

Effekter av ulike organiserings-tiltak for tjenester innen psykisk helsevern

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 5-2012

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: • Formålet med denne rapporten var å gi en oversikt over systematiske oversikter om effektene av tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser. • Vi inkluderte 17 systematiske oversikter. De forskjellige organisatoriske tiltakene hadde ulike formål og omhandlet temaer som behandling ved bruk av tverrfaglige team, setting for behandlingen, integrering av omsorgstjenester og kontinuitet i omsorgen. **Hovedfunn:** • Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling gir muligens noe færre antall dager i sykehus, noe mindre frafall fra behandlingsopplegg, noe høyere funksjonsskåre, noen flere som kan bo uavhengig og muligens litt høyere brukertilfredshet. Effekten på mental helsetilstand, dødelighet, antall innleggelser, sosial funksjon og livskvalitet er usikker. • Bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester kan muligens føre til noe færre sykehusinnleggelser. Effekten på annen bruk av helsetjenester, sosial funksjon, brukertilfredshet, dødelighet og tilslutning til behandling er usikker. •

(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 978-82-8121-471-2 ISSN 1890-1298

nr 5-2012

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

Dagsykehus versus innleggelse i sykehus fører trolig til lengre innleggelse første gang men trolig også en noe bedre skåre for sosial funksjon. Effekten på andre helsetjenester, mental helse, død, brukertilfredshet, frafall fra behandlingsopplegg og livskvalitet er usikker. • For de andre tiltakene som også hadde mer avgrensede formål var det vanskelig å trekke meningsfulle konklusjoner om effekt. Kvaliteten av dokumentasjonen var enten for lav eller resultatene hadde brede konfidensintervall eller viste inkonsistente effekter på tvers av studier.

Samlet sett var dokumentasjonen for effekten av organisatoriske tiltak gjennomgående av lav og svært lav kvalitet. En hovedpart av studiene var av eldre dato. Oppsummeringen av denne forskningen viser at det er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern..

Tittel	Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern
English title	Effects of organisational interventions for mental health services
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Forsetlund, Louise Lidal, Ingeborg Beate Austvoll-Dahlgren, Astrid
ISBN	978-82-8121-471-2
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 05 – 2012
Prosjektnummer	669
Publikasjonstype	Systematisk oversikt; Oversikt over oversikter
Antall sider	84 (107 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver	Sykehuset Østfold, Divisjon for psykisk helsevern
Nøkkelord	Psykisk helsevern. Organisering.
Sitering	Forsetlund L, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

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. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, august 2012

Hovedfunn

Formålet med denne rapporten var å gi en oversikt over systematiske oversikter om effektene av tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser.

Vi inkluderte 17 systematiske oversikter. De forskjellige organisatoriske tiltakene hadde ulike formål og omhandlet temaer som behandling ved bruk av tverrfaglige team, setting for behandlingen, integrering av omsorgstjenester og kontinuitet i omsorgen.

- Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling gir muligens noe færre antall dager i sykehus, noe mindre frafall fra behandlingsopplegg, noe høyere funksjonsskåre, noen flere som kan bo uavhengig og muligens litt høyere brukertilfredshet. Effekten på mental helsetilstand, dødelighet, antall innleggelses, sosial funksjon og livskvalitet er usikker.
- Bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester kan muligens føre til noe færre sykehusinnleggelses. Effekten på annen bruk av helsetjenester, sosial funksjon, brukertilfredshet, dødelighet og tilslutning til behandling er usikker.
- Dagsykehus versus innleggelse i sykehus fører trolig til lengre innleggelse første gang men trolig også en noe bedre skåre for sosial funksjon. Effekten på andre helsetjenester, mental helse, død, brukertilfredshet, frafall fra behandlingsopplegg og livskvalitet er usikker.
- For de andre tiltakene som også hadde mer avgrensede formål var det vanskelig å trekke meningsfulle konklusjoner om effekt. Kvaliteten av dokumentasjonen var enten for lav eller resultatene hadde brede konfidensintervall eller viste inkonsistente effekter på tvers av studier.

Samlet sett var dokumentasjonen for effekten av organisatoriske tiltak gjennomgående av lav og svært lav kvalitet. En hovedpart av studiene var av eldre dato. Oppsummeringen av denne forskningen viser at det er et mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern.

Tittel:

Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern

Publikasjonstype:

Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Sykehuset Østfold, Divisjon for psykisk helsevern

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet juli 2011.

Fagfeller:

Torleif Ruud, FOU-avdelingen Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus; Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Arne Repål, Sykehuset i Vestfold

Sammendrag

Bakgrunn

I store deler av den vestlige verden har det siden 1970-tallet pågått en de-institusjonalisering i psykisk helsevern. Stadig flere tjenester og oppgaver er blitt flyttet fra sentrale institusjoner for å ivaretas i lokalsamfunnet. I Norge fastslo *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006* at målet for denne omorganiseringen var å forbedre kvaliteten og kvantiteten av tjenestene, sikre en helhetlig planlegging og bedre samspillet mellom kommune og fylkeskommune med fokus på brukernes behov. Formålet i denne rapporten var å gi en oversikt over systematiske oversikter om effekten av ulike modeller for å organisere tjenester for barn, ungdom og voksne innen psykisk helsevern.

