

Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3 – 2008

Kunnskapsoppsummering



||| kunnskapssenteret

Bakgrunn: Målet med kunnskapsoppsummeringen var å kartlegge og beskrive relevante samhandlingstiltak mellom allmennlege og andre aktuelle aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten knyttet til behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og vurdere effekt av samhandling mht behandlingsresultater, kvalitet på tjenester og kostnader i forhold til standard behandling.

Metode: • Vi har søkt etter studier i databaser: EPOC, Medline, Psychinfo, Cochrane Library, og EMBASE. De 19 inkluderte studiene består av ni systematiske oversikter og ti enkeltstudier. Effekten er vurdert i forhold til pasientrelaterte utfallsmål, prosessrelaterte utfall, kostnader og kostnadseffektivitet. To forskere har vurdert studiene og ekstrahert resultater. Majoriteten av studiene var utført i USA i klinikker finansiert av store helseorganisasjoner. Vi fant ingen norske studier som tilfredstilte inklusjonskriteria for oversikten. Vi har utført en narrativ syntese av resultater. **Resultater:** • Forskningen viser at samhandling om faglige og organisatoriske tiltak ved behandling av mennesker med moderat til alvorlig depresjon eller angstlidelse, har en positiv effekt *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-190-2 ISSN 1890-1298

nr 3-2008

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) på sykdomsforløp og på kvaliteten av tjenestene. Flere pasienter opplevde bedring av symptomer og tilbakegang av sykdom. Behandlingsetterlevelsen var bedre i tiltaksgruppen. Forskjellen i effektstørrelse var moderat i forhold til standard behandling. **Konklusjon:** • Følgende faktorer synes å fremme god effekt: Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisthelsetjenester, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av lege og pasient, aktiv oppfølging av pasient og gode rutiner for tilbakemelding til lege. Vi kan ikke si hvilke sammensatte modeller som er bedre enn andre, eller hvilke komponenter av sammensatte tiltak som er mest virksomme. Helseøkonomiske analyser tyder på at samhandlingstiltak krever flere ressurser og øker kostnader for helsetjenesten. Overførbarhet av resultater til norske forhold må vurderes for hvert tiltak.

Tittel	Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Hviding, Krystyna, <i>seniorrådgiver (prosjektleder)</i> Petter Bugge, <i>overlege, Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde</i> Petter Brelin, <i>Legene Brelin&Brelin, Halden</i> Petter Ekern, <i>overlege, DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus</i> Tordis Sørensen Høifødt, <i>overlege, Tromsø Universitetssykehus</i> John Nessa, <i>overlege, Hjelmeland legekontor</i> Signe Flottorp, <i>forskningsleder</i>
Fagfelle vurdering	Odd Jarle Kvamme Olav Thorsen
ISBN	978-82-8121-190-2
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 3 – 2008
Prosjektnummer	339
Rapporttype	Kunnskapsoppsummering
Antall sider	107 (193 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet
Sitering	Hviding K, Bugge P, Ekern P, Brelin P, Høifødt TS, Nessa J, Flottorp S. Samhandling om pasienter med alvorlige psykiske problemer i allmennpraksis. Rapport Nr 1-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2007

Oppsummering

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk høsten 2006 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, avdeling kommunale helsetjenester, å utarbeide en kunnskapsoppsummering om effekter av samhandlingstiltak for pasienter med alvorlig og kronisk psykisk lidelse som behandles i allmennpraksis. Arbeidet med rapporten var utført av en prosjektgruppe med eksterne og interne medarbeidere.

Vi har søkt etter studier i databaser: EPOC, Medline, Psychinfo, Cochrane Library, og EMBASE. De 19 inkluderte studiene består av ni systematiske oversikter og ti enkeltstudier. Effekten er vurdert i forhold til pasientrelaterte utfallsmål, prosessrelaterte utfall, kostnader og kostnadseffektivitet. To forskere har vurdert studiene og ekstrahert resultater. Majoriteten av studiene var utført i USA i klinikker finansiert av store helseorganisasjoner. Vi fant ingen norske studier som tilfredstilte inklusjonskriteria for oversikten. Vi har utført en narrativ syntese av resultater.

Forskningen viser at når man samhandler om opplæringstiltak og organisatoriske tiltak ved behandling av mennesker med moderat til alvorlig depresjon eller angstlidelse, så har det en positiv effekt på sykdomsforløp og på kvaliteten av tjenestene. . Flere pasienter opplevde bedring av symptomer og tilbakegang av sykdommen. Behandlingsetterlevelsen var bedre i tiltaksgruppen. Forskjellen i effektstørrelse var moderat i forhold til standard behandling.

Følgende faktorer synes å fremme god effekt: Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisttjenester, fokus på helhetlig pasientforløp, opplæring av lege og pasient, aktiv oppfølging av pasient og gode rutiner for tilbakemelding til lege. Vi kan ikke si hvilke sammensatte modeller som er bedre enn andre, eller hvilke komponenter av sammensatte tiltak som er mest virksomme. Helseøkonomiske analyser tyder på at samhandlingstiltak krever flere ressurser og øker kostnader for helsetjenesten. Overførbarhet av resultater til norske forhold må vurderes for hvert tiltak.

Vi har ikke funnet noen effektstudier av samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre relevante etater og profesjoner utenfor helsetjenesten. Det er lite forskning om samhandling i behandling av pasienter med schizofreni, andre psykoser, angstlidelser, og alvorlige personlighets og atferdsforstyrrelser.

Sammendrag

BAKGRUNN

Utbyggingen av psykiatritjenester i kommunen nær pasientens bosted, reduksjon av sykehusplasser og mindre bruk av sykehusinnleggelse har ført til at flere pasienter med alvorlige psykiske lidelser behandles i kommunehelsetjenesten. Utfordringen for helsetjenesten ligger i at disse pasientene ofte er brukere av både primær- og spesialisthelsetjenester, og har behov for aktiv oppfølging av behandlingsetterlevelse og mulige bivirkninger i tillegg til kontinuitet og koordinering av tjenester mellom nivåer og profesjoner. Internasjonale studier tyder på at den kliniske effekten av behandlingen og kvaliteten av tjenestene øker når profesjoner samhandler på tvers av nivåer og profesjoner. Det synes som at sammensatte tiltak med pasienten i fokus er bedre enn enkelt tiltak som brukes i standard behandling av depresjon. Denne kunnskapsoppsummeringen ble bestilt av Sosial- og helsedirektoratet. Målet med oppsummeringen er å vise hvilke aktuelle samhandlingsmodeller som er studert, og kritisk vurdere dokumentasjonsgrunnlaget for effekten av identifiserte samhandlingsmodeller i behandlingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i allmennpraksis.

METODE

Vi søkte i følgende databaser: EPOC, Medline, Psychinfo, Cochrane library, og EMBASE. I tillegg søkte vi i referanselistene til aktuelle tidsskriftsartikler. Vi søkte bredt for å favne flest mulig relevante tiltak: Personer over 18 år med vedvarende alvorlige psykiske lidelser (ICD-10 eller DSM IV) som behandles i primærhelsetjenesten. Tiltak var samhandling med spesialisthelsetjenesten eller sosiale tjenester, og hvor allmennlegen var en av samarbeidspartene. Utfallsmål var kliniske- og prosessrelaterte utfall samt kostnader og kostnadseffektivitet av tiltak. Studiedesign var avgrenset til systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier (RCT), kontrollerte før- og etterstudier, og avbrutte tidsserier og kostnadseffektivitetsanalyser. Vi ekskluderte studier som bare var tilgjengelige som abstrakt, uten klar methodedel og med annen design. Ved doble publikasjoner av enkeltstudier har vi forsøkt å velge

den sist publiserte. Av systematiske oversikter med stor overlapp av enkeltstudier har vi prøvd å velge den mest oppdaterte og av best kvalitet.

To personer vurderte uavhengig av hverandre relevansen av studiene i henhold til inklusjonskriteriene, kvalitetsvurderte alle studier og innhentet relevante data. Vi brukte tre kvalitetsklasser: God, moderat og lav. Studier med lav kvalitet ble ekskludert fra oversikten. Utfallsmål for klinisk effekt av tiltak var alvorlighetsgrad av symptomer, klinisk respons definert som 50 % bedring fra baseline, tilbakefall av sykdommen. Endringer i prosess var målt som behandlingsetterlevelse, forskrivning av legemidler i tråd med retningslinjer, tilfredshet, kostnader og kostnadseffektivitet.

Vi utførte en narrativ syntese av resultatene. Metaanalyse var ikke mulig på grunn av stor ulikhet mellom studiene med hensyn til pasientpopulasjon, intensitet og utforming av tiltak, varighet av intervensjonen og ulik tid for evaluering av effekt. Resultater fra helseøkonomiske analyser er oppsummert i tekst. Vi har beskrevet identifiserte tiltak i tekst og utarbeidet evidenstabeller for hver inkluderte studie.

RESULTATER

Søket resulterte i 1136 treff. Til sammen 116 artikler ble innhentet i fulltekst. Vi inkluderte 19 artikler hvorav ni systematiske oversikter og ti enkeltstudier. Hovedgrunn for eksklusjonen var: Studiedesign, tiltak var ikke utført i primærhelsetjenesten, eller inkluderte ikke fastlegen, studiepopulasjon besto av < 50 % individer diagnostisert med alvorlig psykisk lidelse.

Populasjonen besto hovedsakelig av pasienter i alderen 18- 60 år med alvorlig psykisk lidelse (over 50 %), vanligvis depresjon, eller angst og depresjon. Studiene inkluderte også pasienter med moderat grad av psykisk lidelse. Pasienter med rus- eller alkoholbruk, pasienter med alvorlige kognitive problemer eller demens var ekskludert i de fleste studiene. Identifiserte tiltak besto av minst tre ulike elementer: Aktiv og planlagt oppfølging av pasienter, tilbakemelding til legen, kliniske retningslinjer, integrering av spesialisttjenester i allmennpraksis, opplæring og faglig støtte til utøvere og pasienter, koordinering av helsetjenester. Standard behandling inneholdt alltid medikamentell terapi, men var for øvrig også ulikt sammensatt. Oppfølgingstid i studiene var fra fire måneder til fem år.

Resultater var rapportert som samlet effekt av de sammensatte samhandlingstiltak i forhold til standard behandling. Vi kan ikke si hvilke komponenter av sammensatte tiltak som er mest virksomme. Samhandling ved behandling av pasienter med moderat til alvorlig depresjon eller med angstlidelser, hadde en moderat effekt på sykdomsforløp utover standard behandling. Flere pasienter i tiltaksgruppen opplevde bedring av symptomer: (SMD = -0.40; 95 % KI), full remisjon (RR =1.39, 95 % KI), eller bedring av generell helsestatus (RR=0.75; 95 %KI). Denne forskjellen fra stan-

dard behandling i klinisk effekt var signifikant i inntil to år. Vi har ikke datagrunnlag for direkte sammenligning av identifiserte samhandlingstiltak.

Helseøkonomiske analyser av studier utført i USA viste økning i totale kostnader for helsesektoren i tiltaksgruppen i forhold til standard behandling. Økt bruk av helse-tjenester i allmennpraksis og økt forskrivning av legemidler var ofte ledsaget av mindre forbruk av spesialisthelsetjenester, men de totale kostnadene for helsetjenesten har økt. Merkostnad synes sammenlignbar med kostnader for andre forbedringstiltak i helsetjenesten, men vi kan ikke med sikkerhet konkludere at samhandling er kostnadseffektiv. Analysene var utført fra helsevesenets perspektiv og ikke fra samfunnsperspektiv som vil være mer relevant i en norsk setting.

Dokumentasjonen av effekt av samhandling bygger på studier utført som forskningsprosjekter i helsesystemer som er forskjellig fra det norske. Majoriteten av studiene var utført i USA, ofte av store helseorganisasjonene, type HMO (Health Maintenance Organisation) eller ved universitetsklinikker. Overføringsverdi av identifiserte tiltak til norske forhold må vurderes for hvert enkelt tiltak. Vi fant ingen norske effektstudier.

KONKLUSJON

- Samhandling om behandling av depresjon og/eller angstlidelser bestående av både faglige og organisatoriske tiltak forbedrer pasientutfall og øker kvaliteten av behandlingen i allmennpraksis.
- Faktorer som synes å fremme god effekt er: Organisatorisk forankring av tiltaket på alle nivåer, integrering av spesialisttjenester, fokus på helhetlig pasientforløp og aktiv oppfølging av pasienter, gode rutiner for tilbakemelding til lege, opplæring av lege og pasient.
- Samhandling om behandling på tvers av nivåer og profesjoner krever mer ressurser og er dyrere for helsetjenesten enn standard behandling.
- Vi fant ingen effektstudier av samhandlingstiltak mellom fastlege og etater og profesjoner utenfor helsetjenesten.
- Det er lite eller ingen forskning om effekter av samhandling i behandling av schizofreni, andre psykoser og alvorlige personlighets- og atferdsforstyrrelser i allmennpraksis.
- Fremtidig forskning bør fokusere på overføringsverdi av utenlandske modeller til norsk setting og langtidseffekter av ulike samhandlingstiltak

Key messages

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) was asked to perform a systematic review of effects of enhanced collaboration initiatives to improve the management of serious mental illness in primary care settings. The request came in autumn 2006 from the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs in autumn 2006. The review was conducted by NOKC staff as well as a group of experts from the field.

We searched electronic databases: EPOC, Medline, Psych info, Cochrane Library and EMBASE. We selected 19 studies, nine systematic reviews and ten primary studies. Outcomes relating to changes in process of care and patient-related outcome of treatment were sought together with costs and cost-effectiveness data.

Methodological details and outcomes were extracted and checked by two reviewers. Most primary studies were conducted in the US primary health-care system, often in Health Maintenance Organizations (HMOs) or at university clinics. We did not find any Norwegian or Nordic effect studies which satisfied our inclusion criteria.

A narrative synthesis was conducted.

Multifaceted collaborative care treatment for major depression or/and anxiety disorders which combine educative and organizational initiatives improve patient outcomes and increase the quality of treatment compare to usual care. The intervention group had greater reduction in symptoms and remission rates along with better adherence to treatment. The effect size was moderate.

Following factors seem vital for the effect: integration of collaborative care initiatives at all organizational levels, coordinate and patient-focused health services, integrated specialist mental health care in primary care, clinician and patient education, active monitoring of patients with feedback to primary care physician. Collaborative care across organizational levels and professions seems to increase total costs for health services and to consume more resources. Transferability of these models of collaborative care in the Norwegian health care system has to be evaluated from case to case.

We did not identify any effect studies of collaboration initiatives between general practitioner and professions outside the health care system. There is a sparse evi-

dence for the effect of collaborative treatment care for patients with schizophrenia, psychosis or other personality and behavioral disorders.

Executive summary

Collaborative care initiatives for patients with serious mental disorders treated in primary care setting. Systematic review of the evidence.

BACKGROUND

Changes in health system delivery for psychiatric patients with emphases on near-home based therapy, out-patient treatment where possible, and reduction of beds for in-patients care have led to increased number of patients with serious mental disorders living in the community. These patients represent a big challenge for primary care due to their needs for specialised care, active monitoring of treatment adherence and possible side effect of medication, continuity of care and nonetheless the necessity for cooperation with other health professionals often involved in the treatment of a single patient. International studies indicate that enhancements to the process of care may improve patient's outcomes and quality of care in primary care setting. It seems that multifaceted interventions which include patient-related care processes are more likely to improve depression outcomes than single-component intervention. This overview was requested by the Norwegian Directorate for Health and Social Affairs. The aim of the review is to identify relevant interventions and to critically assess documentation of the health effects of enhanced collaborative-care interventions for patients with serious mental illness who are cared for in primary care setting.

METHOD

We searched in: EPOC, Medline; EMBASE ; Cochrane Library; PsychInfo. Additionally we conducted hand searches in the reference list of the retrieved papers. Criteria for study selection were deliberate broad: patients with chronic and serious mental illness (DSM IV or ICD-10 criteria) cared for in primary care setting; interventions included collaboration between primary care physician and specialist health care or other professionals at community-based care. Principal outcomes were changes in clinical symptoms, changes in process of care and cost-effectiveness and costs. Study design: systematic review, randomized controlled trials, before and after controlled studies and interrupted case-series, cost-effectiveness studies.

Studies were excluded where results were available only as abstracts or without clearly stated method or of low methodological quality. In cases where results from a single study were reported in several publications we tried to select the most updated study. For systematic reviews with great overlap of included studies we've always tried to select the most recent review or the one with best quality.

Two researchers independently extracted data and assessed study quality. We rated all studies in good, moderate or low quality according to predefined criteria. Low quality studies were excluded from the review. Following outcome measures were assessed: severity of depression symptoms, clinical response defined as 50 % improvement from baseline, remission. Process of care outcomes were: medication adherence, medication in accordance to clinical guidelines, satisfaction with care, cost-effectiveness and cost.

We conducted qualitative synthesis of results. We did not performed meta-analysis of results due to heterogeneity between the included studies in terms of population, duration, intensity and comprehensiveness of the intervention and timing of outcome assessments. Economic evaluations were only descriptively summarized. We described the identified interventions in text and extracted data from each included study to evidence tables.

RESULTS

Our electronic search identified 1136 published articles. After further assessment, 116 studies were obtained in full text. Of these, 19 studies, nine systematic reviews and ten primary studies met the final inclusion criteria. The main reason for exclusion were: study design, not conducted in primary care setting, unclear role of family physician, less than 50 % of the study sample were diagnosed with serious mental illness.

Majority of study patients were 18-60 yrs old, diagnosed with serious mental illness, mainly depression or anxiety and depression. Many studies included also patients with moderate disease. Most studies excluded patients with drugs or alcohol abuse, serious cognitive impairment, or dementia. All studies offered more than three components of collaborative care: active and planned monitoring contact with the intervention's patients, feedback to physician, treatment guidelines, on-site specialist care, educational interventions for doctors and patients, coordination of care. Usual care always included basic pharmacological treatment, but was not standardized otherwise. Follow-up periods ranged from four months to five years.

Results were reported as cumulative effect of multifaceted interventions compare to usual care. We do not know which components of these multifaceted interventions are most effective. Collaborative care initiatives in general improved patient-related outcomes for patients with moderate to serious depression and anxiety. More intervention patients experienced symptom reduction: (SMD = -0.40; 95 % CI); full re-

mission (RR= 1.39, 95 % CI), or general improvement in health status: (RR =0.75; 95 % CI). The difference was significant until two years of follow up. Documentation was insufficient for a direct comparison of different models of collaborative care.

Health economic analysis based on US studies showed an increase in resource use and in total health costs in intervention group compared to usual care. The increase in use of drugs and primary health care services was often offset by less use of specialist health care; nonetheless, the total costs for health services increased. The costs were within the range of other widely accepted public health improvements, but no clear conclusions about cost-effectiveness can be made. The analyses were performed from a health care perspective and not from a societal perspective which might be more relevant in the Norwegian health care system.

The documentation of effect of collaborative interventions is based on results from research projects performed in countries with health systems which differ from the Norwegian health system. Most primary studies were conducted in the US primary health-care system, often in Health Maintenance Organizations (HMOs) or at university clinics. Transferability of the results from international studies to the Norwegian setting will be affected by the differences. We did not find any relevant Norwegian effect studies of enhancement of collaborative interventions.

CONCLUSION

- Multifaceted collaborative care treatment for major depression or/and anxiety disorders which combine educative and organizational initiatives improve patient outcomes and increase the quality of treatment compared to usual care.
- Following factors seem vital for the effect: integration of collaborative care initiatives at all organizational levels, coordinate and patient-focused health services, integrated specialist mental health care in primary care, clinician and patient education, active monitoring of patients with feedback to primary care physician.
- Collaborative care across organizational levels and professions seems to increase total costs for health services and to consume more resources.
- We did not identify any effect studies of collaboration initiatives between family physician and professions outside health care system.
- There is a lack of evidence for the effect of collaborative treatment care for patients with schizophrenia, psychosis or other personality and behavioral disorders.
- Future research should focus on long-term results of collaborative initiatives and transferability of foreign models of collaborative care into the Norwegian setting.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate for Health and Social Affairs, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: post@kunnskapssenteret.no

Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Innhold

Konklusjon	5
FORORD	14
PROBLEMSTILLING	15
INNLEDNING	16
Bakgrunn	17
Presisering av begreper i rapporten	18
Alvorlige psykiske lidelser	18
Samhandling	18
Faglige tiltak i samhandling	19
Organisatoriske tiltak i samhandling	19
Sammensatte tiltak (faglige og organisatoriske) i samhandling	20
Modell for behandling av kronisk syke	23
Helseøkonomiske analyser av samhandlingstiltak	23
Forekomst av alvorlige psykiske lidelser	24
Organisering av psykiatrisk omsorg i Norge	24
Historikk	24
Pasienter med psykiske lidelser i allmennpraksis	27
Faglige utfordringer	28
Organisatoriske utfordringer	28
METODE	29
Litteratursøk	29
Inklusjonskriterier	29
Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget	31
RESULTAT	32
Kunnskapsgrunnlaget	32
Beskrivelse av inkluderte studier	34
Identifiserte modeller for samhandling	40
Faglige tiltak	40
Organisatoriske tiltak	41
Effekt av faglige tiltak	42
Opplæringstiltak og implementering av retningslinjer ved depresjon	42
Faglige tiltak for pasienter med angstlidelser	43

Effekt av organisatoriske og sammensatte tiltak	43
Samhandling om behandling (Stepped collaborative care)	44
Case-management og care management	45
Integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (<i>Disease Management program for depression</i>)	45
Samhandling i behandling av pasienter med angstlidelser	46
Samhandling i behandling av pasienter med schizofreni eller psykoser	47
Samhandling i behandling av eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser	48
Farmasøytisk kompetanse i primærhelsetjenesten	49
Hvilke pasienter har størst nytte av samhandling?	49
Sammensatte tiltak – hva virker?	50
Tiltak med liten eller ingen effekt	51
Helseøkonomiske analyser av samhandlingstiltak	51
DISKUSJON	55
KONKLUSJON	59
Behov for videre forskning	60
REFERANSER	61
VEDLEGG	67
Vedlegg 1: Søkestrategi	
Vedlegg 2: Sjekklistor for vurdering av relevans	
Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier	
Vedlegg 4: Ekskluderte studier	
Vedlegg 5: Evidenstabeller av inkluderte studier	
Vedlegg 6: Overlapp av primærstudier i systematiske oversikter.	
Vedlegg 7: Norske prosjekter	

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk høsten 2006 i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, avdeling kommunale helsetjenester, å utarbeide en systematisk kunnskapsoppsummering om effekter av ulike samhandlingsmodeller mellom fastlegen og første- og annenlinje helsetjenester, samt sosiale tjenester for pasienter med alvorlig og kronisk psykisk lidelse. Mandatet var som følger:

- Kartlegge og beskrive relevante samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre aktuelle aktører fra kommunen og spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.
- Vurdere dokumentasjonen for effekt av samhandling på tvers av nivåer og profesjoner på behandlingsresultater, kvaliteten av tjenester og kostnader i forhold til standard behandling. Sette funn i norsk perspektiv.

Arbeidet med rapporten er utført av en prosjektgruppe med eksterne og interne medarbeidere. Seniorrådgiver Krystyna Hviding har vært prosjektleder og forsker Nina Waaler Loland har vært prosjektmedarbeider. Forskningsbibliotekar Marit Johansen har utført litteratursøket. Forskningsleder Signe Flottorp har bidratt med veiledning. Alle er ansatt ved Kunnskapssenteret. Utredningsgruppen har bistått Kunnskapssenteret i vurderingen av hvilke pasientgrupper og samarbeidsmodeller som er aktuelle, og i å sette funn i et norsk perspektiv. Utredningsgruppen har bestått av:

Petter Bugge, overlege, Nordfjord psykiatrisenter, Helse Førde (Gruppe leder)

Petter Brelin, Legene Brelin&Brelin, Halden

Petter Ekern, overlege, DPS Vinderen, Diakonhjemmet sykehus

Tordis Sørensen Høifødt, overlege, Tromsø Universitetssykehus

John Nessa, *overlege*, Hjelmeland legekontor

Rapporten har vært sendt til ekstern fagfelleevaluering i henhold til våre rutiner.

Dette arbeidet ble utført av: dr. med Odd Jarle Kvamme og dr. med Olav Thorsen.

Hanne Thürmer
Direktør

Signe Flottorp
Forskningsleder

Krystyna Hviding
Seniorrådgiver, prosjektleder

Problemstilling

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser som behandles i allmennpraksis, har omfattende og sammensatte problemer og er en svært ressurskrevende gruppe. Pasientene har varierende grad av psykiske plager og hyppigere somatiske sykdommer og psykosomatiske lidelser enn gjennomsnittet av befolkningen. Fastlegen har ofte en faglig koordinerende rolle overfor denne pasientgruppen som har et særskilt behov for kunnskapsrike og engasjerte fastleger og for kontinuitet i lege -pasientforholdet. Behovet for et helhetlig tjenestetilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser er en stor utfordring for både helse- og sosialsektoren. Denne kunnskapsoppsummeringen skal belyse i hvilken grad organisering av tjenester i primærhelsetjenesten på tvers av nivåer og profesjoner har påvirket behandlingsforløp og kvalitet av tjenester for pasienter med alvorlige og kroniske psykiske lidelser.

Vi har arbeidet med følgende mandat:

1. Kartlegge og beskrive relevante samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre aktuelle aktører fra kommunen og spesialisthelsetjenesten samt sosialtjenester for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.
2. Vurdere dokumentasjon for hvilken effekt samhandling med fastlegen på tvers av nivåer og profesjoner har på behandlingsresultater, kvaliteten av tjenester og kostnader, i forhold til standard behandling gitt i allmennpraksis.

Innledning

De nasjonale mål for helsevesenet i Norge er at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn, bosted, inntekt og ressurser, skal sikres tilgang på gode offentlige helse- og sosialtjenester. I Nasjonal helseplan (2007-2010) lanserte regjeringen seks bærebjelker som skal kjennetegne helsetjenester fremover. Disse er helhet og samhandling, nærhet og trygghet, styrket brukerrolle, demokrati og legitimitet, faglighet og kvalitet, arbeid og helse. Samhandling mellom den kommunale helsetjenesten (førstelinjen) og spesialisthelsetjenesten (annenlinjen) er en forutsetning for å ivareta brukernes behov for et helhetlig og samordnet tilbud av helsetjenester. Dette er spesielt viktig for pasienter med alvorlige psykiske lidelser på grunn av deres sammensatte behov. I perioder får de hovedsakelig tjenester og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. I andre perioder har fastlegen og det kommunale apparatet for øvrig ansvaret for pasienten. Ansvarsforholdene er ofte uklare, pasientorganisasjoner klager på mangelfull samhandling mellom nivåene og mellom profesjonene for pasienter som mottar tjenester fra begge nivåer (1;2).

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2007) har kommunene i Norge og spesialisthelsetjenesten fått tildelt ressurser til å styrke det psykiske helsearbeidet. Det skal investeres om lag 8 milliarder kroner utover 1998-nivå i løpet av planperioden. Investeringene skal skje både på kommunalt nivå og fylkeskommunalt nivå (3;4). Utgangspunktet for opptrappingsplanen er at kommunens ordinære tjenesteapparat i større grad skal møte de sammensatte behovene til mennesker med psykiske lidelser. Det er ønske om å fremme en organisering og et tjenestetilbud som ivaretar pasientens behov for tjenester fra ulike ledd, sektorer og forvaltningsnivåer.

Gjennom fastlegereformen fra 2001 har alle innbyggere i Norge tilbud om fastlege. Fastlegen arbeider faglig selvstendig, men er samtidig en sentral samarbeidspartner i det kommunale psykiatriarbeidet. Fastlegen er det faglige bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og sørger for kontinuitet i behandlingen. Det er flere prosjekter med fokus på økt samhandling om psykiatriske pasienter i gang i Norge, og det er et uttalt politisk ønske om å styrke samhandlingstiltak i håp om sammen å kunne løse oppgaver som ingen av nivåene har klart å løse alene.

Gjennom individuell plan (IP) har alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester fått lovfestet rett til å få utarbeidet en plan for behandling. Sosial-

tjenesten i kommunen skal samarbeide med andre etater om planen for å bidra til et helhetlig tilbud. (ref: Sosialtjenesteloven, Pasientrettighetsloven, Lov om spesialist-tjenesten).

Denne kunnskapsoppsummeringen skal belyse i hvilken grad organisering av tjenester i allmennpraksis på tvers av nivåer eller profesjoner, har påvirket behandlingsforløp og kvalitet av tjenester for pasienter med kronisk og alvorlig psykisk lidelse. Oppsummeringen skal kunne brukes som bakgrunnsinformasjon for eventuell videre diskusjon om organiseringen og utøvelsen av omsorgen for pasienter med psykiske lidelser i Norge.

BAKGRUNN

Psykiske lidelser representerer et stort helseproblem i hele verden. Mentale lidelser ligger høyt oppe på Verdens helseorganisasjons oversikt over lidelser som gir høyest sykkelighet (5). Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har ofte sterkt redusert fysisk og psykisk livskvalitet. Lidelsene har ofte et langvarig og svingende forløp. Risikoen for tilbakefall er stor (2;6). Pasientene forholder seg ofte til flere behandlere og behandlingsnivåer.

Det er en stor utfordring for primærhelsetjenesten å tilby god oppfølging og behandling av psykiske lidelser. Internasjonale og norske undersøkelser viser at kompetanse på diagnostikk og behandling av pasienter med psykiske lidelser ofte er mangelfull hos allmennleger, og at det er rom for forbedringer (7-9). Behandling av og oppfølging av alvorlig psykisk syke i kommunene har vært et viktig fokus i opptrappingsplanen for psykiatri 1998-2008. I Norge behandles om lag 90 % av alle pasienter med psykiske lidelser av sin fastlege (Legeforeningens statusrapport 2004). Bare omlag 5 % av disse pasientene henvises til andrelinjetjenesten. De fleste av pasientene med alvorlige psykiske lidelser er i behov av medikamentell behandling over tid. Potensielt alvorlige og plagsomme bivirkninger er vanlig forekommende ved disse medikamentene. Fastlegen har kompetanse og erfaring som bør benyttes i oppfølging av behandlingsetterlevelse og bivirkningsreaksjoner hos individuelle pasienter. Avklaring av ansvar og oppgaver for fastlegen i samarbeid med de andre aktørene i hjelpeapparatet er viktig for å gi pasienten riktig tilbud til rett tid.

Det er et uttalt politisk ønske om økt samhandling på tvers av profesjoner og ulike sektorer i behandlingen av pasienter med sammensatte behov. Man bruker ofte begrepet sømløse tjenester om slike integrerte, sammenhengende tjenestetilbud som går på tvers av forvaltningsnivåer og profesjoner. NOU 3:2005 *Fra stykkevis til helt* (Wisløffutvalget) pekte på at psykiatriske pasienter har et særlig behov for samordnede tjenester (10). Nasjonal helseplan 2007-2010 slår fast at samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er den største utfordringen i

norsk helsevesen i dag. Sentrale spørsmål er om organiseringen av helsetjenester påvirker kliniske utfall, og hva kostnadseffektiviteten av slike tiltak er.

PRESISERING AV BEGREPER I RAPPORTEN

Alvorlige psykiske lidelser

Det finnes ingen presis definisjon av begrepet kroniske, alvorlige psykiske lidelser. I klinisk praksis blir tilstanden definert på bakgrunn av en sammensatt vurdering av pasientens funksjonsnivå, diagnose (r) og at tilstanden har vedvart i minst tre måneder. Denne tilnærmingen avspeiler klinisk praksis og er mer relevant i vurderingen av egnede modeller for organisering av helsetjenester for denne pasientgruppen enn diagnosen alene.

Markant depressiv forstyrrelse er anbefalt norsk betegnelse på ”major depressive disorder” (MDD) i DSM-IV. Den svarer omtrent til moderat og alvorlig depressiv episode i ICD- 10. Markant depressiv forstyrrelse kan spesifiseres videre ut fra alvorlighetsgrad, kronisitet, og forekomst av tilbakefall.

Samhandling

Det finnes mange definisjoner av samhandling i litteraturen. I norsk litteratur anvendes ord som tverrsektorielt, tverrprofesjonelt og tverrfaglig samarbeid eller samhandling for å beskrive prosesser som i engelskspråklig litteratur ofte omtales som *collaborative-care*, *seemless-care*, *co-ordination*, *co-operation*, og *integrated health care*. Dette er begreper som rommer mange intervensjoner som foregår på tvers av nivåer og/eller profesjoner i helsetjenesten. Det finnes ingen entydig norsk definisjon av disse begrepene for bruk i helsetjenesten, eller ett passende ord som er dekkende (10;11).

Samhandling er et begrep som helsetjenesten har adoptert fra sosiologien. Ordet samhandling er nært knyttet til samarbeid og oppfattes som verdinøytralt. En av de første norske definisjoner for samarbeid i helsetjenesten lyder slik: ”det å handle sammen på koordinert vis for at helsetjenester for pasienter og pasientgrupper i egenlinje skal tilpasses tjenester i den andre linjen” (12). En annen definisjon er: ”Samarbeid er et begrep som betyr å arbeide sammen på koordinert vis slik at egen innsats tilpasses andre parters tjenester til flere parters fordel. Samarbeid har positiv verdi.” (Allmennlegeforeningen, publikasjon om Praktiskonsulentordningen; in press 2007). Innholdet i begrepet samhandling slik det brukes på norsk er ganske lik. For å operasjonalisere begrepet ”samhandling” for denne rapporten har vi oversatt en definisjon for samhandling som var utarbeidet av Canadian Collaborative Health Initiative i forbindelse med et omfattende forskningsprosjekt om samhandling innen psykisk helse (13). Denne definisjonen inneholder mange av de samme elementene som brukes i de øvrige formuleringene og

gjenspeiler samtidig hva som er hensikten med samhandling som tiltak i behandlingen av pasienter.

"Samhandling innebærer at ulike helsearbeidere/utøvere jobber sammen på tvers av sektorer og spesialiteter for å skape sammenhengende helsetjenester, og kan også omfatte relevante sektorer utenfor helsetjenesten. Samarbeidet innebærer bedre kommunikasjon, felles oppfølging og delt ansvar for pasienten, felles utdanningsprogrammer og/eller felles behandlingsprogrammer og tettere personlig kontakt. Denne arbeidsmåten skal sikre at pasientene blir behandlet på riktig nivå og sted og innen riktig tid for å maksimere utnyttelse av tilgjengelige ressurser."

Samhandlingstiltak er som oftest sammensatt av flere komponenter. Taksonomien er ikke entydig internasjonalt, det betyr at tiltak med noe ulikt innhold kan ha samme navn.

Vi har valgt å dele samhandlingstiltak i tre hovedkategorier:

1. faglige tiltak (opplæringstiltak rettet mot helsepersonell og pasienter),
2. organisatoriske tiltak (måten tjenester er organisert på)
3. sammensatte tiltak (minst tre komponenter, som oftest både faglige og organisatoriske tiltak).

