært en god støtte i hvert fall med et sånn fagnettverk som kunne ha arrangert samlinger og også jevnlig treff, da.

Reisekostnader vanskeliggjør deltakelse for noen team

Etter at tilskuddsordningen ble lagt om, eller tilskuddsperioden var gått ut, var det flere av deltakerne som erfarte at økonomi begrenset deres muligheter for

deltakelse på utdanning og nettverkssamlinger. Det ble erfart som en nyttig implementeringsstøtte at begge deler er gratis å delta på, men for mange team var ikke det tilstrekkelig. Når støtte til reise- og oppholdskostnader ikke er en del av implementeringsstøtten, opplevde flere team at det ble krevende å få til å delta eller at de ikke hadde økonomiske rammer som tillot at deres ansatte kunne delta. En deltaker i fokusgruppe 3 fortalte:

Men det som var erfaringen var jo at det var på langt nær nok fordi det er så kostbart å reise fra [navn på fylke] med fly. Vi var 4 stykker da som startet på utdanningen og overnatting i tre døgn i Oslo. Så det slo føttene unna alle budsjettene, det, altså. Så det har vært hovedutfordringen egentlig å få denne tilskuddsordningen til å strekke til når det gjelder utdanning, da.

Et tiltak som ble foreslått som delvis kan kompensere for behovet for reisetilskudd var at utdanning og/eller nettverkssamlinger arrangeres regionalt, videre at man da kunne delt opp i samlinger for ulike grupper, som ledere eller ansatte. Med henblikk på utdanningen sa en deltaker i fokusgruppe 2:

Jo lengre du er fra Oslo jo dyrere er det å utdanne folk, så enkelt er det. Så hadde vi hatt kjøreavstand så hadde det vært greit, men når du skal sende folk til Oslo og bo på hotell så er det ikke kursavgiften til norsk kognitiv forening som er problemet, det er å sende 3-4 personer, bo på hotell og fly tur/retur som blir kostbart rett og slett. Så da må vi ha støtte til det. Så det er litt dumt kanskje at det bare er utdanningsmulighet der for å si det sånn.

Med henblikk på nettverkssamlingene fortalte en deltaker i fokusgruppe 4:

Ja, det var angående disse nettverkssamlingene. Vi har vært på de fleste av de tenker jeg, men vi skal ikke i vei i år da, og det handler jo om økonomi. Det er dyrt å reise fra [stedsnavn] til [Oslo]. Så jeg kunne ønsket meg sånn regionale samlinger også jeg, som en kunne har brukt litt sånn ulikt med, er det ledere eller er det ansatte, eller hvem er det man ønsker å treffe når, og, ja. Jeg tenker også at det har kunnet være nyttig i en sånn etableringsfase da, at man kunne ha brukt det litt mer lokalt og regionalt.

Et annet tiltak som ble nevnt i fokusgruppe 1 var at det ble mulig med digital deltakelse på nettverkssamlingene.

Det var slik at man fikk jo en viss sum i året til lønningene, men det var også holdt av 10 000 til deltagelse på nettverkssamling, så det var oppfordret til å dra dit, overnatte på hotell, fordi man skulle ha den der erfaringsutveksling også. Og det er jo borte i år, man får ikke noen økonomisk støtte til å reise dit, og slik som [kommunenavn] nå har bare kniven på strupen og er så i sparemodus at selv jeg, som sitter her som avdelingsleder og brenner for at vi skal dra på disse nettverkssamlingene, vi får ikke sendt en person fordi vi har ingen penger. Så det også er litt sånn, ja ... og det legges heller ikke til rette for at man kan delta digitalt. Jeg skjønner så godt at det absolutt er nest best, at man helst skal være der for å knytte bånd, å se andre og slik, men nest best kunne vært å følge de faglige innleggene slik at man vet at "å ja vi er fortsatt på sporet" eller "disse teamene er viktige for RPH-teamet i år", det misser vi da fullstendig fordi vi ikke får komme.

3.3 Faglig og klinisk implementeringsstøtte

Det vi har valgt å kalle faglig og klinisk implementeringsstøtte omhandler blant annet tiltak som fremmer kompetanse og gir tilgang på faglig materiale og kliniske maler og verktøy. Denne støtten handlet i følge deltakerne om både kompetanseheving og kvalitetssikring av RPH-tilbudet. I tillegg vektla de flere tiltak som kunne bedre ressursutnyttelsen ved at teamene slapp å utarbeide for eksempel faglig materiale.

3.3.1 Kompetansehevende tiltak

RPH-utdanningen

I de fleste nyopprettede team hadde alle fagpersonene startet på og gjennomført RPH-utdanningen samtidig, mens nye teammedlemmer i etablerte team hadde tatt utdanningen alene. Deltakerne erfarte at det skapte en solid plattform for teamet å ha det samme faglige utgangspunktet, noe som også bidro til å etablere en sterk entusiasme for RPH. De opplevde at utdanningen gav et betydelig kompetanseløft for kommunale helsetjenester. En deltaker i fokusgruppe 1 sa:

Hele denne utdanningen er jo et kjempeløft for kommunene, ikke sant. Nå har vi etter hvert en del erfaring med og sendt folk i flere omganger inn, altså ikke de samme, men liksom sånn, det første året så gikk jo alle som jobbet der, så har vi fått tilskudd til teamet så da har de nye folkene blitt sendt dit og, da. Der er det jo sånn at man virkelig får en kompetanseboost.

Fagpersonene i RPH-teamene hadde gjerne en faglig portefølje som var ulikt sammensatt og som gjorde at de kanskje inkluderte elementer fra andre terapeutiske tilnærminger i RPH-tilbudet. Deltakerne beskrev også at de hadde diskusjoner om for eksempel alle pasienter egnet seg for introduksjonskurset i RPH. Noen ganger gjorde de tilpasninger som for eksempel å gi pasienter individuelle samtaler i stedet for deltakelse i introduksjonskurset. Imidlertid var det stor enighet blant deltakerne om at den felles plattformen som utdanningen ga var av stor betydning. Opplæringen i kognitiv terapi, som er en viktig del av utdanningen, opplevdes som nyttig fordi den ga større faglig trygghet gjennom å være en håndfast tilnærming til pasientene, som reflektert av deltaker i fokusgruppe 1:

... fordi det kan jo være faggrupper som ikke har så mye terapeutiske teknikker inne fra før av, for eksempel som sykepleier så kan du ha jobbet i somatikken for eksempel tidligere og så har jo mange etterutdannelse innen psykisk helse etter det, men altså dette kognitive året er jo virkelig kjempenyttig og gir en veldig stor trygghet, da.