Metode

Vi søkte etter systematiske oversikter over tiltak for organisering av psykisk helsevern i Cochrane Library (SR), MEDLINE, EMBASE, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) og Health Technology Assessments (HTA) og ISI Web of Science i juni 2011. Titler og sammendrag ble gjennomgått for å velge ut de referansene som så ut til å tilfredsstillende inklusjons-kriteriene. Potensielt relevante publikasjoner ble bestilt i fulltekst og vurdert for inklusjon eller eksklusjon. Alle oversikter som var inkluderbare ble kritisk vurdert etter Kunnskapssenterets sjekklister for bedømmelse av kvalitet av systematiske oversikter. Bare oversikter av høy kvalitet ble inkludert. Vi benyttet oss av oversiktsforfatterens vurderinger av risiko for systematiske skjevheter i resultatene for hvert utfall. Vi vurderte kvaliteten på den samlede dokumentasjon for hvert utfall ved hjelp av GRADE. Oversiktene sorterte vi etter problemstilling, i henhold til en forhåndsutarbeidet og tilpasset versjon av EPOCs (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group) taksonomi for organisatoriske tiltak. To personer valgte uavhengig av hverandre ut referanser, tok beslutninger om inklusjon eller eksklusjon og vurderte oversiktene kritisk. Graderingen av dokumentasjonen ble først gjort av én person og deretter sjekket av en annen.

Resultat

Vi identifiserte totalt 17 systematiske oversikter av høy kvalitet, hvorav tre oversikter ikke avdekket noen relevante studier fra litteratursøket. De fleste oversiktene omhandlet intervensjoner av mer avgrenset karakter. Av disse omhandlet én oversikt temaet *tverrfaglige team*, ti oversikter omhandlet *setting for behandling*, fem oversikter omhandlet *integreerte omsorgstjenester*. Bare én oversikt omhandlet temaet *kontinuitet i omsorg*, som innebærer et mer omfattende perspektiv på brukerens behov, omfang av og kontinuitet i omsorgen. For temaene *endring av profesjonelle roller* og *fjernkommunikasjon* identifiserte vi ingen oversikter av høy kvalitet. Innholdsmessig utfylte de organisatoriske tiltakene i de forskjellige kategoriene hverandre ved å ha ulike formål, men det at oversiktene i noen tilfeller inkluderte de samme studiene tyder på et visst begrepsmessig overlapp.

Vi fant at tiltaket som omhandlet kontinuitet i omsorg - intensiv koordinering av psykososialt arbeid - sammenlignet med standard behandling, muligens ga noe færre antall dager i sykehus, noen flere brukere som beholdt kontakten med psykisk helsevern, noe høyere funksjonsskåre, noen flere som bodde uavhengig og muligens litt høyere brukertilfredshet. Bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester ga muligens noe færre sykehusinnleggelse. Innleggelse i dagsykehus sammenlignet med innleggelse i vanlig døgnbasert sykehus førte trolig til lengre innleggelse første gang, men også trolig en noe bedre skåre for sosial funksjon. For de andre målte utfallene av disse to sammenligningene var effekter usikker enten grunnet brede konfidensintervall eller fordi kvaliteten av dokumentasjonsgrunnlaget var for lav. For resten av de andre tiltakene med mer avgrensede formål var det vanskelig å trekke noen konklusjoner om effekten; kvaliteten av dokumentasjonen var for lav, konfidensintervallene for resultatene var for brede eller resultatene var inkonsistente på tvers av studier.

Av de tiltakene som ble sammenlignet med innleggelse i sykehus, slik som lokale tverrfaglige team, døgnbasert omsorg i boenheter, dagsykehus, forskjellige typer hjemmebehandling og behandling i spesialistklinikker, ble det for mange av utfallene ikke påvist statistisk signifikante forskjeller mellom det å behandle pasienter innenfor eller utenfor sykehus. I slike tilfeller viser konfidensintervallet for effektestimaten at tiltaket kan ha en bedre, lik med eller dårligere effekt enn sammenlignings-tiltaket på de målte utfallene. Dette gjør at man ikke kan trekke noen konklusjoner om den sanne effekten på utfallene av tiltaket.

For de tiltakene vi identifiserte var dokumentasjonen av effekt stort sett mangelfull og med usikre resultater. Vi graderte ned kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget hovedsaklig på grunn av risiko for systematiske skjevheter i primærstudiene – uklare beskrivelser av randomiseringsprosedyrer, om fordelingen til grupper var gjort

skjult og inadekvat behandling av frafall av pasienter - og på grunn av manglende presisjon av resultatet.

Diskusjon

Det er noe uklart hva behandlingspakkene i de forskjellige organisatoriske tiltakene besto av, fordi de stort sett ble beskrevet i stikkordsmessig form. Skal tiltakene tas i bruk vil innholdet være viktig, ikke bare settingen eller strukturen. Også bruk av standard behandling som sammenligningsgruppe var mangelfullt beskrevet, noe som gjør det vanskelig å vurdere hva det organisatoriske tiltaket egentlig ble sammenlignet med. Det er også en utfordring at begrepene som brukes for å betegne de ulike organisatoriske tiltakene er brede, generelle og vage, med den konsekvens at de innholdsmessig ofte sklir over i hverandre.