Faglige tiltak i samhandling

Dette er et sekkebegrep som brukes om ulike opplæringstiltak eller kvalitetsforbedringstiltak som retter seg mot helsepersonell for å heve kompetansen i tjenesten. De vanligste tiltakene omfatter opplæring av helsepersonell i primærhelsetjenesten i diagnostikk og behandling av psykiske lidelser. Hensikten er å bedre kvaliteten av tjenester på tvers av nivåene og etablere samhandling mellom nivåene. Støtte til implementering av kliniske retningslinjer i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser er ofte et viktig element. Opplæringen kan foregå ved bruk av skriftlig informasjonsmaterieell og video, eller som kurs og deltagelse i konferanser og lignende. Opplæring kan gis eksternt eller i praksis ved at psykiateren er tilstede ved konsultasjonen og deltar i videre oppfølging av pasientbehandling.

Faglige tiltak brukes som oftest sammen med organisatoriske tiltak slik at strukturen av tjenester understøtter den praktiske gjennomføringen av tiltak. Hovedgruppen av slike sammensatte tiltak betegnes ofte som integrerte behandlingsprogrammer for sykdomsbehandling (Disease management program- DMP eller kvalitetsforbedringsprogrammer (Quality improvement program) (14;15).

Organisatoriske tiltak i samhandling

Organisatoriske tiltak utføres som oftest sammen med faglige tiltak av typen opplæring, kliniske retningslinjer, rådgivning og veiledning. Organisatoriske tiltak har som hensikt å støtte opp om tiltak som kan heve kvaliteten av tjenester og tilgjenge-

lighet av tjenester. Eksempler på relevante organisatoriske tiltak er: integrering av tjenester av typen utplassering av spesialist i primærhelsetjenesten, praksis konsulent ordningen, oppretting av spesielle team for behandling av definerte pasientgrupper i allmennpraksis, samarbeid med kliniske farmasøyter i oppfølgingen av pasienter og forskrivning av medikamenter. (14;15)

Sammensatte tiltak (faglige og organisatoriske) i samhandling

Samhandlingstiltak som består av både faglige og organisatoriske komponenter er de mest vanlige. Slike sammensatte tiltak i behandling av pasienter inkluderer som oftest ulike opplæringstiltak rettet mot lege, pasient, eller begge, i tillegg til en rekke strukturelle endringer i organiseringen av helsetjenester. Samhandling mellom nivåene og profesjonene er forankret i organisasjonen. Vi har beskrevet nedenfor de mest vanlige modeller for slike tiltak.

Samhandling om behandling (Collaborative care)

Collaborative care er et overordnet begrep som brukes om samhandling på tvers av nivåer i tjenesten. Begrepet dekker ulikt sammensatt organisatoriske tiltak med klar rollefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten, men med felles ansvar for pasienten eller en definert pasientgruppe. Følgende betegnelser av tiltak som inngår i samhandling om behandling finnes i internasjonal litteratur: *on-site mental health professionals, shared care, consultation-liaison, specialist outreach clinics*. Graden av samarbeid varierer og kan dreie seg om rådgivning og veiledning enten per telefon, eller som felles konsultasjon og felles behandling og oppfølging av pasienter, integrering av spesialistklinikker i primærhelsetjenesten, eller utarbeidelse av felles protokoll for behandling og oppfølging (14;15).

Fastlegen er i ulik grad involvert i samhandlingen fra direkte samarbeid med spesialisten og delt ansvar for behandling og oppfølging av den enkelte pasient, til en mer koordinerende rolle hvor pasienten henvises til spesialistbehandling.

Vi skal nedenfor omtale enkelte modeller av samhandling om behandling (*collaborative care*) som går igjen i engelskspråklig litteratur.

Samarbeid om pasienten (shared care)

Shared care innebærer at pasienten går både hos allmennpraktiker og hos spesialist som deler ansvaret for behandlingen. Dette er en vanlig måte å arbeide på i Norge.

Rådgivning/veiledning (Consultant-liaison)

Consultant-liaison betyr at spesialisten reiser ut til allmennlegekontor for å vurdere og eventuelt følge opp pasienten. Dette inkluderer ofte også fagutvikling. Det engelskspråklige begrepet har et annet innhold enn det tilsvarende norske begrepet liaisonpsykiatri. I Norge er dette et mer avgrenset begrep der psykiateren gjør pasientvurderinger ved somatiske sykehusavdelinger.

Rådgivning i allmennpraksis (Counselling)

Tiltaket går ut på at primærlegen henviser sine pasienter til rådgivning eller konsulenttjenester som utføres av spesialutdannede rådgivere. Disse skoleres for å takle et spesielt klinisk problem. Det kan f. eks. være å følge opp depresjonsbehandling hos allmennpraktiker. Behandlingen kan inneholde ulike elementer som samtaler, individuell psykoterapi, løsningsorientert atferdsterapi med mer. Terapeuten er i løpende kontakt med allmennlegen i behandlingsperioden. Denne modellen brukes hovedsakelig i England og USA.

Pasientoppfølging (Case-management; care-management)

Case-management eller care management innebærer at en person, kalt *case manager*, koordinerer tjenester som utføres både av primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten for den enkelte pasient. Dette skal sikre bedre flyt av tjenester og økt kontinuitet i behandlingen. Case-manager har oppfølgingsansvar for pasienten og skal aktivt samarbeide med pasienten for å bedre behandlingsetterlevelsen. Case-manager skal følge med på hvordan pasienten har det, identifisere behov, identifisere hvilke tilbud som trengs, lage behandlingsplan, hjelpe pasienten i forhold til alle livets områder, følge opp behandlingsplanen og gjøre nødvendige endringer. Pasienten følges over tid med regelmessige samtaler eller møter, ofte hjemme hos pasienten. Case-manager er i Norge gjerne en psykiatrisk helsearbeider med tre-årig utdanning ansatt i primærhelsetjenesten. Tiltak som omtales i litteraturen som case-management eller care-management inneholder mange av de samme elementene, og kan inkludere bruk av sykdomsspesifikke behandlingsprogrammer.

Farmasøytisk kompetanse

Dette tiltaket er basert på at allmennleger eller legekantor etablerer fast samarbeid med lokale apotek ved kliniske farmasøytter, ofte med spesialkompetanse innen psykofarmakologi. Farmasøytene har ansvar for utlevering av legemidler og informasjon om riktig legemiddelbruk samt bivirkninger. I noen studier er farmasøyten ansvarlig for pasientopplæring (pharmacy-based coaching), og i tillegg har de ansvar for monitorering av legemiddelforskrivning til aktuelle pasienter over tid. Farmasøytene kontrollerer jevnlig pasientens legemiddelbruk, har telefonisk oppfølging og mulighet for tilbakemelding til ansvarlig lege. Hensikten med tiltaket er å bedre etterlevelse av medikamentell terapi, overvåke bivirkninger og sørge for at forskrivningen er i tråd med gjeldende retningslinjer. Denne type samarbeid i allmennpraksis finnes ikke i Norge for denne pasientgruppen.

Spesialisthelsetjenester i allmennpraksis (outreach clinics; on-site specialist, mental health team)

I dette tiltaket er spesialisthelsetjenesten flyttet til allmennpraksis for å øke tilgjengeligheten, senke terskelen for henvisninger og heve kompetansen i allmennpraksis. Psykiater, psykolog, annen terapeut er tilgjengelige for pasienter i allmennpraksis og er samlokalisert med legekantoret. Andre måter å gjøre det på er tele-

fon/telemedisinsk rådgiving fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten eller pasienten.

Organisasjonsmodell: ACT team

En annen måte å få spesialisthelsetjenester i kommunene, er etablering av tverrfaglige team som har tilknytning til spesialisthelsetjenesten, men som arbeider i kommunehelsetjenesten. I den engelskspråklige litteraturen omtales tiltaket som Assertive Community Treatment (ACT), Community Mental Health Teams (CMHT). ACT har ingen god oversettelse til norsk, men kan best forklares med begrepet ”pågående og oppsøkende team-tjeneste utenfor sykehus”. I Danmark brukes begrepet ”oppsøgende psykoseteam”. I Sverige brukes mange forskjellige betegnelser. ACT-team behandler mennesker som har alvorlige mentale sykdommer med tilleggsp problemer som rusavhengighet, isolasjon, hyppige innleggelser, dårlige levekår etc. Mennesker med primær rusavhengighet som utvikler kronisk alvorlig mental sykdom har også nytte av slik behandling. Det viktigste kriteriet for å få behandlingstilbud fra et oppsøkende team er at man ikke klarer å holde kontakt med hjelpeapparatet, skole, arbeid eller andre kontaktflater som skal til for å leve et selvstendig liv. Internasjonalt er vanlige aldergrenser for inntak 18 - 65 år.

ACT teamet arbeider strengt pasientfokusert, med pasientens egne mål som grunnlag for individuelle planer. ACT-team arbeider oppsøkende mot de syke der de finner seg; hjemme, på jobb eller skole etc. Teamet leverer all behandling tverrfaglig og tverrsektorielt, og leverer både statlige og kommunale tjenester. Ansatte i teamet er psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom, ergoterapeut eller andre relevante yrkesgrupper med høyskoleutdanning. Disse teamene har ansvar for relativt få pasienter med alvorlig sinnslidelse og stor grad av funksjonsnedsettelse. Bemanningen er 1:10 – ett team (10 ansatte) behandler opp til 100 syke. Teamet er tilgjengelig 24 timer i døgnet og baserer seg i alt vesentlig på behandling og tiltak på pasientens bosted. Hensikten er også å avlaste familien mer enn andre tiltak innebærer.

Behandlingen i teamet er i prinsippet livslang. I England er gjennomsnittlig behandlingstid 5– 6 år. Pasientene utskrives til et lavere omsorgsnivå (DPS/fastlege) når hyppig kontakt og oppsøkende virksomhet ikke lenger er nødvendig. Utskrivelser planlegges nøye. Metoden er særlig utviklet i USA og England, men tas i økende grad i bruk også i andre land, bl.a. i Danmark (16;17); (www.actassociation.org). Det pågår et prøveprosjekt i Moss basert på denne metoden. Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Nærmere beskrivelse av det norske prosjektet finnes i vedlegg 7.

Bytte av roller – overføring av kompetanse

Spesialsykepleier med utdanning i psykisk helse kan overta en del oppgaver som vanligvis utføres av legen, slik som opplæring av pasienter, oppfølging av behandlingsetterlevelse og overvåking av bivirkninger. Enkelte ganger kan det også være annet helsepersonell som har fått spesialopplæring for å følge opp pasienter og gi

tilbakemelding til legen. I Norge finnes psykiatriske sykepleiere, men disse er hovedsakelig tilknyttet spesialisthelsetjenesten.

Modell for behandling av kronisk syke

Wagner og medarbeidere har utviklet en teoretisk modell for utforming av helsetjenester for individer med kroniske lidelser (Modell of Care for Chronic Conditions) (18). Dette er en konseptuell modell for organisering av tjenester for kronikere som viser hvordan endringer på ulike nivåer i helesystemet påvirker praksis, spesielt allmennhelsetjenesten og hvordan disse endringene skaper bedre kvalitet på tjenester for pasienter med kroniske lidelser. Wagner og medarbeiderne identifiserte fire hovedelementer i utviklingen av gode helsetjenester for pasienter med kronisk lidelse: hjelp til selvhjelp, organisering av helsetjenester med pasienten i sentrum, utvikling av verktøy for kliniske beslutninger, gode systemer for utveksling av relevant klinisk informasjon. Dette bør ses i sammenheng med nasjonale og lokale rammer for helsetjenesten. Modellen brukes ofte som referanseramme ved vurderinger av ulike sammensatte tiltak i behandlingen av pasienter med kroniske lidelser. (18-20). Figuren nedenfor viser illustrasjon av modellen.

Figur 1. Chronic Care Model (19). *

*Gjengitt etter tillatelse fra *American College of Physician ACP*.

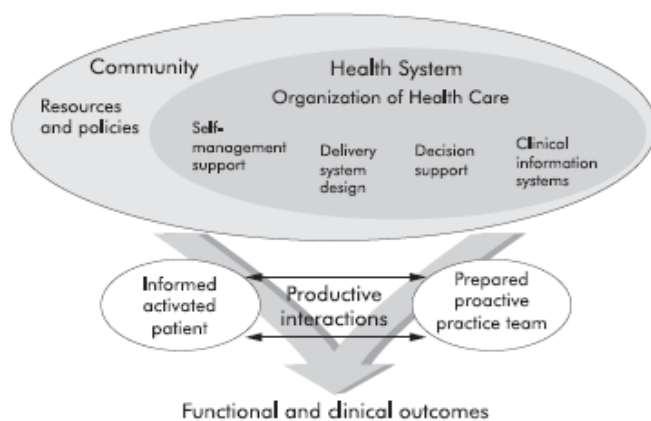


Figure 1 The Chronic Care Model (CCM).

Helseøkonomiske analyser av samhandlingstiltak

Hvis helsegevinsten av et tiltak måles i penger, kalles analysen kostnad- nytte analyse (*cost-benefit analyse*). Man beregner kun forskjellen mellom kostnader av tiltaket og nytten. Fordelen med en slik analyse er at tiltaket lettere kan vurderes opp mot tiltak i sektorer utenfor helsetjenesten. En ulempe er blant annet at det er stor usikkerhet knyttet til fastsettelse av monetær verdi av nytte ved slike analyser. Dersom helsegevinsten måles i helseenheter - som vunne leveår, unngåtte dødsfall eller symptomfrie dager – snakker vi om en kostnad-effekt-analyse (*cost-effectiveness*

analyse). Helsetiltak rangeres etter kostnads-effekt forhold, for eks. kostnad per depresjonsfri dag. Jo lavere forhold desto mer prioriteringsverdig er tiltaket. De fleste helseøkonomiske evalueringene er av denne typen. Kostnad-nytte-analyse (*cost-utility-analysis*) er en annen variant av kostnadseffekt analyse. Her måles helsegevinsten med kvalitetsjusterte leveår (quality adjusted life years: QALYs). Helsetiltak rangeres etter kostnad per vunnet kvalitetsjustert leveår. Jo lavere forhold, desto høyere prioritering. Man får kombinert effekten på levetid og livskvalitet i ett mål. Dette gjør det lettere å sammenlikne tiltak på tvers i helsesektoren, eller på tvers av sektorer. Ulempen er at det kan være vanskelig å finne gode data for et tiltaks direkte virkning på QALYs.

FOREKOMST AV ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER

Kringlen og medarbeidere publiserte i 2006 epidemiologiske data som gir et bilde av hvor vanlig alvorlige psykiske lidelser er i den norske befolkningen (21;22). De undersøkte forekomst av psykiske lidelser i Oslo og Sogn og Fjordane. I Oslo fant de følgende livstidsforekomst: depresjon (major depresjon) 17,8 %, bipolar lidelse 1,6 %, ikke affektive psykoser (hovedsakelig schizofreni) 0,4 %, angstlidelser (sosial fobi, agorafobi, panikklidelse, og generalisert angstlidelse) 28,8 %. I Sogn og Fjordane var forekomsten langt lavere enn i Oslo. Vi vet ikke hvor mange av pasientene diagnostisert med angst og depresjon som har en alvorlig og kronisk lidelse. Antall pasienter med tre eller flere psykiatriske diagnoser var 14,9 % i Oslo mot 5,1 % i Sogn og Fjordane. Tallene viser at alvorlige psykiske lidelser forekommer hyppig i befolkningen.

Forekomsten av og livskvaliteten til pasienter med stemningslidelser, angst og alkoholrelaterte sykdommer er kartlagt i en stor europeisk epidemiologisk undersøkelse (ESEMED). Denne internasjonale undersøkelsen viste at pasienter med psykiske lidelser ofte har betydelig nedsatt livskvalitet. Pasienter som har to eller flere psykiske diagnoser samtidig har størst grad av sykdom og nedsatt funksjon. Funksjonshemmingen og reduksjonen i livskvalitet var større enn ved kroniske somatiske lidelser (23). Det er også dokumentert at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har betydelig oversykkelighet og overdødelighet av somatiske sykdommer (24).

ORGANISERING AV PSYKIATRISK OMSORG I NORGE

Historikk

På midten av 18-hundretallet hadde Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger og Kristiansand sine "dårehus" som fungerte som oppbevaringssteder for farlige og sterkt urolige sinnssyke. Det fantes ingen effektiv behandling, og mange syke ble værende på dårehuset på livstid. Loven om sinnssykes behandling og forpleining av 1848 fastslo det offentliges plikt til å dra omsorg for de sinnssyke. Denne loven førte til modernisering av omsorgen for sinnssyke og opprettelsen av det første asyl på

Gaustad. Loven inneholdt bestemmelser for innskriving og utskrivning fra asyl og stadfestet pasientenes rettigheter, og ble stående med mindre endringer helt fram til 1961. Mange pasienter tilbrakte store deler av sitt liv på asyl på grunn av mangelen på effektive behandlingsmetoder.

Psykiatriske klinikker ble bygget ut først i det 20. århundret. Psykiatrien var helt fram til 1950-tallet hovedsakelig basert på hospitalisering av de alvorlig syke. På 50-tallet fikk man medisiner mot psykoser (klorpromazin). De første medisiner mot angst og depresjon kom på begynnelsen av 1960-tallet. Medisinering gjorde at flere pasientene kunne behandles poliklinisk. Fra slutten av 1970-tallet har det skjedd en nedbygging av de psykiatriske sykehusene, med samtidig oppbygging av psykiatriske klinikker ved sykehusene. Etter hvert er det også kommet alternative tiltak i kommunene, med dagsentra, service boliger, aktivitetssentra (25).

Opptrappingsplanen for psykisk helse er en økonomisk forpliktende plan som ble vedtatt i Stortinget i 1999, og skal vare frem til 2008. Planen innebærer en styrking og omstrukturering av tjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud. Kommunene har gjennom Opptrappingsplanen fått en sentral plass i utbyggingen av de psykiske helsetjenestene. Det er bygget opp et mer desentralisert hjelpenettverk, bestående av distriktpsikiatriske sentre (DPS), ambulante team, omsorgsboliger med nødvendig bistand og andre kommunale tjenester, slik at pasientene kan få hjelp og behandling nær sine bosteder.

Spesialisthelsetjenesten gir i dag et differensiert tilbud med dag- og døgntilbud, poliklinikker, ambulante akutteam og team for oppfølging av langtidspasienter, private spesialister og større grad av poliklinisk behandling ved de distriktpsikiatriske sentre. Hjørnesteinen i tilbudet skal være lokale distriktpsikiatriske sentra.

Målet med omorganiseringen var at de fleste pasienter skulle få individuelt tilpasset tilbud nær sitt bosted. Et helhetlig og sammenhengende tilbud til pasienter med psykiske lidelser forutsetter et nært samarbeid mellom tjenester og etater.

Helseforetak

Den offentlige spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i helseforetak. Det vanlige er at helseforetakene både omfatter somatiske og psykiatriske tjenester. Helseforetakene omfatter spesialiserte sykehusavdelinger som sikkerhetsavdelinger eller spesialiserte enheter for bestemte diagnosegrupper. Foretakene har også ansvar for akuttavdelinger. Det er vanlig med intermediaeravdelinger og langtids/ rehabiliteringsposter. Foretakene er ansvarlige for utbygging av selvstendig fungerende distriktpsikiatriske sentra.

Spesialisthelsetjenesten

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er faglig selvstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av tjenester til personer med psykiske vansker innen et geografisk opp-

taksområde. DPS skal ha poliklinikk, ambulante tjenester, dagtilbud og døgntilbud under et felles faglig ledelse. Organisatorisk er DPS forankret i spesialisthelsetjenesten, men har funksjoner som krever nært samarbeid med kommunene. Utbygging av DPS er en hovedsatsing i Opptappingsplanen for psykisk helse. Spesialisthelsetjenesten skal i følge loven om Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som ble innført 1. januar 2001, bistå og fungere som veileder for kommunehelsetjenesten, slik at kvaliteten på tjenestene blir best mulig. DPS har en sentral rolle innen spesialisthelsetjenesten i med hensyn til samarbeid med primærhelsetjenesten (26).

Primærhelsetjenesten

Fastlegeordningen som ble innført 1. juni 2001 har som formål å bedre tilgjengelighet og kontinuitet i kontakten mellom lege og pasient, men også å bidra til bedre samarbeid omkring pasienten. Fastlegen henviser pasienter videre til spesialist eller sykehus for å sikre adekvat vurdering og videre behandling. Fastlegen er en viktig samarbeidspartner for DPS innen kommunen, både som henvisende instans og i oppfølgingen etter at pasienten er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten.

En rapport fra Legeforeningen viste at 90 % av alle pasienter med psykiske lidelser får hjelp av sin fastlege (Legeforeningens statusrapport 2004). Bare 5 % av disse pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten. Veilederen for Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Veileder 15-1332/ 2005) vektlegger fastlegenes rolle. Veileder for distriktpsykiatriske sentra (Veileder 15-1388/2006) påpeker også fastlegenes sentrale rolle i koordinering og oppfølging av pasientene og at det er viktig at spesialisthelsetjenesten har en god kontakt med dem.

Praksiskonsulentordningen/ praksiskoordinator

Praksiskonsulentordningen (PKO) ble etablert for å bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, etter modell fra Danmark. Tiltaket går ut på at helseforetakene har etablert deltidsstillinger for allmennleger i sykehusavdelinger for å bedre dialogen mellom første- og annenlinjetjenesten. PKO er et nettverk av deltidsansatte allmennleger i sykehusene, tilknyttet hver sine avdelinger i stillingsbrøker som kan varierer fra en til fire dager i måneden. Praksiskonsulentene skal sikre helhet og kvalitet av hele pasientforløpet gjennom første- og annenlinjetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten til beste for pasientene (27). I Norge er det foreløpig mest somatiske avdelinger som har praksiskonsulenter. Per i dag finnes det om lag ti praksiskonsulenter knyttet til psykiatriske avdelinger ved sykehus eller DPS (www.pko.no), men vi mangler eksakte tall. Legeforeningen har foreslått at praksiskonsulent bør bli obligatorisk ved alle distriktpsykiatriske sentre (DPS). (www.legeforeningen.no/gan?id=123579).

Individuell plan

Innføring av individuelle planer skal fremme samarbeid på tvers av nivågrensene. Forskrift om individuelle planer er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Målsettingen med forskriften er å sikre helhet-

lige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester ved å styrke samarbeid både horisontalt (tverrfaglig) og vertikalt (mellom nivåene) i tjenesten (28). Wisløff-utvalget vurderte innføringen og den praktiske bruken av individuell plan som mangelfull, og utvalget fremmet en rekke forslag til forbedringstiltak også med hensyn til samhandling (10).

Norske samhandlingstiltak i behandling av pasienter med psykiske lidelser

Det finnes flere norske eksempler av fungerende modeller for samhandling på tvers av nivåer og profesjoner i behandlingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser i allmennpraksis. Dessverre har vi ingen effektstudier av de identifiserte norske samhandlingsmodeller (29). Med effektstudier mener vi kontrollerte studier av hvorvidt samarbeidet kan dokumentere en bedret pasientbehandling eller kvalitet av helse-tjenester.

Vi har beskrevet tre ulike prosjekter som illustrerer bredden i samhandlingstiltak avhengig av lokale behov og tilgjengelige ressurser: Implementering av ACT i psykiatritjenester i Mossregionen, Vinderen DPS og Nordfjord DPS i samhandling med allmennpraktikere. Implementering av ATC i Mossregionen er i oppstarten, de to andre er etablerte tiltak for samhandling. Ingen av disse tiltak er evaluert.

Vi har kort beskrevet prosjektene i eget vedlegg, se vedlegg 6.

PASIENTER MED PSYKISKE LIDELSER I ALLMENNPRAKSIS

Behandling og oppfølging av alvorlig psykisk syke i kommunene har vært et viktig fokus i opptrappingsplanen for psykiatri 1998-2008. Det er geografiske forskjeller knyttet til legedekning og stabilitet, men tjenestetilbudet er i utgangspunktet ganske likt organisert. Det er viktig å avklare ansvaret og oppgavene for fastlegene i samarbeid med de andre aktørene i hjelpeapparatet, for at alvorlig syke pasienter kan få riktig tilbud til rett tid.

Utredningen ”Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste” NOU 2005:3 har evaluert ulike utfordringer knyttet til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten for pasienter med kroniske sykdommer. Utredningen viser til svikt både på individnivå og på systemnivå for pasienter med psykiske vansker (10). Utredningen peker på manglende balanse mellom den betydningen samhandling har for realisering av helsepolitiske mål, og dagens krav til dokumentasjon av effekt, forskning og kunnskapsutvikling. Forskningsresultater kan ofte være vanskelig tilgjengelig for beslutningstagere, og resultater fra studier utført i utlandet kan ha begrenset overføringsverdi. Nasjonale prosjekter blir sjelden vitenskapelig evaluert. Helsetilsynets statusrapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser beskriver organisatoriske utfordringer knyttet til samhandlingen mellom nivåene (vertikalt samarbeid) blant annet ved utskrivning og ved overganger mellom tjenestetilbudene (2).

Faglige utfordringer

Allmennleger behandler om lag 90 % av pasienter med psykiske lidelser i følge Legeforeningens rapport. Internasjonale undersøkelser av depresjonsbehandling viser at diagnostikken ofte er for dårlig, og at pasienter med diagnostisert lidelse ikke er optimalt behandlet (30). Resultater fra helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viste at det var vanskelig å diagnostisere depresjon i allmennpraksis også i Norge (31;32). Funnene kan sannsynligvis overføres til alle psykiske lidelser og ikke bare depresjon. Dette kan ha ulike årsaker, og manglende kompetanse er bare en av disse. En annen årsak kan være at pasienter med psykiske lidelser ofte har andre sykdommer eller psykosomatiske lidelser i tillegg som trenger rask behandling. Behandlingen av den psykiske lidelsen kan derfor bli utsatt (33). Enkelte pasienter ønsker ikke å betraktes som psykiatriske pasienter, og prioriterer somatisk behandling for sine lidelser for å unngå stigmatisering. Det at flere pasienter ikke oppnår forventet resultat kan også knyttes til dårlig behandlingsetterlevelse. Dette er et kjent problem innen psykisk helsevern. Det kan være vanskelig å motivere pasienten til kontinuitet i behandlingen hvis behandlingen er langvarig eller gir plagsomme bivirkninger.

Organisatoriske utfordringer

Det er flere utfordringer i grenseflaten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Ansvarsfordelingen mellom nivåene er ikke alltid klar, og det er flere gråsoner mellom nivåene. De to tjenestenivåene har ingen felles strategi for samarbeid. Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er finansiert av forskjellige kilder, og det er få insentiver for samarbeid mellom nivåene. Strukturen i helsetjenesten ivaretar i stor grad spesialkompetanse og verner om spesialister og deres spesifikke fagområder, fremfor å bygge organisasjoner med utgangspunkt i pasientenes problemer og behov.

Kommunene har i varierende grad etablert psykiske helsearbeidere som sentrale aktører i behandling og oppfølging av pasienter med alvorlige kroniske psykiske lidelser. Selv om kommunenes hjelpeapparat har utviklet seg i betydelig grad og de distriktskykiatriske sentrene er mer utadrettede i sin virksomhet, har fastlegen fortsatt en sentral rolle overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Samhandlingen innad i kommunene mellom fastlegen og andre som arbeider med pasienter med psykiske lidelser kan trolig forbedres. Nasjonal rammeavtale for samhandling på helse og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund ble inngått i juni i år. Avtalen skal understøtte inngåelse av lokale avtaler og danne grunnlag for samhandling. Videre skal den bidra til en systematisk oppfølging av samhandlingstiltak på nasjonalt nivå. Det er nylig utarbeidet en veileder for inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak (www.regjeringen.no/upload/HOD/veileder.pdf).

Metode

Rapporten er en kunnskapsoppsummering. Vi har utført en systematisk gjennomgang av den vitenskapelige dokumentasjonen som møter inklusjonskriterier for denne rapporten. Kunnskapshåndteringen er utført i henhold til Kunnskapssenterets metodehåndbok (34).

Følgende mandat ble utarbeidet i samarbeid med oppdragsgiveren og utredningsgruppen:

- Kartlegge relevante samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre aktuelle aktører fra kommunen og spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.
- Vurdere dokumentasjon for effekt av samhandling på tvers av nivåer og profesjoner på behandlingsresultater, kvaliteten av tjenester og kostnader i forhold til standard behandling. Sette funn i norsk perspektiv.

Litteratursøk

Vi har lagt mandatet til grunn for utarbeidelse av relevant søkestrategi og valg av aktuelle databaser. Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser: The Cochrane Library, Medline, PsychInfo, EMBASE, EPOC-databasen. Forskningsbibliotekar Marit Johansen utførte litteratursøket i henhold til anbefalinger fra EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group), og i samråd med ekspertgruppen og prosjektleder. Den fullstendige søkestrategien for de ulike databaser finnes i sin helhet i vedlegg 1.

Inklusjonskriterier

Design: Systematiske oversikter, randomiserte kontrollerte studier, kontrollerte før og etter studier, avbrutte tidsserier, helseøkonomiske analyser av randomiserte kontrollerte studier.

Populasjon: Voksne personer (≥ 18 år) som har kronisk og alvorlig psykisk lidelse som er behandlet i allmennpraksis, men som også har behov for spesialisttjenester. Diagnosene vi har søkt etter er: Affektive lidelser (stemningslidelser), schizofreni, schizoaffective lidelser, shizotyp lidelse og paranoide lidelser og alvorlige personlighets- og atferds-

fortstyrrelser hos voksne (ICD-10, DSM IV). Når det gjelder stemningslidelser, har vi inkludert bipolar 1 sykdom samt alvorlig tilbakevendende depresjon og alvorlig depressiv episode.

Tiltak: Samhandling mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten og sosialtjenesten om pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Dette inkluderer både faglige tiltak, organisatoriske tiltak og sammensatte tiltak.

Utfall: Kliniske utfallsmål: endring av sykdomsforløp, symptomreduksjon, livskvalitet, endring i sosial og fysisk funksjon. Helseøkonomiske utfall. Kostnader per depresjonsfri dag eller QALY. Prosessrelaterte utfall: Kvalitet av tjenesten (diagnostikk, legemiddelforskrivning, retningslinjer for behandling, rutiner for oppfølging, kunnskapsnivå), tilfredshet med tjenesten, behandlingsetterlevelse.

Språk: Engelskspråklige og skandinaviske artikler.

Eksklusjonskriterier

Studiedesign: Ikke-systematiske oversiktsartikler, ikke kontrollerte studier.

Enkeltstudier som er rapportert i en inkludert systematisk oversikt. Studier vurdert til lav kvalitet.

Populasjon: Studier med mindre enn 50 % av pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Tiltak: Kontrollgruppe med annen type behandling enn vanlig praksis. Studier hvor allmennlegens rolle i samhandling ikke er beskrevet.

Utfall: Alvorlig og/eller akutt sykdom

Artikkelutvelgelse

To prosjektmedarbeidere (KHV og NWL) vurderte uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag som var identifisert i litteratursøket. Vi innhentet mulig relevante studier i fulltekst, og KHV og NWL vurderte uavhengig av hverandre fulltekstartiklene for inklusjon etter kriteriene over.

KHV og NWL vurderte igjen uavhengig av hverandre den metodologiske kvaliteten av alle inkluderte studier ved bruk av sjekklister tilpasset gitt studiedesign. De aktuelle sjekklisterne er samlet i vedlegg X. Vi benyttet kvalitetsklassene lav, moderat og god. Tabell 1. viser hvilke forutsetninger som ligger til grunn for rangeringen.

Tabell 1. Total vurdering av kvalitet

Rang	Kriterier
God ++	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt; der kriteriene ikke er oppfylt hvis konklusjonene fra studien eller oversikten høyst sannsynlig ikke vil endre seg.
Moderat +	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten er oppfylt; der kriteriene ikke er oppfylt eller ikke er adekvat beskrevet hvis konklusjonene av studien eller oversikt sannsynligvis ikke vil endre seg.
Lav -	Brukes hvis få eller ingen av kriteriene fra sjekklisten er oppfylt; hvor kriteriene ikke er oppfylt eller ikke er adekvat beskrevet hvis konklusjonene av studien eller oversikt antas å ville endre seg.

Beskrivelse av inkluderte oversikter og studier i evidensstabeller

KHV og NWL har samlet data fra studiene og beskrevet inkluderte publikasjoner i form av evidensstabeller. Disse tabellene inneholder informasjon om studiedesign, om pasientpopulasjonen og om tiltaket, og viser kvalitetsvurdering av studien og de viktigste resultatene av studien.

Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Vi har oppsummert resultatene fra oversiktene i form av en kvalitativ syntese. Vi har gruppert de identifiserte tiltak som faglige, organisatoriske eller sammensatte tiltak. I tillegg har vi oppsummert resultatene i forhold til definerte pasientpopulasjoner (eldre, nydiagnostiserte pasienter, pasienter med behandlingsresistent depresjon). For enkelte tiltak har vi oppsummert resultater fra enkeltstudier som var inkludert i systematiske oversiktene. Vi har brukt kun evidensstabeller fra oversiktene for innhenting av datagrunnlag.

Effekten av tiltakene er vurdert med pasientrelaterte, kliniske utfall (endring i symptomer, depresjonsstatus, funksjonsnivå, livskvalitet) og med prosessrelaterte utfall (diagnostikk, behandling i tråd med retningslinjer, behandlingsetterlevelse, bruk av helsetjenester, kostnader, tilfredshet med tjenesten).

Resultat

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Tabell 2 viser resultatet av søket i de ulike databasene.