Nasjonale nettverkssamlinger

Nasjonale nettverkssamlinger ble trukket frem som svært viktig for faglig bevisstgjøring og for at deltakerne kunne lære av hverandre. Innleggene som ble holdt på disse samlingene opplevdes svært relevante og direkte nyttige for praksis. En deltaker i fokusgruppe 1 fortalte:

Vi bare satt med store øyne og noterte og kunne gå rett tilbake og bruke det i hverdagen vår for det var liksom spot on for de som jobbet i RPH.

I tillegg trakk deltakeren frem den faglige bevisstgjøringen, kompetansehevingen og det å få støtte til å bygge opp faglighet mot en ny måte å jobbe på som viktig. Deltakere i fokusgruppe 3 og 5 reflekterte:

Men ellers så er det jo dette her å få opplæring, få oppfølging i forhold til å skulle jobbe annerledes, at du må få dette faglige påfyllet til å klare å jobbe annerledes.

Men det hadde ihvertfall stor betydning for det å bygge opp både faglighet og en sånn identitet og en ny måte å jobbe på, da, at det er nytt i RPH, da.

Deltakerne fortalte om betydningen av nettverkssamlingene når det gjaldt å skape den delingskulturen som er omtalt under punkt 3.2 *Kulturbygging og relasjonell*

implementeringsstøtte. At det var enkelt å ta kontakt med terapeuter i andre team når de hadde behov for det gjorde at de kunne finne ut av spørsmål, som hvordan et introduksjonskurs ser ut eller hva som skal være med i utforming av en brosjyre. Erfaringsutvekslingen på nettverkssamlingene, utdanningen og veiledningen ble trukket frem som hjelpsom også for å forstå betydningen av å etablere gode rutiner, som det å ta imot henvendelser (telefonvakt), føring av journal og statistikk. En deltaker i fokusgruppe 4 sa:

Så er det klart at alle slike rutiner var jo sånne utøvende som meg er opptatt av, da, ikke sant. Dette med telefonvakt, hvordan skulle folk henvende seg, journalføring, statistikk og ... Jeg vil jo tro at de nye teamene kan få god etableringsstøtte fra erfarne team, ikke sant, så den utvekslingen der, som ligger i at de holder konferanse og veiledning er jo fint for de nye i kommunene, vil jeg tro.

Noen fremhevet også betydningen av å ta med lederne sine på samlingene med tanke på å bli informert og få kunnskap om RPH, og dermed få større eierskap til behandlingstilbudet, som reflektert av deltaker i fokusgruppe 4:

Det er også åpnet for at man skal ta med ledere på de samlingene, og det tror jeg også er veldig fint, fordi da får de litt sånn eierskap til tilbudet og informasjonen.

Deltakerne opplevde også at det å ha faglig støtte og et faglig nettverk i ryggen var viktig med tanke på å argumentere for behandlingstilbudet som kunne stå i fare for å bli tatt ut av stramme kommunebudsjetter. Dette er nærmere beskrevet under punkt 3.1.

Kontinuerlig faglig utvikling

Veiledning, kontinuerlig utvikling og faglig oppdatering ble fremhevet av flere deltakere som nyttig implementeringsstøtte. De opplevde at det var viktig for kvaliteten på behandlingen og for å opprettholde RPH-modellen. En deltaker i fokusgruppe 3 sa:

Altså du har gått den utdanningen, men det er noe med å vedlikeholde dette her, altså kunnskap, terapi, alt dette her er ferskvare, da, sånn at vi er inne i en fase nå hvor vi ser at for oss som gikk den utdanningen for noen år siden så har det skjedd mye. Sånn at når du snakker implementeringsstøtte så tenker jeg det å få oppdatering og utdanning etter et visst antall år hadde vært veldig gunstig.

Det var flere deltakere som trakk frem at en Facebookside kunne være et nyttig hjelpemiddel dersom den ble brukt aktivt. I fokusgruppe 2 fortalte en deltaker:

Det er jo en slik facebook-gruppe som er opprettet. Jeg vet ikke hvem som opprettet den, men altså alle teamene i hele landet kan jo være med der. Der kan jo vi sende inn spørsmål og så får vi svar holdt jeg på å si ... Nå er det lenge siden jeg har sett noe på den felles facebook-siden, for nå har sikkert de teamene som har vært mest der inne funnet ut av tingene. Så kanskje det kunne vært litt sånn at det kom ut litt sånn underveis, da ... sånn at NAPHA kunne sendt ut sånn jevnt og trutt, hva er lurt og viktig å tenke på og huske på, og, ja.

Faglig materiell

Deltakerne beskrev et stort behov for å ha faglig materiell tilgjengelig. Dette var særlig aktuelt i begynnelsen da tilbudet var i etableringsfasen og det følgelig ikke var noen med erfaring som man kunne spørre til råds.

Informasjonsmateriell

Ett eksempel på faglig materiell deltakerne oppga å kunne ha nytte av var informasjonsmateriell de kunne ha med seg når de besøkte fastlegekontorer og sykehus, som sagt i fokusgruppe 4:

Altså da var jo veldig mye nytt og vi bygde opp rutiner og alt, og det er klart at å ikke finne opp alt krutt på nytt er jo fint egentlig. ... Ja nå har jeg nevnt det med informasjon ikke sant, vi hadde veldig mye informasjon til samarbeidspartnere og fastlege og sånt, for de er jo den største gruppen som rekrutterer.

Videre ble det å finne god og relevant informasjon samlet på ett sted beskrevet som en ønsket implementeringsstøtte. Deltakerne tenkte at slik informasjon kunne være nyttig både når man skulle argumentere for RPH i kommunen, og for å finne ut hvordan ulike ting kunne gjøres i form av tips om de beste og mest effektive måtene å gjøre ulike oppgaver på. I fokusgruppe 1 sa en deltaker:

Så der tror jeg vi kunne ha spart utrolig mye tid, som tips til hvordan gruppeoppsett kan se ut eller argumenter over telefonen, så slapp vi liksom å lirke og lure og ja, litt sånn «hot spot» skulle jeg til å si, gode tips fra en hverdag i RPH. Det tror jeg hadde tjent mange av de nye som kommer, å komme litt til dekket bord da.