Komplekse tiltak som det her er snakk om, som ikke fullt ut kan standardiseres, vil aldri kunne implementeres helt likt fra setting til setting. Samspillet mellom alle kontekstuelle faktorer er komplekse og vanskelig å forutse. Vi vet heller ikke hvordan de forskjellige intervensjonene helt konkret har blitt implementert i målgruppen i hver enkelt studie. Vi ser da også at det ved utprøvinger av samme type intervensjon ble påvist signifikante effekter ett sted, men ikke et annet. Fordi vi ikke kjenner konteksten godt nok er det vanskelig å finne gode hypoteser om faktorer som kan forklare variasjonene i effekt. Systematiske oversikter over studier av komplekse, sammensatte intervensjoner vil derfor ofte etterlate mer usikkerhet vedrørende fortolkning og bedømming av resultater enn studier og oversikter av rene kliniske tiltak.

De endringer og omorganiseringer av psykisk helsevern som er gjennomført i store deler av den vestlige verden har først og fremst skjedd gjennom helsepolitiske beslutninger på bakgrunn av allmenne holdningsendringer i samfunnet og sosiale, økonomiske og etiske vurderinger, framfor vitenskapelig dokumentasjon.

Konklusjon

Av de identifiserte organisatoriske tiltakene peker intensiv koordinering av psykososiale tjenester sammenlignet med standard behandling seg ut som det tiltaket der det ble påvist positive effekter på flest utfall. Kvaliteten av dokumentasjonen for disse resultatene var lav. Samlet sett var dokumentasjonen for effekten av organisatoriske tiltak gjennomgående av lav og svært lav kvalitet. En hovedpart av studiene var av eldre dato. Den vitenskapelige dokumentasjonen utgjør et relativt mangelfullt grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern.

Key messages

The purpose of this report was to provide an overview of systematic reviews on the effects of interventions to organize services for children, youth and adults with mental disorders.

We identified 17 systematic reviews of interventions to organize services for people with mental illness. In terms of content the various organizational interventions complemented each other by having different purposes, covering topics such as multidisciplinary teams, treatment setting, integrated care and continuity of care.

- Intensive coordination of psychosocial work compared with standard therapy possibly led to slightly less number of days in hospital, some more users who maintained contact with mental health care, higher functional score, a few more living independently and possibly slightly higher user satisfaction.
- Use of community multidisciplinary teams versus hospital-based services may lead to slightly fewer hospitalizations
- Day hospitals versus hospitalisation probably led to longer duration for index admission but also probably a slightly better score for social function.
- For all the other interventions with more restricted purposes, the quality of the documentation was either too low, the results had wide confidence intervals or showed inconsistent effects across studies, making it difficult to draw meaningful conclusions about efficacy.

Of the identified organizational interventions, intensive case management compared with standard therapy appears to be the intervention with positive effects on more outcomes. The quality of the evidence for these results was low. Overall, the scientific evidence for the effect of organisational interventions is generally of low and very low quality. The main part of the studies was of an earlier date. The scientific evidence appears to be a rather inadequate basis for decisions on future organisation of mental health care.

Title:

Effects of organisational interventions for mental health services

Type of publication:

Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: July 2012.

Peer review:

Torleif Ruud, FOU-avdelingen Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus; Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

Arne Repål, Sykehuset i Vestfold

Executive summary

Background

Particularly since the 1970s a de-institutionalization and decentralization of mental health care in large parts of the western world have taken place. More and more services and tasks have been moved from central institutions to the local community. In Norway the National Programme for Mental Health 1999 to 2006 established that the goal of this reorganization was to improve the quality and quantity of services, ensure a comprehensive planning and to improve cooperation between municipalities and counties with a focus on user needs. The purpose of this report was to provide a systematic overview of the effect of various interventions for organising services for children, youth and adults in this relatively new model for mental health care.

Methods

We searched for systematic reviews of interventions for the organisation of mental health services in the Cochrane Library (SR), MEDLINE, EMBASE, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) and Health Technology Assessments (HTA) and ISI Web of Science in June 2011. All titles and abstracts were screened with respect to whether references appeared to meet inclusion criteria. Potentially relevant publications were ordered in full text and assessed for inclusion or exclusion. All reviews that could be included were critically assessed according to the Knowledge Centre's checklist for assessing quality of systematic reviews. Only reviews of high quality were included. All pre-selected outcomes in the final included reviews were critically assessed for the risk of systematic bias. This was done according to an internationally recognized checklist for this purpose. The quality of the total evidence for each presented outcome was assessed using the GRADE tool for grading of evidence. The reviews were classified according to an adapted version of the EPOC (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group) taxonomy of organisational interventions. Screening, inclusion or exclusion decisions and critical assessments were done by two persons independently. Grading was done by one person while another person checked the data extracted and the grading of the evidence.

Results

We identified a total of 17 systematic reviews of high quality. Three of these reviews did not reveal any relevant studies from the literature search. Most reviews were about interventions of a more limited character. Of these, one review was classified to the category *multidisciplinary teams*, ten reviews to *setting for treatment*, five reviews to *integrated care services*. Only one review was classified to the category *continuity of care*, which involves a more comprehensive perspective on user needs, extent and continuity of care. For the categories *changing professional roles* and *remote communication*, we identified no reviews of high quality. In terms of content, the organisational interventions in each category complemented each other by having different purposes. However, the overlapping of studies in some reviews suggests some conceptual overlap between intervention contents.

We found that the intervention that was about continuity of care, intensive case management, possibly resulted in some fewer number of days in hospital, some more users who maintained contact with mental health care, a higher functional score, a few more who were living independently and possibly a slightly higher user satisfaction compared to standard care. The use of community multidisciplinary teams versus hospital-based services may lead to some fewer hospital admissions. Day hospital as compared to hospitalisation probably resulted in longer duration of the index admission but also probably a slightly better score for social function. For the other measured outcomes of these two comparisons, the results were either too uncertain due to wide confidence intervals or the quality of the documentation was too low for us to draw meaningful conclusions. For the rest of the other interventions with more restricted purposes, the quality of the documentation was too low, the confidence intervals for the results were too wide or the results were inconsistent across studies, making it difficult to draw conclusions about the effect.