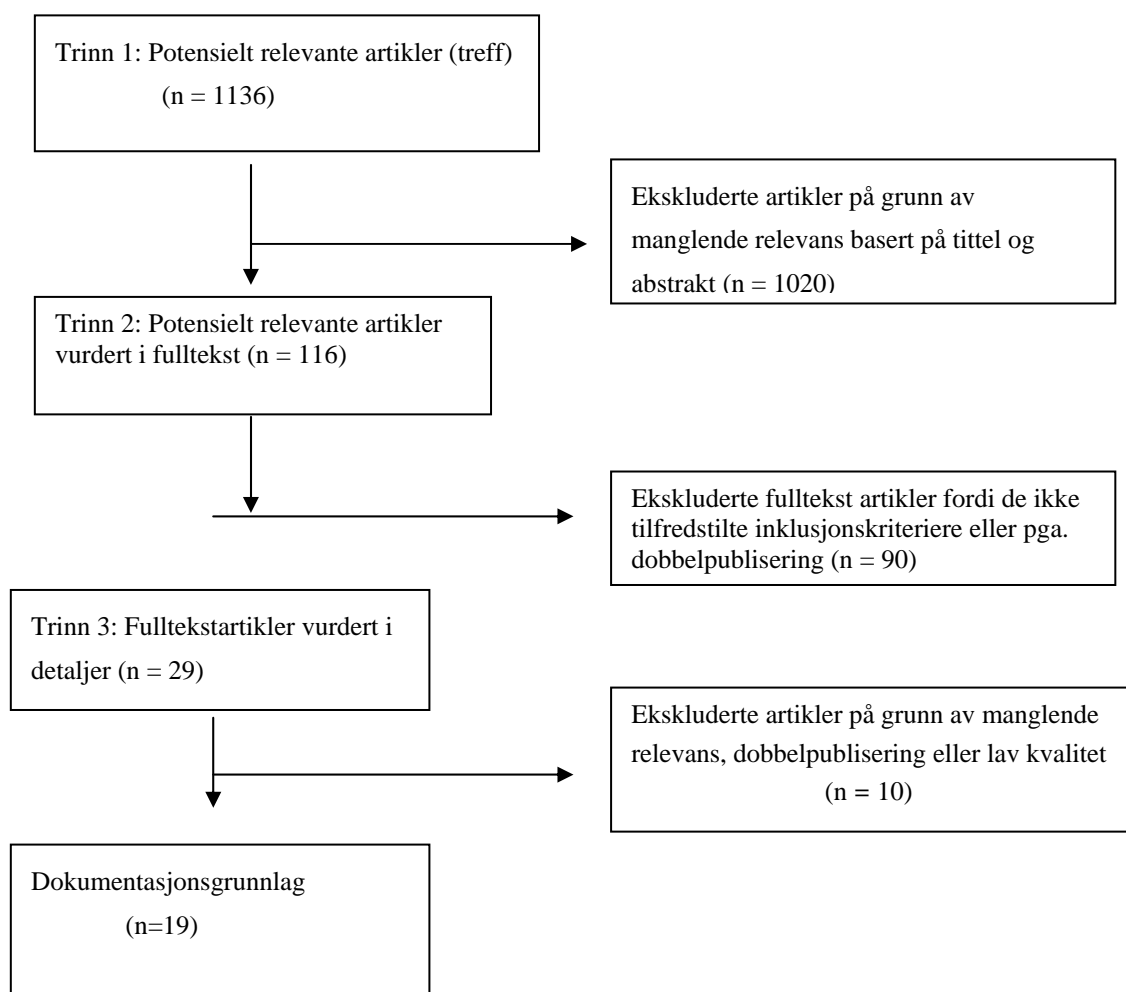
Tabell 2 Resultatene av litteratursøket

Database	Antall treff (inkludert dubletter)
MEDLINE	653
Cochrane Library	163
EPOC	223
EMBASE	317
PsychINFO	445

Etter at vi sorterte ut dubletter satt vi igjen med 1136 treff. Flertallet av disse artiklene var ikke relevante for problemstillingen. Vi innhentet og vurderte 116 artikler i fulltekst. Flere potensielt relevante studier var ikke systematiske oversikter, men fortellende oversikter der man ikke hadde gått systematisk og eksplisitt til verks for å finne alle relevante artikler om gitt emne. Det viste seg også at mange av de identifiserte enkeltstudiene allerede var inkludert i systematiske oversikter. Andre studier omhandlet pasienter med mindre alvorlige psykiske lidelser enn det som var målgruppen. Disse oversiktene eller enkeltstudiene ble ekskludert, siden de ikke møtte de predefinerte inklusjonskriterier for kunnskapsoppsummeringen.

Figur 2. viser prosessen for litteraturutvelgelse som danner dokumentasjonsgrunnlag for rapporten.

Figur 2: Artikkellutvelgelse



Vi har inkludert ni systematiske oversikter (13;35-38;48-51) og ti nye studier publisert i 2004-2007 med resultater av oppfølging av studier som var inkludert i de systematiske oversiktene (39-45;53) eller nye relevante tiltak som ikke var omtalt i de systematiske oversiktene (46;52). Tabell 3. viser oversikt over inkluderte studier

Tabell 3. Oversikt over de inkluderte studier og tiltakene som er vurdert

Studie Førsteforfatter (referansenr.)	Tiltaket
<i>Systematiske oversikter</i>	
Badamgarov (35)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av voksne pasienter med depresjon
Craven (13)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av pasienter med depresjon
Gensichen (48)	Case-management i behandlingen av voksne pasienter med depresjon
Gilbody (36)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av voksne pasienter med depresjon

Gilbody (37)	Samhandling om behandling av voksne pasienter med depresjon. Langtids resultater. (Collaborative care)
Gilbody (38)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandling av voksne pasienter med depresjon. Helseøkonomisk analyse
Heideman (49)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av voksne pasienter med angst.
Neumeyer-Gromen (50)	Integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (DMP)
Williams (51)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av voksne pasienter med depresjon
<i>Randomiserte kontrollerte studier</i>	
Alexopoulos (39)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon (Collaborative stepped care- PROSPECT studie)
Arean (40)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon (Collaborative stepped care - IMPACT studie)
Hunkeler (42)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon (Collaborative stepped care - IMPACT studie)
Hegel 2005 (44)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon og angst og posttraumatisk stresslidelse (Collaborative stepped care - IMPACT studie)
Katon 2005 (45)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon (Collaborative stepped care - IMPACT studie). Helseøkonomisk analyse
Katon 2006b (43)	Trinnvis samhandling om behandling av eldre med depresjon og diabetes (Collaborative stepped care - IMPACT studie). Helseøkonomisk analyse.
Katon et al 2006a (53)	Samhandling om behandling for pasienter med panikkangst lidelser. Helseøkonomisk analyse. (Collaborative stepped care - IMPACT studie).
Capoccia (41)	Farmasøytisk kompetanse i samhandling om behandling av depresjon
Dobscha (46)	Faglige og organisatoriske tiltak i behandlingen av voksne pasienter med depresjon
Roy-Byrne (52)	Samhandling om behandling av pasienter med panikkangst og andre angstlidelser (Collaborative care)

Beskrivelse av inkluderte studier

Systematiske oversikter

Badamgarov og medarbeidere har utført en metaanalyse av resultater fra 19 studier av 11 ulike integrerte behandlingsprogram med totalt 13 200 pasienter med moderat til alvorlig depresjon (35). Studiene var publisert i perioden 1987 til 2001. Femten studier var utført i USA, to i UK og en studie var fra Australia og en fra Canada. Vi vurderte oversikten til moderat kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er ikke gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Tiltakene i studiene var omtalt som trinnvis samhandling om behandling (*stepped collaborative care*), integrerte behandlingsprogrammer (*depression management program*) og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Samtlige tiltak besto av faglig opplæring i diagnostikk og behandling av depresjonen rettet mot legen, samt organisatoriske tiltak av typen samlokalisering av spesialist i psykiatri i allmennpraksis, rutiner for tilbake-

melding og oppfølging av pasienter ved spesialsykepleier eller farmasøyt. Informasjonen om roller, ansvarsfordeling og behov for ulike personalressurser var mangelfull i de inkluderte studiene. Oppfølgingstiden i studiene varierte fra 6 til 30 måneder. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Genishen og medarbeidere har utført en metaanalyse av 13 randomiserte kontrollerte studier av case-management for pasienter med alvorlig depresjon (48). Studien var utført i USA (11 studier), Nederland og Tyskland, og var publisert i perioden 1995-2003. Vi vurderte oversikten til god kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Tiltaket omtalt som *case management* var definert som kontinuerlig behandling i allmennpraksis med fast element av aktiv oppfølging av pasienten (telefonoppfølging, hjemmebesøk, fastsatt tid til samtale). I flertallet av studiene var spesialist i psykiatri tilgjengelig i allmennpraksis. Andre elementer var pasientopplæring, støtte til pårørende og retningslinjer for behandling. Oppfølgingstiden i studiene var fra 6 til 12 måneder. Ved å definere tiltaket bredt var det mulig å utføre en metaanalyse av resultater fra inkluderte studier til tross for at tiltakene varierte i innhold og intensitet. Metaanalysen inkluderte 11 studier med til sammen 4320 pasienter med alvorlig depresjon. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Neumeyer-Gromen og medarbeidere oppsummerte ti amerikanske studier av sammensatte tiltak omtalt som integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (Disease Management program for depression (50)). De inkluderte pasientene var diagnostisert med alvorlig (75 %) eller moderat til alvorlig depresjon. Vi vurderte oversikten til god kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Samtlige enkeltstudier har vært inkludert i minst en annen oversikt. Seks av de ti inkluderte studiene var også inkludert i oversikten til Genishen og medarbeidere, som har sammenfattet resultater for den samme pasientgruppen (48). Se tabell 6 med overlapp av studier i vedlegg 6. Det er utført metaanalyse av resultatene fra de inkluderte studiene. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Gilbody og medarbeidere (37) har oppsummert resultater av 35 enkeltstudier av ulike modeller for samhandling om pasienter med depresjoner som behandles i allmennpraksis. De fleste studiene var utført i USA (28 studier), deretter i UK (fire studier) og Nederland, Chile og Sverige (en studie hver). Totalt 12 355 pasienter med moderat til alvorlig depresjon var inkludert i oversikten. Vi vurderte oversikten til god kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere de inkluderte studiene for metodisk kvalitet. Forfatterne definerte relevante tiltak bredt som ”*collaborative care*”. Dette omfattet sammensatte tiltak som involverte minimum tre ulike helseprofesjoner som samarbeidet om pasientene i allmennpraksis (case-

manager, spesialist i psykiatri og allmennlege). Tiltakene som ble evaluert var blant annet integrerte behandlingsprogrammer (*depression management program*), kontinuerlig kvalitetsforbedring, samlokalisering av spesialisttjenester i allmennpraksis (*on-site mental health professionals*), aktiv oppfølging av pasienter (sykepleier eller famasøyt). De kliniske resultatene i enkeltstudiene som var rapportert på ulike måter, ble omregnet til et felles utfallsmål for depresjon (Standardized Depression Outcomes). Det ble utført en metaanalyse av resultatene. Forfatterne har sett på både effektstørrelse og varighet av effekt ved oppfølging utover 6 måneder (12, 18, 24 måneder eller lengre), i tillegg til hvordan sammensettingen av tiltakene påvirket effekten. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Craven og medarbeidere (13) har oppsummert eksisterende forskning om ulike modeller for organisering av helsetjenester i behandlingen av depresjon i allmennpraksis. De inkluderte studiene omfattet tiltak rettet mot bedre diagnostisering ved behandling av alle pasienter med depresjon. Vi har forsøkt å avgrense de presenterte dataene til pasienter med moderat til alvorlig depresjon. Forfatterne har vurdert resultater av 28 enkeltstudier av ulike sammensatte tiltak for å bedre behandling av pasienter med moderat til alvorlig depresjon i allmennpraksis. Studiene var utført i USA (20 studier) eller i England (åtte studier). Oversikten er vurdert til moderat kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er ikke gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. De inkluderte sammensatte tiltakene var omtalt som samhandling om behandling (*collaborative care*), integrerte behandlingsprogrammer (*depression management program*), kontinuerlig kvalitetsforbedring og *on-site mental health professionals*. Behandlingsprogrammene var ofte spesielt tilpasset lokale behov og inkluderte både opplæring av helsepersonell, innføring av rutiner for aktiv oppfølging av pasienter ved sykepleier eller legfolk med opplæring, bruk av spesialister i psykiatri, psykologer eller tverrfaglige spesialistteam i allmennpraksis, innføring av kliniske retningslinjer og tilbud om kognitiv terapi i allmennpraksis. Det er utført en narrativ syntese av resultatene. Resultatene vises både med kliniske og prosessrelaterte utfallsmål. Forfatterne oppsummerte resultatene fordelt på ulike pasientgrupper: Eldre, nydiagnostiserte pasienter, pasienter med vanskelig behandlingsbar depresjon, eller med vedvarende kronisk psykisk lidelse. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Gilbody og medarbeidere (38) har utarbeidet en systematisk oversikt som inneholder mange av de samme studiene som er inkludert i Craven og medarbeidere sin oversikt (13), se vedlegg 6 for overlapp av studier. Til sammen var 36 enkeltstudier av samhandlingstiltak for pasienter med moderat til alvorlig depresjon inkludert. Både faglige tiltak, organisatoriske tiltak og sammensatte tiltak var med. Vi vurderte oversikten til moderat kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Beskrivelsen av de inkluderte enkeltstudier er mangelfull. Forfatterne har kun utført narrativ syntese av resultatene,

men de har beregnet relativ risiko (RR) fra originale data for dikotome utfall og forsøkt å korrigere resultater i forhold til randomiseringsprosedyre (cluster randomisering). De identifiserte tiltakene er samlet i en gruppe med positive resultater der effekten av tiltaket var større enn effekten av standard behandling, og i en gruppe med negative resultater hvor effekten av tiltak var dårligere enn standard behandling. Konklusjonene var i samsvar med konklusjonen i Craven og medarbeidere (13) og Williams og medarbeidere (51). For nærmere detaljer henvises til evidensstabellen, vedlegg 5.

Williams og medarbeidere (51) har oppsummert resultater fra 28 randomiserte kontrollerte studier av ulike samhandlingstiltak for behandling av pasienter med ulik grad av depresjon. Hensikten med denne oversikten var både å vurdere effekter av identifiserte tiltak, men også hvilke komponenter av de sammensatte tiltakene som var mest virksomme og hvilke pasientgrupper som hadde størst nytte av samhandling. Studiene var utført i USA (23 studier), UK (tre studier), Nederland (en studie) og Chile (en studie). Vi vurderte oversikten til god kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i relevante databaser. Det er gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Dette er den sist publisert systematiske oversikten, med søk etter enkeltstudier til og med februar 2006. Inklusjonskriteriene var nokså like det som Craven og medarbeidere (13) og Genishen og medarbeidere (48) benyttet i sine oversikter, se evidensstabell for studien (vedlegg 5), og det er overlapp av inkluderte enkeltstudier i disse oversiktene, se tabell 6, vedlegg 6. Totalt 10 910 pasienter deltok i studiene og om lag 70 % av disse var diagnostisert med alvorlig depresjon. Tiltakene var sammensatt av minst 3-4 ulike komponenter av både faglig eller organisatorisk type hvorav minst ett var rettet direkte mot pasienten (skriftlig informasjonsmateriell, aktiv opplæring i selvhjelp). De inkluderte tiltakene er omtalt som *care management* og inneholdt følgende elementer: Pasientopplæring, selvhjelpkurs, aktiv oppfølging av pasienten, kliniske retningslinjer, spesialist i psykiatri i allmennpraksis, opplæring av leger, aktiv oppfølging av forskrivning med tilbakemelding til legen. Aktiv oppfølging av pasienten med tanke på sykdomsutvikling og behandlingsetterlevelse med tilbakemelding til legen var fast komponent i alle studiene. 20 av 28 studier hadde registerdata for pasientoppfølging. De fleste tiltakene inkluderte også tilbakemelding til fastlegen enten ved spesialsykepleier eller av spesialist i psykiatri. Oppfølgingen var som oftest over telefon (16 studier). Systematisk screening var inkludert i 12 studier. Funksjonen som care manager var utført av helsepersonell med ulik faglig bakgrunn (sykepleier med spesialopplæring, psykoterapeut, lege, psykiater). Oversikten inkluderte kostnadsdata (åtte studier). Disse studiene er også inkludert i en systematisk oversikt av Gilbody og medarbeidere og er omtalt der (38). For videre detaljer henvises til evidensstabellen for studien i vedlegg 5.

Heideman og medarbeidere har vurdert effekten av faglige og organisatoriske tiltak for pasienter med angstlidelser med eller uten depresjon (49). Vi vurderte oversikten til god kvalitet. Den har klare inklusjonskriterier, og det ble søkt i rele-

vante databaser. Det er ikke gjort eksplisitt hvilke kriterier som er lagt til grunn for å vurdere inkluderte studier for metodisk kvalitet. Dokumentasjonen for effekt av tiltak bygger kun på enkeltstående studier. Populasjonen var pasienter med angstlidelser, eller angst og depresjon vurdert som moderat til alvorlig lidelse. Aktuelle faglige tiltak var *audit og feedback*, kort opplæring (< 30 min), og eksternt seminar. De inkluderte organisatoriske tiltakene var substitusjon av spesialist med spesialutdannet sykepleier som utførte atferdsterapi i allmennpraksis (en studie) og samhandling om behandling (to studier). De sistnevnte sammensatte tiltakene bestod av systematisk opplæring av pasient og lege, og integrering av spesialisttjenester i allmennpraksis. Kontrollgruppen fikk standard behandling i allmennpraksis. For videre detaljer henvises til evidenstabellen for studien i vedlegg 5.

Enkeltstudier

Alexopoulos og medarbeidere (39) har studert effekten av *care management* i forhold til standard behandling av eldre pasienter med alvorlige depresjoner. Studien var randomisert og kontrollert med allmennlegekontorer som randomiseringsenhet (n=20). Studien er omtalt som Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial (PROSPECT). Effekter av tiltaket ble evaluert med telefonintervju etter 4, 8 og 18 måneder og med personlig intervju etter 12 måneder. Alexopoulos rapporterte resultater ved 12 og 18 måneders oppfølging. Tidligere resultater fra denne studien (< 12 måneder) er rapportert av i eldre publikasjoner (51;55-56).

Vi har vurdert studien til god kvalitet. Deltagerne var eldre med vedvarende alvorlig depresjon (n=215 pasienter). Tiltaket besto av endringer i organiseringen av tjenester med innføring av *care-manager* med ansvar for implementering av kliniske retningslinjer for behandlingen (56). Care manager hadde ansvar for aktiv oppfølging av pasientene: behandlingsetterlevelse, bivirkninger og symptomendring. Allmennlegen beholdt ansvaret for behandlingen. Allmennlegene i kontrollgruppen fikk tilbakemelding om pasientens diagnose og skriftlig informasjon om gjeldende kliniske retningslinjer. For videre detaljer henvises til evidenstabellen for studien i vedlegg 5.

Roy-Byrne og medarbeidere (53) studerte effekter av samhandling mellom spesialist i psykiatri og allmennlege. Studien er vurdert til moderat kvalitet. Denne multisentert randomiserte kontrollerte studien inkluderte 232 voksne pasienter med angstlidelser eller alvorlig depresjon som ble behandlet i allmennpraksis. Tiltaket besto av kognitiv atferdsterapi for angst gitt av psykiater i allmennpraksis (inntil seks sesjoner) med inntil seks oppfølgende telefonsamtaler over ni måneder. Allmennlegen fikk opplæring i angstbehandling og kliniske retningslinjer, samt kontinuerlig veiledning. Medikamentell behandling var forskrevet av allmennlegen under veiledning av psykiater. Pasientene var fulgt opp i 12 måneder. Kontrolltiltak var standard behandling av angstlidelser i allmennpraksis. For videre detaljer henvises til evidenstabellen for studien i vedlegg 5.

Capoccia og medarbeidere (41) vurderte effekten av farmasøytisk intervensjon for å bedre behandlingsetterlevelse i allmennpraksis. Studien er en oppfølgingsstu-

die av studien til Boudrou og medarbeidere (57). Den opprinnelige Boudrou-studien omtales i tre systematiske oversikter. Oppfølgingsstudien ble vurdert til god kvalitet. Totalt 74 pasienter med nylig diagnostisert alvorlig depresjon var inkludert. Pasientene i tiltaksgruppen fikk opplæring av klinisk farmasøyt, som også hadde ansvar for oppfølging av pasientene. Farmasøyten kontrollerte forskrivning av legemidler i forhold til retningslinjer og adekvat dosering og bivirkningsforekomst. Kontrollgruppen besto av pasienter som fikk standard behandling. For videre detaljer henvises til evidens Tabellen for studien i vedlegg 5.

Dobscha og medarbeidere (46) utførte en randomisert kontrollert studie av sammensatte tiltak for økt kvalitet i behandlingen av depresjon i allmennpraksis. Studien ble vurdert til god kvalitet. 41 allmennleger fra fem legekantor (Veterans Affairs Medical Centers) og 375 pasienter diagnostisert med moderat til alvorlig depresjon var inkludert. Pasienter med bipolare lidelser og meget alvorlig depresjon eller i behov av akutt hjelp var ekskludert fra studien. De deltagende legene fikk opplæring i screening av depresjon og behandling i henhold til retningslinjer. Et depresjonsteam bestående av psykiater og sykepleier var utplassert i allmennpraksis for å bistå allmennlegene med pasientopplæring (en sesjon) og aktiv pasientoppfølging med tilbakemelding til allmennlegen. Tiltaket varte i 12 måneder. Kontrollgruppen fikk ingen ekstra personellressurser. Det ble gitt opplæringstiltak til leger i begge gruppene, og pasientene i kontrollgruppen hadde tilgang til spesialistbehandling. For detaljer henvises til evidens Tabell for studien i vedlegg 5.

IMPACT studien: oppsummering av de fem inkluderte enkeltstudier

Vi har inkludert fem nye publikasjoner som rapporterte resultater fra en og samme studie omtalt som Improved Mood Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)-studien. IMPACT-studien var en randomisert kontrollert studie med 1801 pasienter over 60 år. De inkluderte pasientene var diagnostisert med alvorlig depresjon (70 %) eller angstlidelser. Tiltaket var omtalt som trinnvis samhandling om behandling (*stepped collaborative care*). Det inkluderte opplæring av legen og pasienten, integrering av psykiatrisk ekspertise i allmennpraksis, aktiv oppfølging av pasienten og tilbakemelding. Hovedkomponenten av tiltaket var bruk av *depression care specialist*, som oftest en spesialsykepleier eller spesialist i psykiatri med ansvar for koordinering av behandlingen eller behandling og pasientoppfølging med tilbakemelding til fastlegen. Behandlingen var tilpasset pasientens behov og preferanser, og responsen på gitt behandling. Fastlegens rolle var noe uklar, og syntes å være begrenset til tidlig deltagelse ved utarbeidelse av plan for behandling og senere til forskrivning av medikamenter. Kontrollgruppen fikk standard behandling. De første publikasjonene av resultatene fra IMPACT-studien viste positive effekter ved 6-12 måneders oppfølging (58;59). Denne studien er omtalt i fem av de inkluderte systematiske oversiktene (13;36;37;48;51). De nye studiene er oppfølgingsstudier eller subgruppeanalyser av populasjonen fra den opprinnelige IMPACT-studien.

Hunkeler og medarbeidere (42) rapporterte resultater av IMPACT-studien ved 12, 18 og 24 måneders oppfølging. **Arean og medarbeidere** har sett på om effekten av tiltaket er avhengig av etnisk tilhørighet i de tre største etniske grupper i USA: Angloamerikanere, andre hvite amerikanere og afroamerikanere (non Latino white, black og Latino) (40). **Hegel og medarbeidere** (44) utførte en annen subgruppeanalyse av IMPACT studien for pasienter som i tillegg til depresjon hadde diagnosen panikkangst (261 pasienter) eller posttraumatisk stresslidelse (191 pasienter). For detaljer i studiene henvises til evidenstabeller i vedlegg 5.

Den siste publikasjonen fra IMPACT-studien er en helseøkonomisk analyse av tiltaket. **Katon og medarbeidere** har sett på kostnader av intervensjonen i IMPACT-studien (54). Denne studien er omtalt i avsnittet om helseøkonomiske analyser. For videre detaljer henvises til evidenstabellen for studien i vedlegg 5.

IDENTIFISERTE MODELLER FOR SAMHANDLING

De 19 studiene som danner dokumentasjonsgrunnlaget for rapporten beskriver effekter av ulike mer eller mindre sammensatte tiltak i behandlingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Vi har delt tiltakene inn i tre hovedgrupper: Faglige tiltak, organisatoriske tiltak og sammensatte tiltak.

Faglige tiltak

De faglige tiltakene besto av ulike tiltak rettet mot behandlende lege eller mot pasienter og pårørende. Tabellen nedenfor viser hovedelementene i de ulike faglige tiltakene, samt personalressursene som ble benyttet.

Tabell 4: Hovedelementer i faglige tiltak i inkluderte studier

Studie	Hovedelementer i tiltaket	Personellressurser
Heideman (49) Inngår også i de fleste sammensatte tiltak	<i>Opplæring.</i> Utsendelse av kliniske retningslinjer om diagnostikk og behandling av psykiske lidelser. Kurs av ulik varighet rettet mot allmennlegen. Faglige konferanser. Opplæringen er gitt utenfor klinikken.	Allmennlege, helsemyndigheter, faglige organisasjoner, spesialist i psykiatri, psykiatriske team
Heideman (49) Inngår i sammensatte tiltak omtalt i Craven 2006(13), Williams 2007 (51) Gilbody 2006 (37)	<i>Educational outreach.</i> Opplæring gitt på legekantoret i allmennpraksis av psykiater eller annet spesialutdannet helsepersonell Langtidsoppfølging ved spesialist eller spesialistteam og med tilbakemelding til allmennlegen.	Allmennlege, spesialist i psykiatri, spesialistteam
Craven (13) Williams (51)	<i>Felles protokoll/ retningslinje</i> Utarbeidelse av lokal konsensus om felles protokoll/ retningslinje for behandling av pasienter i et gitt område med oppfølgende opplæring.	Allmennleger fra regionen, spesialister i psykiatri, ev. psykiatriske team fra området

Badamgarov (35), Craven (13) Gilbody (38), Dobscha (46), Heideman (49) Ikke vurdert som separat tiltak, men inngår i de fleste sammensatte tiltak.	<i>Pasientopplæring.</i> Skriftlig materiell og/eller video om sykdommen, med informasjon om behandlingen og viktigheten av behandlingsetterlevelse. Informasjon om mulige bivirkninger.	Spesialsykepleier, allmennlege, farmasøyt, annet helsepersonell med spesialopplæring
Heideman (49)	<i>Audit og feedback .</i> Regelmessig vurdering av kvaliteten av behandlingen i allmennpraksis. Tilbakemelding til legen og faglig støtte ved behov.	Allmennlege, spesialister i psykiatri
Craven (13)	<i>Pasientregister.</i> Fagkyndig hjelp for å opprette registerbase med pasientspesifikk informasjon om diagnose, klinisk vurdering, forskrivning og dosering av legemidler, for å bedre tilgjengeligheten av pasientinformasjon og informasjonsflyt mellom behandlere	Allmennlege, sykepleier, dataspesialister, spesialister i psykiatri

Organisatoriske tiltak

Organisatoriske tiltak inkluderte rutiner for oppfølging av pasienter enten ved lege, farmasøyt, sykepleier eller ikke-fagpersoner med spesiell opplæring; utplassering av spesialister i psykiatri i allmennpraksis eller regelmessig tilgang til spesialisttjenester, systematisk screening. De fleste organisatoriske tiltak inneholdt elementer av faglig opplæring og kompetanseheving, og bør betraktes som sammensatte tiltak.

Tabell 5 viser hovedelementer i ulike sammensatt organisatoriske tiltak samt personalressurser involvert i tiltakene.

Tabell 5: Hovedelementer i organisatoriske tiltak i inkluderte studier

Studie	Hovedelementer i tiltaket	Personellressurser
Gerishen (48); Badamgarov (35), Dobscha (46)	<i>Out-reach clinics</i> Spesialisthelsetjenester flyttes til allmennpraksis. <i>On-site mental health specialist</i> Psykiater arbeider i allmennpraksis. <i>Psykiatriske team</i> Tverrfaglig sammensatte grupper samarbeidet om behandlingen av pasienter (allmennlege, psykiater, psykolog, spesialsykepleier, ergoterapeut, sosionom). Psykiateren med fast arbeidstid i allmennpraksis fra noen timer til flere dager i uken. Psykiateren kunne fungere som koordinator for behandlingen eller som støtteperson for allmennpraktikeren i hverdagen. Allmennlegen kunne henvise pasienter til utredning og behandling av psykiatriske team, som også	Allmennlege, psykiater, psykolog, spesialsykepleier, terapeut, ergoterapeut, sosionom.

fungerte som beredskap ved akutte kriser.

Craven (13)	<i>Bytte av profesjonelle roller</i> Spesialutdannet psykiatrisk sykepleier hadde ansvar for oppfølging av pasienter via telefon eller ved direkte kontakt, med fokus på riktig legemiddelbruk, økt behandlingsetterlevelse, og overvåking av bivirkninger. Tilbakemelding til allmennlegen.	Allmennlegen, psykiatrisk sykepleier, spesialist i psykiatri.
Genishen (48)	<i>Case-management</i> Behandling og kontinuerlig oppfølging av pasienten med utgangspunkt i pasientens skiftende behov. Case-manager er en helseperson med ansvar for å opprettholde kontinuitet i behandlingen. Tiltaket består av både faglige tiltak (opplæring, kliniske retningslinjer) og organisatoriske tiltak.	Allmennlegen, case-manager, spesialisthelsetjenesten
Craven (13), Capoccia (41)	<i>Farmasøytisk kompetanse</i> Formelt samarbeid mellom fastlegen og apotek. Farmasøyten har ansvar for å følge opp forskrivning av legemidler, overvåking av bivirkninger og etterlevelse av behandlingen. Tilbakemelding til allmennlegen.	Allmennlegen, farmasøyt

EFFEKT AV FAGLIGE TILTAK

Faglige tiltak er oppsummert som egen gruppe i fire av de inkluderte systematiske oversiktene (13;35;36;49). Til sammen 12 enkeltstudier er inkludert i oversiktene, og det er stor grad av overlapp (se vedlegg 5). I tillegg har vi tatt inn en helseøkonomisk analyse (38). Tiltakene var rettet mot leger i allmennpraksis og bestod av implementering av kliniske retningslinjer for diagnostikk og behandling av pasienter med depresjon. Felles for disse tiltakene var at innføringen skjedde uten støtte i organisatorisk struktur.

Pasientene i studiene var voksne med moderat til alvorlig depresjon.

Effekten av de faglige tiltakene var vurdert både med kliniske utfallsmål, og som endringer i kompetanse og kvalitet i tjenesten. De mest brukte kliniske utfallsmål var alvorlighetsgrad av sykdommen, tilbakefall og funksjonsstatus. Endring i kompetanse var vurdert som bedret diagnostikk, forskrivning av medikamenter i tråd med gjeldende retningslinjer og antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Opplæringstiltak og implementering av retningslinjer ved depresjon

Studier av opplæringstiltak og implementering av retningslinjer for behandling av depresjon uten støtte i organisatoriske tiltak, viste ingen forskjell i effekt på kliniske utfall eller dårligere effekt enn standard behandling. Effekt på klinisk praksis var ikke konsistent i studiene. Det syntes som om opplæring i diagnostikk av depresjon økte antall korrekt diagnostiserte pasienter (13). Resultater fra to randomiserte

kontrollerte studier med rene opplæringstiltak for å bedre behandling av depresjon og uten reorganisering av tjenester og organisatorisk forankring, tyder på at slike tiltak ikke var kostnadseffektive. Tiltakene førte til høyere kostnader og dårligere effekt enn standard behandling (38). Slike enkeltstående tiltak faller utenfor vår definisjon for samhandling, og vi har ikke søkt spesifikt etter andre studier.

Faglige tiltak for pasienter med angstlidelser

Forskningen om effekt av faglige tiltak for pasienter med angst lidelser med eller uten depresjon er mangelfull. Vi har identifisert en systematisk oversikt (49) av følgende tiltak: *audit og feedback* (en studie), *educational outreach* som er kort opplæring (< 30 min) gitt i primærpraksis (to studier), eksternt seminar à 3,5 time med fokus på diagnostikk, behandling og henvisning av pasienter med affektive lidelser og angst (en studie). Oversikten inkluderte pasienter med angstlidelser, eller angst og depresjon vurdert som moderat til alvorlig lidelse. Kontrollgruppen fikk vanlig standard behandling i allmennpraksis (49). Kliniske utfall er rapportert bare i en av de inkluderte studiene. Denne studien undersøkte effekten av audit og feedback og fant ingen forskjell over tid i alvorlighetsgrad av angst eller mental helse (Global Severity Index, Highest Anxiety Subscale Score eller MOS SF-36). Pasientene i intervensjonsgruppen rapporterte større bedring i funksjonsstatus (RR= 1,25; 95 % CI, 1.01 til 1.53) enn pasientene i kontrollgruppen. Diagnostikk av angstlidelser ble bedret, dvs. flere pasienter ble diagnostisert i gruppen som fikk audit og feedback. Denne studien viste også økning i henvisninger til spesialist (RR= 2.94; 95 % CI 1.33 til 6.15).

EFFEKT AV ORGANISATORISKE OG SAMMENSATTE TILTAK

Sammensatte tiltak (faglige og organisatoriske tiltak)

De fleste inkluderte studier undersøkte effekter av sammensatte tiltak. De sammensatte tiltakene bestod som oftest av minst 3-4 ulike komponenter fra faglige og organisatoriske tiltak. De vanligste faglige tiltak var kompetansehevende tiltak for allmennpraktikere slik som tilbud om kurs, informasjonsmateriell (skriftlig og video), faglig støtte fra spesialister i psykiatri til diagnostikk og behandling og innføring av kliniske retningslinjer. Disse tiltakene var ofte kombinert med opplæringstiltak rettet mot pasienten utført av psykiatrisk sykepleier eller farmasøyt. Aktiv oppfølging av pasienter var brukt i de fleste studiene, enten som avtalte konsultasjoner hos allmennlege eller psykiater med regelmessige intervaller, eller som oppfølging via telefon av sykepleier, farmasøyt eller annen terapeut, eller ved hjemmebesøk. Organisatoriske endringer besto som oftest av samlokalisering av spesialisthelsetjenester i psykiatri med allmennpraksis. Flere av de inkluderte studiene evaluerte svært omfattende tiltak som ble utført i henhold til protokoll for å sikre lik gjennomføring. Disse tiltakene omtales som integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (*depression management program; integrated health care models*), trinnvis samhand-

ling om behandling (*stepped collaborative care*), koordinert behandling (*care management program*), eller kvalitetsforbedringsprogram med fokus på diagnostikk og behandling i allmennpraksis (*quality improvement program*).

Samhandling om behandling (Stepped collaborative care)

Samtlige tiltak besto av faglig opplæring rettet mot allmennlegen i retningslinjer for diagnostikk og behandling av depresjon, samt organisatoriske tiltak av typen samlokalisering av spesialist i psykiatri i allmennpraksis, rutiner for tilbakemelding og oppfølging av pasienter ved spesialsykepleier eller farmasøyt. Informasjon om roller og ansvarsfordeling, og behov for ulike personalressurser i de inkluderte studiene var ofte mangelfull. Oppfølgingstiden i studiene varierte fra 6 til 30 måneder. Det er utført flere metaanalyser av resultatene.

En metaanalyse av resultater fra 18 studier av 11 ulike integrerte behandlingsprogrammer med totalt 13 200 pasienter med moderat til alvorlig depresjon viste signifikant større reduksjon av depresjonssymptomer hos pasientene i intervensjonsgruppen enn hos pasienter som fikk standard behandling. Effekt beregnet på tvers av ulike effektestimater fra studiene var moderat (ES (effektstørrelse) = 0.33, 95 % KI 0.16 til 0.49). Tiltaket hadde god effekt på behandlingsetterlevelse (ES= 0.36, 95 % KI, 0.17 til 0.54) . Kostnader av tiltaket var ikke tatt med i oversikten (35).

En annen metaanalyse med 35 randomiserte kontrollerte studier av tiltak som bredt var definert som samhandling om behandling (care-management) viste større reduksjon av depresjonssymptomer ved seks måneder enn standard behandling (SMD 0.26, 95 % KI, 0.18 til 0.32). Heterogenitet i studiene var moderat ($I^2 = 52\%$). Tiltaket hadde positiv effekt på forskrivning av legemidler i tråd med kliniske retningslinjer og på behandlingsetterlevelse (37).

Data for langtidsoppfølging bygger på 11 studier hvorav ti studier var utført i USA. Seks studier har fulgt om lag 70-85 % av pasientene i inntil 19-57 måneder. Resultatene er ikke konsistente. Det var betydelig heterogenitet mellom studiene ($I^2 = 84\%$). Den positive effekten av tiltaket på kliniske utfall varte i inntil fem år i en studie med 57 måneder oppfølging. Effekten av tiltaket var større enn effekten av standard behandling i inntil 24 måneder, men ved lengre oppfølging var effekten ikke lenger signifikant forskjellig fra standard behandling (37).