Deltakerne beskrev også at de bruker mye tid på å kartlegge og sile de personene som henvender seg med spørsmål om hjelp. Dette skjer som regel over telefon, og de bruker da gjerne et kort skjema som fylles ut i telefonsamtalen. Flere beskriver også at de har faste møter med tildelingsenheten der det diskuteres hvem som egner seg for RPH og hvilke personer som skal loses til andre tjenester for å få hjelp. Med andre ord var det å definere og avgrense målgruppen viktig. Å ha sentrale føringer ble fremhevet som viktig for å kunne gjøre en slik jobb på en god måte.

RPH-håndboken

Det var mange deltakere som snakket om at de hadde store forventninger til RPH-håndboken. De tenkte at den ville fylle et stort behov for å ha et oppslagsverk de kan gå til når de har spørsmål. Deltakerne påpekte i denne sammenhengen hvor viktig det var at prosjektet med en slik håndbok hadde nasjonal forankring slik at man slapp å utvikle materiell selv og ta avgjørelser med lokale tilpasninger, som kanskje ikke var i tråd med RPH-modellen. I fokusgruppe 5 ble det sagt:

Nå er den nye veilederen snart ferdig, og det er jo kjempebra for de nye, fordi jeg tror at det å ha et eller annet å jobbe ut fra er også en god implementeringsstøtte ... Nå har ikke jeg fått sett noe på den, nå heter det håndbok, men jeg har forstått litt innholdet i den og sett deler av den. Jeg tenker jo at det i seg selv vil være nyttig hjelp og støtte, og redusere kanskje litt av famlingen.

Samtidig som deltakerne tenkte at den nye håndboken ville være et nyttig tilskudd, så var det noen deltakere som hadde bekymringer knyttet til at de opplevde at den ikke er tydelig og konkret nok i forhold til modellen. En deltaker i fokusgruppe 2 reflekterte over dette:

Vi har vært gjennom den håndboken og den veilederen som vi brukte når vi startet. Den var jo relativt kort og veldig presis, for å si det sånn, lett å følge. I håndboken er det mye mer tekst, og jeg synes vi beveger oss over i mer slik oppfølgingstjeneste på enkelte av tingene ... Det blir jo vanskeligere, slik som jeg leser det, å holde oss til en veldig sånn smal gruppe som kan henvende seg til oss, fordi jeg opplever at håndboken åpner veldig opp da for hvor mye vi skal følge opp deltakere som trenger det videre ... I RPH der vi skal ha, altså det er tidsavgrenset, fort inn og fort ut igjen, ..., mens den håndboken synes jeg på en måte oppfordrer veldig til å følge opp lengre, da. Så køen vil jo vokse, jeg ser jo det her, det er ansatte som har jobbet med oppfølging over mye lengre tid ... Men det ser jeg er vanskelig, og jeg får med meg at

det er flere og flere som benytter seg av hele trappen, da. Det er akkurat som at det ikke stoles på at folk skal klare seg med et tilbud. Så det synes jeg er en forskjell i den nye håndboken fra den gamle veilederen. Den [håndboken] er jo kjempetykk og det er liten skrift og det er, ja, det er en utfordring, tenker jeg, å få til akkurat den tanken om kjapt inn og kjapt ut igjen.

3.3.3 Kliniske verktøy og maler

Verktøy og maler for praksis

Mange deltakere fra team som hadde startet opp erfarte at de brukte mye tid på å utarbeide materiale til teamets faglige og kliniske praksis. Sentralt utviklet klinisk materiale, verktøy og maler som var tilgjengelig for teamene, ble trukket frem som noe de tenkte ville vært nyttig implementeringsstøtte. Et eksempel her var introduksjonskurs med ferdig utarbeidet faglig materiale, som PowerPoint-lysbilder med forslag til manus og små illustrerende videosnutter. En deltaker i fokusgruppe 1 sa:

Hvis noen kunne kvalitetssikre det faglige materialet i et introkurs og utarbeide Power Point-slides med potensielle tekster under til hva man kan si, så hadde det virkelig spart RPH-team som skal starte opp ekstremt mye tid. For det å skulle sitte og finne og putte så mye faglig materiale inn i et sånt kurs, det er så tidskrevende, og ofte har man ikke tid fordi hverdagen går og går og går, og man får henvendelser, og det er bare, ja ... Så er det likevel fint at det enkelte RPH-team kan ha myndighet til å få lov til å liksom gjøre det til sitt eget for det er veldig vanskelig som kursholder å skulle stå og formidle noe hvis du ikke helt eier det, hvordan skal jeg si dette her, eller at man kunne fått lov til å gjøre litt justeringer slik at en kan gjøre det til sitt eget, men likevel ha noe å gå ut fra, ikke begynt på scratch.

Deltakerne pekte på at tilgang på slikt materiale ville være hensiktsmessig med tanke på ressursbruk siden det ville være tidsbesparende for alle team. Ikke minst ville det også gi en kvalitetssikring og sikre en enhetlig standard på tilbudet til befolkningen, uavhengig av hvor i landet man bor. Det ville også kunne sikre at teamene til enhver tid benyttet faglig oppdatert materiale i sine praksiser, som reflektert av en deltaker i fokusgruppe 1:

Det er en av de tingene som jeg fortsatt tenker er aktuelt, fordi man bør jo stadig revidere introkurset sitt, fordi det kommer nytt faglig stoff som er relevant, det kommer nye filer og nydelige videosnutter som illustrerer akkurat det man forsøker å

få frem ... Om noen faglig dyktige folk kan sette seg ned, og da vet alle RPH-teamet at dette kan vi gå god for, dette kan vi stole på, her er det noen dyktige fagpersoner som har hatt mandat til å se på dette her.