Of the interventions that were compared with hospitalisation, such as community multidisciplinary teams, twenty-four hour care in residential units, day hospital, different types of home treatments and treatment in outpatient clinics, statistical significant differences between treating patients within or outside hospital, were not demonstrated for most outcomes. In such cases, the confidence interval for the effect estimate indicates that the intervention may have a better, equal to or less effect than the comparison intervention on the measured outcomes. This means that one cannot draw any conclusions about the true effect on the outcomes of the intervention.

For the interventions that we identified the evidence of effect was generally inadequate and contained inconclusive results. The quality of the evidence base was mainly graded down because of the risk of systematic bias in primary studies - unclear descriptions of how the randomisation sequence was generated, whether allo-

cation had been concealed and inadequate treatment of dropout of patients - and because of the lack of precision of results.

Discussion

The detailed treatment content of the various organizational interventions was somewhat unclear, because overall this was only briefly described. If the interventions are to be implemented, the content will be of importance, not just the setting or structure. The use of 'standard treatment' as comparison group was inadequately described, making it difficult to assess what the organisational intervention actually was compared to. There is also a challenge that the terms used to describe the various organisational interventions are broad, general and vague, with the consequence that the boundaries between them are often unclear. Organisational interventions consist of complex services that are not possible to standardise. They will never be identically implemented from setting to setting. Interactions between all contextual factors are complex and difficult to predict. Consequently, trials of the same type of intervention sometimes demonstrated significant effects in one place but not in another. Because we do not know the context well enough we cannot explain these variations in effects.

The changes and reorganisations of mental health care that have been implemented in many parts of the western world has primarily occurred through health policy decisions based on general attitude changes in society and social, economic and ethical considerations, rather than scientific evidence.

Conclusion

Of the identified organizational interventions, intensive case management compared with standard therapy appears to be the intervention with positive effects on more outcomes. The quality of the evidence for these results was low. Overall, the scientific evidence for the effect of organisational interventions is generally of low and very low quality. The main part of the studies was of an earlier date. The scientific evidence appears to be a rather inadequate basis for decisions on future organisation of mental health care.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	4
Diskusjon	5
Konklusjon	5
KEY MESSAGES	6
EXECUTIVE SUMMARY	7
Background	7
Methods	7
Results	8
Discussion	9
Conclusion	9
INNHold	10
FORORD	12
PROBLEMSTILLING	13
Ordliste	14
INNLEDNING	20
Bakgrunn	20
METODE	23
Litteratursøking	23
Inklusjonskriterier	23
Eksklusjonskriterier	24
Utvelging og kvalitetsvurdering av oversikter	24
Data-ekstraksjon og analyse	25
Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen	26
RESULTAT	27
LITTERATURSØKET	27
Håndtering av innhentet litteratur	27

Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter	28
Endring av profesjonelle roller eller oppgaver	30
Tverrfaglige team	30
Setting for behandlingen	32
Integrerte omsorgstjenester	54
Kontinuitet i omsorg	65
Fjern-kommunikasjon mellom helsepersonell med diskusjon om pasienttilfeller	70
DISKUSJON	71
Kvaliteten av dokumentasjonen	71
Hovedfunn	72
Noen utfordringer	75
Styrker og svakheter	78
KONKLUSJON	79
Implikasjoner for praksis	80
REFERANSER	81
VEDLEGG 1	85
VEDLEGG 2	94
VEDLEGG 3	95
VEDLEGG 4	100

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Divisjon for psykisk helsevern ved Sykehuset Østfold å oppsummere tilgjengelig forskning om forskjellige måter å organisere psykisk helsevern på. Denne oversikten er tenkt å utgjøre den forskningsmessige biten av et bredere beslutningsgrunnlag som vil være nødvendig for en videreutvikling av organiseringen av psykisk helsevern.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Louise Forsetlund, Kunnskapssenteret
- Prosjektdeltager: Ingeborg Beate Lidal, Kunnskapssenteret
- Prosjektdeltager: Astrid Austvoll-Dahlgren, Kunnskapssenteret

Takk til eksterne fagfelleverdere:

- Torleif Ruud, FOU-avdelingen Psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus; Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
- Arne Repål, Sykehuset i Vestfold

Takk til Signe Flottorp og Kristin Thuve Dahm for intern fagfelleverdering.

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Gunn E. Vist
Seksjonsleder

Louise Forsetlund
Prosjektleder

Problemstilling

I Norge har det de siste årene pågått en omorganisering innen psykisk helsevern fra en sentralisert behandlingsmodell til en mer desentralisert modell. I takt med at antall senger i psykiatriske sykehusavdelinger er redusert, er det opprettet flere nye behandlingenheter i lokalsamfunnet, distriktpsikiatriske sentere, som skal gi visse tjenester og være tilpasset lokale behov. Organiseringen av og innholdet i disse tjenestene varierer innenfor og mellom helseregionene og modellen er fortsatt under utvikling. I forbindelse med en videre utvikling av organiseringen av psykisk helsevern er det derfor av interesse å innhente og evaluere internasjonal systematisk oppsummert forskningslitteratur om forskjellige måter å organisere tjenestene på.