En narrativ syntese av resultater fra 20 inkluderte studier viste positiv effekt av sammensatte tiltak på tvers av studiene på depresjonssymptomer ved 3-12 måneders oppfølging (18 % median absolutt økning i andel pasienter med 50 % bedring av symptomer) (51).

Samhandlingstiltak i akuttfasen viste ingen effekt på lang sikt (to enkeltstudier). Best effekt over tid hadde studier hvor tiltak i akutt fasen var ledsaget av videre

samhandling i oppfølgingsfasen (51). Det så ut til at enkelte pasientgrupper kunne ha større effekt av samhandling enn andre, men resultatene var ikke konsistente. Dokumentasjonen er mangelfull med hensyn til å kunne si noe om hvilke pasientgrupper som har størst effekt av samhandling.

Forfatterne av oversiktene konkluderte med at det finnes tilstrekkelig evidens for at samhandling om behandling (collaborative-care) for pasienter med depresjon i allmennpraksis er mer effektiv enn standard behandling i amerikansk setting. De viste samtidig til at resultater fra europeiske studier ikke var konsistente og at heterogeniteten i disse studiene var større enn i studier fra USA (13;37;51)

Case-management og care management

En metaanalyse av 11 randomiserte kontrollerte studier med til sammen 4320 pasienter med alvorlig depresjon viste moderat effekt av case-management (48). Forskjellen var signifikant for alle utfall. Bedre symptomreduksjon (SMD = -0.40 SMD; 95 % KI -0.60 til -0.20) og mindre risiko for tilbakefall (RR 1.39 95 % KI 1.30 til 1.48), samt bedre klinisk respons (RR 1.82, 95 % KI 1.68 til 2.05) enn i gruppen med standard behandling. Behandlingsetterlevelse var også bedre hos pasienter i tiltaksgrupper (RR 1.5, 95% KI 1.28 til 1.86). Forfatterne av denne oversikten konkluderte med at case-management bedret behandling av alvorlig depresjon i allmennpraksis.

Flere randomiserte kontrollerte studier har evaluert effekten av care-management hos eldre pasienter over 60 år med vedvarende alvorlig depresjon som ble behandlet i allmennpraksis. Oppsummerte resultater viste større effekt i tiltaksgruppen enn standard behandling, selv om denne effektforskjellen minsket over tid (13;38;39;51)

Forfatterne av en annen systematisk oversikt mente å ha identifisert variabler i case-management som hadde innflytelse på den klinisk effekten: Den faglige bakgrunnen til case-manager og det å ha en spesialist i psykiatri lokalisert i allmennpraksis. Strukturert og planlagt rådgivning og opplæring av case-manager utført av spesialist i psykiatri hadde bedre effekt på behandlingsrelaterte utfall enn ad hoc rådgivning. Case-manager med bakgrunn i mental helse oppnådde bedre resultater enn de som hadde enn annen faglig bakgrunn (37).

Integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (*Disease Management program for depression*)

Neumeyer-Gromen og medarbeidere har utført metaanalyse av resultater fra ti randomiserte kontrollerte studier med pasienter diagnostisert med alvorlig depresjon (75 %) eller moderat til alvorlig depresjon (50). Utfallsmål var blant annet andel pasienter med minimum 50 % bedring av depresjonssymptomer og andel pasienter som fulgte behandlingen. Resultater ved det lengste oppfølgingstidspunkt fra hver studie var inkludert i analysen. Analysen viste en positiv effekt på tvers av tiltakene.

Sensitivitetsanalysen var utført i forhold til studiens kvalitet, oppfølgingstid, frafall og lignede. Effekten på depresjonssymptomer i tiltaksgruppen var større enn i gruppen som fikk standard behandling. Effekten på reduksjon i depresjonssymptomer var presentert som relativ risiko, RR 0.75 (95 % KI 0.70 til 0.81). Behandlingssetterlevelsen var også bedre i tiltaksgruppen, med RR 0.59 (95 % KI 0.46 til 0.75).

Disse resultatene stemmer godt med metaanalysen utført av Genishen og medarbeidere, som viste at samhandlingstiltak ga større effekt enn standard behandling både på kliniske utfall og prosessrelaterte utfall som forskrivningspraksis, behandlingsetterlevelse og tilfredshet (48).

En randomisert kontrollert studie undersøkte effekten av opplæring i screening og behandling av depresjon i henhold til retningslinjer, kombinert med bruk av depresjonsteam (46). Depresjonsteamet bestod av psykiater og sykepleier, og var utplassert i allmennpraksis for å bistå allmennlegene med pasientopplæring og aktiv pasientoppfølging med tilbakemelding til allmennlegen. Studien inkluderte 375 pasienter med moderat til alvorlig depresjon. Kontrollgruppen fikk ingen ekstra personellressurser. Resultater ved 12 måneders oppfølging viste ingen effekt utover standard behandling verken på symptomendring eller livskvalitet. Behandlingssetterlevelsen var bedre i tiltaksgruppen, flere pasienter hadde vært hos spesialist (41 % vs. 27 %) og flere brukte legemidler mot depresjon (79 % vs. 69 %). Tiltaket forbedret prosessrelaterte utfall, men hadde ingen effekt på kliniske utfallsmål. Opplæringstiltak ble gitt til leger i begge grupper, og pasientene i kontrollgruppen hadde tilgang til spesialistbehandling. Det er mulig at studien var for liten til å avdekke potensielle forskjeller i kliniske utfall.

Forfatterne av samtlige oversikter konkluderte med at det finnes dokumentasjonsgrunnlag som støtter bruken av sammensatte samhandlingstiltak i behandling av pasienter med depresjon. Spesielt nevnes bruken av spesialutdannede care managers, programmer for opplæring og støtte for pasienter, langtids aktiv oppfølging av pasienter, integrering av psykiatrisk ekspertise i allmennpraksis og utarbeidelse av behandlingsprogrammer tilpasset lokale behov og tilgjengelige ressurser. Resultater av nye studier peker i samme retning.

Samhandling i behandling av pasienter med angstlidelser

Dokumentasjonen var mangelfull. En systematisk oversikte sammenfattet resultatene av åtte studier med primært angstpasienter (49). Forfatternes sammenfatning av studier med faglige tiltak er omtalt i eget kapittel, se avsnittet om faglige tiltak. Vi referer her kort forfatternes oppsummering av tre studier med organisatoriske tiltak for denne pasientgruppen: Substitusjon av spesialist med spesialutdannet sykepleier som utførte atferdsterapi i allmennpraksis og tiltak som samhandling om behandling. De sistnevnte sammensatte tiltak besto av systematisk opplæring av pasient og lege og integrering av spesialisttjenester i allmennpraksis. Resultatene var ikke kon-

sistente. To studier viste noe større effekt på angstsymptomer i tiltaksgruppen enn gruppen som fikk standard behandling, mens en annen studie med psykiater i allmennpraksis ikke viste noen forskjell fra kontrollgruppen. En studie av sammensatte tiltak viste ingen effekt på prosessrelaterte utfall i forhold til kontrollgruppen. Forfatterne av denne oversikten konkluderte forsiktig at tiltak sammensatt av opplæring og integrering av spesialisttjenester i allmennpraksis for pasienter med angst virker lovende, men at det er behov for videre forskning (49).

En multisenter randomisert kontrollert studie med 232 voksne pasienter med angstlidelser eller alvorlig depresjon og angst som behandles i allmennpraksis, undersøkte effekter av samhandling mellom spesialist i psykiatri som ga kognitiv behandling og allmennlegen (53). Tiltaket besto av kognitiv atferdsterapi for angst gitt av psykiater i allmennpraksis (inntil seks sesjoner) med inntil seks oppfølgende telefonsamtaler over ni måneder. Allmennlegen fikk opplæring i kliniske retningslinjer for angstbehandling, samt kontinuerlig veiledning. Medikamentell behandling var forskrevet av allmennlegen under veiledning av psykiater. Pasientene ble fulgt opp i 12 måneder. Kontrolltiltaket var standard behandling i allmennpraksis. Resultater viste økt respons for behandling i begge grupper, men effekten var signifikant større i tiltaksgruppen både ved tre og tolv måneders oppfølging. En større andel av pasientene i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen hadde remisjoner (29 % vs. 16 % ved ett år), og flere responderte (63 % vs. 38 %). Funksjonsstatus (WHO Disability Scale) var også bedre i tiltaksgruppen ved både tre og seks måneders oppfølging.

Ingen av studiene med angstpasienter hadde oppfølgingstid utover ett år. Det ser ut til at opplæringstiltak og integrering av spesialisttjenester i primærpraksis kan bedre effekten av angstbehandling, men dokumentasjonen er sparsom.

Samhandling i behandling av pasienter med schizofreni eller psykoser

En systematisk oversikt hadde også inkludert studier med pasienter diagnostisert med schizofreni eller kroniske psykoser (13). Oversikten oppsummerte fire enkeltstudier av ulike modeller for samhandling: pasientjournal som oppbevares av pasienten hjemme og brukes som kilde til informasjonsutveksling mellom behandlere (60;61); tverrfaglige psykiatriske team i allmennpraksis som faglig støtte til fastlegen (62) psykiatrisk spesialsykepleier som koordinator av integrerte tjenester mellom allmennpraksis og spesialisttjenesten (63). Det så ut til at innføring av pasientjournal ikke hadde noen effekt på kliniske utfall, selv om informasjonsflyt mellom nivåene ble bedre. Studier av integrering av allmennlegetjenester i spesialistklinikk i USA viste en positiv effekt. Det førte til færre akuttinnleggelser, og pasientene i tiltaksgruppen rapporterte bedre fysisk funksjon, større tilfredshet og bedre behandlingsetterlevelse (63).

Samhandling i behandling av eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser

Dokumentasjonen for effekt av sammensatte samhandlingstiltak i behandlingen av eldre pasienter bygger hovedsakelig på to store amerikanske studier: PROSPECT og IMPACT. Pasientene var eldre over 60 år med vedvarende alvorlige depresjoner og/eller angstlidelser med selvmordsfare. Tiltaket bestod av innføring av kliniske retningslinjer, integrert samhandling på tvers av nivåer og profesjoner, utarbeidelse av behandlingsprotokoller for individuell pasient og *care manager* med ansvar for aktiv oppfølging av pasienter og tilbakemelding. Kontrollgruppen fikk standard behandling i allmennpraksis (13;39;40;42-45;51).

Effekter av *care manager* hos eldre med alvorlig depresjon og suicidalfare ble evaluert (215 pasienter) ved hjelp av telefonintervju etter 4, 8 og 18 måneder, og ved personlig intervju ved 12 måneder. Bare om lag halvparten av pasientene i begge gruppene responderte på behandlingen. Flere pasienter i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen hadde remisjon. Forskjellen i respons mellom gruppene var størst de første 8 måneder (43 % vs. 28 %). Ved 18 måneders oppfølging var det fortsatt en forskjell (67 % vs. 57 %), men ikke signifikant (39;55).

En annen amerikansk multisenter, randomisert kontrollert studie inkluderte 1801 eldre pasienter (> 70 år) diagnostisert med vedvarende alvorlig depresjon (IMPACT-studien). En femtedel av pasientene tilhørte etniske minoriteter. Fire enkeltstudier rapporterer resultater fra 6-12 måneders oppfølging (40;42;44;45). En oppfølgingsstudie av Unutzer og medarbeidere (58) publiserte langtidsresultater utover ett års oppfølging. Denne studien var inkludert i fire systematiske oversiktene (13;36;51;48). Se tabell 6 i vedlegg 6 for overlapp av studier.

Oppsummering av langtidsresultater av IMPACT studien ved 12, 18 og 24 måneders oppfølging viste at en signifikant større andel av pasientene i tiltaksgruppen brukte medikamentell terapi enn i kontrollgruppen (42). Forskjellene var på henholdsvis 18 %, 15 % og 14 %. Det var ingen forskjell i bruken av spesialisthelsetjenester eller rådgivning ved oppfølging utover 12 måneder. Reduksjonen av depresjonssymptomer målt ved SCL-20 score var større hos pasienter i tiltaksgruppen ved samtlige tidspunkter, selv om forskjellen minsket noe over tid (NNT (*Number Needed to Treat*) målt ved andel pasienter med minst 50 % reduksjon i SCL-20 score: NNT= 4 ved 12 mnd; 6 ved 18 mnd og 9 ved 24 mnd). Flere pasienter i tiltaksgruppen oppnådde tilbakefall av sykdommen enn i kontrollgruppen (forskjellen på 17 % ved 12 mnd og 9 % ved 18 mnd). Pasientene i tiltaksgruppen rapporterte bedre livskvalitet i hele perioden. Flere pasienter i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen var fornøyde med behandlingen (forskjellen på 28 % ved 12. mnd; 14 % ved 18 mnd og 13 % ved 24 mnd). For detaljer fra studien vises til evidenstabell, vedlegg 5.

Tiltaket hadde positiv effekt på symptomreduksjon og behandlingsetterlevelse for alle pasienter uavhengig av etnisk tilhørighet (angloamerikanere, andre hvite ameri-

kanere og afroamerikanere). En stratifisert analyse for etnisk bakgrunn viste størst forskjell i effekt i Latino gruppen (40). For detaljer se evidenstabell, vedlegg 5

En subgruppe analyse av IMPACT-studien for pasienter som i tillegg til depresjon hadde diagnosen panikkangst (261 pasienter) eller posttraumatisk stresslidelse (PTSD; 191 pasienter) viste positiv respons og bedre klinisk effekt i tiltaksgruppen enn i gruppen som fikk standard behandling. Flere pasienter i tiltaksgruppen fikk reduksjon av depresjonssymptomer, og flere ble bedre (≥ 50 % reduksjon i SCL-20 skore). Pasientene med PTSD responderte senere på behandlingen, men hadde like stor effekt av tiltaket ved 12 måneder som pasienter med panikkangst (44).

Kostnadseffektiviteent av tiltakene ble vurdert i en helseøkonomisk analyse basert på data fra IMPACT-studien (45). Denne studien er omtalt i avsnittet om helseøkonomiske analyser. For detaljer henvises til vedlegg 5.

Farmasøytisk kompetanse i primærhelsetjenesten

To publikasjoner basert på en randomisert kontrollert studie vurderte effekten av farmasøytisk intervensjon for å bedre behandlingsetterlevelse hos pasienter med nylig diagnostisert alvorlig depresjon i allmennpraksis (41;57). Pasientene i tiltaksgruppen fikk opplæring av klinisk farmasøyt som også hadde ansvar for oppfølging av pasientene. Farmasøyten kontrollerte forskrivning av legemidler, adekvat dosering og bivirkningsforekomst. Kontrollgruppen besto av pasienter som fikk standard behandling. Studien viste moderat bedring med hensyn til symptomreduksjon, behandlingsetterlevelse og tilfredshet i begge grupper. Det var ingen signifikant forskjell i effektstørrelse mellom gruppene på noen tidspunkter (41). Se evidenstabell i vedlegg 5.

Resultater fra denne studien gir ikke grunnlag for entydig konklusjon. Det er mangel på effektstudier av tiltaket utført med pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Hvilke pasienter har størst nytte av samhandling?

Dokumentasjonen var utilstrekkelig for å konkludere hvilke pasientgrupper som har størst effekt av samhandlingstiltak. Forfatterne av flere oversikter antyder at pasienter med alvorlig depresjon har større nytte av samhandling enn pasienter med mildere grad av depresjonen (13;51;64). Oppsummert forskning viser også at samhandlingstiltak har effekt utover standard behandling hos pasienter med schizofreni og angstlidelser selv om dokumentasjonen er begrenset (49;53). Samhandling om behandling av eldre pasienter med alvorlige depresjoner og med høy komorbiditet viste bedre effekt enn standard behandling (13;36;48;51).

Vi fant ingen systematiske oversikter med andre relevante pasientgrupper slik som alvorlige personlighets- og atferdsforstyrrelser eller paranoide lidelser.

Vi mangler studier som sammenligner effekten av identiske tiltak hos pasienter med ulike psykiatriske diagnoser, eller ulik alvorlighetsgrad av lidelsen. Oppsummert forskning kan derfor ikke gi svar på hvilke pasientgrupper som har størst nytte av samhandling.

Sammensatte tiltak – hva virker?

Flere oversikter har prøvd å identifisere hvilke virksomme komponenter av sammensatte tiltak som har størst betydning for kliniske utfall (13;36;51;48). Identifiserte tiltak var som oftest sammensatt av tre til fire komponenter. De vanligste elementene var samhandling om behandling mellom allmennlege og spesialist i psykiatri, opplæring i allmennpraksis, pasientopplæring, case-management og aktiv oppfølging med tilbakemelding til legen.

En studie har sett på om antall komponenter i et sammensatt tiltak har betydning for effekt av tiltaket. Sammenligning av effekter av behandling bestående av inntil tre ulike komponenter, og mer komplekse tiltak bestående av tre eller flere komponenter, viste liten forskjell i effektstørrelse mellom gruppene (48). Standard tiltak: 3 RCT med 869 pasienter; SMD:-0.40, 95 % KI -0.64 til -0.17) vs. komplekse tiltak: (7 RCT; 3095 pasienter; SMD:-0.38, 95 % KI -0.64 til -0.11). Dette kan tyde på at visse komponenter av sammensatte tiltak er mer virksomme enn andre, men vi vet ikke hvilke de er. Det er de virksomme elementene som er avgjørende for resultatet og ikke nødvendigvis høyt antall elementer i et sammensatt tiltak.

Opplæring av legen og intensiv opplæring av pasientene var de vanligste komponenter i sammensatte tiltak med positiv effekt på kvaliteten i behandlingen og behandlingsetterlevelse. Slike opplæringstiltak bør forankres i organisasjonen for å sikre klinisk effekt (13;36;46;49). Aktiv oppfølging av pasienten med tilbakemelding til allmennlegen var også blant de vanligste elementer i studier med positiv effekt på kliniske utfall. Oppfølgingen var som oftest utført per telefon av en person med helsefaglig bakgrunn (sykepleier, farmasøyt, spesialutdannet konsulent/case-maneger). Enkelte ganger var det gjennomført intervju av pasienten i allmennpraksis eller hjemme hos pasienten (13;35;37;51). En annen komponent i studier med positiv effekt var integrering av spesialisttjenester i førstelinjetjenester. Case-management inneholder mange av de samme elementene og synes å fremme pasientens helse og bedre kvaliteten i tjenesten (48).

Det er dessverre ikke mulig å si hvilke av disse komponenter som er viktigst for effekten basert på tilgjengelig litteratur.

Tiltak med liten eller ingen effekt

Forfatterne av de inkluderte oversiktene synes å være enige om at faglige tiltak bestående kun av opplæring eller innføring av kliniske retningslinjer for behandling uten organisatorisk forankring og uten endring i organisering av tjenester har vist liten eller ingen effekt på kliniske utfallsmål (13;49). Innføring av slike tiltak var vurdert som ikke kostnadseffektiv (38). Dokumentasjonen bygger på få kontrollerte studier og bør tolkes med forsiktighet. Vi har ikke sett spesifikt på effekter av den type tiltak fordi de ligger utenfor vår definisjon av samhandling.

HELSEØKONOMISKE ANALYSER AV SAMHANDLINGSTILTAK

Vi har identifisert en systematisk oversikt som oppsummerte 11 helseøkonomiske analyser (enkeltstudier) som har vurdert kostnadseffektivitet av samhandlingstiltak for pasienter med moderat til alvorlig depresjon (38). I tillegg til denne oversikten har vi funnet tre nye enkeltstudier med helseøkonomiske analyser. Disse studiene er utført med pasienter som var inkludert i IMPACT-studien: Alle pasienter (45); diabetespasienter med depresjoner (43) og pasienter med panikk angst (54). Vi har ikke funnet helseøkonomiske analyser av samhandlingstiltak for pasienter med andre alvorlige psykiske lidelser enn depresjon eller angst.

Analysene i studiene var utført som kostnadseffektanalyser med et helsetjenesteperspektiv. Virkninger på kostnader og ressursbruk utenfor helsesektoren, som for eksempel kostnadene for pasienter og pårørende, og for arbeidslivet generelt var ikke beregnet. Resultatene var rapportert som gjennomsnittlige merkostnader av tiltaket per pasient og per depresjons- eller angstfri dag eller som merkostnad per QALY, eller som endring i kostnader for helsetjenesten per pasient (38;43).

Endringer i merkostnader for helsetjenesten var hovedsakelig rapportert for allmennpraksis (out-patient), og bare unntaksvis var endringer i kostnader for spesialisthelsetjenesten tatt med. Kostnadsdata varierte på tvers av studiene på grunn av ulik setting, forskjellig sammensetting av pasientpopulasjon eller valg av metoder for estimering av kostnader og i forhold til hvordan livskvalitetsdata var framkommet.

Beskrivelse av resultater fra de inkluderte studiene

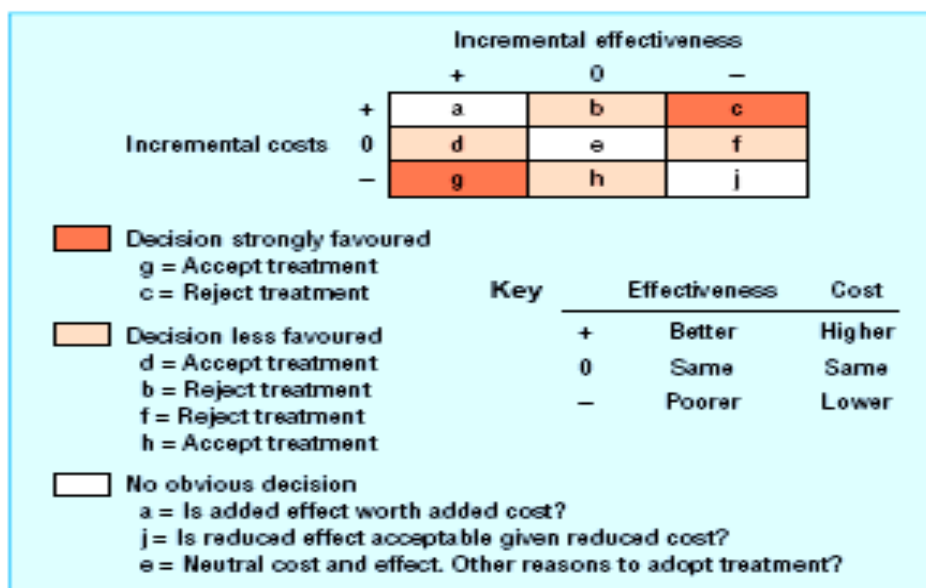
En systematisk oversikt av helseøkonomiske analyser viste resultater av 11 helseøkonomiske analyser utført med data fra randomiserte kontrollerte studier av effekter av ulike sammensatt samhandlingstiltak for pasienter med moderat til alvorlig depresjon (38). Syv av disse studiene inkluderte nydiagnostiserte pasienter med moderat til alvorlig depresjon, mens to andre studier inkluderte pasienter med behandlingsresistent depresjon og pasienter med høyt forbruk av helsetjenester. Intervensjonene besto i hovedtrekk av innføring av kliniske retningslinjer, etablert samhandling med spesialist i psykiatri (konsultasjoner, felles oppfølging av pasienter, revurdering av forskrivningspraksis), rutiner for aktiv oppfølging av behandlingset-

terlevelse og lignende. Kostnadene inkluderte medikamentell behandling, all behandling i allmennpraksis og henvisninger til spesialistutredning.

I den samme oversikten var merkostnad for behandling av depresjon i allmennpraksis (out-patient care) estimert til \$ 13-24 per depresjonsfri dag. Merkostnader for pasienter med depresjon og psykosomatiske lidelser som var storforbrukere av helsetjenester var beregnet til US \$ 1974 per pasient over 12 måneder (65). Kostnader per kvalitetsjustert leveår (QALY) varierte mellom studiene og var fra \$ 15 464 for care-management utført av sykepleier til 36 464 \$ for en mer sammensatt intervensjon.

Det finnes ingen fasit for hvordan resultater fra en systematisk oversikt av helseøkonomiske analyser bør presenteres. Gilbody (38) har brukt en såkalt *permutasjonsmatrise* som er en 3 x 3 tabell med tre mulige utfall for henholdsvis effekt (bedre, ingen, dårligere) og endringer i merkostnad (høyere, uforandret, lavere). Tabellen brukes for å synliggjøre mulige helseøkonomiske utfall for aktuelle tiltak (66;67) ved sammenstilling av resultater fra flere studier. Figuren nedenfor er hentet direkte fra Nixon et al. 2001 og gir en illustrasjon av studienes relativ kostnadseffektivitet.

Figur 3. Permutasjonsmatrise etter Nixon et al. 2001 (67)



Ni av de elleve inkluderte studiene viste at en positiv effekt av tiltaket var forbundet med økning i merkostnader for helsetjenesten i forhold til standard tiltak (38).

I tillegg til denne systematiske oversikten, har vi helseøkonomiske analyser fra fra IMPACT-studien med 18 000 eldre pasienter over 70 år diagnostisert med alvorlig depresjon og/eller dysthymi og med høy komorbiditet (43;54). Resultatene fra studiene oppgis som merkostnader per depresjonsfri dag eller angstfri dag, kvalitetsjustert leveår, og som endringer i kostnader for helsetjenesten.

Merkostnader per depresjonsfri dag var estimert til \$ 2,76 (95 % CI; - \$ 4,95 til 10,47). Merkostnader for allmennhelsetjenesten (out-patient costs) var beregnet til \$ 295 (95 % CI; -\$ 525 til \$1115), men utgiftene til psykiske helsetjenester var lavere enn i kontrollgruppen. Kostnader per kvalitetsjustert leveår (QALY) varierte fra \$ 2519 til 5037 (45). Resultatene tyder på at ulike tiltak i samhandling om behandling av depresjon fører til moderat økning i kostnader for helsetjenesten. Tiltakene gir samtidig bedre effekt enn standard behandling av depresjonen.

Kost-nytteverdien av sammensatte tiltak i IMPACT-studien for behandling av pasienter med panikk angst (232 pasienter) viste at kostnadene for helsetjenester var høyere i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen. Pasienter i tiltaksgruppen hadde i gjennomsnitt 60 flere angstfrie dager (43 til 77 dager) enn kontrollgruppen i løpet av 12 måneders oppfølging. Kostnader per kvalitetsjustert leveår QALY var estimert til \$ 15-25 000. Kostnader per kvalitetsjustert leveår for behandling av angst var mye høyere enn kostnader for tilsvarende tiltak for pasienter med depresjoner.

Bare en av de helseøkonomiske analysene fra IMPACT-studien viste lavere eller uendrede kostnader og større effekt av tiltaket. Denne analysen var utført som subgruppe analyse med pasienter diagnostisert både med diabetes og depresjon (418 pasienter av totalt 1801 pasienter) (43). Tiltaket hadde bedre effekt på kliniske utfall enn standard behandling. Forskjellen i kostnad var minimal; samhandling om eldre diabetespasienter med depresjon var kostnadseffektivt. Pasientene i tiltaksgruppen opplevde i gjennomsnitt 115 flere depresjonsfrie dager enn kontroll gruppen. Merkostnader per depresjonsfri dag var 0,25 \$ (95 % CI; -\$ 14 til \$ 15). De totale kostnadene for helsetjenesten (allmennpraksis og spesialisttjenesten) ble redusert med \$ 896 (CI; - 4 549 til 2 755) over 24 måneder.

En systematisk oversikt oppsummerte kostnadseffektivitet av opplæringstiltak (38). Analysene var utført som kostminimeringsanalyser som forutsetter lik effekt av tiltaket, og sammenligner bare forskjeller i kostnader mellom gruppene. Opplærings-tiltak alene uten organisatoriske endringer i utformingen av helsetjenester ga ingen effekt i forhold til standard behandling, men intervensjonen førte til merkostnader. Helseøkonomiske analyser var utført på data hentet fra to randomiserte kontrollerte studier (38;68;69).

Bare en helseøkonomisk analyse fra oversikten til Gilbody og medarbeidere (38) rapporterte separate resultater for pasienter med lett til moderat depresjon og pasienter med alvorlig depresjon. Studien inkluderte nylig diagnostiserte pasienter med lett til alvorlig depresjon. Intervensjonen var sammensatt og bestod både av opplæringstiltak for pasienter og helsepersonell samt en rekke organisatoriske tiltak. Studien viste lavere effekt og økte kostnader i intervensjonsgruppen for pasienter med lett depresjon (65;70). Merkostnader per vellykket behandling per pasient med lett depresjon var på hele \$ 8 190. Merkostnad for behandling av pasienter med alvorlig depresjon var lavere og var på \$ 1 592 hos. Resultatene kan tyde på at kostnadseffek-

tiviteten av sammensatte tiltak kan være ulik for ulike pasientgrupper. Forfatterne konkluderte imidlertid med at dokumentasjonen er utilstrekkelig for å kunne vurdere om sammensatte intervensjoner er mer kostnadseffektive hos pasienter med alvorlig depresjon enn hos pasienter med lavere grad av sykdommen. Det er behov for flere lignende studier for å se om tiltaket kan ha ulik effekt avhengig av sykdommens alvorlighet.

Oppsummering

Ti av 14 studier med helseøkonomiske analyser viste at tiltak som er sammensatt av opplæring rettet mot utøvere og mot pasienter kombinert med reorganisering av helsetjenester (lavere terskel for behandling av spesialist, økt tilgjengelighet av spesialister i psykiatri i allmennpraksis, case-management, aktiv oppfølging, innføring av kliniske retningslinjer osv) førte til økte totale kostnader for helsevesenet og økt bruk av helsetjenester. Dette kan delvis skyldes økning i antall nydiagnostiserte pasienter slik, at flere pasienter fikk aktiv behandling. Pasientene i tiltaksgruppen hadde også flere legebesøk med økt antall henvisninger til spesialistbehandling og økt forskrivning av medikamenter. Resultater var presentert som kostnader per sykdomsfridag (angst, depresjon) og varierte fra \$ 4,95 til 10.47 per dag. Merkostnader for allmennhelsetjenesten (out-patient costs) varierte fra -\$ 525 til \$1115. Kostnader per kvalitetsjustert leveår (QALY) varierte fra \$ 2519 til 5037 (45). Studiene viser forholdsvis lav kostnad per QALY.

Utfallsmål av typen depresjonsfridag er vanskelig å bruke som beslutningsgrunnlag for prioriteringer mellom ulike pasientgrupper eller mellom andre typer tiltak enn for prioriteringer mellom de ulike tiltakene vi har sett på her. Beregningen av kostnader var utført fra helsevesenets perspektiv og har ikke tatt hensyn til eventuelle endringer i sykefravær, arbeidsførhet, funksjonsnivå eller endringer i bruk av sosiale tjenester. Ingen av studiene har forsøkt å verdsette gevinsten ved bedre kvalitet av tjenester eller økt tilfredshet. Ideelt sett bør slike helseøkonomiske analyser utføres fra samfunnsperspektiv slik at det blir mulig å inkludere effekter på andre områder enn kun helsetjenester.

Diskusjon

Styrke ved vår kunnskapsoppsummering:

Vi har brukt en systematisk framgangsmåte for å identifisere aktuelle tiltak. Vi har inkludert både systematiske oversikter og enkeltstudier som tilfredstilte fastsatte inklusjonskriterier og krav til kvalitet.

Det finnes mye forskning på organisering av helsetjenester mht. samhandling om pasienter med depresjon og angst. Vi har kartlagt og beskrevet ulike organisatoriske modeller for samhandling for denne pasientgruppen. Resultater i studiene peker i samme retning av at samhandling om behandling har positiv effekt, utover standard behandling både på kliniske utfallsmål og kvaliteten av tjenester.

Svakheter/utfordringer ved vår kunnskapsoppsummering:

Overførbarhet av resultater

De fleste studiene var utført i USA, noen i Canada, og bare noen studier var europeiske (UK, Tyskland, Nederland). Vi fant ingen norske studier. De amerikanske studiene var utført i et helsesystem som er forskjelling fra det norske blant annet fordi det er privatisert, har en desentralisert finansiering og ikke har en sentralisert allmennhelsetjeneste og fastlegeordningen. Pasientpopulasjonene i disse studiene har helt forskjellige helsetjenester å forholde seg til enn de norske pasientene. De norske allmennlegekontorer er mye mindre, har færre personellressurser og større faglig uavhengighet enn store amerikanske klinikker som finansieres av en bestemt organisasjon. Norske fastleger har et definert ansvar for sin pasientpopulasjon inkludert de med alvorlige psykiske vansker. Det er sannsynlig at overføring av resultater fra amerikanske studier til norske forhold vil påvirkes av disse forskjellene. De identifiserte modeller for samhandling syntes imidlertid relevante for norske forhold fordi de er utviklet for den samme pasientgruppen, inneholder tiltak som også er aktuelle i Norge og med lignende personalressurser og kompetanse.

De fleste enkeltstudier var utført som forskningsprogrammer hvor deltagerens klinikker har fått tilført ekstra ressurser, og avspeiler ikke vanlig klinisk praksis i regionen. Det kan stilles spørsmålsteget ved om, og i hvilken grad disse forskningsbaserte programmene er anvendbare i det virkelige liv. Vi mangler foreløpig studier fra allmennpraksis som kan besvare dette.

De fleste studiene inkluderte pasienter med moderat til alvorlig grad av psykisk lidelse og rapporteringen av resultater var som oftest utført på tvers av hele pasientgruppen. Bestillingen gjeldt pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men datagrunnlaget bygger på en mer sammensatt populasjon.

Faglige tiltak i samhandling

Følgende studier falt utenfor de fastsatte inklusjonskriterier for rapporten: Studier av enkeltstående tiltak, slik som rene faglige tiltak rettet mot utøvere av typen enkeltstående kurs, konferansedeltagelse, eller en administrativ innføring av faglige retningslinjer. Vi har kun referert til eksisterende oppsummeringer av slike studier fra de inkluderte systematiske oversiktene.

Manglende dokumentasjon

Eksisterende forskning viser effekter av samhandlingstiltak på tvers av nivåer eller profesjoner innen helsetjenesten. Vi har ikke funnet noen studier med dokumentasjon for effekt av samhandlingstiltak mellom fastlegen og andre relevante etater og profesjoner utenfor helsetjenesten.

Vi mangler per i dag dokumentasjonsgrunnlag for å si hvilke pasienter som har størst nytte av samhandling. Det kan tenkes at visse samhandlingstiltak har større effekt hos spesifikke pasientgrupper og at disse pasientene bør prioriteres i samhandling. Det var bare noen få enkeltstudier som rapporterte resultater for nydiagnostiserte pasienter, pasienter med behandlingsresistent depresjon, pasienter med angst og selvmordsfare. Det er lite forskning om slike aktuelle pasientgrupper som schizofreni, angst lidelser, og alvorlige personlighets – og atferdsforstyrrelser eller paranoide lidelser.