Andre maler for praktiske og kliniske oppgaver som ble nevnt i denne sammenhengen var skjema til bruk ved henvendelser, inntaksmodell, ulike registreringsskjema og evalueringsskjema etter kurs eller behandling. Det ble også nevnt at slike maler og verktøy for eksempel kunne vært med i håndboken som er omtalt under punkt 3.3.2. Det fremkom også ønsker blant deltakerne om at det hadde vært nyttig om en del av disse kliniske verktøyene og malene kunne vært digitalisert, som for eksempel timebestilling, henvendelser, kartlegging og registreringer, som reflektert av deltaker i fokusgruppe 3:

Vi har jo lyst til å ha det, både kartleggingsmoduler og tilbakemeldingsverktøy ... Bare en sånn ting: hvordan få et elektronisk søknadsskjema? ... I dag må man si at du må skrive det ut og så må du sende det i posten. Det er jo ingen som holder på med det i dag, sant. I dag så trykker du på en send-knapp. Slike typer implementeringsbiter er det kanskje jeg savner litt mer av, for akkurat selve det å utøve kognitiv terapi, det tenker jeg vi er godt kvalifisert for og klarer godt. Men akkurat slike ting, som utvikler selve tjenestebildet, da, det har jeg savnet litt i de årene.

En deltaker i fokusgruppe 2 beskrev hvor nyttig og arbeidsbesparende det var å ha en app for rapportering til direktoratet:

I forhold til det med kartlegging så vil jeg bare si at vi har en helt fantastisk app her hos oss, som kartlegger alle de punktene som vi skal rapportere på til direktoratet. Når jeg sendte inn rapporten i fjor, eller i vinter var det vel, så brukte jeg 10 minutter på å svare, fordi at alt kommer opp i et eneste bilde og det er helt fantastisk. Vi kan svare på absolutt alt der.

I den forbindelse ble også kostnaden på digitale verktøy problematisert, som deltaker i fokusgruppe 3 fortalte:

Så skulle det være midler knyttet til det for å få det iverksatt, fordi nå er det ikke midler når du ikke får noe midler lengre. Da konkurrerer du om hele det budsjettet som er ingenting, nå sparer vi strøm og, sant, kommunen har veldig dårlig råd. Så

det er det vi får hver uke, at det er ikke penger til noe, men da får vi ikke utviklet oss. Det som jeg også kanskje savner litt, det er sånn, ja, kartleggingsverktøy og tilbakemeldingsverktøy, for alt koster.

Et annet eksempel er at flere deltakere fortalte at deres team tilbyr det kliniske behandlingsverktøy “Assistert selvhjelp”, mens andre erfarte at de var forhindret i å tilby dette til sine brukere, fordi det hadde en kostnad som de ikke hadde budsjetter til å dekke opp. En deltaker hadde også erfaring med en kartleggingsmodul som kunne tilbys gjennom Assistert selvhjelp. Denne dekket, ifølge deltakeren, noe av ønsket om digitalisering av kartleggingsprosessen som beskrevet ovenfor. Men, også bruk av dette verktøyet var forbundet med kostnader, som beskrevet av deltaker i fokusgruppe 3:

Ja, det er en ny modul der som de har lagt til, eller ny funksjon eller hva jeg skal si, som er et sånn kartleggingsverktøy. Det er veldig fancy og veldig bra, altså ... Så er det litt kostbart, så vi har jo ikke penger til det, egentlig, men jeg har bare, jeg har liksom bare valgt å gjøre det, fordi jeg tenker at det er innmari nyttig. Nå husker jeg ikke helt hva det koster ... jeg vet ikke om kjøpte til femti eller kjøpte til hundre, jeg, men det koster en femtitusen eller noe, så det er litt penger.

Tilpasset journalsystem

Ønske om nasjonale føringer for journalsystem ble også trukket frem. Flere deltakere opplevde dilemma rundt journalføring relatert til blant annet taushetsplikt, fordi de måtte bruke store kommunale systemer som flere tjenester og etater har tilgang til. I tillegg erfarte de at disse systemene ikke var særlig godt tilrettelagt for slike lavterskeltilbud som RPH, som beskrevet av deltaker i fokusgruppe 3:

Ja, og det er kanskje en sånn ting som det kunne ha blitt sagt litt om fra departementet sin side ... Vi bestemte oss ihvertfall for å bruke kommunen sitt journalsystem, men det hadde vært enklere for oss å ha et frittstående, som kanskje var mer tilrettelagt også for denne typen tjeneste, da. Både Gerica og CosDoc er store system som har både økonomi, kjørelister og sånn, det er store tunge system, så det hadde vært mer tjenlig kanskje og sagt at her er det systemet dere kan bruke.

I denne sammenhengen ble det også drøftet behov for tilgang til egnede kommunikasjonsløsninger mellom RPH-teamene og personer som benyttet deres tilbud. Siden RPH er definert som helsehjelp, erfarer deltakerne at regelverk for

eksempel hindrer dem i å benytte SMS til meldinger med beskjeder om endringer av kurstidspunkt eller annet:

Så tenker vi at når du ruller opp et så stort lavterskeltilbud som dette her faktisk er, så har vi tenkt og gjort oss erfaring på at vi har et lovverk som ikke følger med på det, i det omfanget, altså det blir ikke, hva skal jeg si; det blir ikke lavterskel nok, det blir ikke lett tilgjengelig nok ... Vi har jo merket det, altså, vi yter helsehjelp og da må du journalføre, men når det er så mye folk, sant. Vi kjører jo kurs som starter en gang i måneden og det er opp til 30 stykker hver gang, så skal du nå ut med beskjeder, men du skal forholde deg til GDPR og det skal være taushetsplikt. Du kan ikke sende en lik SMS ut til alle. Altså det er mange slike barrierer som vi har opplevd i utviklingen her, altså, med at Norges lover er rett og slett ikke rigget for drift i et så stort omfang som RPH egentlig er, og er ment å være.