Det spørsmålet denne rapporten skal gi svar på er om det er gjort noen vitenskapelige studier av effekten av ulike modeller for å organisere tjenestetilbudet innen psykisk helsevern rettet mot barn, ungdom eller voksne.

Ordliste

Begrep	Forklaring
Affektive lidelser	Affektive lidelser er stemningslidelser: fra de letteste depresjoner som kan være vanskelig å skille fra vanlig tristhet, til alvorlige depresjoner med sterke selvmordstanker og vrangforestillinger . Noen er også plaget av forskjellige grader av oppstemthet i perioder. KILDE: Wikipedia
Allokering	Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. Skjult allokering betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. Åpen allokering betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.
Ambulant team	Ambulante tjenester kan defineres som tverrfaglig behandling på spesialisert nivå gitt av et team i eller nær hjemmet, uten at pasienten innlegges i sykehus. Tjenestene kan være gitt fra sykehuset, fra kommunen eller i samarbeid. KILDE: Ranheim T, Flottorp S, Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer. Rapport Nr 7-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
Assertive community treatment (ACT)	På norsk oversatt til ”aktivt oppsøkende behandlingsteam” som har en helhetlig tilnærming til behandling, rehabilitering og oppfølging av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. ACT- teamene skal bidra til at en sårbar og utsatt pasient/ brukergruppe får tilgang til sammenhengende, helhetlige og godt koordinerte tjenester. http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-aktivt-oppsoekende-behandlingsteam-etter-act-modell-act-team-2012.aspx
Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøk, vet hvilken gruppe deltakere tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmåler) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding er ikke alltid mulig.
Case management/Koordinering av psykososialt arbeid	På norsk oversatt til ”Koordinering av psykososialt arbeid” Vi har brukt Helsetilsynets oversettelse av begrepet: Koordinering av psykososialt arbeid er en metode for å sikre samordning og kontinuitet av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer. Metoden er basert på brukernes medvirkning. Etter en grundig kartlegging av den enkeltes personlige målsettinger og behov, finner man sammen med brukeren fram til hva tjenestetilbudet rent konkret bør bestå av og hvordan det best kan gjennomføres. Begrepet har i de senere årene også utviklet seg til å dekke Assertive community treatment, fordi mange case management-tiltak har blitt bygget med utgangspunkt i ACT-modellen, jevnfør omtalen i rapporten under intensiv koordinering av psykososialt arbeid. http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykososialt_arbeid_psykiske_lidelser_ik-2692.pdf

Community mental health teams	Tverrfaglige team for psykisk helse som er organisert lokalt (i distrikt)
Dagavdeling	<p>En psykiatrisk dagavdeling defineres som en avdeling som yter psykiatriske tjenester til pasienter som kommer til behandling på dagtid og altså ikke er innlagt hele døgnet. Ved noen dagavdelinger kommer pasientene bare få timer i uken, og det kan dermed være en vanskelig grensdragning mot poliklinisk virksomhet. Virksomheten vil imidlertid vanligvis være kvalitativt annerledes. En dagavdeling har vanligvis aktiviserings- og habiliteringstilbud på linje med døgnavdelinger, som arbeidsstue, ergoterapi, fysioterapi. mv. Lokalene for en dagavdeling vil dermed være forskjellige fra lokalene til en poliklinikk med behandlerkontorer og venterom.”</p> <p>Kilde: Helsedirektoratet http://www.helsedirektoratet.no/lover-regler/psykiisk-helsevernloven/Documents/grensegang-mellom-psykiatriske-dagposter-og-refusjonsberettiget-poliklinisk-virksomhet.pdf</p>
Dagsykehus	Ikke døgnbasert sykehusinnleggelse. Dagsykehus ble i den innhentede litteraturen i denne rapporten definert som enheter som stilte diagnose og ga behandling for akutt syke pasienter som ellers ville blitt behandlet i tradisjonelle psykiatriske sykehus eller avdelinger. Utover disse generelle fellestrekkene varierte innhold av tjenester, antall pasientplasser og bemanning i dagsykehusene mellom studiene. Tilbudet kunne inneholde konsultasjoner på individ- eller gruppebasis, forskjellige aktiviteter, medisiner, trening i daglige ferdigheter, tilgang til krisebolig eller 'back-up seng' på psykiatrisk sengepost, støtte fra ambulerende omsorg - også til hjemmet - og yrkesrehabilitering.
Distriktpspsykiatrisk senter (DPS)	<p>Et distriktpspsykiatrisk senter er en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmenn-psykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret bør ha poliklinikk, ambulant team, dagtilbud og ett eller flere døgntilbud under en felles faglig ledelse. Det skal samarbeide nært med kommunene i opptaksområdet, gi råd og veiledning til aktuelle samarbeidspartnere i kommunene, og yte polikliniske og ambulante tjenester i området. Døgnhetene bør kunne tilby både korttidsopphold ved kriser og lengre opphold for behandling og rehabilitering.</p> <p>(Rundskriv I-24/99, Sosial- og helsedepartementet)</p>
Døgnavdeling	En avdeling med sengeplasser og personell beregnet for behandling og overvåking av pasienter hele døgnet i flere fortløpende døgn.
Effekt	Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall, som blir uttrykt i et effektestimater.
Effektestimater	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, "numbers needed to treat to benefit," standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. http://epoc.cochrane.org/
Familieterapi	Der familien er involvert i en terapeutisk prosess.
Fjernkommunikasjon	Her har vi definert dette som kommunikasjon som skjer uten at partene er tilstede i samme rom, f.eks. ved telefon, kommunikasjon ved bruk av videokonferanse eller via Internett.
GRADE (Grading of Recommendations, Assessment,	<p>En metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall) på tvers av primærstudier.</p> <p>www.gradeworkinggroup.org</p>