Samhandling handler om sammensatte tiltak

Det var ingen standardisering av antall faste komponenter, intensitet og varighet av tiltakene i de identifiserte modellene for samhandling. Direkte sammenligning ble derfor umulig. Vi kan ikke svare på hvilke av de identifiserte modellene som er mest effektive. Vi vet heller ikke hvilke elementer av sammensatte samhandlingstiltak som er mest virksomme. Det kan tenkes at det kun var noen enkelte elementer av de sammensatte tiltak som var virksomme, og at kompleksiteten hadde mindre betydning. Klassifikasjonssystem (taxonomi) for den type tiltak er utilfredsstillende, vi har identifisert flere tiltak med lignende innhold, men ulike navn og omvendt.

Usikkerhet om kostnadseffektivitet av samhandling

Kostnadseffektivitet analyser bygger på amerikanske og engelske studier. Resultatene viser at helsegevinst/ nytten av de sammensatte tiltak var noe større enn av standard behandling, men at kostnadene var høyere. Samtlige analysene var utført fra helsevesenets perspektiv. Norske helsemyndigheter har ikke etablert en klar konsensus rundt en terskelverdi for hva som betraktes som kostnadseffektivt, dvs. hvor mye man er villig til å betale for et vunnet leveår eller et vunnet kvalitetsjustert leveår, og

heller ikke om en slik grense skal vurderes fra et helsetjenesteperspektiv eller et samfunnsøkonomisk perspektiv. Kristiansen og medarbeidere refererer til ulike pragmatiske grenser som har vært foreslått til bruk i hverdagens prioriteringsdiskusjoner, og disse beløper seg til en grense på minst 425000 2005-kr som verdi på et statistisk leveår (71). En annet foreslått pragmatisk grense for verdien av et vunnet leveår er bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger per år. Dette tallet var ca. 462 000 kr i 2006 (<http://www.ssb.no> 5.sept 2007). En omregning fra de internasjonale studiene (38;43;54) tyder på at kostnadene ligger innenfor denne grensen for hva som antas å være kostnadseffektiv.

Det er mulig at det for norske forhold bør brukes en bredere tilnærming for å vise kostnadseffektivitet av tiltakene, ved å inkludere sosiale kostnader, pasientomkostninger, og ikke minst effekt på arbeidsledighet, sykefravær og opprettholdt arbeidskapasitet. Dette vil bedre gjenspeile norsk praksis i behandling av pasienter med psykiske lidelser.

Effektstørrelse og oppfølgingstid

Forskjellen i effektstørrelse i forhold til standard behandling var moderat. Data bygger på amerikanske studier og det kan tenkes at utforming av standard behandling har påvirket effektstørrelse av samhandlingstiltak. Det er mulig at samhandlingstiltak har størst effekt på steder hvor standard behandling i allmennpraksis er relativt enkelt utformet, men at forskjellen i effekt blir mindre på steder hvor standard behandling allerede inneholder flere av de samme komponenter som samhandlingstiltak (faglige retningslinjer, aktiv oppfølging, samarbeid med spesialisttjenesten). Vi trenger valideringsstudier av relevante modeller i norsk setting for å se om effekten er overførbar til andre forhold.

Klinisk effekt synes å avta over tid, men vi mangler fortsatt studier med langtidsoppfølging av pasienter. Resultater fra toårs oppfølging viser at den positive effekten var vedvarende men forskjellen fra standardbehandling var ikke lenger signifikant. Det var få studier med oppfølgingstid utover to år til tross for at lidelsen var kronisk. Psykiske lidelser har svingende forløp, behandlingen gir bivirkninger, og behandlingsetterlevelse er et kjent problem i denne pasientgruppen. Dette kan være en mulig forklaring på den avtagende effekt. En annen forklaring kan være at slike samhandlingsprosjekter øker kvaliteten av standardbehandlingen i allmennpraksis og at dette fører til at forskjeller i effektstørrelse blir mindre. Eksisterende forskning gir ikke entydig svar.

Oppsummering

Det er mange faktorer som påvirker samhandling og helhet i helsetjenesten. Brukermedvirkning, holdninger og kunnskap hos helsepersonell, ledelse og nasjonale og lokale rammebetingelser er noen av disse. Følgende elementer av samhandlingstiltak fremheves som viktige i forhold til resultat av samtlige forfatterne: Hjelp til selvhjelp inkludert pasientopplæring og faste kontaktpersoner med ansvar for oppføl-

ging av pasienten, organisatoriske endringer i utformingen av helsetjenester som er tilpasset pasientenes behov, utvikling av gode beslutningsverktøy (kliniske retningslinjer, integrerte behandlingsprogrammer); oppbygging av kompetanse og gode systemer for klinisk informasjon og informasjonsutveksling. Det er behov for større standardisering av innholdet for å finne ut hvilke enkeltkomponenter som er mest virksomme og hvordan bør de settes sammen for å få best effekt. Det bør arbeides for en felles klassifisering (taxonomi) av de mest brukte tiltak og større standardisering av innholdet. Først da vil det være mulig å sammenligne effekten av ulike modeller.

Oppsummert forskning viser at samhandling om behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser sannsynligvis kommer til å kreve mer ressurser i form av faglige ressurser og tid og ekstra kostnader knyttet til høyere forbruk av helsetjenester og medikamentell behandling. Dette bør tas hensyn til ved planlegging av samhandlingstiltak. Hensikten med samhandling er økt kvalitet på tjenester og ikke reduksjon av kostnader ved at visse tjenester overføres fra annen til første linje helsetjenester. Det er flere aktuelle norske prosjekter som er satt i gang, men ingen er evaluert gjennom kontrollerte effektstudier. Det betyr at fremtidig satsing på samhandling bør utføres innen kontrollerte rammer av forskningsprosjekter inntil vi har tilstrekkelig dokumentasjon for hva som virker i norske forhold og for hvem.

Konklusjon

- Forskningen viser at samhandling i behandling av moderat til alvorlig depresjon med eller uten angstlidelser, forbedrer pasientutfall og øker kvaliteten av behandlingen gitt i allmennpraksis. Flere pasienter i tiltaksgruppen opplevde bedring av symptomer og tilbakegang av sykdommen. Behandlingsetterlevelsen var også bedre i tiltaksgruppen.
- Følgende faktorer synes å fremme god effekt av samhandlingstiltak: systemforankring av tiltaket på alle nivåer, opplæring, bruk av beslutningsverktøy, fokus på helhetlig pasientforløp, aktiv oppfølging av pasienter med gode rutiner for tilbake melding til legen.
- Samhandling om behandling på tvers av nivåer og profesjoner krever mer ressurser og er dyrere for helsetjenesten enn standard behandling. Dette bør tas hensyn til ved utforming av behandlingstiltak i primærpraksis for pasienter med psykiske lidelser.
- Dokumentasjonen er utilstrekkelig for å foreta en direkte sammenligning av ulike modeller for samhandling. Vi kan ikke si hvilke sammensatte modeller som er bedre enn andre, eller hvilke komponenter som er mest virksomme.
- Vi fant ingen effektstudier av samhandlingstiltak mellom fastlegen og etater og profesjoner utenfor helsetjenesten.
- Det er lite eller ingen forskning om effekter av samhandling i behandling av schizofreni, andre psykoser og alvorlige personlighets – og atferdsforstyrrelser i allmennpraksis.
- Dokumentasjonen bygger på studier utført i andre helsesystemer enn det norske. Vi fant ingen norske effektstudier av relevante samhandlingstiltak. Fremtidig forskning bør fokusere på overføringsverdi av utenlandske modeller til norsk setting, og langtidseffekter av samhandlingstiltak.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Der er behov for å avklare hvilke pasientgrupper som har størst nytte av samhandling, hvilke komponenter av sammensatte tiltak som er mest virksomme, og hva som er en optimal sammensetting av tiltak for en definert pasientgruppe.

Det er behov for effektstudier av ulike samhandlingsmodeller utført i norsk setting og med norske kostnadsdata. Identifiserte studier viser at det er mulig å utføre randomiserte kontrollerte forsøk for å studere effekter av samhandlingstiltak.

Helseøkonomiske analyser bør kunne utføres som kostnadsnytte analyse og/eller kostnadseffektanalyse forutsatt at det samles relevant informasjon parallelt med kliniske utfall og prosessrelaterte utfall fra effektstudiene.

Kvalitative studier vil kunne bidra til mer kunnskap om hvilke faktorer som styrker eller hindrer effektiv samhandling mellom aktuelle aktører.

Referanser

1. Samhandling mellom kommunale helse-og omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten - organisatoriske tiltak. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006.
2. Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostikk, vurdering og målrettet behandling. Den norske legeforening; 2004.
3. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003 -2006. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2003. 15-1128.
4. St.prp.nr.63 (1997-98): Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudjettet for 1998. Sosial- og helsedepartementet; 2007.
5. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349(9064):1498-504.
6. Depression: Management of depression in primary and secondary care. [Health Technology Assessment. National Institute for Clinical Excellence (NICE);(Clinical Guideline 23:63): [updated 2005]
7. Improving the recognition and management of depression in primary care. 7 ed. 2002.
8. Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse - konklusjoner og policy utfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd; 2004.
9. Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions.WHO European Ministerial Conference on Mental Health, WHO Europe. 2005.
10. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning; 2005. 3.
11. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Quality in Health Care 2001;10(1):33-9.

12. Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar - ei studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar ved akuttinnleggingar i somatisk sjukehus. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo; 2000.
13. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2006;51(6 Suppl 1):7S-72S.
14. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321 (7262):694-6.
15. Campbell M, Eccles M, Elovainio, M, Grimshaw J, Thorsen T, et al. Changing professional practice. Copenhagen: Danish Institute for health services Research and Developments; 1999 May.
16. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 1998.
17. Marshall M, Creed F. Assertive community treatment - is it the future of community care in the UK? *International Review of Psychiatry* 2000;12(3):191-6.
18. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs* 2001;20(6):64-78.
19. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality & Safety in Health Care* 2004;13(4):299-305.
20. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK, VonKorff M. Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2005;11:S7-S15.
21. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area - A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41(9):713-9.
22. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1091-8.
23. Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED). *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68:3-9.
24. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry* 2006;47(3):178-84.
25. Kringlen E. A history of Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry* 2004;15(59):259-83.
26. Distriktpsikiatriske sentre- organisering og arbeidsområder. Statens Helsetilsyn veiledningsserie 1-2001. 1 ed. Statens Helsetilsyn; 2001.
27. Kvamme OJ. Praksiskonsulentordningen: definisjon, ideologi og målsettinger www.legeforeningen.no/index.db?id=15394.

28. Veileder for individuell plan 2001. Oslo: Sosial og helsedepartementet; 2001.
29. Magnussen G. FOU- Prosjekt. Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten.: AGENDA Utredning & Utvikling AS.; 2007. 5459.
30. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Ludman E, Bush T, et al. Improving primary care treatment of depression among patients with diabetes mellitus: the design of the pathways study. *General Hospital Psychiatry* 2003;25(3):158-68.
31. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. Recognition and treatment recommendations for generalized anxiety disorder and major depressive episode: a cross sectional study among general practitioners in Norway. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2006;8:340-7.
32. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006;2(21):1-9.
33. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice - Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:470-6.
34. Bjørndal Ar. Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Kunnskapssenteret; 2006.
35. Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano AJ, et al. Effectiveness of disease management programs in depression: A systematic review. *Am J Psychiatry* 2003;160(12):2080-90.
36. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. [Review] . *JAMA* 2003;289(23):3145-51.
37. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression - A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Archives of Internal Medicine* 2006;166(21):2314-21.
38. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: Systematic review of randomised economic evaluations. *British Journal of Psychiatry* 2006;189(4):297-308.
39. Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Ten Have T, Raue P, et al. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *The American journal of psychiatry* 2005;162(4):718-24.
40. Arean PA, Ayalon L, Hunkeler E, Lin EH, Tang L, Harpole L, et al. Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care* 2005;43(4):381-90.
41. Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK, Ellsworth AJ, Clark DR, Stevens NG, et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Syst Pharm* 2004;61(4):364-72.

42. Hunkeler EM, Katon W, Tang LQ, Williams JW, Kroenke K, Lin EHB, et al. Long term outcomes from the MPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *British Medical Journal* 2006;332(7536):259-62.
43. Katon W, Unützer J, Fan MY, Williams JW, Schoenbaum M, Lin EH, et al. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006;29(2):265-70.
44. Hegel MT, Unutzer J, Tang L, Arean PA, Katon W, Noel PH, et al. Impact of Comorbid Panic and Posttraumatic Stress Disorder on Outcomes of Collaborative Care for Late-Life Depression in Primary Care. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;13(1):48-58.
45. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(12):1313-20.
46. Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2006;145(7):477-87.
47. Roy-Byrne P, Stein MB, Russo J, Craske M, Katon W, Sullivan G, et al. Medical illness and response to treatment in primary care panic disorder. *General Hospital Psychiatry* 2005;27(4):237-43.
48. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review (DARE provisional record). *Psychological Medicine* 2006;36:7-14.
49. Heideman J, van Rijswijk E, van Lin N, de Loos S, Laurant M, Wensing M, et al. Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice* 2005;55(520):867-74.
50. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease Management Programs for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care* 2004;42(12):1211-21.
51. Williams JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry* 2007;29(2):91-116.
53. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. *Archives of General Psychiatry* 2005;62(3):290-8.
54. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan M-Y, et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychological Medicine* 2006;36 (3):353-63.
55. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CFI, Katz II, Schulberg HC, Mul-sant BH, et al. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial.. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2004;291(9):1081-91.

56. Mulsant BH, Alexopoulos GS, Reynolds CF, Katz IR, Abrams R, Oslin D, et al. Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;16(6):585-92.
57. Boudreau DM, Capoccia KL, Sullivan SD, Blough DK, Ellsworth AJ, Clark DL, et al. Collaborative care model to improve outcomes in major depression. *The Annals of pharmacotherapy* 2002; 36(4):585-91.
58. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(22):2836-45.
59. Unutzer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino IT, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58(10):935-42.
60. Warner JP, King M, Blizzard R, McClenahan Z, Tang S. Patient-held shared care records for individuals with mental illness. Randomized controlled evaluation. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 2000; 177:319-24.
61. Lester HE, Allan T, Wilson S, Jowett S, Roberts L. A cluster randomised controlled trial of patient-held medical records for people with schizophrenia receiving shared care. *British Journal of General Practice* 2003; 53(488):197-203.
62. Bindman J, Goldberg D, Chisholm D, Amponsah S, Shetty G, Brown J. Primary and secondary care for mental illness: Impact of a link worker service on admission rates and costs. *J Mental Health* 2001; 10(6):637-44.
63. Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenheck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 2001;58(9):861-8.
64. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care - Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *British Journal of Psychiatry* 2006; 189:484-93.
65. Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ, Pearson SD, Henk HJ, Helstad CS. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(2):181-7.
66. Drummond MF, Nixon J. Economic evaluation. *Singapore Medical Journal* 2006; 47(6):456-62.
67. Nixon J, Khan S.K, Kleijnen J. Summarizing economic evaluations in systematic reviews: a new approach. *BMJ: British Medical Journal* 2001; 322(30 June 2001):1596-8.
68. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355(9199):185-91.
69. Gask L, Dowrick C, Dixon C, Sutton C, Perry R, Torgerson D, et al. A pragmatic cluster randomized controlled trial of an educational intervention

- for GPs in the assessment and management of depression. *Psychological Medicine* 2004;34(1):63-72.
70. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9(4):345-51.
71. Kristiansen IS, Gyrd-Hansen D. Prioritering og helse- bør det innføres makspris på leveår? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 2007;127:54-7.
72. Butler R, Hatcher S, Price J, Von Korff M. Depression in adults: psychological treatments and care pathways. Improving treatment delivery. *BMJ (Clinical evidence)* 2007;1-6.
73. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):927-36.
74. Bauer MS, McBride L, Williford WO, Glick H, Kinosian B, Altshuler L, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006;57(7):937-45.
75. Berardi D, Menchetti M, Dragani A, Fava C, Leggieri G, Ferrari G. The Bologna Primary Care Liaison Service: first year evaluation. *Community Mental Health Journal* 2002;38(6):439-45.
76. Ceroni GB, Rucci P, Berardi D, Berti Ceroni F, Katon W. Case review vs. usual care in primary care patients with depression: A pilot study. *General Hospital Psychiatry* 2002;24(2):71-80.
77. Churchill R, Dewey M, Gretton V, Duggan C, Chilvers C, Lee A. Should general practitioners refer patients with major depression to counselors: a review of current published evidence. *British Journal of General Practice* 1999; 49(446):738-43.
78. Dombrowski A, Rosenstock J. Bridging general medicine and psychiatry: Providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. *Current Opinion in Psychiatry* 2004; 17(6):523-9.
79. Essock SM, Kontos N. Implementing assertive community treatment teams. *Psychiatric Services* 1995;46(7):679-83.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkestrategi

Vedlegg 2: Sjekklistor for vurdering av relevans

Vedlegg 3: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Vedlegg 4: Ekskluderte studier

Vedlegg 5: Evidenstabeller av inkluderte studier

Vedlegg 6: Overlapp av primærstudier i systematiske oversikter.

Vedlegg 7: Norske prosjekter

Vedlegg 1: Søkestrategi

Cochrane Library

- #1 MeSH descriptor **Patient Care Team**, this term only
- #2 MeSH descriptor **Patient-Centered Care**, this term only
- #3 MeSH descriptor **Comprehensive Health Care**, this term only
- #4 MeSH descriptor **Psychology, Medical**, this term only
- #5 MeSH descriptor **Referral and Consultation**, this term only
- #6 MeSH descriptor **Delivery of Health Care, Integrated**, this term only
- #7 MeSH descriptor **Interprofessional Relations**, this term only
- #8 MeSH descriptor **Interdisciplinary Communication**, this term only
- #9 MeSH descriptor **Cooperative Behavior**, this term only
- #10 (patient NEXT care or health NEXT care or healthcare or interdisciplinary or multidisciplinary) NEAR/3 team*:ti or (patient NEXT care or health NEXT care or healthcare or interdisciplinary or multidisciplinary) NEAR/3 team*:ab
- #11 (patient NEXT centered or patient NEXT focused or parallel or shared or consultative or collaborative or coordinated or comprehensive or integrat* or interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary or cross disciplinary or cooperat* or co NEXT operat*) NEAR/3 (care or healthcare or treatment):ti or (patient NEXT centered or patient NEXT focused or parallel or shared or consultative or collaborative or coordinated or comprehensive or integrat* or interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary or cross disciplinary or cooperat* or co NEXT operat*) NEAR/3 (care or healthcare or treatment):ab
- #12 (liaison):ti or (liaison):ab
- #13 (referral*):ti or (referral*):ab
- #14 MeSH descriptor **Primary Health Care**, this term only
- #15 MeSH descriptor **Family Practice**, this term only
- #16 MeSH descriptor **Physicians, Family**, this term only
- #17 (primary or first NEXT line) NEAR/3 (care or healthcare):ti or (primary or first NEXT line) NEAR/3 (care or healthcare):ab
- #18 (family NEXT (practice or practitioner* or physician* or doctor*)):ti or (family NEXT (practice or practitioner* or physician* or doctor*)):ab
- #19 (general NEXT practice or general NEXT practitioner* or general NEXT physician* or generalist* or GP or gate NEXT keeper* or gatekeeper*):ti or (general NEXT practice or general NEXT practitioner* or general NEXT physician* or generalist* or GP or gate NEXT keeper* or gatekeeper*):ab
- #20 MeSH descriptor **Mental Disorders**, this term only
- #21 MeSH descriptor **Anxiety Disorders**, this term only
- #22 MeSH descriptor **Panic Disorder**, this term only
- #23 MeSH descriptor **Phobic Disorders**, this term only
- #24 MeSH descriptor **Eating Disorders**, this term only
- #25 MeSH descriptor **Anorexia Nervosa**, this term only
- #26 MeSH descriptor **Bulimia Nervosa**, this term only
- #27 MeSH descriptor **Mood Disorders**, this term only
- #28 MeSH descriptor **Affective Disorders, Psychotic**, this term only
- #29 MeSH descriptor **Bipolar Disorder**, this term only
- #30 MeSH descriptor **Depressive Disorder**, this term only
- #31 MeSH descriptor **Depressive Disorder, Major**, this term only
- #32 MeSH descriptor **Personality Disorders**, this term only
- #33 MeSH descriptor **Antisocial Personality Disorder**, this term only

- #34 MeSH descriptor **Borderline Personality Disorder**, this term only
- #35 MeSH descriptor **Compulsive Personality Disorder**, this term only
- #36 MeSH descriptor **Dependent Personality Disorder**, this term only
- #37 MeSH descriptor **Histrionic Personality Disorder**, this term only
- #38 MeSH descriptor **Paranoid Personality Disorder**, this term only
- #39 MeSH descriptor **Passive-Aggressive Personality Disorder**, this term only
- #40 MeSH descriptor **Schizoid Personality Disorder**, this term only
- #41 MeSH descriptor **Schizotypal Personality Disorder**, this term only
- #42 MeSH descriptor **Paranoid Disorders**, this term only
- #43 MeSH descriptor **Psychotic Disorders**, this term only
- #44 MeSH descriptor **Schizophrenia**, this term only
- #45 MeSH descriptor **Schizophrenia, Catatonic**, this term only
- #46 MeSH descriptor **Schizophrenia, Disorganized**, this term only
- #47 MeSH descriptor **Schizophrenia, Paranoid**, this term only
- #48 (mental or psychiatric or psychic or psychological or anxiety or panic or phobic or manic or affective or mood or eating or appetite or bipolar or depressive or personality or paranoid or psychotic or schizo*) NEAR/3 disorder*:ti or (mental or psychiatric or psychic or psychological or anxiety or panic or phobic or manic or affective or mood or eating or appetite or bipolar or depressive or personality or paranoid or psychotic or schizo*) NEAR/3 disorder*:ab
- #49 (anorexia or bulimia):ti or (anorexia or bulimia):ab
- #50 (severe or major or chronic) NEAR/3 (mental NEXT illness* or depression):ti or (severe or major or chronic) NEAR/3 (mental NEXT illness* or depression):ab
- #51 (mania or paranoi* or psychosis or psychoses or schizophreni*):ti or (mania or paranoi* or psychosis or psychoses or schizophreni*):ab
- #52 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
- #53 (#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19)
- #54 (#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51)
- #55 (#52 AND #53 AND #54)

Center for Reviews and Dissemination (CRD)

1. MeSH Patient Care Team
2. MeSH Patient-Centered Care
3. MeSH Comprehensive Health Care
4. MeSH Psychology, Medical
5. MeSH Referral and Consultation
6. MeSH Delivery of Health Care, Integrated
7. MeSH Interprofessional Relations
8. MeSH Interdisciplinary Communication
9. MeSH Cooperative Behavior
10. MeSH Primary Health Care
11. MeSH Family Practice
12. MeSH Physicians, Family
13. MeSH Mental Disorders
14. MeSH Anxiety Disorders
15. MeSH Panic Disorder
16. MeSH Phobic Disorders
17. MeSH Eating Disorders
18. MeSH Anorexia Nervosa
19. MeSH Bulimia Nervosa
20. MeSH Mood Disorders
21. MeSH Affective Disorders, Psychotic
22. MeSH Bipolar Disorder
23. MeSH Depressive Disorder
24. MeSH Depressive Disorder, Major
25. MeSH Personality Disorders
26. MeSH Antisocial Personality Disorder
27. MeSH Borderline Personality Disorder
28. MeSH Compulsive Personality Disorder
29. MeSH Dependent Personality Disorder
30. MeSH Histrionic Personality Disorder
31. MeSH Paranoid Personality Disorder
32. MeSH Passive-Aggressive Personality Disorder
33. MeSH Schizoid Personality Disorder
34. MeSH Schizotypal Personality Disorder
35. MeSH Paranoid Disorders
36. MeSH Psychotic Disorders
37. MeSH Schizophrenia
38. MeSH Schizophrenia, Catatonic
39. MeSH Schizophrenia, Disorganized
40. MeSH Schizophrenia, Paranoid
41. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9
42. #10 or #11 or #12
43. #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40
44. #41 and #42 and #43

Ovid MEDLINE

1. Patient Care Team/
2. Patient-Centered Care/
3. Comprehensive Health Care/
4. Psychology, Medical/
5. "Referral and Consultation"/
6. "Delivery of Health Care, Integrated"/
7. Interprofessional Relations/
8. Interdisciplinary Communication/
9. Cooperative Behavior/
10. ((patient care or health care or healthcare or interdisciplinary or multidisciplinary) adj3 team\$.tw.
11. ((patient centered or patient focused or parallel or shared or consultative or collaborative or coordinated or comprehensive or integrat\$ or interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary or cross disciplinary or cooperat\$ or co operat\$) adj3 (care or healthcare or treatment)).tw.
12. liaison.tw.
13. referral?.tw.
14. or/1-13
15. Primary Health Care/
16. Family Practice/
17. Physicians, Family/
18. ((primary or first line) adj3 (care or healthcare)).tw.
19. (family adj (practice or practitioner? or physician? or doctor?)).tw.
20. (general practice or general practitioner? or general physician? or generalist? or GP or gate keeper? or gatekeeper?).tw.
21. or/15-20
22. Mental Disorders/
23. Anxiety Disorders/
24. Panic Disorder/
25. Phobic Disorders/
26. Eating Disorders/
27. Anorexia Nervosa/
28. Bulimia Nervosa/
29. Mood Disorders/
30. Affective Disorders, Psychotic/
31. Bipolar Disorder/
32. Depressive Disorder/
33. Depressive Disorder, Major/
34. Personality Disorders/
35. Antisocial Personality Disorder/
36. Borderline Personality Disorder/
37. Compulsive Personality Disorder/
38. Dependent Personality Disorder/
39. Histrionic Personality Disorder/
40. Paranoid Personality Disorder/
41. Passive-Aggressive Personality Disorder/

42. Schizoid Personality Disorder/
43. Schizotypal Personality Disorder/
44. Paranoid Disorders/
45. Psychotic Disorders/
46. Schizophrenia/
47. Schizophrenia, Catatonic/
48. Schizophrenia, Disorganized/
49. Schizophrenia, Paranoid/
50. ((mental or psychiatric or psychic or psychological or anxiety or panic or phobic or manic or affective or mood or eating or appetite or bipolar or depressive or personality or paranoid or psychotic or schizo\$) adj3 disorder?).tw.
51. (anorexia or bulimia).tw.
52. ((severe or major or chronic) adj3 (mental illness\$ or depression)).tw.
53. (mania or paranoi? or psychosis or psychoses or schizophreni?).tw.
54. or/22-53
55. Meta-analysis/
56. meta analy\$.tw.
57. metaanaly\$.tw.
58. meta analysis.pt.
59. ((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.
60. literature study.tw.
61. (critical adj (appraisal or analysis)).tw.
62. exp Review Literature/
63. cochrane.ab.
64. medline.ab.
65. embase.ab.
66. (psychlit or psyclit).ab.
67. (psychinfo or psycinfo).ab.
68. (cinahl or cinhal).ab.
69. science citation index.ab.
70. bids.ab.
71. cancerlit.ab.
72. reference list\$.ab.
73. bibliograph\$.ab.
74. hand-search\$.ab.
75. relevant journals.ab.
76. manual search\$.ab.
77. selection criteria.ab.
78. data extraction.ab.
79. 77 or 78
80. review.pt.
81. 79 and 80
82. or/55-76,81
83. comment.pt.
84. letter.pt.
85. editorial.pt.
86. animals/
87. humans/
88. 86 not (86 and 87)

89. or/83-85,88
90. 82 not 89
91. randomized controlled trial.pt.
92. controlled clinical trial.pt.
93. intervention studies/
94. experiment\$.tw.
95. (time adj series).tw.
96. (pre test or pretest or (posttest or post test)).tw.
97. random allocation/
98. evaluation studies/
99. evaluat\$.tw.
100. comparative studies/
101. (randomized or randomised).tw.
102. (random\$ adj1 (allocat\$ or assign\$)).tw.
103. animals/
104. humans/
105. 103 not 104
106. comment.pt.
107. letter.pt.
108. editorial.pt.
109. or/106-108
110. or/91-102
111. 110 not (105 or 109)
112. 14 and 21 and 54 and (90 or 111)

Ovid EMBASE

1. Integrated Health Care System/
2. Patient Referral/
3. Interdisciplinary Communication/
4. Teamwork/
5. Cooperation/
6. ((patient care or health care or healthcare or interdisciplinary or multidisciplinary) adj3 team\$).tw.
7. ((patient centered or patient focused or parallel or shared or consultative or collaborative or coordinated or comprehensive or integrat\$ or interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary or cross disciplinary or cooperat\$ or co operat\$) adj3 (care or healthcare or treatment)).tw.
8. liaison.tw.
9. referral?.tw.
10. or/1-9
11. Primary Health Care/
12. Primary Medical Care/
13. General Practice/
14. General Practitioner/
15. ((primary or first line) adj3 (care or healthcare)).tw.
16. (family adj (practice or practitioner? or physician? or doctor?)).tw.

17. (general practice or general practitioner? or general physician? or generalist? or GP or gate keeper? or gatekeeper?).tw.

18. or/11-17

19. Mental Disease/

20. Anxiety Disorder/

21. Panic/

22. Phobia/

23. Eating Disorder/

24. Anorexia Nervosa/

25. Bulimia/

26. Mood Disorder/

27. Affective Psychosis/

28. Major Affective Disorder/

29. Schizoaffective Psychosis/

30. Depressive Psychosis/

31. Major Depression/

32. "Mixed Anxiety and Depression"/

33. Bipolar Disorder/

34. Bipolar Depression/

35. Bipolar i Disorder/

36. Bipolar ii Disorder/

37. Bipolar Mania/

38. Manic Depressive Psychosis/

39. "Mixed Mania and Depression"/

40. Rapid Cycling Bipolar Disorder/

41. Mania/

42. Manic Psychosis/

43. Personality Disorder/

44. Avoidant Personality Disorder/

45. Borderline State/

46. Character Disorder/

47. Compulsive Personality Disorder/

48. Dependent Personality Disorder/

49. Histrionic Personality Disorder/

50. Narcissism/

51. Paranoid Personality Disorder/

52. Passive Aggressive Personality Disorder/

53. Psychopathy/

54. Schizoidism/

55. Schizotypal Personality Disorder/

56. Psychosis/

57. Acute Psychosis/

58. Paranoid Psychosis/

59. Paranoia/

60. Paranoid Schizophrenia/

61. Schizophrenia/

62. Catatonic Schizophrenia/

63. Hebephrenia/

64. Latent Schizophrenia/

65. Schizophreniform Disorder/

66. ((mental or psychiatric or psychic or psychological or anxiety or panic or phobic or manic or affective or mood or eating or appetite or bipolar or depressive or personality or paranoid or psychotic or schizo\$) adj3 disorder?).tw.
67. (anorexia or bulimia).tw.
68. ((severe or major or chronic) adj3 (mental illness\$ or depression)).tw.
69. (mania or paranoi? or psychosis or psychoses or schizophreni?).tw.
70. or/19-69
71. Systematic Review/
72. meta analysis/
73. metaanaly\$.tw.
74. meta analy\$.tw.
75. ((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.
76. literature study.tw.
77. (critical adj (appraisal or analysis)).tw.
78. cochrane.ab.
79. medline.ab.
80. embase.ab.
81. (psychlit or psyclit).ab.
82. (psychinfo or psycinfo).ab.
83. (cinahl or cinhal).ab.
84. science citation index.ab.
85. bids.ab.
86. cancerlit.ab.
87. reference list\$.ab.
88. bibliograph\$.ab.
89. hand-search\$.ab.
90. relevant journals.ab.
91. manual search\$.ab.
92. selection criteria.ab.
93. data extraction.ab.
94. 92 or 93
95. review.pt.
96. 94 and 95
97. or/71-91,96
98. editorial.pt.
99. letter.pt.
100. Animal/
101. Nonhuman/
102. 100 or 101
103. Human/
104. 102 not (102 and 103)
105. or/98-99,104
106. 97 not 105
107. Randomized Controlled Trial/
108. (randomised or randomized).tw.
109. experiment\$.tw.
110. Time Series Analysis/
111. (time adj series).tw.
112. (pre test or pretest or (posttest or post test)).tw.

- 113. evaluat\$.tw.
- 114. Comparative Study/
- 115. Nonhuman/
- 116. letter.pt.
- 117. editorial.pt.
- 118. or/107-114
- 119. 118 not (115 or 116 or 117)
- 120. 10 and 18 and 70 and (106 or 119)

Ovid PsycINFO

- 1. Interdisciplinary Treatment Approach/
- 2. Integrated Services/
- 3. Teams/
- 4. Client Centered Therapy/
- 5. Professional Referral/
- 6. Client Transfer/
- 7. Cooperation/
- 8. Consultation Liaison Psychiatry/
- 9. Partial Hospitalization/
- 10. ((patient care or health care or healthcare or interdisciplinary or multidisciplinary) adj3 team\$).tw.
- 11. ((patient centered or patient focused or parallel or shared or consultative or collaborative or coordinated or comprehensive or integrat\$ or interprofessional or interdisciplinary or multidisciplinary or cross disciplinary or cooperat\$ or co operat\$) adj3 (care or healthcare or treatment)).tw.
- 12. liaison.tw.
- 13. referral?.tw.
- 14. or/1-13
- 15. Primary Health Care/
- 16. Family Medicine/
- 17. Family Physicians/
- 18. General Practitioners/
- 19. ((primary or first line) adj3 (care or healthcare)).tw.
- 20. (family adj (practice or practitioner? or physician? or doctor?)).tw.
- 21. (general practice or general practitioner? or general physician? or generalist? or GP or gate keeper? or gatekeeper?).tw.
- 22. or/15-21
- 23. Mental Disorders/
- 24. Chronic Mental Illness/
- 25. Chronic Psychosis/
- 26. Anxiety Disorders/
- 27. Panic Disorder/
- 28. Phobias/
- 29. Eating Disorders/
- 30. Anorexia Nervosa/
- 31. Bulimia/
- 32. Affective Disorders/

33. Bipolar Disorder/
34. Major Depression/
35. Mania/
36. Personality Disorders/
37. Antisocial Personality Disorder/
38. Avoidant Personality Disorder/
39. Borderline Personality Disorder/
40. Dependent Personality Disorder/
41. Histrionic Personality Disorder/
42. Narcissistic Personality Disorder/
43. Obsessive Compulsive Personality Disorder/
44. Paranoid Personality Disorder/
45. Passive Aggressive Personality Disorder/
46. Sadomasochistic Personality/
47. Masochistic Personality/
48. Schizoid Personality Disorder/
49. Schizotypal Personality Disorder/
50. Psychosis/
51. Affective Psychosis/
52. "Paranoia (Psychosis)"/
53. Schizophrenia/
54. Acute Schizophrenia/
55. Catatonic Schizophrenia/
56. Paranoid Schizophrenia/
57. Process Schizophrenia/
58. "Schizophrenia (Disorganized Type)"/
59. Schizophreniform Disorder/
60. Undifferentiated Schizophrenia/
61. Schizoaffective Disorder/
62. ((mental or psychiatric or psychic or psychological or anxiety or panic or phobic or manic or affective or mood or eating or appetite or bipolar or depressive or personality or paranoid or psychotic or schizo\$) adj3 disorder?).tw.
63. (anorexia or bulimia).tw.
64. ((severe or major or chronic) adj3 (mental illness\$ or depression)).tw.
65. (mania or paranoi? or psychosis or psychoses or schizophreni?).tw.
66. or/23-65
67. meta analysis/
68. (metaanaly\$ or (meta adj analy\$)).tw.
69. (systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.
70. "literature review"/
71. Meta Analysis.md.
72. literature review.md.
73. (cochrane or embase or cinahl og cinhal or psychlit or psyclit or psychinfo or science citation index or bids or cancerlit).ab.
74. reference list.ab.
75. bibliograph\$.ab.
76. (handsearch\$ or hand search\$).ab.
77. relevant journals.ab.
78. manual search\$.ab.
79. data extraction.ab.