4 Avsluttende betraktninger: Implikasjoner for praksis

I denne studien har vi utforsket hvilke erfaringer ledere og ansatte har med implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen av RPH. Dette har blitt belyst gjennom fokusgruppeintervjuer med ledere og ansatte som har hatt en sentral rolle i etablerings- og/eller oppstartsfasen av et RPH-team i norske kommuner. Resultatene gir innsikt i hvordan det er å etablere og implementere en ny type tjeneste som RPH i norske kommuner og i en kommunal tjenestekontekst. Overordnet viser resultatene at implementeringsstøtte er nyttig for teamene i etablerings- og oppstartsfasen av RPH. Ulike støttetiltak er med på å fremme etablering, forankring og oppstart, samt styrke modelltrofastheten og kvaliteten i tjenesteytingen. Flere av implementeringstiltakene som allerede tilbys er med på å styrke den faglige kompetansen i psykisk helsetjenester i kommunene, men det er fortsatt rom for flere implementeringstiltak for ytterligere å støtte oppunder etablering og oppstart av RPH. I dette kapitlet kommer vi med noen betraktninger rundt resultatene og hvilke implikasjoner de kan ha for praksis. Ifølge Helsedirektoratet er det et krav at kommunen tar imot etableringsstøtte fra NAPHA (Helsedirektoratet, 2021a). Fokuset vil derfor spesielt være rettet mot den implementeringsstøtten NAPHA tilbyr.

4.1 Organisatorisk implementeringsstøtte

Resultatene i denne studien viser at det å motta implementeringsstøtte rettet mot organisatoriske og driftsmessige faktorer i etablerings- og oppstartsfasen av RPH er nyttig. Organisatorisk implementeringsstøtte er viktig både for å forankre og sikre drift av RPH i kommunen, og for å fremme modelltrofasthet og hensiktsmessig organisering av RPH-teamet. Spesielt er dette viktig for å bidra til forankring av RPH i kommunen. Forankringsarbeid oppleves som viktig i alle faser av driften og behovet for støtte til dette arbeidet må derfor sies å strekke seg ut over de to fasene som denne studien har sett på. Å tilby implementeringsstøtte som fremmer et kontinuerlig forankringsarbeid ser derfor ut til å være viktig både for etablering av RPH-team og opprettholdelse av teamene over tid.

At det er lav terskel for å kunne ta direkte kontakt med en sentral aktør som NAPHA fremstår som en viktig form for implementeringsstøtte for teamene.

Ut fra deltakernes erfaringer virker det som at NAPHA har tilrettelagt for at det er lett å få kontakt med dem for råd og veiledning. Det fremstår derimot som tilfeldig om teamet benytter seg av slik bistand eller ikke ut fra erfaringene som fremkommer i denne studien. Deltakerne sier at det var på eget initiativ at den enkelte valgte å henvende seg til NAPHA. Det er altså ikke noen systematikk i at personer i kommunene, som starter en prosess med å etablere RPH, tar kontakt med NAPHA. Hvorvidt kommende RPH-team oppretter kontakt med NAPHA vil derfor være avhengig av om personer som er sentrale for etableringen og oppstarten kjenner til NAPHA og deres tilbud om implementeringsstøtte. Siden NAPHA ikke nødvendigvis blir gjort kjent med alle RPH-team under etablering kan man risikere at fremtidige team går glipp av nyttig støtte i tidlig etablerings- og oppstartsfasen, noe som kan ha betydning for teamenes etterlevelse av RPH-modellen. Å sikre tilgang på systematisk implementeringsstøtte allerede fra en kommune starter arbeidet med etablering av RPH kan bidra til styrket forankring, kvalitet og modelltrofasthet. Dette vil igjen kunne føre til forutsigbarhet både for ledere, ansatte og brukere. Det kan derfor være nyttig fremover å se på muligheter for hvordan man kan sikre at kommende team og NAPHA får etablert kontakt seg imellom på et tidlig tidspunkt.

Når det gjelder den økonomiske siden ved etablering og oppstart av RPH-team, viser resultatene at tiden ved prosjektslutt er en sårbar fase. Det er derfor viktig å tenke implementeringsstøtte fra tidlig fase slik at teamene blir forankret og vedtatt som varig tjeneste, og ikke prosjekt. Fra 2021 ble tilskuddsordningen for RPH lagt om. Hvordan dette vil påvirke erfaringene med etablering av RPH-team i nye kommuner kan være interessant å undersøke på et senere tidspunkt. Dette er også noe vi vil foreslå at NAPHA har fokus på i sitt videre arbeid med implementeringsstøtte. I og med at resultatene viser at deltakerne erfarer at RPH-teamene er sårbare for økonomiske nedskjæringer og nedleggelse, fremstår forslaget om egne (veileder) nettverk for enhetsledere eller tilsvarende som fornuftig. Resultatene viser at organisatorisk implementeringsstøtte for varig forankring av teamene er viktig, og et slikt tiltak kan være med og støtte oppunder dette.

Ifølge deltakerne i denne studien er det opp til hvert enkelt team om og hva de skal registrere av data fra egen drift. Dette fører til variasjon i hva, og om, teamene praktiserer noen for datamonitorering. Når de gjør det, kan det også være mangelfullt i forhold til hvilken informasjon som etterspørres av beslutningstakere i kommunen.

Resultatene i denne studien viser at RPH-teamene potensielt er sårbare ved endringer og økonomiske innstramminger i kommunen. Tjenesten er i konkurranse med andre viktige tilbud innenfor helse- og velferdssektoren, og kan bli nedprioritert i krevende kommunebudsjetter. Å få på plass systemer som sikrer at RPH-teamene kan få ut data og informasjon som kan brukes til forankringsarbeid og rapporteringsformål fremstår derfor som ønskelig. Et nasjonalt system for registrering og datamonitorering vil være å foretrekke. I påvente av en slik ordning bør det vurderes å gi teamene kunnskap om et minimum av faktorer de bør registrere, for å ha datagrunnlag til å kunne tilføre gode beslutningsgrunnlag til de kommunale beslutningstakerne.

RPH er en ny måte å møte og behandle psykisk helseutfordringer på. Derfor er det til sist viktig å tenke på hvordan man kan nå ut til befolkningen med informasjon – folkeopplysning – om hva som kan være nyttig hjelp ved psykisk helseutfordringer. Også for å få flere kommuner til å bli kjent med RPH som en mulig tjeneste som kan vurderes etablert til sin befolkning, er det naturlig å trekke inn betydningen av informasjon rettet mot kommunepolitikere, kommuneledelse og tjenesteytere.