Development and Evaluation)	
Heterogen	Ulik, uensartet. Populasjoner eller studier er heterogene når gir et uensartet eller ulikt uttrykk, noe som betyr at de er forskjellige fra hverandre.
Intensiv psykoterapi	Intensiv behandling fortrinnsvis av psykiske og psykosomatiske forstyrrelser med samtalerterapi.
Intensive community care	Intensivt behandlingstilbud i lokalsamfunnet /distriktet.
Kognitiv atferdsterapi	Er det samme som kognitiv terapi. Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe til å endre uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene, og som kanskje også har bidratt til dem. Som en del av samarbeidet gis det forklaring på hva som skjer, og hvorfor det skjer; terapien gjøres forståelig for pasienten. Pasienten hjelpes til å fremstå som en aktiv problemløser og medarbeider i terapien. Kilde: Norsk forening for kognitiv terapi: http://www.kognitiv.no/kognitiv_terapi
Konfidensintervall (KI)	Statistisk uttrykk for feilmargen fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den "sanne" verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver 10,5 (95 % KI 10,0 til 11,0), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Korttidsinnleggelse	Et korttidsopphold i avdeling. Tidsavgrenset, ofte med klar utskrivningsdato.
Kriseintervensjon	Kjennetegnes ved døgnåpne tjenester
Kvalitet på dokumentasjonen	En rangering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget som uttrykker i hvilken grad en kan stole på konklusjonene på tvers av primærstudier. GRADE brukes ofte for dette formålet.
Kvalitetsvurdering av litteratur/publikasjon	For å vurdere den metodiske kvaliteten på systematiske oversikter benyttes Kunnskapssenterets 10-punkts sjekklister for systematiske oversikter (se vedlegg 2). Vi inndeler i høy, middels eller lav metodisk kvalitet på systematiske oversikter. Dette gjør vi for å vurdere i hvilken grad de metoder som er brukt i utarbeidelsen av oversikten beskytter mot mulige systematisk skjevheter i resultater og konklusjon. http://www.kunnskapssenteret.no/Hva+gj%C3%B8r+vi/Helse%C3%B8konomisk+modellering/_attachment/7063?ts=123e10d6e2c
Manisk depressiv sykdom	Bipolar lidelse eller manisk-depressiv lidelse (også kalt bipolar affektiv lidelse) er en psykiatrisk diagnose som beskriver en gruppe stemningslidelser preget av tilstedeværelsen av en eller flere episoder med unormalt forhøyet energinivå og stemningsleie, og en eller flere depressive episoder. Det opphøyde stemningsleiet blir kalt mani , eller hypomani hvis tilstanden er noe mildere. KILDE: Wikipedia
Meta-analyse	Statistiske teknikk for å integrere resultatene av inkluderte primærstudier.
Metodisk kvalitet	Vurdering av den helhetlige kvaliteten av en primærstudie. Dette gjøres ved å vurdere studiens design, instrumenter, resultater osv. Sjekklistene benyttes ofte til dette formålet.
Multisystemisk terapi	Multisystemisk terapi (MST) er et behandlingstilbud for familier

som har ungdom med atferdsvansker. Det kan dreie seg om ungdom som er voldelige eller aggressive, som har problemer på skolen, ruser seg, eller som har venner med uheldig innflytelse på dem. MST møter terapeuten familien hjemme, på tidspunktet som passer for familien. MST-terapeuten skal bistå foreldrene, men ikke overta deres oppgaver eller ansvar. MST-terapeuter er tilgjengelige for familien 24 timer i døgnet syv dager i uken.

http://www.bufetat.no/Documents/Bufetat.no/Barnevern/Atferd/MST_bok.pdf

og

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=30552&a=2

Organisk mental helse-skade	Organiske psykiske lidelser omfatter forstyrrelser i tenkning, følelser og/eller atferd som skyldes organisk påvirkning av hjernens funksjon (fysiske, psykiske, strukturelle, biokjemiske forandringer). De vanligste symptomene er svikt i oppfatning og hukommelse samt forvirring, oftest i kombinasjon med psykiske symptomer som angst, emosjonell instabilitet, stemningsforandringer, vrangforestillinger, sansebedrag og/ eller forandringer i personlighet. http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/organiske-psykiske-lidelser-3085.html?page=all
Oversikt over oversikter	En systematisk oversikt der den forskningen som blir vurdert, innsamlet og analysert er systematiske oversikter og ikke primærstudier.
Personlighetsforstyrrelser	Begrepet personlighetsforstyrrelser defineres i ICD-10 på følgende måte: Det dreier seg om et varig mønster av indre atferd som avviker fra kulturell norm innen kognisjoner, affektivitet, mellommenneskelig fungering og impuls kontroll. Dette mønsteret er lite fleksibelt. Det skaper ubehag for pasient og/eller omgivelser. Det er stabilt og av lang varighet. Det kan ikke forstås bedre som en manifestasjon eller konsekvens av en annen psykisk lidelse. Det skyldes ikke stoffmisbruk, hodetraume eller annen organisk lidelse. http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Nyheter/Den-nye-veilederen-er-endig-klar/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-60-alvorlige-personlighetsforstyrrelser/ og http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Personlighetsforstyrrelser
Poliklinikk	Klinisk driftsenhet primært utrustet og bemannet for å utføre tiltak som ikke krever seng eller overnatting. http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2085.aspx
Primærhelsetjenesten	Helsetjenestens inndeling i kommunehelsetjeneste (primærhelsetjeneste) og spesialisthelsetjeneste Kommunehelsetjenesten er allmennlegens faglige ansvarsområde og omfatter ordinær legepraksis i kommunehelsetjenesten, helsestasjoner og skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og annet (miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon). Kommunene har ansvar for å tilby disse tjenestene. http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/09/
Primærstudie	Forskningsstudie der originale data er samlet inn, analysert og vurdert.
Psykoterapi	Behandling fortrinnsvis av psykiske og psykosomatiske forstyrrelser med samtalerapi.
Randomisering	Prosessens som tilfeldig fordeler deltakere til en av armene i en

kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering: generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering). En god randomiseringsmåte er typisk en metode hvor deltakere allokeres til en gruppe fra et sentralt senter (for eksempel via telefon eller e-post), og sekvensen genereres av et egnet dataprogram.

Relativ risiko, RR	Et mål på effekt. Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko < 1 at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.
Schizofreni	Schizofreni er en psykisk lidelse preget av psykose (vrangforestillinger, hallusinasjoner), uorganisert tale og «negative symptomer» (kan være avfattede følelser, mangel på vilje, manglende evne til nytelse, oppmerksomhetssvikt, utarmet tale og språk, og stereotyp atferd). Symptomene må være til stede over en periode på minst 1 måned og være knyttet til minimum en 6-måneders periode med nedsatt fungering. Lidelsen kommer som oftest til uttrykk som auditive hallusinasjoner (pasienten hører stemmer), paranoide eller bisarre vrangforestillinger , eller desorganisert tale og tenkning , og ledsages av betydelig sosial eller yrkesmessig dysfunksjon. Symptomene oppstår vanligvis i ung voksenalder. KILDE: Wikipedia
Setting for behandling	Omgivelser / rammer for behandlingen.
Spesialisthelsetjenesten	Omfatter somatiske sykehus, andre somatiske institusjoner (rehabilitering og opptreningsinstitusjoner), institusjoner innenfor psykisk helsevern, privatpraktiserende lege-spesialister med og uten driftsavtale og ambulansetjenester. Tjenesten ledes faglig av lege som i tillegg til medisinsk embetseksamen også har spesialistutdanning. http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/09/
Standard behandling	Med standard behandling forstår vi den behandlingen som oppfattes som vanlig å gi, for eksempel i en viss setting og tidsepoke. Selve innholdet av det som omtales som standard behandling kan derfor variere fra studie til studie. Dette betyr at et tiltak som er sammenlignet med standard behandling i flere studier, og som blir samlet i en systematisk oversikt, i realiteten kan være sammenlignet med vidt forskjellige tiltak.
Statistisk signifikant	Hvis et resultat er statistisk signifikant er det usannsynlig at det skyldes tilfeldigheter. Den vanlige grensen for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Systematisk oversikt	En systematisk oversikt har et klart definert forskningsspørsmål. I oversikten brukes systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, kritisk vurdere relevante primærstudier og trekke ut og analysere data fra de studiene som man ønsker å inkludere i oversikten. Under hele prosessen skal det være to personer som jobber uavhengig av hverandre. Statistiske metoder (meta-analyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller foretas det en deskriptiv oppsummering, det vil si uten bruk av statistiske analysemetoder.
Systematisk skjevhet (systematisk feil; bias)	Systematiske feil (bias) er metodefeil som gir resultater som (systematisk) avviker fra den sanne underliggende effekt. Systematiske feil kan føre til overestimering eller underestimering av den

sanne effekten av et tiltak. Feilene kan være trivielle eller de kan være så store at et tilsynelatende positivt funn helt og holdent skyldes en systematisk feil. Hver potensielle kilde for systematiske feil kan ha forskjellige virkninger i forskjellige studier. For eksempel er skjult fordeling til tiltaks- og kontrollgruppe av stor viktighet for subjektive utfallsmål, men muligens mindre viktig for objektive utfallsmål.

http://www.kunnskapssenteret.no/Hva+gj%C3%B8r+vi/Helse%C3%B8konomisk+modellering/_attachment/7063?ts=123e10d6e2c

Søkestrategi	Søkestrategi er alle de metodene man har brukt i en systematisk oversikt for å identifisere relevante studier. Søkestrategien omfatter de databaser, søkealgoritmer, søkefiltre (utprøvede algoritmer for å finne spesielle studiedesign) som er benyttet og hvilket tidsrom som det er søkt for og eventuelt andre begrensninger som er foretatt, for eksempel av språk. De elektroniske søkemethodene kan suppleres med å hånd søke relevante tidsskrifter, kontakte farmasøytiske bedrifter eller eksperter, andre former for personlig kontakt og sjekking av referanselister.
Tverrfaglig team	Behandlingsteam sammensatt av flere ulike faggrupper.