80. selection criteria.ab.
81. or/67-80
82. comment reply.dt.
83. editorial.dt.
84. letter.dt.
85. nonclinical case study.md.
86. clinical case study.md.
87. animal.po.
88. human.po.
89. 87 not (87 and 88)
90. or/82-86,89
91. 81 not 90
92. "Treatment Outcome/Clinical Trial".md.
93. evaluation/
94. treatment effectiveness evaluation/
95. empirical methods/
96. experimental methods/
97. experimental design/
98. quasi experimental methods/
99. repeated measures/
100. between groups design/
101. exp treatment outcomes/
102. time series/
103. pretesting/
104. posttesting/
105. empirical study.md.
106. (randomised or randomized).tw.
107. (random\$ adj1 (allocat\$ or assign\$)).tw.
108. (time adj series).tw.
109. (pre test or pretest or post test or posttest).tw.
110. evaluation stud\$.tw.
111. intervention stud\$.tw.
112. comparative stud\$.tw.
113. experimental stud\$.tw.
114. or/92-113
115. comment reply.dt.
116. editorial.dt.
117. letter.dt.
118. nonclinical case study.md.
119. clinical case study.md.
120. animal.po.
121. human.po.
122. 120 not (120 and 121)
123. or/115-119,122
124. 114 not 123
125. 14 and 22 and 66 and (91 or 124)

Vedlegg 2: sjekklister for kritisk vurdering av studier

Kritisk vurdering av systematiske oversiktsartikler¹

		JA	UKLART DELVIS	NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?			
2	Er litteratursøket så omfattende at det er sannsynlig at alle studier er funnet (<i>inkludert flere språk, flere aktuelle databaser, gjennomført referanselister, forfattere/eksperter kontaktet</i>)?			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (<i>studiedesign, deltakere, tiltak, endepunkter</i>)?			
4	Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (<i>definerte seleksjonskriterier, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre</i>)?			
5	Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?			
6	Er den interne validiteten av alle inkludert studiene vurdert ved hjelp av relevante kriterier (<i>se enten under seleksjon av studier eller i analysen av studiene</i>)?			
7	Er valg av metodene for sammenfatting av resultatene klart beskrevet? (<i>kvalitativ analyse vs. meta-analyse</i>)			
8	Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig i forhold til spørsmålet i oversikten?			
9	Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?			
10	Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Høy	Moderat	Mangelfull

1.1.1 Oppsummering kritisk vurdering av systematisk oversikt, hjelp til å besvare spørsmål 10:

A (innhenting av data) omhandler de første seks spørsmål i sjekklisten (tabell 1.1.2) om søk, inklusjon og vurdering av validitet av studier i oversikten. Hvis "uklart/ delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 1-6 har oversikten i beste fall middels/moderat kvalitet. Hvis "nei" alternativet er brukt på spørsmål 2, 4 eller 6 er det sannsynlig at den metodiske kvaliteten på oversikten er mangelfull.

B (analyse av data) omhandler spørsmål 7-9 i sjekklisten (tabell 1.1.2) som gjelder kombinerings av data fra flere studier og analysen av funnene i studiene. Hvis "uklart/delvis" er brukt en eller flere ganger på spørsmål 7-9, er oversikten i beste fall av moderat kvalitet.

¹ Scientific Quality Assessment of Review, Cochrane EPOC group.
Oxman AD, Guyatt GH. Validation of an index of the quality of review articles. J Clin Epidemiol 1991a;44:1271-1278

Hvis ”nei” blir brukt på spørsmål 8 er det sannsynlig at oversikten har store begrensinger og at den metodiske kvaliteten er mangelfull.

Samlet kvalitetsvurdering av studien (intern validitet)

Høy kvalitet (ingen begrensinger)

Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensinger)

Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes.

Lav kvalitet (alvorlige begrensinger)

Brukes hvis få eller ingen kriterier i sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres.

2 Kritisk vurdering av randomiserte, kontrollerte studier²

		JA	UKLART	NEI
1	Er utvalget fordelt tilfeldig (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?			
2	Er denne randomiseringen skjult (skjult allokeringsprosedyre)			
3	Er gruppene like ved oppstart av studien (lik fordeling av prognostiske faktorer?)			
4	Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?			
5	Er deltakere/ pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?			
6	Er behandlere uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?			
7	Er den som vurderte resultatene og ev analyserte dataene uvitende om hvilken behandling deltakerne fikk? (blinding)			
8	Er deltakerne analysert ut fra sin opprinnelige gruppe? (intention to treat)?			
9	Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?			
10	Er alle relevante utfall/ endepunkter målt standardisert, gyldig og pålitelig?			
11	Hvor presise er resultatene? (Hva er konfidensintervallet eller p-verdiene?)			

² Basert på Users' guides to the medical literature. Choosing Evidence Worksheet 1B1 Therapy www.usersguides.org

Vedlegg 3: Vurdering av relevans- trinn 2 og trinn 3

Inklusjon/ eksklusjon av artikler basert på fulltekst

Prosjekt: 339

Samhandling: behandling og oppfølging av pasienter med kronisk og alvorlig psykisk lidelse hos fastlegen.

Forfatter			
År			
Studiotype	JA	NEI	Kommentar
Systematisk oversikt, HTA rapport av kontrollerte studier, metaanalyse			
Randomisert kontrollert studie			
Kontrollert før og etter studie			
Avbrud tidsserie			
Deltagere			
Fastlege			
Fastlegekontorer/ praksis			
Voksne pasienter (> 18 år) med kronisk og alvorlig psykisk lidelse.			Diagnose:
Setting			
Allmennpraksis / Kommunal helsetjenesten/			
Andre			
Relevante samhandlingstiltak			
- spesialist ekspertise i 1.linje tjenester			
- praksis konsulent			
- rutiner for henvisning og utskriving fra sykehus			
- tverrfaglige team			
- Case-management			
- retningslinjer for behandling			
- integrasjon av tjenester			
- rutiner for oppfølging			
- andre			
Utfall (Objektive måleinstrumenter/ registerdata)			
1. Pasient - nivå			
2. Helsetjenesten - nivå			
Artikkelen inkluderes*			

* Flere publikasjoner basert på samme studie?

Vurdering av relevans og kvalitet - trinn 3

Inklusjon/ eksklusjon av artikler basert på fulltekst

Prosjekt: 339

Samhandling: behandling og oppfølging av pasienter med kronisk og alvorlig psykisk lidelse hos fastlegen.

* Author Pub. yr,		
Study design Systematic review (SR)/ HTA report/ meta-analysis	Details: No. of studies, design, publication period	Comments
Participants		
General practitioner (GP) Primary Care Physician (PCP) Primary practice / clinic		
Patients with serious chronic mental disease age ≥ 18 yrs	Details: No. of participants, Diagnosis, Age	
Setting		
Primary care Other		
Intervention		
- specialist in primary care		
- psychiatric nurse		
- referral or discharge cooperation		
- interprofessional team		
- Case-management		
- Guidelines for treatment		
- integration of services		
- follow-up routines		
- other		
Control		
Outcomes		
3. Patient - related		
4. Health services/ providers - related		
Findings		
Quality assessment (from SR – checklist)		

* Other publications based on the same study?

Date:

Signature:

Vedlegg 4: Ekskluderte studier

Ekskluderte studier

Study	Design	Reason for exclusion
Bauer MS et al. 2006, part I (73)	RCT	Collaborative care for bipolar disorder. <i>Intervention on specialist care level.</i>
Bauer MS et al. 2006, part II (74)	RCT	Collaborative care for bipolar disorder. <i>Intervention on specialist care level.</i>
Skultety 2006 (75)	Systematic review	Treatment of depression in older adults. <i>Most of the included primary studies have been summarized in other systematic reviews.</i>
Smith SM et al 2007 (76)	Systematic review	Shared care in chronic disease management. <i>Included relevant primary studies have been already summarized in other systematic reviews.</i>
Churchill 1999 (77)	Systematic review	Effect of referral of patients with major depression to counsellors. <i>The role of primary care physician not described. Not focus on collaborative elements.</i>
Dombrowski 2004 (78)	Review	Providing general medical and preventive care for the severely mentally ill. <i>Not a systematic review</i>
Doughty 2006 (79)	Systematic review	Effectiveness of mental health care service provision and workforce configuration in primary care setting. <i>Majority of study patients had mild to moderate depression.</i>
Simon GE 2007 (80)	RCT	Long-term effectiveness and costs of systematic care program for bipolar disorders. <i>Includes only specialist care: psychiatrists and psychiatric nurses.</i>
Holloway F et al. 1995 (81)	Systematic review	Efficacy of case management as a part of psychiatric practice. <i>Specialist health care, not primary care level.</i>
Mitchell 2002 (82)	Systematic review	A systematic review about the effects of primary practitioner involvement with a specialist team on patients outcomes. <i>Psychiatric patients were included among other with different chronic diseases. Results were not reported by diagnostic group.</i>
Krahn DD et al. 2006 (83)	RCT	Comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. <i>No comparison with usual care model.</i>
Van Citters 2004	Systematic review	Community based mental health outreach services for older adults. <i>Patients with dementia and other cognitive impairments in addition to depression. Low quality</i>
Kessing LV et al.2006 (85)	HTA report	Review of different treatment strategies. <i>Analyse the need for establishment of new outpatient treatment facilities – specialised affective disorder clinics.</i>
Holloway et al. 2001 (86)	Systematic review	Effect of case management. <i>Low quality review.</i>
Marshall M et al. 1998 (87)	Systematic review	Assertive community treatment (ATC) for people with severe mental disorders. The role of primary physician is unclear, no detailed description of collaborative affords or workforce configuration within health care system.
Marshall M et al. 1998 (88)	Systematic review	Case management for people with severe mental disorders. Organization of care not description of collaborative affords or workforce configuration within health care system.

Vedlegg 5: Evidenstabeller av inkluderte studier

Alexopoulos GA et al 2005 (39)

Study	Alexopoulos et al. 2005. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial (PROSPECT) study															
Aim	To compare the time to first remission for elderly depressed patients in primary care for practices that implemented a care management model versus those providing usual care. To identify patients with risk for non-remission for whom the intervention was more effective than usual care.															
Method	Cluster randomized control trial. Randomisation unit: practice. 20 practices were paired by setting (urban, suburban, rural), size, racial distribution of patients. Within pairs, practices were randomly assigned to provide either PROSPECT intervention or usual care. Inclusion criteria: Primary care setting; elderly patients with major depression and suicide ideation. Exclusion criteria: not stated															
Population	Patients with major depression and significant depressive symptoms severity (Hamilton Depression Rating Scale ≥ 18), Age: 71 (± 13 yrs); N= 267 Primary Care Physicians (N= 215)															
Intervention	Depression care managers operationalized guidelines to provide "on-time and on-target" recommendations to primary care physicians and help patients with treatment adherence. The care managers monitored psychopathology, treatment adherence, response, side effects and provided follow-up at predetermined intervals or when clinically necessary. Feedback to the physician. The physician was responsible for the patient's clinical care.															
Control	Usual care. Physicians received a videotape and printed material on geriatric depression and treatment guidelines. They were notified in writing of the patient's diagnosis and possible risk of suicide.															
Collaborative elements	Primary care physicians, depression care managers (nurse)															
Assessment times	Telephone assessments at 4, 8, and 18 months. In-person interview 12 months after entry. The assessments were not blinded.															
Outcome measures	Remission (Hamilton Depression Score <10) Depression (Hamilton depression scale) Anxiety (Clinical Anxiety Scale) Suicide ideation (Scale for Suicide ideation) Physical assessment: The medical Outcomes Study 12-items Short Form Health Survey															
Results	The analysis included only patients who at least have been evaluated at 4 months follow-up. (N=215). PROSPECT intervention was more effective than usual care in promoting remission of depression in elderly primary care patients. Differences in remission rates between groups were most pronounced among depressed elders experiencing hopelessness. <i>Cumulative probability of remission (%)</i> : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROSPECT intervention</th> <th>Usual care</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4 months</td> <td>33</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>8 months</td> <td>43</td> <td>28</td> </tr> <tr> <td>12 months</td> <td>54</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>18 months</td> <td>67</td> <td>57</td> </tr> </tbody> </table> <i>Patients with remission at 8 months assessment</i> : 43 % in intervention group vs. 28 % in usual care. There was lack of information about specific antidepressant treatments received by each group.		PROSPECT intervention	Usual care	4 months	33	16	8 months	43	28	12 months	54	45	18 months	67	57
	PROSPECT intervention	Usual care														
4 months	33	16														
8 months	43	28														
12 months	54	45														
18 months	67	57														
Conclusion (author's)	Longitudinal assessment of depression and limitations in physical and emotional functioning of depressed older patients in primary care is critical. Patients with prominent symptoms may be candidates for care management or mental health care, since they are at risk for remaining depressed and disabled.															
Quality assessment	Moderate quality. Assessments not blinded. Patients who missed follow-up assessments were excluded. (N= 52) from analysis.															
Comments	This is a follow-up study with long-term results. Other publication from PROSPECT study: Bruce et al. 2004 (55)															

Arean et al. 2005 (40)

Study (IMPACT-study)	Arean, PA et al. 2005. Improving depression care for older, minority patients in primary care.
Aim	To exam whether a collaborative care model (CC) for depression in primary care is as effective in older minorities as it is in nonminority elderly patients in improving depression care and outcomes.
Method	Study design: randomized control trial. Subgroup analysis from a multicenter RCT IMPACT-study. Randomisation unit: patients. Patients were randomly assigned to the IMPACT intervention (N= 906) or to usual care (N= 895). Subgroup analysis based on patient's ethnicity: Afroamericans, Latinos, whites. Analysis: GEE regression analysis, stratified analysis by the ethnic group. For further details see Hunkeler et al. 2006 (42)
Population	Primary care patients (n=1801) with major depression and/ or dysthymia. Age: 60 yrs or older (71, 2 yrs). Sex: 65 % female, 35 % male. Ethnic group: 77 % white (N =1388); 12 % black (N =222); 8 % Latino (N =138); 3 % other minority group
Intervention	See description in Hunkeler et al 2006
Control	Usual care (US). Patients could use any primary care or specialty mental health care services available to them in usual care.
Collaborative elements	Primary care physician, depression clinical specialist (nurse or psychologist) trained in stepped collaborative care, consulting psychiatrist
Assessment times	Baseline, 3-, 6-, and 12-months
Outcome measures	50% or more reduction in depressive symptoms, depression severity score, rates of treatment response, remission rates. Functioning. Guideline concordant pharmacological treatment
Results	<p><i>Clinical outcomes:</i> At 12 months significantly more patients in IMPACT group, across ethnic background, had 50% or more reduction in depressive symptoms, compared to usual care patients: depression severity score, rates of treatment response, remission rates. Intervention patients had higher rates of treatment response and rates of complete remission. No significant differences were found among the 3 ethnic groups at any of the assessment time points (3, 6, 12 months)</p> <p><i>Functioning:</i> Blacks in intervention group had better functional outcomes then blacks in control group (mean=3,6 (95% CI 3.0 to 4,2) vs. mean= 4,7 (95 % CI: 4.1 to5.2). The difference was not statistically significant in Latinos.</p> <p><i>Process of care:</i> More guideline concordant pharmacological treatment in intervention group. No differences between groups. Latinos in intervention group were more likely to use antidepressants (68 % vs. 44% in usual care) and attending psychotherapy (42 % vs. 12 % in usual care) compare to balcks. Process of care in older blacks showed no significant use of antidepressants, but more use of psychotherapy then usual care group (35 % vs. 14 %).</p> <p><i>Satisfaction:</i> Latinos and blacks reported greater satisfaction with care in treatment group then in usual care group.</p>
Conclusion (author's)	Collaborative care is significantly more effective then usual care for depressed older adults, regardless of their ethnicity. Intervention effects in ethnic minority participants were similar to those observed in whites.
Quality assessment	Moderate. The original study was not designed to examine collaborative care in ethnic minorities or stratified the results by ethnicity. There was no previous calculation of sufficient power to detect statistically significant effect on health functioning in all minority groups. Calculations for some of the group may be underpowered.
Comments	The study sample was derived from original study (58) which was not designed specially for subgroup analysis.

Badamgarav 2003 (35)

Study	Badamgarav E et al. 2003. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression. A systematic Review. (USA)
Aim	To assess the effectiveness of disease management programs in depression
Method:	<p>Systematic review (SR) Search: Medline, Healthstar, Cochrane (January 1987 to June 2001). Limits: English language articles. Inclusion criteria: RCTs, controlled before and after studies; interrupted time series, depression treatment. Population: man and women with depression treated in primary care setting. Intervention: disease management programs. Definition of disease management program (DMP): An intervention designed to manage or prevent a chronic condition by using a systematic approach to care and employing multiple treatment modalities. Exclusion criteria: single treatment modalities, reviews, case-reports. Studies with children and adolescents. Synthesis: meta-analysis. Pooled effect sizes were constructed such that positive numbers denote benefit.</p>
Included studies & country of origin	N = 19 studies (17 RCTs). Mostly from primary practices in USA (15 studies) in addition to one study each from Canada, Australia and UK.
Population	Adults diagnosed with moderate to severe depression. Total number of patients in included studies: N=13220.
Intervention	24 different modalities of DMP were identified in included studies: patient education program (16 programs); provider education (17 programs); provider feedback (12 programs); multidisciplinary teams of providers (11 programs); provider reminders (6 programs); financial incentives for providers (1 program). Collaborative elements included primary care physician, on-site mental health care specialist, multidisciplinary teams in primary care, psychiatric nurse, care-manager.
Control	Usual care delivered in primary practice. Normally included medication, referral to mental health specialist, therapy.
Outcome measures	<p><i>Clinical outcomes</i> Symptoms of depression: Depression Symptom Checklist (DSCL); Hamilton Depression Rating Scale; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale); Geriatric Depression Scale, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. Physical functioning/ disability: the Medical Outcomes Study 36 or 12-item Short-Form Health Survey, days in work</p> <p><i>Processes of Care</i> Detection of depression; Referral rates; Satisfaction with treatment; adherence to treatment; adherence to guidelines</p> <p><i>Health service utilization and costs</i></p>
Results	<p><i>Clinical outcomes</i> Symptoms of depression: statistically significant improvements in symptoms (21 out of 24 estimates) in intervention group compared to patients in usual care, pooled effect estimate (ES = 0.33, 95 % CI=0.16 to 0.49) from 18 studies with 13.200 patients.</p> <p>Physical functioning/ disability (n= 6 studies with 3852 patients): effect size:- 0.05, 95 % CI=-0.72 to 0.62). Not statistically significant</p> <p><i>Processes of care</i> Detection of depression: (N= 3 with 474 patients): one study with explicit screening component increased detection of depression: effect size=0.66, 95 % CI= 0.22 to 1.1 Referral to specialized care: no significant effect on referral rate</p> <p>Patient's adherence to treatment: significant improvement of adherence in intervention group: (ES = 0.36, 95 % CI, 0.17 to 0.54) in five studies.</p> <p>Provider adherence to guidelines: (N=8 with 2647 patients). Greater proportion of patients in DMP received adequate treatment (ES = 0.44, 95 % CI 0.20 to 0.59) Patient's satisfaction: statistically significant improvements in DMP group (ES= 0.51,</p>

	<p>95 % CI 0.33 to 0.68). Results based on 4 studies with 854 patients.</p> <p><i>Health service utilization and cost</i></p> <p>Number of primary care visits: (ES= 0.1, 95 % CI 0.18 to – 0.02). Pooled results from 7 studies with 3366 patients (increase)</p> <p>Costs: total health services costs: increase (ES= - 1.03; 95 % CI -2,62 to 0.54). Based on 2 studies with 1148 participants.</p>
Conclusion (author's)	<p>Disease management programs can improve quality of care and outcomes for patients with depression, as reflected in improvements in measures of both processes and outcomes of care. Further research is required to assess the cost- effectiveness of disease management in depression.</p>
Quality assessment	<p>Good (++). Good quality systematic review. Explicit inclusion and exclusion criteria. Search strategy was enclosed. Relevant databases were searched. Critical appraisal of all studies was not done independently by two reviewers according to specified criteria for inclusion. Quality assessment of included studies was not reported.</p>
Comments	<p>Only limited information was provided about the individual workforce configuration in different DMP programs. Most of the studies were performed in USA within Health Maintenance Organization (HMO). The generalizability of the findings in other settings can not be assumed.</p>

Capoccia et al. 2004 (41)

Study	Capoccia et al.2004. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care.
Aim	To develop and to evaluate the impact of a pharmacist intervention in collaborative care to improve care and outcomes of depression within primary care setting.
Method:	Randomized control trial. Patients with new diagnosed depression were randomised to enhanced care (EC) or usual care (UC) for one year. Inclusion criteria: Participants: patients with major depression on antidepressant medication; Setting: family practice clinic.
Population	Patient diagnosed with new episode of major depression (N=74). Female 77 %, age 39 ± 13,5 yrs. More then 50 % of patients had counselling or psychotherapy or had been hospitalized in the past three months.
Intervention	The enhanced care group received additional follow-up by the clinical pharmacist or pharmacy resident, in conjunction with the PCP and study psychiatrist. (N= 41): telephone calls: weekly for first 4 weeks, every two weeks for 3 months and every second month during months 4-12. Pharmacist was collaborating with primary care providers to facilitate education, initiation and titration of acute-phase antidepressant treatment and in monitoring of further treatment to prevent relapse (telephone). Appointments with mental health providers were facilitated if needed. The median number of pharmacist interventions per patients was 11 (3-13 range). 83 % of interventions were conducted by phone.
Control	Usual care by primary practitioner (N= 33). All patients in usual care group (UC group) were encouraged to use usually available resources as PCP, pharmacist, nurses and mental health providers
Collaborative elements	Primary practitioner, clinical pharmacist or pharmacy resident, study psychiatrist
Assessment time	3, 6, 9, 12 months
Outcome measures	Primary: reduction of depression symptoms over time (Hopkins Checklist, SCL-20) Secondary: DSM-IV criteria for major depression, health related quality of life (SF-12), medication adherence, patient's satisfaction and healthcare utilization. Cost-effectiveness of the intervention.
Results	Significant improvements in both groups in mean scores from baseline for symptoms of depression, quality of life, medication adherence, provider visits and patient's satisfaction. Improvements were maintained for 12 months. There were no statistically significant differences between treatment groups.
Conclusion (author's)	Frequent telephone contacts and interventions by pharmacist in a primary care setting resulted in similar rates of adherence to antidepressant regimens and improvements in the outcomes of depression at one year.
Quality assessment	Moderate (+). Pragmatic randomised controlled study. Power analysis and sample size calculations. Intention to treat analysis of results. No information about concealment of allocation. The assessors were not blinded. Underpowered study.
Comments	Small sample study with only 74 patients. The study was underpowered to detect differences in treatment effects between groups. Data collection was conducted via telephone interview and based on self-reports and thus a subject to recall bias.

* Boudreau 2002: Collaborative Care Model to Improve Outcomes in Major Depression (57)

Craven & Bland 2006 (13)

Study	Craven MA, Bland R. Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An analysis of the Evidence Base. 2006 (Canada)
Aim	To conduct a systematic review of the experimental literature in order to identify better practices in collaborative mental health care in the primary care setting
Method:	<p>Systematic review (SR)</p> <p>Search: Medline, Embase, Psychinfo (1985-2005) and CINAHL, ERIC, Social Sciences Abstracts and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic reviews, DARE (2000-2005). References were also provided by key informants and experts in the field. Manual searches of reference lists.</p> <p>Limits: English language, studies published 1985-2005</p> <p>Inclusion criteria: primary studies that evaluated the effectiveness of different models of mental health provision in primary health care/ shared mental health care including quality improvement programmes. Design: experimental trials: clinical controlled trials, uncontrolled before end after studies.</p> <p>Population: people at all ages with persistent mental illness or high utilisers of medical care</p> <p>Setting: Services provided in general practice by general practitioner, practice nurses or other community-based mental health staff in collaboration with specialist health care/ interdisciplinary team approach</p> <p>Exclusion criteria: Not specified</p> <p>Assessment of study quality: Not specified</p> <p>Statistical method: Trials were only classified as having a positive, negative or no effect.</p>
Included studies country of origin	N = 38 primary studies (30 RCTs, 3 case-control studies, 4 before and after studies, 1 cost-effectiveness analysis). USA, UK, Italy, Australia
Population	Male and female at all ages with mental illness, mainly moderate to severe depression treated in primary care. Subgroups: adults with depression, high utilizers of medical care, adults with persistent mental illness, elderly with depression, children and adolescents with mental illness.
Interventions	<p>Services for individuals with serious persistent mental illness (N= 8 studies)</p> <p>Following interventions were included: patient- held care records to improve information sharing between health care providers, structured clinical assessment of patients with schizophrenia using depot neuroleptics by psychiatric nurse, community based multidisciplinary team.</p> <p>Collaborative care (N = 14 studies)</p> <p>The usual collaborative elements in all included studies were: enhanced CPC education, case conferences with a psychiatrist, case by case consultation and feedback from psychiatrist, monitoring of CPC prescriptions by psychiatrist to achieve guideline-level care, reorganization of services (Katon et al 1995 and Lin et al 2000, Katon 1996, Hedrick et al 2003; Sharma 2001; Rost 2002; 2005; Simon 2001, Unutzer 2001+2002).</p> <p>Enhanced key-worker liaison-psychiatry in general practice. Key workers had to follow written guidelines for enhanced communication and liaison with the patients primary care team: verbal feedback, informing GP about each patients contact, shared treatment responsibility (Emmanuel et al.2002, UK).</p> <p>Shared-care and quality improvement initiatives for patients with chronic mental illness (CMH). Customized shared care agreement between the primary care team and the associated CMH team. Primary care practices and multidisciplinary team working together with a facilitator to identify local needs and to develop a shared care program tailored to local needs. Special tool-kit was developed to guide on setting up patient registers, databases, audits and systems of recall and to define the role of link-worker or psychiatrist in shared-care arrangements (Mental Health Link Program).</p> <p>Liverpool Primary Care Mental Health Project included high utilizers of health care. The study was a multifaceted intervention of shared care: primary practice based consultation and follow-up by psychiatrist, monitoring by specialist nurse, multidisciplinary teams in general practice, review of the care of patients, guidelines for referral, continuity of care, audit.</p> <p>On-site mental health professionals (N=3 studies)</p> <p>Psychiatrist or a psychiatric team was co-located in primary care. All consultations and</p>

	<p>treatment were given at primary care level. The collaborative elements were: high degree of cooperation between psychiatrist and PCP (Katon et al 1992), enhanced education of CPC and patient, treatment guidelines, follow-up visits, monitoring of treatment adherence and psychiatric consultation in primary care (Katon et al. 1992 and Katzelnik et al p2000), Swindle 2000.</p> <p>Quality of care initiatives (N= 7 studies) The collaborative elements were: PCP, psychiatrist, nurse specialist, psychologist, CBT-therapists. In all interventions mental health specialist/ experts were used for training staff. PCPs were trained in early screening and in guideline-consistent care in the treatment of mental disorders. For patients randomised to the QI- med a nurse specialist was trained to provide follow-up assessments and support adherence through monthly follow-up, education program and by developing individual activation plans for each patient up to 12 months. Shared-care between PCP and psychiatrist in treatment period. Register databases for patients. Collaboration with PCP was limited to receiving recommendation from the practice nurse and taking part in the education program. There was no direct communication between PCP and psychotherapist. For patients randomised to the QI –therapy arm a local psychotherapists was trained to provide individual or group CBT for 12 to 16 sessions. Collaboration with PCP was limited to receiving recommendation from the practice nurse and taking part in the education program. There was no direct communication between PCP and the psychotherapist. The results were reported in several publications as a series of subgroup analysis and follow-up studies. (Wells et al. 2000; Unutzer et al. 2001: Sherbourne et al. 2001; Wells et al 2004: Wells et al. 2005;)</p> <p>Enhanced provider education (N= 2 studies) Special educative sessions for PCP screening methods for detection of mental illness and guideline consistent mental care. Treatment protocols for individual patients. Active follow-up by psychiatric nurse. Feedback from psychiatrist to PCP.</p> <p>Enhanced patient education/ Patient choice about treatment modality (N= studies: Katob 1999. Peverel 1999, Wilkinson) Specialist nurse or PCP educated the patients in self-management of mental illness and about treatment alternatives (video, written education materials)</p>
Control	Usual services provided in primary care by CPC. May include contacts with specialist care.
Outcome measures	<p>Clinical outcomes: symptoms severity, relapses, functioning Process of care: Adherence to treatment/ compliance; Guideline consistent care/ guideline level care; Cost-effectiveness; Satisfaction with treatment Use of medical care/ health care resources</p>
Results	<p>Services for individuals with serious persistent mental illness Patient-held care records were rear used. Carrying the record had no significant effect on mental status or satisfaction with care (2 studies: 29 + 30) at 12 months assessment. Activeved mixed results follow-up by specialist nurse sho</p> <p>Collaborative care Use of counselling or consult-liaison care combined with disease management programme resulted in modest benefit for patients with major depression. Enhanced <i>key-worker liaison-psychiatry</i> in general practice (Emmanuel et al.2002, UK) showed no significant differences in clinical outcomes. Patient satisfaction: no significant difference between the enhanced liaison group and the control group. Only 47 % liason-workers implemented the program. Results from Mental Health Link Program (Byng et al.2004) showed significant reduction in relapses rate: No significant difference in quality of care or in patient`s perception of their general health or satisfaction with treatment. Intervention CPC`s were more satisfied with mental health services then control CPC`s. Liverpool Primary Care Mental Health Project (Sharma et al 2001): improvement in health and social functioning and better adherence to treatment. Decrease by 38 % in inpatient bed use in intervention practice over 3 years.</p> <p><i>On-site mental health professionals</i> Collaborative care alone did not improve clinical outcomes or use of care among depressed high utilizers of medical care. Collaborative care combined with reorganization of care improved clinical outcomes and patients general health status. Frequency of visits increased</p>

	<p>in intervention group. There were no changes in inpatient admission between groups. In all studies the intervention resulted in improved prescribing and adherence to medication. The effects were sustained over time only if supported by service reorganization. Depression nurse specialist to follow up the patients and prescription monitoring showed only modest effect on clinical outcomes.</p> <p><i>Quality of care initiatives (QI)</i></p> <p>Results were based on a multi-site quality improvement program for depression treatment in USA with one medication arm (QI-med) and one psychotherapy arm (QI-therapy). Patients in the intervention arms were more likely to have made visits to mental health specialist, get their medication or receive therapy in accordance to guidelines (50 % of patients in the intervention arm vs. 40 % in usual care at 6 months and with a similar pattern at 12 month. Intervention patients were less likely to have depression at 6 and 12 month (50 % vs. 40%, p=0.001), but there was no difference 24 months. Intervention patients were more likely to be working at 12 months relative to controls (p=0.05). Quality of life improvements in psychotherapy group were sustained at 24 months. Patients with major depression had greater benefits of the intervention over usual care compare to patients with minor depression. Psychotherapy had modest long term benefits over medication in the intervention arms compared to usual care at 57 months follow-up. There were differential responses to treatment for patients with major and minor depression: patients with major depression showed early gains from medication treatment, while patients with minor depression had greater benefit from psychotherapy.</p> <p><i>Enhanced provider education:</i> intervention alone had effect on process of care but did not influence clinical outcomes for the patients. Clinical outcomes: not significant difference between groups. Process of care: enhanced detection rate of depression, increase of referrals to specialist care. Educational interventions should be supported by reorganization of service delivery to be effective.</p> <p><i>Patient education:</i> clinical outcomes (2 studies) showed significantly higher rates of treatment response and complete remission. Significantly more patients had > 50 % reduction of depressive symptoms. Patients with major depression improved significantly (1 study).</p>
Quality assessment of the review	Moderate quality. Systematic review of primary studies with majority of included studies with RCT design. Explicit inclusion criteria were used. Exclusion criteria were not specified. Exact search strategy was not enclosed except for the Mesh terms. Relevant databases were searched. The reviewers made no attempt to contact the authors of the primary studies in order to get more information or new unpublished data. All studies were assessed for relevance by two independent reviewers according to specified criteria. There was no quality assessment of the included studies. The results were summarised in narrative synthesis.
Conclusion (author`s)	Collaboration is most successful when build on pre-existing relationships. Enhanced collaboration should be paired with disorder-specific guidelines. Skill transfer in collaborative relationship requires service restructuring to support behavioural change.
Comments	The authors included all studies which were relevant for the health system in Canada. We have excluded studies with children or adolescents or patients with psychiatric illness assessed as minor to moderate. Majority of the included randomised controlled trials for our review, focused on improving the treatment and management of depression. In many studies the severity of depressive disorder was not reported except for the diagnosis. All outcomes across studies were grouped in three categories: positive, negative or with no effect. Effect size across the included studies for was not assessed for any of the outcomes.

Dobscha 2006 (46)

Study	Dobscha, SK et al. 2006. Depression decision support in primary care. A cluster randomized trial.
Aim	To determine whether decision support improves outcomes for patients with depression.
Method:	Randomised control trial (Cluster randomisation). 41 primary care clinicians were randomly assigned to receive depression decision support or to usual care. Setting: primary care clinics (N=5). Patients were nested within clinician's assignment group. Inclusion criteria: primary care clinicians, patients of participating clinicians diagnosed with depression. Exclusion criteria: patients who had received a diagnosis of psychotic disorder, dementia, bipolar disorder or who were considered to be terminally ill. Patient with severe depression or active dangerous ideation. Patients who had received treatment from mental health specialist within previous 6 months.
Population	Primary care clinicians (N= 41) Patients with depression (N= 375); Major depression: 51 %, dysthymia 48 % Sex: 95 % male, 5 % female. Age (mean): 57 yrs (SD:11 yrs).
Intervention	Depression education of the clinicians and patients and depression decision support. Outreach mental health specialist. Depression decision support team: 1 psychiatrist (up to 4 hours/week) and 1 nurse care manager (8 hours/week). All clinicians received depression education. Depression support team provided one early patient education contact by telephone and supplementary information was mailed to all intervention patients. All patients were invited to attend 2 hours group depression education program. The depression support team met weekly to review patient's records. Depression monitoring with monthly record review and feedback to clinicians every third month over 12 months. Treatment progress report was mailed to each intervention clinician.
Control	Usual care: Depression education of the clinicians in usual care. On- site mental health specialist was available in primary care.
Collaborative elements	Primary clinicians: staff physicians, fellows; physician assistants Depression support team: psychiatrist, nurse care manager
Assessments times	Baseline, 1, 3, 6, 9, and 12 months
Outcome measures	Depression symptoms (Hopkins Symptom Checklist: SCL-20) Quality of life (SF-36); Satisfaction with treatment Process of care: use of antidepressants, active follow-up Utilization of health resources
Results	<i>Depression symptoms:</i> improvement in SCL-20 score overall (slope, -0.382; 95 % CI, -0.488 to -0.276; p< 0.001). The slope of the change in SCL-20 depression score over 12 months did not differ between groups. No effect compared to usual care. Change in SCL-20 depression slope: 0.20 (95 % CI -0.37 to 0.78; p= 0.49). Mental and physical health component score: improvement, but no differences between groups <i>Quality of life:</i> No significant difference (SF-36 V) <i>Satisfaction:</i> greater improvement in intervention group (adjusted means, 3.58 vs. 3.16, p= 0.002) Intervention patients were more likely to receive antidepressants at therapeutic dosages. Intervention clinicians were more likely to perform 1 or more follow-up clinical actions per patients (85 % vs. 54 %, p<0.001). Utilization of primary care visits, psychiatric services or emergency care did not differ between the groups.
Conclusion (author's)	Decision support improved process of care but not depression outcomes compare to usual care services.
Quality assessment	Good (++). Randomisation procedure: stratified technique used a random-number generator to produce equivalent distribution across clinician type (physician vs. physician assistant or nurse) and clinic site. Clinicians in one clinic were ranked by caseload and underwent block randomization. Blinded assessment. Baseline characteristic did not statistically significantly differ between the intervention and control. The patients sample seems representative for that population. Calculation of

	power to detect a treatment effect size. Statistical analysis of results by multilevel modelling. Results calculated as ITT analysis.
Comments	Usual care clinicians received depression education and had on-site mental support. Depression severity improved equally in both groups. Both usual care and intervention clinicians received depression education to decrease variability in baseline depression knowledge before randomisation. Those two factors may have contributed to the limited effectiveness of the intervention compare to control.