Oppsummering og anbefalinger om organisatorisk implementeringsstøtte:

- Sikre at informasjon formidles som gjør at kommuner som tenker på å starte og etablere RPH tar kontakt med NAPHA i en tidlig fase for å motta implementeringsstøtte.
- Ha direkte kontakt og bistand som en del av en strukturert implementeringsstøtte, for eksempel ved at en sentral instans som NAPHA sikres tilstrekkelig med ressurser til å kunne utføre dette arbeidet.
- Gi direkte bistand fra en sentral implementeringsstøtteaktør, som for eksempel NAPHA, i forankringsarbeidet i kommunen i en etableringsfase.
- Tilby lett tilgjengelig materiale med beskrivelser og argumenter for etablering av RPH i kommunen. Det er mulig at den utviklede RPH-håndboken kan dekke et slikt behov, men siden den ikke var utgitt før datainnsamlingen for denne studien startet er det ikke belegg i datamaterialet for å si noe om det.
- Etablere standardiserte registreringsløsninger og sentral datamonitorering for rapportering og forskning.
- Bidra med folkeopplysning som kan gjøre RPH mer kjent, både for befolkningen generelt og for beslutningstakere i kommunen.

4.2 Kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte

Resultatene i denne studien indikerer at teambygging er viktig ved etablering og oppstart av RPH. Tiltak som bidrar til lagbygging fremstår derfor som nyttig. På grunn av press i andre tjenester, eller manglende tilbud til enkeltpersoner i kommunen, kan det å bruke av RPH-ressursene til andre formål fremstå som en god løsning på kort sikt. Støtte til teambygging kan bidra til å gjøre teamene bedre rustet til å stå imot slikt press og opprettholde tilbudet til egen målgruppe. I tillegg viser resultatene at det å få være med på å bygge et lag – skape en teamfølelse – også bidrar til motivasjon i arbeidet. Det å være en del av RPH-familien innebærer å være en del av noe som er større enn sin egen lokale praksis. Den delingskulturen som har vokst frem ved at RPH-ansatte deltar på implementeringstiltak, som utdanning og nettverkssamlinger, gjør at modelltrofasthet styrkes. Noe som også gjelder for erfarne RPH-team. Ut fra resultatene fremstår det som fornuftig å opprettholde, men også forsterke denne formen for kultur- og relasjonsbyggende implementeringsstøtte i den videre satsningen på RPH.

Resultatene viser at flere team opplevde at deres økonomiske situasjon satte en stopper for deltakelse på nettverkssamlinger og RPH-utdanningen. Det reiser spørsmål om det bør følge med dekning til reise og opphold for å delta på denne type implementeringstiltak, siden utgiftene til dette vil variere ut fra hvor i landet RPH-teamet befinner seg. Mens det ikke koster team i Oslo mer enn en lokal bussbillett å delta, fordi samlingene oftest har blitt lagt til Oslo-området, har andre team betydelige kostnader per ansatt både til reise og opphold ved deltakelse på samlinger og utdanning. Dette kan føre til at deltakelse blir nedprioritert, noe som igjen kan få betydning for kulturbygging, etablering av relasjoner og opplevelsen av å være en del av RPH-familien. Videre kan det føre til mangel på faglig oppdatering og kompetanseheving og oppfølging av modelltrofasthet. I tillegg til økonomisk dekning for deltakelse anbefales det også å vurdere muligheter for tiltak som minimerer kostnadene for deltakelse, som regionale og lokale nettverkssamlinger og utdanninger.

Oppsummering og anbefalinger om kulturbygging og relasjonell implementeringsstøtte:

- Fortsette/videreføre felles RPH-utdanning, nettverkssamlinger og veiledningsgrupper.
- Vurdere å ha regionale/lokale RPH-utdanninger og nettverkssamlinger.

- Gi økonomisk tilskudd til reise til de team som har høy kostnad for å delta på RPH-utdanning og nettverkssamlinger.
- Vurdere egne ledernettverk og/eller veiledningsgrupper for enhets-/tjenesteledere som har RPH-team som en av de tjenestene de er ansvarlige for.

4.3 Faglig og klinisk implementeringsstøtte

Det tredje og siste hovedtema denne studien er handler om betydningen av faglig og klinisk implementeringsstøtte. Deltakerne reflekterer rundt et mangfold av faglige og kliniske tilnærminger og tiltak som de opplever som nyttig for implementering av RPH. Det handler blant annet om RPH-utdanning, nettverkssamlinger og veiledningsgrupper som arena for å etablere en felles faglig tilhørighet og faglige nettverk/læringsnettverk. Videre dreier det seg om betydningen av tilgang til faglig materiell som utvikles nasjonalt, slik at teamene lokalt slipper å bruke tid på å utvikle slike ressurser. RPH-håndboken, som er utviklet av NAPHA og ble utgitt på slutten av 2022, er et hjelpemiddel mange har ventet på. Den fremstår som et eksempel på betydningen av å få et verktøy som virker samlende på tjenesten nasjonalt. Det kan tenkes at håndboken dekker noe av behovet for faglig og klinisk materiale, men den dekker for eksempel ikke slike ressurser som kurspakker. Hvordan faglige og kliniske ressurser som utvikles nasjonalt blir integrert i tjenestene lokalt på en slik måte at det kommer pasientene/brukerne til gode, er viktig. Det anbefales at NAPHA, i samarbeid med andre sentrale implementeringsaktører, fremover vurderer mulighetene for å utarbeide og tilby mer faglig og klinisk materiale. Dette handler også om kvalitetssikring av RPH-tilbudet, samt å fremme et enhetlig behandlingstilbud til befolkningen.

Til sist trekker deltakerne frem utvikling av kliniske verktøy og maler, der digitalisering fremstår viktig både for en effektivisering av arbeidet og utvikling av det kliniske tilbudet i tråd med samfunnsutviklingen. Det er her primært snakk om tilrettelegging på tjenestenivå, noe som er et anliggende både lokalt, regionalt og nasjonalt. Digitalisering er et viktig og utfordrende område. For eksempel viser resultatene utfordringer rundt ulike journalsystemer og databehandlingsregelverk som hindrer effektiv kommunikasjon med deltakere av et lavterskelbehandlingstilbud som RPH. I tillegg viser resultatene at også kostnader for digitale verktøy fører til forskjeller i behandlingstilbudet som befolkningen får tilgang til i RPH rundt om i landet. Her er det relevant å vise til det nettbaserte mestringsverktøyet «Assistert selvhjelp». Når det gjelder implikasjoner for praksis, kan det diskuteres hvorvidt

det bør settes nasjonale minimumsstandarder for hva kommunene må tilby for å kunne yte RPH. Eventuelt kan lisenser kjøpes inn sentralt av helsemyndighetene som en del av implementeringsstøtten slik at RPH-teamene kan tilbys å bruke disse kostnadsfritt. Et annet alternativ er at teamene får midler til digitale verktøy. Dette kan imidlertid være utfordrende, siden det da må være øremerkede midler som er mer eller mindre uendelige i tidsperspektiv. Den mest gjennomførbare ordningen over tid kan derfor være at slike verktøy administreres sentralt og distribueres til teamene derfra som en del av den sentrale implementeringsstøtten. Da vil alle team få lik tilgang på nye, oppdaterte eller endrede digitale verktøy uavhengig av teamets budsjett.

Oppsummering og anbefalinger om faglig og klinisk implementeringsstøtte:

- Videreføre og videreutvikle RPH-utdanning, nettverkssamlinger og veiledningsgrupper.
- Vurdere å tilrettelegge for regionale/lokale faglige nettverk.
- Utvikle og gjøre faglig materiell tilgjengelige for RPH-teamene.
- Utvikle og gjøre oppstartskurs og andre faglige og kliniske ressurser tilgjengelige for RPH-teamene.
- Utvikle en RPH-portal der det ligger faglig materiell, oppsummert forskning, e-læringskurs og digitale verktøy til bruk både for ledere, fagpersoner og brukere.
- Bidra til løsninger som fremmer relevant digitalisering av tjenestene.
- Etablere tiltak som bidrar til at alle RPH-team får lik tilgang på digitale verktøy.

5 Konklusjon

Resultatene i denne studien viser at det kan være nyttig å motta implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen av RPH. Flere nyttige implementeringsstøttetiltak blir allerede tilbudt per i dag, som direkte bistand, økonomiske tilskudd, utdanning, nettverkssamlinger og veiledningsgrupper. Denne implementeringsstøtten bidrar blant annet til organisatorisk forankring og etablering av RPH i kommunen, kulturbygging, relasjoner og kompetanseheving, og oppleves som nyttig for å etablere et RPH-tilbud som er i tråd med modellen. Like fullt viser resultatene i denne studien at det fortsatt er potensiale for å utvikle og tilby ytterligere støttetiltak som kan være nyttig for RPH-team i norske kommuner. Særlig gjelder dette faglig og klinisk implementeringsstøtte i form av faglig materiell, kliniske verktøy, maler og digitale løsninger, samt registreringsløsninger og datamonitorering for rapportering og forskning. Resultatene viser også at kostnader begrenser flere team fra å benytte seg av deler av implementeringsstøtten som tilbys, samt enkelte kliniske verktøy. For å fremme økt kvalitet og likeverdige behandlingstilbud uavhengig av bosted, bør det videre arbeidet med implementeringsstøtte til RPH ha fokus på støttetiltak som tar sikte på å utjevne forskjeller og sikre et likt tilbud til alle.

Referanser

- Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* 2013 May; 43(5): 897–910.
- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med.* 2013 Mar; 43(3): 471–81.
- Bertram, R. M., Blase, K. A., & Fixsen, D. L. (2015). Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 477-487. <https://doi.org/10.1177/1049731514537687>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Cromarty, P., Drummond, A., Francis, T., Watson, J., & Battersby, M. (2016). NewAccess for depression and anxiety: adapting the UK improving access to psychological therapies program across Australia. *Australasian Psychiatry*, 24(5), 489-492. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1039856216641310>
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-231.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 26.10.2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 23.03.2023 from <https://www.fhi.no/publ/2016/rask-psykisk-helsehjelp-evaluering-av-de-forste-12-pilotene-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2023, 10.02.2023). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. Retrieved 23.03 from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Hartveit, M., Hovlid, E., Øvretveit, J., Assmus, J., Bond, G., Joa, I., Heiervang, K., Stensrud, B., Høifødt, T. S., Biringer, E., & Ruud, T. (2022). Can systematic implementation support improve programme fidelity by improving care providers' perceptions of implementation factors? A cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*, 22(1), 808. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08168-y>
- Helsedirektoratet. (2020, 12.12.2022). *Rask psykisk helsehjelp*. Helsedirektoratet. Retrieved 23.03.2023 from <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/etablering->

[og-drift-av-rask-psykisk-helsehjelp](#)

- Helsedirektoratet. (2021a, 09.11.2022). *Rask psykisk helsehjelp*. Helsedirektoratet. Retrieved 16.02. from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp#naphaokersinimplementeringsstottetilrphteamene>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Tilskuddsbrev fra Helsedirektoratet til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA)*. Retrieved from <https://napha.no/content/15134/naphas-samfunnsoppdrag>
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90-105. <https://doi.org/10.1159/000504453>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (5 ed.). SAGE Publications.
- Morgan, D. L. (2018). *Basic and Advanced Focus Groups*. SAGE Publications.
- Myrtveit Sæther, S. M., Knapstad, M., Grey, N., Rognerud, M. A., & Smith, O. R. F. (2020). Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103758. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103758>
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2014, 10.02.2023). *Rask psykisk helsehjelp*. NAPHA. Retrieved 11.04.2023 from <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>
- Smith, O. R. F., Alves, D. E., & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rask_psykisk_helsehjelp_evalueringsrapp_12_piloter.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Statistikkbanken: Befolkning*. Statistisk sentralbyrå. Retrieved 25.10. from <https://www.ssb.no/>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2022). *Mental Health and Development*. United Nations. Retrieved 05. February from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/mental-health-and-development.html>
- Wakefield, S., Kellett, S., Simmonds-Buckley, M., Stockton, D., Bradbury, A., & Delgado, J. (2021). Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of 10-years of practice-based evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 1-37. <https://doi.org/10.1111/bjc.12259>

Figurer

Figur 1: Geografisk fordeling av RPH-teamene	10
Figur 2: Hvordan mengden kodede data fordelte seg mellom de tre hovedtemaene vi identifiserte.....	13

Tabeller

Tabell 1: RPH-team fordelt på etableringsfase, oppstartsfase og driftsfase	9
Tabell 2: Antall RPH-team og kommuner etter innbyggertall i kommunen	10
Tabell 3: Deltakere fordelt etter stilling/rolle	11
Tabell 4: Antall deltakere i fokusgruppene	12

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykke



Vil du delta i forskningsprosjektet Implementeringsstøtte for Rask Psykisk Helsehjelp?