Gensichen et al 2006 (48)

Study	Gensichen J et al. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review (2006), Germany
Aim	To evaluate effects of case management in primary care for patients with major depression on symptoms and medication adherence
Method:	<p>Systematic review (SR) and meta-analysis</p> <p>Search: Medline (1966-2003), Embase (1980-2003), Cochrane Library (2003, 2nd edition). Search was done in Mai 2003. Hand searching of journals, expert consultations.</p> <p>Limits: English language articles.</p> <p>Inclusion criteria: RCT, patients with major depression/ depressive episode treated in community care and included in case management. Studies with at least 6 months follow-up.</p> <p>Exclusion criteria: intervention aimed at doctors, patients relatives, inpatients, drug abusers, homeless people, disable. Studies of primary prevention, screening or certain therapies. Studies with less than 50 % patients with major depression.</p> <p>Syntheses: Meta-analysis based on random effect model. The effect of case management was calculated as the standardised mean difference (SMD)/ effect size on symptom severity with 95 % confidence intervals. Dichotomous outcomes (remission, response, adherence to treatment) were combined using weighted relative risks.</p>
Included studies & country of origin	N = 13 studies (RCT), USA, Netherlands, Germany
Population	Patients diagnosed with major depression or major depression episode (DSM IV or ICD 10)
Intervention duration/intensity personnel	Case management: telephone reminder, treatment guidelines, outreach visits, feedback, integration in different health care sectors, multi-disciplinary team, patient education. Interventions were divided into two subgroups: <i>Standard case-management</i> which involved not more than two activities (3 studies) and <i>Complex case-management</i> which involved more than two activities (7 studies)
Control	Standard care/ usual treatment with basic pharmacological treatment. The exact content not described.
Collaborative elements	Primary physician/ general practitioner, case-manager (case-load of 20 patients)
Outcomes	<p>Clinical outcomes: Severity of depression symptoms ; Clinical response defined as ≥ 50 % improvement on the symptom scale used; Remission rates</p> <p>Process outcomes: Adherence to drug treatment</p>
Assessment times	6-12 months
Results	<p>Clinical outcomes</p> <p>At 6-12 month, case management:</p> <p>Depressive symptoms: reduced severity of symptoms compared with standard care (11 RCTs; 4320 patients): SMD: -0.40, 95 % CI -0.60 to -0.20</p> <p>Remission: increased remission (7 RCTs; 4584 patients): RR:1.39, 95 % CI 1.30 to 1.48</p> <p>Clinical response: more patients responded to treatment in intervention group (5 RCTs; 3218 patients): 46 % in case management vs. 24 % in standard care: relative risk for clinical response was (RR: 1.82, 95 % CI 1.68 to 2.05)</p> <p>Process-related outcome</p> <p>Drug adherence: improvemnet (9 RCTs; 5306 patients): 66% in case –management vs. 50 % in usual care; RR:1.5, 95 % CI 1.28 to 1.86</p> <p>Subgroup analysis of “standard”- versus “complex” case-management showed no difference in effect size on depression symptoms between the interventions: standard case management (869 patients): SMD/ effect size - 0.40(95 % CI -0.64 to -0.17) vs. complex case management (3093 patients):SMD/effect size – 0.38 (95 % CI – 0.64 to – 0.110)</p>
Conclusion (author’s)	Case management is an effective intervention to improve the management for patients with major depression in primary health care systems. The available evidence is insufficient to recommend “complex” case management over “standard” case-management.

Quality assessment <i>(check list)</i>	<p>Good (++). Search strategy described but not enclosed. The authors conducted Egger's funnel plot to control for publication bias. Explicit inclusion and exclusion criteria. The 13 included studies were assessed by two independent authors to be of good or fair methodological quality. There was no statistical heterogeneity between studies.</p>
Comments	<p>The role of family physician within managed-care is unclear described. Case-management is a complex intervention and it is possible that some of the elements are more effective than others. Future studies should focus on which elements are crucial to optimize the effect. The effects of the review could be overestimated because the meta-analysis was not controlled for intra-cluster correlation. Most of the studies were conducted in US managed care (HMO) settings.</p>

Gilbody et al. 2003 (36)

Study	Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, & Thomas R, 2003 (UK) Educational and Organizational Interventions to Improve The Management of Depression in Primary Care
Aim	To systematically evaluate the effectiveness of organizational and educational interventions to improve the management of depression in primary care settings.
Method:	Systematic review Search: Medline, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, United Kingdom National Health Services Economic Evaluation Database, Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group register, Cochrane Effective Professional and Organisational Change Group specialist register. Search terms were related to <i>depression, primary care</i> , and all guidelines, organisational and educational interventions. No language restrictions. From inception to March 2003. Correspondence with authors, used reference lists. Inclusion criteria: RCT, controlled clinical trials, controlled before-and-after studies, and interrupted time-series studies (methods of EPOC group). Studies that examined the effectiveness of organizational or educational intervention targeted primary care professionals and patients or novel modes of providing health care were selected. Exclusion criteria: Studies on efficacy of patient-level interventions or screening strategies for depression. Data synthesis: narrative synthesis of results
Included studies & origin country	N =36 studies (29 RCT and controlled clinical trials, 5 controlled before-and-after, 2 interrupted time-series analyses). Most studies in US primary care practices.
Population	Patients > 18 yrs old with moderate to major depression. Total number of patients not calculated.
Intervention	Complex and multifaceted interventions: explicit plans and protocols (in 22 studies), change in delivery system design (in 19 studies), attention to information needs of patients (in 11 studies), ready access to necessary expertise (in 21 studies), and information support systems (in 10 studies). Collaborative elements in complex interventions: Patient education and shared care among the primary care physician, psychiatrist or psychologist. Patient education, clinician educational meetings, automated pharmacy data, and enhanced collaborative management by psychiatrist in a primary care setting. Regular screening, clinician education, patient-specific reminders, psychiatric nurse as case-manager, enhanced integration with specialist care. Enhanced nurse involvement (provide patient education and medication counselling) or support over telephone. Or as a core component of an effective complex strategy (given training in the management of depression). Follow-up by: nurses, practice counsellors, graduate psychologists to ensure medication adherence. Guideline implementation strategies were complex and included active dissemination and clinician education such as peer review, use of opinion leaders.
Control	Usual care. No details provided.
Outcome measures	<i>Clinical outcome (as positive results in patient's outcome)</i> : change in depression severity, health status. <i>Process of care outcomes</i> : medication concordance, recognition rates for depression, improved prescribing of antidepressants (OR), overall costs, adherence to treatment (OR)
Results	Positive results: 21 studies with positive results were found: collaborative care (N=3); stepped collaborative care for those not responding for usual care (N=2), quality improvements (N=8); case-management (N=8) <i>Clinical outcomes</i> : Effective strategies in improving patient outcome generally were those with complex interventions that incorporated clinician education, an enhanced role of the nurses (nurse case management), and a greater degree of integration between primary and secondary care. Telephone medication counselling delivered by practice nurses or trained counsellors was also effective. Successful guideline implementation and educational interventions were accompanied by complex organizational

	<p>interventions, such as nurse case-management, collaborative care or quality improvement initiatives. Improved management of depressive disorders was not seen beyond the enhanced organization of care, suggesting that clinician education alone was not sufficient in maintaining change.</p> <p><i>Cost-effectiveness:</i> complex interventions that include combination of clinician and patients education, nurse case management, enhanced support from psychiatric services and monitoring of medication adherence are shown to be cost-effective and have positive clinical outcomes in short term.</p> <p>Not effective strategies: Guideline and educational strategies with no organizational support to enhance individual patient care (N=3). <i>Clinical outcomes:</i> clinical improvement: OR, 1.23; 95 % CI, 0.84 to 1.79</p> <p>Studies of clinical education showed no impact on depression severity, quality of life or adherence to treatment (N=2)</p> <p>Quality improvement initiatives not accompanied by initiatives directly applied to patients such as case-management or follow-up, had equivocal or negative results on clinical outcomes. (N=2). <i>Process outcomes:</i> recognition rates for depression: (sensitivity) OR, 1.00; 95 % CI, 0.73 to 1.37 and (specificity) OR, 0.97, 95 % CI 0.7 to 1.34.</p>
Conclusion (author)	<p>There is substantial potential to improve the management of depression in primary care. Simple guideline implementation and educational strategies are likely to be ineffective. Substantial investment in primary care services and a major shift in the organization and provision of care is needed in order to implement the findings of the review.</p>
Quality assessment	<p>Moderate (+). Extensive search strategy. Explicit inclusion criteria and validity assessment. Data were extracted independently by two assessors. Narrative synthesis of results. No details from included studies.</p>
Comments	<p>Only briefly description of study population and interventions. Complexity of interventions makes it difficult to establish the active ingredients of an effective strategy.</p>

Gilbody et al 2006 (37)

Study	Gilbody S, Bower P, Fletcher J, & Sutton AJ, 2006 (UK). Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes
Aim	To establish the clinical effectiveness of collaborative care during both the short- and longer-terms, to explore the important determinants of effectiveness of collaborative care, and how research has evolved with time and the totality of research evidence in this area.
Method:	Systematic review (Cumulative meta-analysis) Search: Medline, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, The Cochrane Library, and DARE from inception to February 2006. Reference lists of studies were scrutinized, and citation searching for all studies that met the inclusion criteria was used. Inclusion criteria: RCT's, patients with depression, primary care setting, collaborative care approach. Exclusion criteria: Not specified. Synthesis of results: Random effects meta-analysis. Continuous measures and dichotomous variables were translated to a standard effect size (standardized depression outcomes)
Included studies & origin country	N =37 studies Most studies in US primary care practices.
Population	Patients with depression managed in primary care setting using a collaborative care approach (N=12 355 patients).
Intervention	Collaborative care defined as multifaceted intervention involving combinations of 3 distinct professionals working collaboratively within the primary care setting: a case manager, a primary care practitioner and a mental health specialist. Studies involving minimum 2 of these 3 components of collaborative care were included.
Control	Usual care/standard primary care. No details described.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes:</i> depression symptoms, clinical improvement <i>Process of care:</i> antidepressant medication concordance, adherence to treatment
Assessment times	Assessments at: short-term (6 months) and longer-term (12, 18 and 24 months, and 5 years)
Result	<i>Clinical outcomes:</i> Standardized depression outcomes (N=37 studies): positive effect at 6 months compared with standard care (SMD) 0.25; 95 %CI; 0.18 to 0.32. There was a moderate level of heterogeneity between studies ($I^2 = 52,8\%$) Long-term results 12-57 months (N=11 studies): The overall trend was for clinical improvement to be maintained at 12 months (SMD, 0.25; 95% CI, 0.01 to 0.53). The difference was not statistically significant at 24 months and further on: 18 months (SMD, 0.25; 95% CI, 0.03 to 0.46, at 24 months (SMD, 0.15; 95% CI, -0.03-0.34 and at 5 years (SMD, 0.15; 95% CI, 0.001-0.30). There was a substantial level of between studies heterogeneity ($I^2 = 84\%$) <i>Process of care:</i> Effect size was directly related to: medication compliance and to the professional background (case managers with a specific mental health background) and method of supervision of case managers (regular and planned). Duration of case management and number of sessions were unrelated to effect size, and even brief interventions such as telephone follow-up were effective. Studies with 3 elements of collaborative care in place tended to be more effective than studies with less model fidelity.
Conclusion	Collaborative care is more effective than standard care in improving depression outcomes in the short and longer term. Further research is needed to help clarify whether this system of care can be translated and implemented in settings other than US managed care.
Quality assessment	Good (++)
Comments	The quality of usual care was not described for any included studies. The positive results are based on studies from US. Collaborative care studies conducted outside US yielded non significant results with high degree of between-study heterogeneity.

Gilbody 2006 (38)

Study	Gilbody S, Bower P, & Whitty P, 2006. Cost and consequences of enhanced primary care for depression
Aim	To conduct a systematic review of economic evaluations of methods of organising and delivering enhanced primary healthcare for depression.
Method	<p>Systematic review of all full economic evaluations (cost-effectiveness and cost-utility analyses) accompanying randomised controlled trials.</p> <p>Search: Medline, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, EconLIT, The Cochrane Library, the NHS Economic Evaluations Database and the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. From inception to November 2005. Search terms related to <i>depression, primary care and quality improvement strategies</i>. Reference lists were scrutinised, and correspondence was made with authors of RCT's for unpublished cost-effectiveness data.</p> <p>Inclusion criteria: full economic evaluations (cost-benefit, cost-effectiveness, cost-minimisation or cost utility analysis). Organisational interventions could include clinician education, dissemination and implementation of treatment or management guidelines, reconfiguration of roles within primary care, case management or active follow-up, consultation-liaison or other methods of improving working relationships between primary care and specialist/secondary care. Patients: depression treated in primary care</p> <p>Outcomes: Clinical outcomes (depression severity, symptoms reduction, quality of life) and cost data.</p> <p>Exclusion criteria: Studies that specifically examined effectiveness of psychotherapy or drug treatment alone.</p> <p>Syntheses: permutation plot and narrative syntheses.</p>
Included studies	N =11 full economic evaluation studies based upon randomised designs from US (9) and UK (2) in primary care setting. Cost-effectiveness analyses (7 studies); cost-utility analyses (2 studies); cost-minimisation analyses (2 studies)
Population	Adults with depression (N= 4757 patients). Newly diagnosed episode of depression in 9 studies; recurrent depression in 2 studies. Depression severity: minor to major depression.
Intervention	<p>Models of enhanced care for depression based upon collaborative care models (9 studies), and a multidisciplinary primary care educational package designed to improve the quality of care or to implement depression management guidelines (2 studies).</p> <p>Interventions generally involved some form of clinical practice guideline with a range of implementation strategies of varying intensity (i.e. brief telephone contact by non-specialist nurses to facilitate concordance with medication and to coordinate follow-up, consultations with psychiatrist, feedback arrangements). In collaborative and stepped care programmes, a case manager coordinated care between primary care physicians and specialists while offering problem-focused psychosocial interventions.</p> <p>Other components: screening, clinician and patient education, guideline dissemination, case management and enhanced access to specialist care including CBT, reconfiguration of roles within primary care. The period of follow-up was in most studies 6-12 months.</p>
Control	Usual care provided by primary care physician. In most studies usual care included referral to specialist care.
Outcome measures	<p><i>Clinical outcomes:</i> depression severity (SCL; HRSD score); percentage showing 50 % improvement, incidence of depression</p> <p><i>Process-related outcomes:</i> accordance with medication, accordance with clinical guidelines for treatment, adequate dosage of medication (RR, OR, % of patients)</p> <p>Cost to the health care system: drugs, depression and non-depression-related primary care costs, and costs of specialists' referral. Some studies considered only out-patient depression treatment costs. Incremental costs per depression free day. Incremental costs per QALY</p>
Result	<p><i>Clinical outcomes:</i> improved depression scores in all organizational intervention's og mixed educative and organizational intervention's group up to 24 moths follow-up. Fewer patients with confirmed depression at 6 months. Increase in proportion of patients improving. Details reported in Gilbody et al 2006 (37).</p> <p><i>Process-related outcomes:</i> increased concordance with medications in all studies reported outcome (5 studies). Increased proportion of patients with adequate dosage at</p>

	<p>6- 12 months follow-up (7 studies). More frequent adequate dose of antidepressants (range from 44,5 % to 75,5 % in intervention versus 18,5 % to 55%). (8 studies) In purely education programmes (2 studies), no impact on improved management or out-come of depression, but increased costs associated with the educational intervention. Details in Gilbody et al 2006 (37).</p> <p><i>Costs:</i> Enhanced programme for newly diagnosed depression (7 studies) Primary care depression costs : \$ 13-24 per depression free day (2 studies) Cost-utility: \$ 15 463 to 36 467 per QALY (3 studies)</p> <p>Care for treatment resistant depression(2 studies) Out-patients costs alone: \$ 21, 95 % CI 8 to 128 per depression free day (1 study) Total out-patients costs: \$ 26, 95 % CI -10 to 213 per depression free day (1 study)</p> <p>Care to prevent relapse in recurrent depression (1 study: Simon et al 2002) Improved outcome was achieved at increased treatment costs (primary care visits, increased use of antidepressant and access to secondary care). Out-patients costs alone: a cost of £13 (\$ 24, 95 % CI -35 to 496) per depression free day over 12 months. Total outpatients costs: - £8 (\$ 15, 95 % CI, - 35 to 248) per depression free day.</p>
Conclusion	<p>Improved outcomes through depression management programmes using a collaborative care/case management approach can be expected, but are associated with increased cost and will require investment. Educational interventions alone are associated with increased cost and no clinical benefit.</p>
Quality assessment	<p>Good (++). Clear inclusion and exclusion criteria. No study considered unemployment benefits or lost earnings of patients due to depressive illness or non-healthcare costs such as social security benefits.</p>
Comments	<p>Enhancements of care, such as collaborative care or case management, mostly produce improved outcomes but are associated with increased direct health care costs over the short term.</p>

Hegel et al 2005 (44)

Study	Hegel MT et al. 2005. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care.
Aim	To study the effect of comorbid panic disorder and posttraumatic stress disorder on response to a collaborative-care interventions for late-life depression in primary care.
Method	Randomised controlled trial (RCT). Description in Hunkeler et al.2006. Project IMPACT (Improved Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment). Randomisation unit: patient. Subgroup analysis from IMPACT study (Unutzer 2002). Statistical analysis: univariate and bivariate analyses to describe sample. Mixed effect regression analyses for SCL-20 depression scores and for clinically meaningful response. Separate analyses for patients with and without panic disorders.
Population	Total 1801 patient were included in original study (Hunkeler et al 2006). 453 patients were identified as having panic disorder (PD) (n=262) or posttraumatic stress disorder (PTSD) (n=191). Sex: 71 % female, 29 % male. Age: 69,9 (SD=7). PD and PTSD patients were younger and more likely ethnic-minority group compare to other study patients. PTSD patients were more likely to have one episode of major depression, and more chronic medical disorders. PTSD and PD were more likely to have greater health-related functional impairment and a lower quality of life.
Intervention	IMPACT – study; see description given in Hunkeler et al.2006.
Control	Usual car, see description given in Hunkeler et al.2006.
Assessment times	baseline, 2-, 6-, and 12 months
Outcomes measures	Clinical outcomes; resource use
Results	<i>Clinical outcomes</i> Participants without comorbid anxiety who received collaborative care had early and lasting improvements in depression compared with those in usual care. Participants with comorbid panic disorder showed similar outcomes, whereas those with comorbid PTSD showed a more delayed response, requiring 12 months of intervention to show a significant effect. At 12 months, outcomes were comparable with those without comorbid PTSD. Interactions of intervention status by comorbid PTSD or PD were not statistically significant, suggesting that the collaborative –care model performed significantly better than usual care in depressed older adults both with and without comorbid anxiety.
Quality assessment	Good (++). Subgroup analyses from original population.
Conclusion (author)	Collaborative care is more effective than usual care for depressed older adults with and without comorbid panic disorder and PTSD, although a sustained treatment response was slower to emerge for participants with PTSD. Intensive and prolonged follow-up may be needed for depressed older adults with comorbid PTSD.
Comments	The screening interview used for the PTSD diagnoses has not been validated. The researches did not collect specific severity measures for PTSD, panic disorders or level of anxiety. Improvements were measured for depression related outcomes.

Heideman 2005 (49)

Study	Heideman J, Rijswijk E, Lin N et al 2005. Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice.
Aim	To determine the effectiveness of interventions to improve GP's diagnosis and management of patients with anxiety disorders, who either have or do not have a co-morbid depressive disorder.
Method:	Systematic review (SR) Search: Medline, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, The Cochrane Clinical Trials' Register. All searches were performed from the inception to 2003. Reference lists of included studies and reviews were searched for additional studies. Limitation: search was restricted to English-language publications. Inclusion criteria: RCT, CBA and interrupted time series were included. Population: patients with anxiety disorder. Studies aimed at improving the recognition, diagnosis, and management of patients with an anxiety disorder in general practice through the introduction of quality improvement interventions. Exclusion criteria: Therapy studies with no organizational component. Synthesis of results: narrative synthesis
Included studies & origin country	N =7 studies (6 RCT's and 1 CBA) (4 professional interventions and 3 organisational interventions). Studies from UK, Australia and US.
Population	General practitioners and their adult patients with anxiety disorders or/and depression. Sample sizes ranged from 67-686 patients and from 20 to 286 providers. Total number of patients in included studies not calculated.
Intervention	Professional interventions Audit and feedback (primary care physician and study physician) (N=1) Brief education by external expert (3.5 hour seminar) (N=1) Educational outreach (focus on management of benzodiazepine use) (N=2) Organisational interventions (2 of 3 were multifaceted) Nurse substitution (behavioural therapy as part of a team) (N=1) Collaborative care (N=2): (1) Patient education, visits and phone calls with an on-site consulting psychiatrist, and primary care physician received education. (2) Integrated primary care/mental health model with a psychologist devoting 50% with direct treatment and 50% to collaborative activities, patients and primary care physicians received education)
Control	Usual care
Outcome measures	<i>Clinical outcomes:</i> Anxiety:(Global Anxiety Score); self-reported anxiety symptoms. <i>Process of care:</i> Prescription in accordance to guidelines; referral to specialist.
Results	<u>Professional interventions</u> <i>Clinical outcomes</i> (N=1): improvement on Global Anxiety Score and higher self-reported improvement in anxiety symptoms: RR= 1.25; 95 % CI, 1.01 to 1.53 <i>Process-of-care effect</i> (N=4): Recognition and treatment rates (N=1): RR= 1.71; 95 % CI, 1.27 to 2.29 No effect on prescription rate (N=2) Patients were more likely to be referred to mental specialist than patients in the control. <u>Organisational interventions</u> <i>Clinical outcomes:</i> Improvement in fear for global and total phobia and anxiety-depression (nurse substitution study). Anxiety Severity Index: RR= 2.29; 95 CI, 1.20 to 1.06 (N=1) Predefined level of recovery (Panic Disorder Severity Scale): RR= 1.38; 95 % CI, 1.07 to 1.77) , (N=1) Anxiety free days/ patient = 80 days more than control group <i>Process-of-care effect:</i> No significant difference for appropriate type of medication, adequate dosage, duration or percentage of patients adhering to medication for more than 25 days (N=1).
Conclusion (authors)	A combination of professional and organisational interventions in which an external expert is introduced seems to be most promising. Additional research is necessary to determine the exact effects of such interventions using patient effect measures, economic, and feasibility studies.

Quality assessment (check list)	Moderate (++). Extensive search in electronic databases. Hand search of reference lists. Search strategy available. Inclusion and validity assessment of studies done independently by two assessors. Studies with low quality were not excluded (N=1).
Comments	Limited documentation of effect. Each included study represented different intervention. Outcomes reported only per study.

Hunkeler 2006 (42)

Study	Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care.
Aim	To determine the long term effectiveness of collaborative care management for depression in late life
Method	<p>Randomised controlled trial (RCT). Randomisation unit: patient.</p> <p>Project IMPACT (Improved Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment). Patients were randomised to IMPACT group or to usual care group. Original study published by Unutzer et al 2002 (ref). This is a follow-up study with long term results.</p> <p>Inclusion criteria: Population: patients with current major depression or dysthymia and with plans to use one of the participating clinics as the main source of general-medical services for the coming year. Age over 60 yrs. Setting: 18 primary care clinics at 8 diverse health care organizations across USA.</p> <p>Exclusion criteria: History of bipolar disorder or psychosis, ongoing treatment by a psychiatrist, current drinking problems, severe cognitive impairment, or acute risk of suicide.</p>
Population	<p>IMPACT intervention main study (N= 906) or usual care (N= 895). Ethnicity: African-American (12 %); Latino (8%); other minorities (3%); Whites (77%)</p> <p>Participants: N= 1801 patients</p> <p>Diagnosis (DSM IV): Major depression (70 %); major depression and dysthymia (53 %); dysthymia (30 %), panic disorder or posttraumatic stress disorder (29 %). Patients with some cognitive impairment (35%). On average patients had 3, 2 (SD=1,7) of 11 chronic medical illnesses. Age: > 60 yrs (average= 71.2 yrs (SD=7,5). ; Sex: Female: 65 %, male 35 %.</p>
Intervention	<p>The IMPACT intervention used a multifaceted, collaborative stepped-care approach (CC). Primary care provider education about evidence based treatment for late life depression. Enhanced patient education by depression care specialist (DCS). Patients received video and written information about late-life depression and met depression clinical specialist (nurse or psychologist trained in CC model). Choice of treatment was based on patient's preferences. Ongoing depression monitoring by frequent contacts with DCS (phone or visits every 2 weeks during the acute phase and monthly contact for 1 year). Relapse prevention plan with the DCS for all patients in remission in order to maintain adherence to treatment. Consulting psychiatrist met weekly with DCS to discuss complex cases or nonresponsive patients. Additional treatment options were discussed with PCP, DCS and psychiatrist for patients not responding after 4-6 weeks of treatment. Access to a psychiatrist who provided consultation for unresponsive patients. Duration: 12 months. After 12 months, all study participants continued with their regular primary care practitioners as usual.</p>
Control	Usual care. Usual care patients could use any primary care or specialty mental health care services available to them in usual care.
Outcome measures	<p>Clinical outcomes: Depression (SCL-20), overall functional impairment, quality of life (SF-12); physical functioning (PCS-12)</p> <p>Process of care: depression treatment, satisfaction with care.</p>
Assessment times	At base-line (In person) at 12, 18 and 24 months (by telephone)
Results	<p><i>Clinical outcomes:</i></p> <p>Depression severity: significantly lower depression severity at all assessment points (A year after the intervention ended, a significant difference in SLC-20 scores remained (0, 23, $t=6.42$, $P< 0,0001$). The NNT was 4 at 12 months, 6 at 18 months and 9 at 24 months. Remission (SCL-20 depression score< 0,5): 17% at 12 month and 9 % at 18 month ($P<0.0001$)</p> <p>Treatment response (50 % reduction in depression (SCL-20) from baseline) as difference in percentages between group: significantly better then controls at all assessment points: 27 % at 12 month, 17 % at 18 month and 11% at 24 months ($P< 0.0001$)</p> <p>The greatest differences in outcomes between groups were at 12 month. The difference diminished over time but remain significant at 24 months.</p> <p><i>Process-related outcomes:</i> Depression care: significantly higher proportion of IMPACT patients reported taking antidepressants at each follow-up (difference in 18 % points at 12, 15 and 18 months, and 14 % points at 24 month, all $P<0.0001$). There was no difference in use of counselling or mental health care between groups after the first year. Significantly higher rates of depression treatment at 18 and 24 months were accounted for entirely by pharmacotherapy.</p>
Conclusion (author's)	Tailored collaborative care actively engages older adults in treatment fore depression and delivers substantial and persistent long-term benefits: less depression, better social

	functioning, quality of life.
Quality assessment	Good (++). Blinded assessment: Interviewers were blinded to patient's treatment assignment. INT analysis of results.
Comments	There are several other publications based on the same study: Unutzer et al 2001 (59), Unutzer et al 2002 (58), Hegel et 2005 (44); Areal 2005 (40)

Katon et al. 2006 (54)

Study	Katon et al. 2006. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder
Aim	To study the incremental cost-effectiveness of a combined cognitive behavioural (CBT) and pharmacotherapy intervention for patients with panic disorder versus usual primary-care treatment.
Method:	Randomized control trial and cost-effectiveness analysis Inclusion criteria: Population: patients 18-70 years old, who met DSM-IV-R criteria for panic disorder with at least one panic attack in prior week, access to telephone, English speaking, willing to accept a combined treatment regimen of anti-anxiety medication and CBT. Setting: Six primary care clinics in three geographic sites in US (internal medicine clinics and family medicine clinics). Exclusion criteria: Patients with potentially life-threatening illness or clinical characteristics that would limit participation or adherence, or already seeing a psychiatrist or a cognitive behavioural therapist or receiving psychiatric disability benefits.
Population	232 patients (77% completed 3, 6, and 12 months and 71% the 9 months assessment). Age (Mean): 41 yrs; Sex: 67% female, 33 male. Ethnicity: 66 % White, 13 % Hispanic, 14 % Afro-American. There were no significant demographic or clinical differences between intervention and control patients.
Intervention	Collaborative care intervention was delivered by mental health therapists (master or recent doctoral academic degree) who provided enhanced patient education, brief CBT with psychologist supervision and recommendations about medication treatment based on supervision by a psychiatrist. In addition patients were offered 6 CBT sessions within the 3 first months (with the possibility of telephone sessions after the first three in-person session), 6 follow-up telephone lasting 15-30 minutes were scheduled for the continuation phase (3-12 months) to monitor clinical symptoms.
Control	Usual care provided in primary practice which could include pharmacological treatment and referral to specialist care.
Assessment times	Assessment at 3, 6, 9, and 12 months follow-up. Telephone interview team was blinded to intervention status.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes:</i> Anxiety: Anxiety Sensitivity Index (ASI), Quality adjusted life-years (QALY), Center for Epidemiologic Survey – Depression Scale (CES-D), RxRisk-V (pharmacy-based measure of medical co-morbidity that correlates with hospitalization and costs. Anxiety free days (AFD); QALY <i>Costs:</i> incremental total costs, ambulatory health costs, costs per QALY, costs per anxiety free day (AFD)
Result	<i>Clinical outcomes:</i> Intervention group had 60, 4 more anxiety-free-days (AFD) than the usual care group over a 12 months period. (95 % CI; 42.9 to 77). <i>Cost:</i> The total incremental outpatients-costs in the intervention group were \$ 492 higher than for the usual care patients (95 % CI; \$ 236 to 747) Costs per additional AFD: \$ 8,4 (95 % CI; \$ 2.89 – 14.0) Total ambulatory costs (mental health & medical) were \$ 473 higher in intervention vs control. Costs per QALY: range from \$ 14 158 (95 % CI; \$ 6791 to 21 496) to \$ 24 776 (95 % CI; \$ 11 883 to 37618) Controls were more likely to have ≥ 2 medical hospitalizations vs intervention. Total ambulatory and in-patients cost (mean): costs reduction (- \$ 276; 95 % CI -819 to 268); Median: 2 934 (intervention) vs 2 868 (control).
Conclusion (author's)	The combined CBT and pharmacotherapy intervention delivered in primary care setting was associated with robust clinical improvements (AFD, QALY) compare to usual care and moderate increase in total ambulatory costs.
Quality assessment	Good (++). Randomisation by alternating assignment. No significant demographic or clinical differences between intervention and control group. Assessors blinded to intervention. Intention to treat analysis of results. Health economic analyses performed as cost-effectiveness analyses and analysis of costs to health services.

Comments	The intervention had better clinical effectiveness compare to usual care but was associated with higher costs.
-----------------	--

Katon et al 2006 (43)

Study	Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression.
Aim	To determine the incremental cost-effectiveness and net-benefit of a depression collaborative care program compared with usual care for patients with diabetes and depression
Method:	Randomized control trial and cost effectiveness analyses (a preplanned sub-group analysis of patients with diabetes from the Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)) Inclusion criteria: Participants: patients over 60 yrs old with depression, meeting criteria for major depression and/or dysthymia (DSM IV) and coexisting diabetes. Setting: 18 primary care clinics from eight health care organizations in US. Exclusion criteria: severe cognitive impairment, current alcohol abuse, a history of bipolar disorder or acute risk of suicide
Population	Older adults (N= 418 patients) Mean age: 70,2 (\pm 0,5); Depression status: major depression (13 %), dysthymia (28 %) and double depression (59%). Mean duration of diabetes: 11,6 yrs
Intervention	Stepped collaborative care approach that included a depression care manager (nurse or psychologist care manager) to support the patient's regular primary care physician. The depression care manager received supervision by psychiatrist and primary care physician. Depression care managers offered education, support of antidepressant medication and problem-solving therapy treatment in primary care and follow-up with patients in person or by telephone every 2-4 weeks.
Control	Usual care delivered in primary practice included antidepressant medication, referral to mental health care, supportive counselling.
Assessment time	Assessments at baseline, 3-6-12-1-and 24 month follow-ups. Assessors were blinded to intervention status.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes:</i> depression severity (HSCL-20 score); number of depression free days; QALY <i>Costs:</i> outpatients costs (mental costs and non-mental health costs); inpatients costs, incremental cost-effectiveness ratio (the incremental cost of the intervention compared with usual care divided by the incremental benefit); net-benefit
Results	<i>Clinical outcome:</i> 115 extra depression free days for intervention patients over 24 months follow-up (95 % CI; 71,7 to 159) QALY: estimates range from 0,063 (95 % CI; 0.039-0.087) QALYs to 0.126 (95 % CI; 0.079 to 0.174) QALYs <i>Costs:</i> Total mental health costs (intervention program, specialty mental health, antidepressants): increase + \$ 1 019 higher in intervention group Non-mental medication costs: - \$ 271 (reduction) Outpatients costs: - \$ 722 (reduction) Total medical costs (outpatient and inpatient): - \$ 896 (- 4 548 to 2 755) lower in intervention group (reduction) Total outpatients services: \$ 25 (95 % CI; -1 638 to 1 689) higher in intervention group Incremental cost-effectiveness ratio: \$ 0,25 (- \$ 14 to 15) per depression free day QALY : cost per QALY range from \$ 198 (95 % CI; 144 to 316) to \$ 397 (95 % CI; 287-641)
Conclusion (author's)	The IMPACT intervention is a high value investment for older adults with diabetes, it is associated with high clinical benefits at no greater cost than usual care.
Quality assessment	Good (++). Assessors were blinded to intervention status. Intent to treat analysis.

Katon et al. 2005 (45)

Study	Katon WJ et al. 2005. Cost effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression.
Aim	To determine the incremental cost-effectiveness of the Improving Mood Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT) collaborative care management program for late-life depression.
Method:	Randomized control. IMPACT – study. See details in Hunkeler et al 2006 (42). Cost effectiveness analyses
Population	See details in Hunkeler et al 2006 (42).
Intervention	See details in Hunkeler et al 2006 (42).
Control	Usual care delivered in primary practice included antidepressant medication, referral to mental health care, supportive counselling.
Assessments	Assessments at baseline, 3-6-12-1-and 24 month follow-ups. Assessors were blinded to intervention status.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes:</i> severity of depression (HSCL-20); depression free days at 24 moth Costs: Cost of IMPACT intervention Total out patients medical costs: sum of costs for all outpatient mental health care and medical costs. Total inpatient mental health costs: sum of costs for all inpatients mentyal health and substance abuse treatment costs. Grand total health care costs
Results	<i>Clinical outcomes:</i> Depression free days: 107 more depression free days (95 % CI, 86 to 128) <i>Costs(over 24 months)</i> Costs of IMPACT intervention: \$ 591 (average) Prescription of antidepressants: \$ 416 higher in intervention group Cost of specialty mental health care: \$ 85 lower in intervention patients. Total mental health care costs: (intervention program, mental health, antidepressants): + \$ 921 higher over 24 months in intervention group Total outpatient services: + \$ 295 (95 % CI; - \$ 525 to 1115) higher in intervention patients Incremental cost effectiveness ratio: \$ 2,76 per depression free day (95 % CI; - \$ 4.95 to 10.47) Most favourable incremental cost-effectiveness ratio was seen in the patients with double depression: - \$ 6,52 (95 % CI, - \$ 15.85 to 4.61) reduction in costs compare to usual care. When all medication costs were excluded, there was an increment of \$ 180 (95 % CI; - \$ 234 to \$ 595) associated with the interven6ion in year 1 and cost savings of \$ 175 (95 % CI; -\$ 636 to \$ 285) in year 2. Cost per QALY raged of \$ 2519 (95 CI; -4 517 to \$ 9 554) to \$ 5 037 (95 % CI; - \$ 9 034 to \$ 19 108) in IMPACT intervention group.
Conclusion (author's)	The IMPACT intervention is a high-value investment for older adults; it is associated with high clinical benefits at low increment in health care costs.
Quality assessment	Moderate (+).
Comments	Total outpatient costs were lower in year 2 which may suggest cost saving due to implementation of IMPACT program. Providing mental health treatment in primary care was associated with less use of specialty mental health care.

Neumeyer-Gromen et al. 2004 (50)

Study	Disease Management Program for Depression. A systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials
Aim	To investigate the effectiveness and cost-effectiveness of Disease Management program (DMP) for depression as compared to usual care.
Method	<p>Systematic review (SR)</p> <p>Search: Medline, CINAHL, PsycINFO, EMBASE, Cochrane Library (CCTR, CDSR, DARE, Cochrane Depression and Anxiety and Neurosis Group Register), BMJ database, NHS EED, HTA database.</p> <p>Limits: English language, articles published through May 2002.</p> <p>Inclusion criteria: randomized controlled trials. Population: adults with depression.</p> <p>Intervention: Disease Management Program (DMP) as intervention with predefined core components. Use of validated measurements instruments.</p> <p>Exclusion criteria: interventions limited to single elements of DMP, unpublished studies, low quality studies.</p> <p>Syntheses: meta-analyses of treatment effects.</p> <p>Economic evaluations were descriptively summarized.</p>
Included studies	RCT (N = 10). 7/10 studies assessed as high quality studies. USA
Population	Adults > 18 yrs old with all kind of depression as primary diagnoses (N= 4196 patients). Participants were recruited by screening by new antidepressants prescription of primary care providers (PCP) or by PCP referral. Mainly patients with major depression (75 %) or minor depression and dysthymia. Mean age: 43 yrs. Sex: 71 % women, 29 % men. Ethnicity: 70 % white
Intervention	Disease Management program (DMP) for depression (evidence based guidelines, population identification process: screening, patient/provider education, collaborative care, reminder systems, monitoring and regular reassessment). Patient education by: book, videotape, nurse, social worker or PCP. Provider education by study psychiatrist. Good communication structures between different health care sectors: primary/secondary; in/out patient. Monitoring and documentation of the process and evaluation of outcome to ensure good quality of treatment. Setting: primary care clinics of managed care organizations (HMO)
Control	Usual care. Primary care providers had the option to refer their patients to mental health clinic.
Outcome measures	Clinical outcomes: depression severity, health related quality of life (HRQOL) Process-outcomes: employment status, provider/ patient satisfaction, cost-effectiveness and cost-utility ratios
Results	<p><i>Clinical outcomes</i></p> <p>Depression outcome (all outcomes): overall effect RR = 0.75 (0.70 -0.81); z-test P<0.001; 95 % CI.</p> <p>Health related quality of life: improvement in mental health, no effect on physical functioning or global physical health (N= 4 studies)</p> <p>Employment status: one trial with 1315 patients showed that patients receiving DMP were significantly more likely to hold down their jobs. Participants initially unemployed showed no difference to comparison group.</p> <p><i>Process of care outcomes</i></p> <p>Adherence to medication 90 days: overall effect RR = 0.59 (0.46-0.75), 95 % CI</p> <p>Adherence to medication reported by patients: overall effect RR = 0.67(0.53-0.83), 95%CI</p> <p>Overall appropriate care (pharmacotherapy and psychotherapy): overall effect RR= 0.77(0.70 – 0.85), 95 % CI, P< 0.001.</p> <p>Satisfaction with care: RR = 0.57 (0.37-0.87); z-test P < 0.01, CI 95 %</p> <p>Costs: DMP increased costs in comparison to usual care. Costs per QALY ranged from \$ 9 051 to \$ 49 500.</p>
Conclusion (author's)	DMP significantly enhance the quality of care for depression. Costs are within the range of other widely accepted public health improvements. Further research should focus on the effect of long-term interventions, and compatibility with health care systems other than HMO.
Quality	Good (++). Specified inclusion and exclusion criteria. Search strategy was not enclosed. Comprehensive search in many relevant databases. Critical appraisal of all studies has

assessment	been done independently by two reviewers according to specified criteria for inclusion. Quality assessment of included studies was not reported. In quantitative data analyses, relative risks (RRs) with confidence interval were computed according to intention to treat principle. The overall effect was shown in forest plots (z-test, χ^2 -test). The overall effect was the weighted average of all single studies results, in which the larger trials have more influence than the smaller ones.
Comments	The overall result of meta-analysis of included studies shows positive effect of DMP on depression symptoms, adherence to medication and overall appropriate care. The interventions were very complex and varied in many components and intensity. It is therefore difficult to assess which components of the intervention are most effective and which are less effective or even not effective at all.

Roy-Byrne et al. 2005 (53)

Study	Roy-Byrne, P et al.2005. A randomized Effectiveness Trial of Cognitive- Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder.; USA
Aim	Effectiveness of a combined pharmacotherapy and CBT for panic disorder tailored to the primary care setting.
Method	Randomized control trial Inclusion criteria: patients with panic disorder (DSM-IV), English speaking, willing to participate and with telephone access. Exclusion criteria: Patients already seeing a psychiatrist or CBT- therapist, disable patients Analysis: Intent to treat analysis (ITT), random effect model. Setting: Six primary care clinics associated with 3 university-affiliated internal medicine clinics
Population	Primary care patients with panic disorder diagnosis (DSM-IV) and other comorbid mood or anxiety conditions. N= 232: n= 119 in intervention arm and 113 in control. Age: 18-70 yrs (mean: 41,2 yrs), sex: 67% female Illness: major depression : 55, 6%; generalized anxiety disorder: 45,7 %, social phobia: 39,7 %
Intervention	<i>Collaborative care vs. usual care for panic disorders</i> Algorithm-based pharmacotherapy prescribed by PCP under supervision of psychiatrist combined with CBT modified for primary care setting. The care was delivered and coordinated by behavioural health specialist using rapid systems of communication with PCP (telephone, fax, e-mail). Duration: 6 CBT sessions over 12 weeks and up to 6 follow-up telephone contacts. Personnel: behavioural health specialist, PCP, psychiatrist Follow-up: 12 months
Control	Treatment as usual (pharmacotherapy) from PCP. PCP could refer patients to mental health services in the community.
Collaborative elements	Collaboration between: primary care physician (PCP), psychiatrist and behavioural health specialist
Assessment time	Assessment were derived by telephone interviewer-administered questionnaires, blind to subject intervention status: at baseline, every 3 months
Result	1. <i>Proportion of patients remitted and responding</i> Significantly higher rates at 3 months and 12 months points of the proportion of subjects remitted: 20 vs. 12 % at 3 months and 29% vs. 16 % at 12 months. And subjects responding: 46 % vs. 27 % and 63% vs. 38 % at 12 months. 2. <i>WHO Disability Scale</i> At 3.months: -1.32 (95 % CI; -2.46 to -0.14) , p=0,2 At 12 months :-1.70 (95 % CI;-3.00 to- 0.40); p=0,1 3. <i>Mental Health Composite Score (SF12):</i> at 12 months: 1,73 (95% CI; 1.40 to 4.82); p=0,28 Physical Health Composite Score (SF12) at 12 months: 1.47 (95% CI; -1.81 to 4.74), p=0.37 4. Depression scores: -3.74 (95%CI; -7.51 to 0.07), p<0,05 There were no significant differences between groups in choice of pharmacotherapy at any point.
Conclusion (author's)	Delivery of evidence-based CBT and medication using collaborative care model with behavioural health specialist was feasible and significantly more effective then usual care for primary panic disorders.
Quality assessment	Moderate. Patients were randomized to treatment and control using alternating assignment. Patients, PCP or behavioural therapists were not blind to assignment. Study has moderate quality.
Comments	The results were based on self-reported outcomes and may be subject to responder-biases. High proportion of patients with depression and other mental disorders in addition to panic disorders in the study population.

Williams et al. 2007 (51)

Study	William JW, Gerrity M, Holsinger T et al. 2007. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care
Aim	To determine to extent multifaceted interventions improve depression outcomes in primary care setting and to define key elements, patients who are likely to benefit and resources required for these interventions.
Method	Systematic review (SR) Search: Medline, CINAHL, PsykINFO, Healthstar from interception to February 2006. Hand searching in reference lists, contacts with experts in the field. Limits: English language articles published through February 2006. Inclusion criteria: RCTs, studies with multi-component interventions involving patient-directed component (self-management, active follow-up), studies reporting clinical outcomes. Population: Adults with depression or depression in combination with other psychiatric illness. Exclusion criteria: Interventions directed solely at the clinician or health care system, bipolar disorders, psychosis, dementia or active substance abuse. Data synthesis: narrative synthesis
Included studies	N = 28 studies (RCTs)
Population	Adults with depression or depression in combination with other psychiatric illness (11 000 patients and 309 practices). Depression severity: major depression (9 studies); moderate to major depression (14 studies), dysthymia. Median % of patients with major depression: 69 % (range: 24-100%). Psychiatric comorbidity: bipolar disorders, psychosis. Mean ages ranged from 38 to 62 yrs. Majority of patients were White and female.
Intervention	Multifaceted interventions with at least one patient-directed element from chronic care management (self-management, active follow-up). Decision support for clinicians: educational programs, treatment algorithms, patient-specific feedback form mental health physician. Care managers provided general support and education, monitoring of symptoms and adherence, facilitation of communication among health care providers and coordination of care. Depression-specific psychotherapy. Self-management support for patients. All interventions redesigned the delivery system to provide care-management: systematic screening, enhanced time for consultation, systematic follow-up, patient registers.
Collaborative elements	physician, nurse, psychiatrist, pharmacist, care-manager, multidisciplinary team
Control	Usual care: often included provider education, guidelines, referral to specialist care.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes</i> Depressive symptoms: symptoms severity, remission rates, depression free days (28 studies). Proportion of patients who had at least 50 % decrease of depressive symptoms(median and range) Functional status (self-rated overall health improvement, mental functioning, emotional functioning, physical functioning) <i>Process of care outcomes</i> : adherence to treatment (23 studies); days of employment, social activity (7 studies); satisfaction with treatment (14 studies) Costs (8 studies)
Results	<i>Clinical outcomes</i> : Percentage of patients with 50 % improvement in depression symptoms (median) M = 18, 4 % (range: 9,3 – 46 %) (16/ 23 studies). In four studies the intervention improved outcome only for a specified subgroup of patients :major depression or acute depression episode (4/16 studies) Absolute increase in remission from depression (median) M = 16,7 % (range: 10,6 – 40 %); (5/5 studies) Changes in depressive symptoms (mean): statistically significant effect (19/ 26 studies) Functional status: improvement in functional status reported in all studies (11/11 studies). Depression free days: statistically significant effect (3/3 studies) No significant intervention effect reported in 8 studies: underpowered studies, short duration of clinical follow-up, few contacts with clinician

	<p><i>Process of care outcomes</i></p> <p>Adherence to medication at ≥ 90 days: greater proportion of patients remained adherent to medication in intervention group at 3 and 6 month follow-up (range: 80-36 % vs. 76-9,8%). The difference diminished in most studies after 12 months. (23/ 28 studies)</p> <p>Intervention increased the absolute rate of antidepressants use by median of 17.8 % (range 9,6-50,8) in 15 studies.</p> <p>Patient satisfaction: more patients were satisfied with the treatment in intervention group (14/15 studies)</p> <p>Costs data varied across the studies from no significant difference in the average total health service per patient to increase in incremental costs of total health services (\$ 83 - \$ 455 per patient). For high utilizers of care the average incremental increase of total health services cost was nearly \$ 2000 per patients over a year.</p>
Conclusion (author's)	There is a strong evidence base supporting the short-term benefits of care management specifically, and multifaceted interventions, generally on depression outcomes.
Quality assessment (check list)	Good (++). Extensive search in databases. Search strategy enclosed. Assessments done independently by two assessors. Only high quality RCTs were included in the review. Missing information was obtained by contacting the authors of included studies. Meta analysis was not possible due to high heterogeneity between studies.
Comments	Most interventions were implemented in large health care organizations, limiting the generalizability of the results to other settings.

Vedlegg 7: Norske modeller for samhandling. Eksempler av pågående prosjekter

1. Etablering av ATC modellen i Mosseregionen.

Kommunene Råde, Våler, Rygge og Moss er nabokommuner og har til sammen om lag 52 000 innbyggere. Kommunene er en egen region som dekkes fullt og helt av DPS (Distriktspsykiatrisk senter) i Moss og SMP (Sosialmedisinsk poliklinikk), som er rusbehandlingens polikliniske tjeneste i regionen. Mosseregionen opplever, som mange andre kommuner i Norge, at mange alvorlig syke innbyggere har vansker med å dra nytte av helse- og sosialtjenester. Dette gjelder særlig innbyggere med alvorlige psykiske sykdommer og rusavhengighet. Hovedproblemene synes å være at statlige tjenester for psykisk helsearbeid og rusbehandling stort sett driver kontorbasert praksis, vanskelige rammevilkår for samhandling mellom spesialiserte tjenester og kommunene, og vansker i samhandlingen innad i statlige og kommunale tjenester.

Etableringen av et ambulans ACT-team (Assertive Community Treatment) i Moss, Rygge, Råde og Våler for mennesker med alvorlige mentale lidelser og rusmisbruk gjennomføres som et nasjonalt pilotprosjekt. Målsettingen med prosjektet er å etablere en forpliktende samarbeidsavtale om felles utnyttelse av ressurser i kommunene og de psykiatriske avdelinger i sykehuset Østfold HF (inkl. Sosialmedisinsk poliklinikk, Distriktspsykiatrisk senter i Moss og Østfoldklinikken). ACT behandlingsteam skal bemannes med helsepersonell fra DPS og øvrig personell de fire kommunene.

Det er gjennomført et forprosjektet i samarbeid mellom de fire kommunene og Sykehuset Østfold HF, divisjon psykiatri. Forprosjektet har hatt tre arbeidsgrupper:

Arbeidsgruppe 1: Evaluering og forskning ledet av kommuneoverlege Knut Michelsen som har utført følgende: litteraturoversikt, kartlegging av sannsynlig populasjon, utarbeidelse av forskningsprotokoll, valg av utførende forskningsmiljø, valg av måleinstrumenter.

Arbeidsgruppen har også utarbeidet et 3-årig forskningsprosjekt for implementering av ACT behandling og evaluering av effekten av å innføre ACT- organisering i kommunene Rygge, Råde, Våler og Moss.

Arbeidsgruppe 2 – hadde ansvar for å avklare kriteriene for ACT-team slik som tilgjengelighet, sammensetning – antall og kompetanse, pasientinntak, forankring, forhold til individuelle planer, lokaliteter, administrative forhold.

Arbeidsgruppen 3 hadde ansvar for økonomi og organisatorisk forankring av prosjektet.

Arbeidsgruppene i forprosjektet konkluderte med følgende:

- ACT-behandling i samhandling med spesialisthelsetjenesten er godt dokumentert i internasjonal litteratur og viser positiv effekt for relevant pasientgruppen. Tiltaket ble vurdert som relevant for Mosseregionen.
- Hovedkomponentene i et ACT-team:

Oppsøkende, pågående arbeidsform (80 % av pasientkontakten utenfor kontoret). Hver ansatt vil ha gjennomsnittlig 20 besøk hos pasientene per uke – hver pasient får i snitt to ukentlige besøk. Noen vil i perioder få daglige besøk, kanskje også av to ansatte, mens andre, i en bedre fase, annenhver uke eller sjeldnere. Langvarig støtte og god tilgjengelighet. Tilgjengeligheten til teamet kan være 6–7 dager per uke, vanligvis 12 timer per dag. Teamets pasientgrunnlag bør ikke overstige 100 pasienter med 1:10 bemanning.

- Sammensetting av teamet:

En psykiater og en psykolog må arbeide i teamet. I mindre team kan både psykiater og psykolog arbeide i noe redusert stilling, gjerne i kombinasjon med arbeid ved tilstøtende DPS. I tillegg består teamet av helse- og sosialpersonell med videreutdanning innen rusbehandling, psykisk helsearbeid og dobbeldiagnoseproblematikk. Andre aktuelle profesjoner er lærere, ergoterapeut, fysioterapeut etc. med relevant kompetanse. Alle ansatte i teamet må ha god erfaring fra psykisk helsevern. De må være høyt motiverte for å arbeide oppsøkende og villige til å dele sin kompetanse med andre.

- **Organisering/ forankring**

ACT og andre spesialiserte team er i Norge, som i andre land, en spesialisthelsetjeneste. ACT-teamet må derfor være en del av DPS, men hente menneskelige og økonomiske ressurser fra samarbeidskommunene og evt. sosialmedisinsk poliklinikk (SMP). Samarbeidet må ha sitt grunnlag i lokale avtaler der avtalepartene inngår i et styre for teamet. Pasientgrunnlag er beregnet på bakgrunn av internasjonale erfaringer. I England regnes 90 000 innbyggere som et fornuftig grunnlag for et fullt ACT-team med 10 ansatte og 100 pasienter over 18 år. En grov kartlegging av mulig populasjon i Mossregionen peker i retning av at en kan opprette et slikt team for 60 pasienter, da med 6 fagansatte og 1 merkantil stilling. Brutto driftsbudsjett til et oppsøkende team er anslått til å ligge på ca. 4,5 millioner per år, netto ca. 3,15 mill. Disse innbyggerne får også behandling og pleie i dag, men utgiftene til målgruppen i dagens system lar seg vanskelig beregne. Prosjektet vil også søke å belyse slike helseøkonomiske forhold.

Forprosjektet anbefalte etablering av en ACT-team under Moss distriktpspsykiatriske senter og at implementeringen organiseres som et 3-årig forskningsprosjekt. Det skal gjennomføres en evaluering av effekten av innføring av ACT behandlingsteam. Evalueringen skal utføres som en kvalitativ komparativ studie. Effekten av behandling gitt av et ambulant ATC team bemannet med personell fra DPS og fire kommuner i Mossregionen skal sammenlignes med effekt av behandlingen gitt ved et utvalg av psykose/rehabiliteringsteam ved DPSer utenfor Mossregionen. Det er ansatt psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom, vernepleier og rusbehandler samt en merkantil medarbeider i prosjektet. Inntak av pasienter til studien skal foregå fra januar til oktober 2008.

Organisasjonsmodell: ACT team

ACT har ingen god oversettelse til norsk, men kan best forklares med begrepet ”pågående og oppsøkende team-tjeneste utenfor sykehus”. I Danmark brukes begrepet ”oppøgende psykoseteam”, i Sverige brukes mange forskjellige betegnelser. ACT-team behandler mennesker som har alvorlige mentale sykdommer med tilleggsproblemer som rusavhengighet, isolasjon, hyppige innleggelses, dårlige levekår etc. Mennesker med primær rusavhengighet som utvikler kronisk alvorlig mental sykdom kan også behandles i ATC. Det viktigste kriteriet for å få behandlingstilbud fra et oppsøkende team er at man ikke klarer å holde kontakt med hjelpeapparatet, skole, arbeid eller andre kontaktflater som skal til for å leve et selvstendig liv. ACT teamet arbeider pasientfokusert, med pasientens egne mål som grunnlag for individuelle planer. ACT-team arbeider oppsøkende mot de syke der de befinner seg; hjemme, på jobb eller skole etc. Behandling er tverrfaglig og tverrsektorielt, og ATC team leverer både statlige og kommunale tjenester. Ansatte i teamet er vanligvis psykiater, psykolog, sykepleiere, sosionom, ergoterapeut eller andre relevante yrkesgrupper med høyskoleutdanning. Bemanningen er 1:10 – ett team (10 ansatte) behandler opp til 100 syke. Behandlingen i teamet er i prinsippet livslang. I England er gjennomsnittlig behandlingstid 5– 6 år. Pasientene utskrives til et lavere omsorgsnivå (DPS/fastlege) når hyppig kontakt og oppsøkende virksomhet ikke lenger er nødvendig. Utskrivelser planlegges nøye.

2. Samarbeidsformer mellom første- og annenlinjetjenesten i Nordfjord. En kommunerettet, tverrfaglig spesialisthelsetjeneste.

Nordfjord psykiatrisenter er et distriktsspsykiatrisk senter beliggende i Eid kommune. Senteret har et befolkningsgrunnlag på i underkant av 30 000 innbyggere. Nordfjord psykiatrisenter har to sengeposter, dagpost, ambulant team og poliklinikk. I tilknytning til poliklinikken er det tilsatt to rusmiddelkonsulenter og en konsulent som arbeider spesielt i forhold til psykisk utviklingshemmete med psykiske problemer. Senteret yter et bredt spekter av tjenester som f. eks. akuttjenester (på dagtid) i form av innleggelse eller hjemmebesøk, vanlige innleggelse for de fleste diagnosegrupper, dagopphold, ambulante og polikliniske tjenester.

Gjennom årene har en utarbeidet en rekke samarbeidsformer med kommunene i nedslagsområdet. Elementer i dette er et tett samarbeid rundt inntak, opphold og utskrivelse av pasienter, ofte med hospitering av ansatte i kommunen på psykiatrisenteret før utskrivning og oppfølging hjemme i kommunen av postpersonalet, dagpost eller uteteam etter utskrivning. I forbindelse med utskrivning kan pasienter med alvorlige psykiske lidelser, om ønskelig over lengre tid, veksle mellom egen bolig og seng på psykiatrisenteret. Senteret har som målsetting at det skal være en høy tilgjengelighet for rådgiving til kommunene. Psykiater, terapeut i ambulant team, psykolog og postpersonalet er i varierende grad tilgjengelig for konsultasjoner hjemme hos pasienten eller rådgiving til de ansatte i kommunen.

En har et omfattende samarbeid med kommunene på mange nivåer. Dette består i undervisning og veiledning gitt av senterets psykiatere, sykepleiere, sosionomer og psykologer overfor alle samarbeidspartnere i kommunen. Et eksempel på slikt samarbeid er ”utekontordag” for psykiatere. En dag i måneden har hver kommune i Nordfjord besøk av psykiater fra Nordfjord psykiatrisenter. Kommunen disponerer psykiateren etter eget ønske. Vanlige arbeidsformer er felleskonsultasjoner med pasienter, hjemme hos pasienten eller på et kontor i kommunen og veiledning knyttet til pasientsaker eller mer generell veiledning. Aktuelle målgrupper for veiledningen er eldreomsorgen, institusjoner, psykiatritjenester, dagsentre, sosialkontor, barnevern og leger. Psykiateren kan gi undervisning om ønskede temaer for større eller mindre grupper.

Nordfjord psykiatrisenter prøver å ha et bredt sosialpsykiatrisk engasjement der senteret samarbeider med pasienten og pårørende om å gi hjelp på alle livets områder. Over de siste årene har vi sett en jevn reduksjon i bruken av liggedøgn i psykiatrien for nordfjordinger. Tallet på øyeblikkelig hjelp innleggelse er lavt og synkende, og bruken av tvang er lav. Det kan være mange årsaker til dette, men vi tror at det utstrakte tverrfaglige samarbeidet med lave skranker mellom tjenestenivåene sammen med høy tilgjengelighet er viktige grunner.

3. Samarbeid mellom Vinderen DPS, fastleger og psykisk helsearbeidere i Diakonhjemmet sektor

Beskrivelse av modellen

Samarbeidet omkring felles pasienter med psykiske plager har pågått siden tidlig på 80- tallet. Samarbeidet ble til ved at ansatte ved DPS tok initiativ til bedre samhandling med kommunen/legene i Diakonhjemmet sykehus sin sektor. I tiden frem til i dag er det utviklet flere arbeidsmåter og rutiner gjennom samarbeidet. Samhandlingen har hele tiden vært preget av gjensidighet og er utviklet i takt med det brukerrettede arbeidet. Et overordnet mål for arbeidet er å minske avstanden mellom 1. og 2. linjetjenesten, bedre kommunikasjonen, bruke ressursene best mulig hensiktsmessig og slik sett gi pasientene og pårørende et bedre behandlingstilbud.

Modellen består i faste månedlige møter mellom Vinderen DPS og de fleste større legesentra i bydelene til Diakonhjemmet sykehus sin sektor. Dette er bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Den totale befolkning i opptaksområdet er ca 117 000. Møtene varer i én til halvannen time. Totalt er det ni legesentra med i alt 40 leger som deltar i samarbeidet

En eventuelt to representanter fra poliklinikken på DPS, fastlegene og bydelenes psykiske helsearbeidere er faste deltakere. Akutteamet ved DPS er også ofte med på møtene. Det er relativt nytt at representanter fra bydelens psykisk helsearbeidere deltar på møtene. I tillegg har det ved noen sentra med samlokalisering mellom legekantor og sosialkontor vært deltakere fra sosialkontoret. Der det ikke er tilfelle er det tilsvarende faste møter med sosialkontorene.

Videre har Vinderen DPS det siste året etablert en ruspoliklinikk. Det etableres nå et lignende samarbeid mellom enkelte fastlegekantor og denne poliklinikken. Videre har representanter fra alderspsykiatrisk poliklinikk også deltatt på noen av møtene over flere år.

Hensikten med møtene er å drøfte felles pasienter, problemstillinger og utfordringer fastlegene har med sine pasienter. I dette arbeidet gjennomføres det ofte felles konsultasjoner med pasientene. Stedet for konsultasjonene legges til fastlegenes kontor. Målsettingen med konsultasjonene er å avklare problemstillinger, og bestemme hvem som best kan gå videre med saken. Av og til ender slike felleskonsultasjoner opp med at poliklinikken går videre med saken, av og til fortsetter fastlegen med veiledning fra psykiatrien. Slik sett bidrar modellen til en bredest mulig kompetanse i møtet med pasienten. Pasienten møter dermed begge forvaltningsnivåene samtidig, og en evt vei inn i psykiatrisk behandling blir bedre forberedt. Dersom det viser seg nødvendig, gjennomføres det også felles besøk med både fastlege og representant fra DPS hjemme hos bruker.

DPS har hatt et sentralt ansvar for å etablere samarbeidet, men det er et felles ansvar hos alle som deltar å holde arbeidet i gang. Likeverdigheten mellom partene kommer til uttrykk ved at det er et felles ansvar for møtene. I praksis deler dermed 1. og 2. linjetjenesten ansvaret for å gjennomføre de ulike møtene, fokusere på gjensidig dialog og felles ansvarsdelingen for å holde samarbeidet aktivt.

Terskelen for å ta opp eventuelle avvik er relativt lav på samhandlingsmøtene. Det er derfor ikke etablert egne rutiner for håndtering av avvik. Samhandlingen har også senket terskelen

for at fastlegene tar kontakt med DPSet og motsatt. Det er ikke gjort noen systematisert evaluering av samhandlingsmodellen

Hvordan er modellen forankret i andre deler av avtalesystemet?

Det foreligger en egen overordnet samarbeidsavtale mellom bydelen og helseforetaket. Den overordnede samarbeidsavtalen er imidlertid inngått etter at samarbeidet omkring felles pasienter med psykiske plager startet. Modellen er dermed ikke et resultat av den overordnede modellen, men inngår som en av flere samhandlingsmodeller som har oppstått gjennom den daglige driften.

Hvilke resultater kan det vises til og hvordan merker pasientene resultatet?

Samhandlingen har redusert avstanden mellom 1. og 2. linjetjenesten, bedret det faglige nivået, kommunikasjonen, og bruk av ressursene. Vurderingen er videre at pasientene og pårørende opplever et bedre faglig og koordinert behandlingstilbud. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har i 2006 foretatt en evaluering av opplevelser, om faktiske hendelser og om tilfredshet ved tjenestene hos fastlegene. I rapporten fremkommer det at Vinderen DPS gjennomgående har en noe høyere skåre på de ulike spørsmålene, enn hva som er gjennomsnittlig for landet. Samtidig fremheves det i rapporten at legene er mer fornøyd når de har god kjennskap til DPSet de vurderer, og de legene som deltar i samarbeidsmodellen er klart mest fornøyd.

DPS erfarer fra sin side at de faste samarbeidende fastleger gjennomgående tar flere oppfølginger av pasienter etter avsluttet behandling i 2. linjen, er mer tilgjengelige for psykisk helsearbeidere i bydel og sender bedre henvisninger. Ressursene i 2.linjen brukes derfor bedre til dem som trenger det. Ved å innarbeide rutiner som forenkler samarbeidet, legges mye av grunnlaget for forbedringer i samhandlingen. Dette henger videre sammen med det samarbeidsklima som oppstår, og som videre legger grunnlaget for ytterligere forbedringer.

Pasienten opplever et mer helhetlig og kompetent tjenesteapparat, gjennom at fastlegene er mer forbredt, har en tettere dialog med DPSet og dermed en bedre flyt mellom de ulike forvaltningsnivåene. Ved et tettere samarbeid opptrer partene som mer kompetente, kan gi brukerne en større trygghet og reduserer mangler ved overgangsfasen. Pasientene har også behov for færre møter med ulike instanser, ved at representanter fra DPSet deltar på møter sammen med brukerne hos fastlegen.

Hvilke er de viktigste læringspunktene/erfaringene?

Erfaringene fra deltakerne i arbeidet er at samhandlingsmetoden gjør samhandlingen mellom forvaltningsnivåene mer sømløs. Samhandlingsmodellen legger grunnlag for en gjensidig utveksling av informasjon og fagkunnskap, og dermed et godt grunnlag for å gi pasientene en bedre behandling. Selv om det går med tid i møtene tjenes dette derfor klart inn ved at kvaliteten bedres, kompetansen blir høyere og ressursene utnyttes bedre.

Følger det spesielle finansieringsordninger med avtalen/modellen?

Det er ikke knyttet egne finansieringsordninger til samhandlingsmodellen ut over det som ligger i fastlegeavtalen. Fastlegene har takster som dekker slik møtevirksomhet. Møtene fungerer også som veiledning av fastleger i forhold til krav til vedlikehold av spesialiteten i allmenmedisin.

Studie	Badamgarov	Craven	Gilbody 2003	Gilbody 2006	Gilbody 200	Gensichen	Heideman	Neumeyer-Gromen	Skultety	Williams
Adler et al 2004		X		X						X
Akerblad et al 2003				X						
Anderson et al 1990							X			
Araya et al 2003				X						X
Blanchard et al 1995				X					X	
Baerjee et al 1996	X					X				
Bartels et al 2004		X								
Bashir et al 2000			X							
Bindman J et al 2001		X								
Brook et al.2003			X	X						
Brook et al 2005										X
Brown et al.2000	X		X							
Bruce et al. 2004									X	X
Burns et al 1995									X	
Burns T et al 1998		X								
Burns et al 2000									X	
Byng R et al 2004		X								
Callahan et al 1994	X			X						
Coleman et al 1999			X	X		X				
Cappocia et al 2003				X						X
Datto et al 2003				X						X
De Burgh et al 1995							X			
Dietrich et al 2004				X						X
Dobscha et al 2006										X
Druss BG et al 2001		X								
Emmanuel JS. et al 2002		X								
Finley et al 2000				X						
Finley et al 2003										X
Freemantle et al. 2002			X							
Gasl et al 2004					X					
Gerrity et al 1999			X							
Goldberg et al 1998	X		X							
Hedrick SC et al 2003		X			X	X				X
Hunkeler et al 2000	X	X	X	X		X		X		
Jarjoura et al 2004				X						
Katon et al.1992		X								
Katon et al 1995	X	X	X	X	X	X		X		X
Katon et al 1996	X	X	X	X	X	X		X		X
Katon et al 1999	X	X	X	X	X	X		X		X
Katon et al 2001	X	X	X	X				X		X
Katon et al 2004				X						X
Katzelnik et al 2000	X	X	X	X	X	X		X		X
Kendrick et al 2001			X							
Kiuttu et al 1999			X							
Lin et al 1999	X							X		X
Lin et al 2000		X	X							
Lin et al 2001			X							
Lin et al 2000										X
Lin et al 2003										
Lin et al 1997			X							
Llewellyn-Jones et al 1999	X					X				
Lundman et al. 2000			X							
Mann et al 1998				X						X
Marks et al 1985							X			
Mathias et al 1994							X			
Mason et al 1999			X							
Meredith et al 2000			X							
Moore et al 1997			X							
Oslin et al 2003				X						X
Peveler et al 1999		X	X	X		X				X

Price et al 2000							X			
Rickles et al 2004				X						X
Rost et al 2001	X		X	X	X	X		X		X
Rost et al 2002		X						X		X
Rost et al 2005		X								
Rost et al. 2000			X							
Roy-Byrne et al.2001							X			
Schoenbaum et al. 2001			X							X
Sharma VK 2001		X								
Sherbourne et al 2001		X						X		X
Schulberg et al 1996								X		
Simon et al 2001		X			X					
Simon et al 2000	X	X	X	X	X	X		X		X
Simon et al 2002			X							
Simon et al 2004				X						X
Solberg et al. 2001			X							
Swindle et al 2003		X		X						X
Thompson et al 2000	X		X		X					
Tutty et al 2000	X									
Unutzer et al 2001		X	X	X						
Unutzer et al 2002		X	X			X			X	X
Waterreus et al 1994										X
Walker et al 2000		X								
Wells et al 2000	X	X	X	X	X			X		X
Wells et al 2004		X								
Werner et al 2000		X								
Williams et al.2000									X	
Wilkinson et al 1993		X		X						
Whooley et al. 2000	X			X						
Worrall et al 1999	X		X							
Zwar et al 2000							X			