Fokusgruppe-undersøkelse

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som omhandler implementeringsstøtte i kommuners arbeid med Rask Psykisk Helsehjelp (RPH). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer og behov RPH-team i norske kommuner har for implementeringsstøtte i fasene frem til RPH-teamet har kommet i full drift. Hensikten er å bistå Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) i å utvikle og tilpasse sitt arbeid med implementeringsstøtte til RPH-teamene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Avdeling for forskning på psykisk helsearbeid ved NTNU Samfunnsforskning er ansvarlig for og gjennomfører prosjektet. Oppdragsgiver for prosjektet er NAPHA, med finansiering fra Helsedirektoratet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir forespurt fordi at du arbeider i eller med etablering av et RPH-team i en norsk kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i dette prosjektet innebærer at du vil delta på et fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervjuet gjennomføres som et digitalt møte og varer i 1 ½ - 2 timer. Spørsmålene som stilles vil handle om deltakernes erfaringer med å arbeide med etablering og oppstart av RPH-team, med særlig fokus på erfaringer og tanker om behov for implementeringsstøtte. Ved behov for supplerende opplysninger kan du bli kontaktet av forskerne for et kort individuelt suppleringsintervju via telefon eller digitalt møte.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta får du tilsendt en lenke/påloggingskode som benyttes for å komme inn i det digitale fokusgruppemøtet. At du møter opp og deltar digitalt, regnes som ditt personlige samtykke til å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personverregelverket.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger (=kodete opplysninger). Det er kun forskere og forskningsassistenter knyttet til prosjektet som har tilgang til datamaterialet. De digitale fokusgruppeintervjuene vil bli tatt opp på lydopptaker. Lydfiler vil bli slettet umiddelbart etter transkribering. Datamaterialet lagres på forskningsserver.

Det vil være forskerne Marit Helene Hem, Irene Wormdahl og Ottar Ness ved NTNU Samfunnsforskning som vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger. En forskerassistent vil ha tilgang til lydopptakene fra fokusgruppeintervjuene i arbeidet med å transkribere disse til skrevet tekst. Datamaterialet vil bli anonymisert ved transkribering.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering gjøres slik at du eller andre enkelt deltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet. Personidentifiserbare opplysninger lagres og planlegges brukt til 31.12.2022. Anonymiserte data vil bli lagret og behandlet også etter prosjektstutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra NTNU Samfunnsforskning har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personverregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Vår prosjektleder: Irene Wormdahl, epost: irene.wormdahl@samforsk.no
- Vårt personvernombud for forskning: epost: personvern@samforsk.no

Med vennlig hilsen,
Irene Wormdahl
Forsker 2, PhD
Avdeling for psykisk helsearbeid
NTNU Samfunnsforskning

Implementeringsstøtte Rask Psykisk Helsehjelp (RPH) Intervjuguide til fokusgruppeundersøkelse

1. Innledning

Bakgrunn - hvor lenge arbeidet i RPH, rolle i teamet
RPH-teamets varighet/fase og tilbud (tjenester/oppfølging/kurs)
Teammedlemmenes kjennskap til RPH modellen

2. Erfaringer med etablering og oppstart av RPH

Erfaringer med etableringsfasen (utforskning, forankring og beslutning – trinn 1-4)
/oppstartsfasen (organisering og oppbygning – trinn 5-6) til RPH-teamet

- Hvordan var prosessen frem til oppstart?
- Hvordan var oppstarten?
- Hvis de skulle gjort det på nytt, hva ville de ha gjort da?

3. Implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen – erfaringer

Hva legger dere i implementering? Og evt. når tenker dere at RPH er implementert?

Ut fra teamenes erfaringer, hva hadde vært nyttig å motta av implementeringsstøtte i etableringsfasen (utforskning, forankring og beslutning – trinn 1-4) /oppstartsfasen (organisering og oppbygning – trinn 5-6)? (Evt. bruk elementene fra modellen som støtte for oppfølgingsspørsmål)

Håndboken - tanker og erfaringer med innhold, tilgjengelighet og bruk av denne

Hvis aktuelt for det/de team som intervjues: Hvordan har dere samarbeidet med Napha i etableringsfasen/oppstartsfasen av RPH?

- Hva har vært bra, på hvilke måter og hvorfor? (Evt. bruk elementene fra modellen som støtte for oppfølgingsspørsmål)
- Hva kunne vært bedre, på hvilke måter og hvorfor? (Evt. bruk elementene fra modellen som støtte for oppfølgingsspørsmål)

4. Implementeringsstøtte i etablerings- og oppstartsfasen – fremtidige behov

Ut fra deres erfaringer, hvilken implementeringsstøtte vil være nyttig for RPH-team i etableringsfasen / oppstartsfasen? (Er det noen karakteristikk eller forskjeller på teamene i fht. hvem som trenger mye support og hvem som klarer seg mer på egen hånd?)

NTNU Samfunnsforskning

NTNU Samfunnsforskning AS er et uavhengig forskningsinstitutt med tilhørende nasjonalt kompetansesenter. Vi utvikler og formidler kunnskap innenfor et bredt spekter av samfunnsfaglige og samfunnsrelaterte problemstillinger.

NTNU Samfunnsforskning eies i sin helhet av NTNU, og har et nært faglig samarbeid med flere miljøer ved universitetet. Gjennom faglig samarbeid søker vi berikelse både for NTNU og NTNU Samfunnsforskning.

Instituttet er godkjent forskningsorganisasjon og mottar årlig grunnbevilgning fra Norges forskningsråd. Denne benyttes til strategisk utvikling av forskningsaktivitet og kompetansebygging.

Instituttet tilbyr beslutningsorientert og anvendt forskning og kunnskap til oppdragsgivere i offentlig og privat sektor, nasjonalt og internasjonalt.