Innledning

Bakgrunn

Siden 1970-tallet har det i store deler av den vestlige verden blitt gjennomført dramatiske reformer i psykisk helsevern. Hovedtrenden har vært institusjonsnedbygging koblet med en parallell flytting og oppbygging av psykiatriske behandlingstjenester ved behandlingssenheter i lokalsamfunnet. For eksempel i perioden 1980 til 1995 sank totalt antall heldøgns plasser i Norge fra 12 2661 til 8011, gjennomsnittlig innleggelsestid minket fra 191 til 82 dager mens antall polikliniske konsultasjoner økte betraktelig (1). Noen av utfordringene ved disse omfattende endringene ble fanget opp og behandlet i Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* (2). Stortingsmeldingen fastslo at det var flere mangler og svakheter ved behandlingstilbud, koordinering og organisering i psykiatrien: For svakt forebyggende arbeid, for få tilbud i kommunene, for dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, for kortvarige innleggelse i institusjon, for dårlig planlagte utskrivninger og for dårlig oppfølging. I stortingsmeldingen ble det foreslått å omorganisere psykisk helsevern. Organiseringsmodellen som ble foreslått var å integrere psykiatriske sykehusavdelinger i alminnelige akutt sykehus, videreutbygge distriktpsikiatriske sentere og opprette driftsavtaler på fylkeskommunalt plan med privatpraktiserende psykiatere og spesialister i klinisk psykologi. Stortingsmeldingen ble fulgt opp av regjeringen med en handlingsplan, *Opptappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006* som foreslo konkrete tiltak på det kommunale, fylkeskommunale så vel som det statlige plan og hvordan dette skulle finansieres (3). Målet var å forbedre kvaliteten og kvantiteten av tjenestene, sikre en helhetlig planlegging og å bedre samspill mellom kommune og fylkeskommune med fokus på brukernes behov.

I den nye organiseringsmodellen har de distriktpsikiatriske sentrene en sentral rolle i spesialisthelsetjenesten. Et distriktpsikiatrisk senter ”skal være en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde” (4). De skal ivareta flere av de oppgavene som før lå ved de psykiatriske sykehusavdelingene. Akuttfunksjoner, døgntillegning - spesielt for pasienter som er tvangsinnlagt - og behandling som krever innleggelse i en spesialavdeling skal fortsatt legges til psykiatriske sykehus. For å sikre nærhet til og bedre tilgjengelighet for brukerne, skal distriktpsikiatriske sentere være plassert så hensiktsmessig som mulig i forhold til sitt opptaksområde. De skal bestå av poliklinikk, ambulant team, dagavdeling, døgnavdeling for observasjon og

kortidsinnleggelse men også avdelinger for lengre tids behandling og rehabilitering. Dessuten skal de være tilgjengelige for veiledning av og samarbeid med kommunal helsetjeneste og kunne kommunisere med pårørende i den grad dette er ønsket fra brukerens side. Daværende Sosial- og helsedirektoratet utga i 2006 en veileder for videreutvikling av sentrale tjenester innen psykisk helsevern (5).

Vurderinger av dagens organisering

I perioden 2001 til 2009 ble det gjort en serie evalueringer av Opptrappingsplanen for psykisk helse i regi av Norges forskningsråd på oppdrag fra Helsedirektoratet (6). Sluttrapporten basert på alle delprosjektene som var gjort underveis konkluderte med at det har skjedd en styrking av infrastruktur for psykisk helsearbeid i kommunene (økning av antall årsverk og botilbud), bedret tilgjengelighet til tjenester (økning av døgnkapasitet ved distriktpspsykiatriske sentere og av antall polikliniske konsultasjoner), bedret dekningsgrad ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og oppnåelse av mål for personellvekst i både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Tross dette er det fortsatt gjenstående utfordringer vedrørende:

- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og psykisk helsetjeneste i kommunene
- Samarbeid mellom kommunene
- Antall døgnplasser ved sykehusene er færre enn det som var forutsetningen i Opptrappingsplanen
- Mangelfull kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene, utdanning og faglig kompetanse
- Mangelfullt tilbud for noen pasientgrupper, særlig eldre og muligens også for pasienter med lettere psykiske lidelser
- Brukermedvirkning

I evalueringsrapporten anbefales det:

- Nærmere vurdering av organiseringen av tjenestetilbudet, hvilke tilbud, hvilke nivåer og i hvilket omfang
- Utforming av helsepolitiske føringer for organisering av og innhold i tjenestene til pasienter med lettere psykisk lidelse og eldre med psykisk lidelse
- Styrket veiledning fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene
- Interkommunalt samarbeid om de sykeste pasientene
- At helhetlige og sammenhengende behandlingsforløp planlegges med brukerperspektivet i fokus
- Utvikling av behandlingsstandarder
- Fortsatt øremerking av midler til psykisk helsearbeid.

Også de seneste nasjonale tall tyder på at kvantitative målsettinger i forbindelse med forskyving av virksomheten fra sykehus til distriktpspsykiatriske sentere er i ferd med

å oppfylles (7). Andelen årsverk ved sykehusene har gått ned i perioden 2006 til 2010 mens de har gått opp ved distriktssentrene. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner har vært større ved distriktpsikiatriske sentere enn ved sykehus og antall døgnplasser har gått ned i begge institusjonstyper, men mest i sykehus. I nasjonalt perspektiv er det imidlertid store ulikheter i hvor langt omstilling fra døgnbehandling i sykehus til et ferdig utviklet fullverdig behandlingstilbud ved distriktpsikiatriske sentere har kommet. Så sent som i 2010 oppsummerte Helsedirektoratet at ”Å fullføre omstillingen av psykisk helsevern med styrking av og overføring av allmennfunksjoner til DPS, spissing av sykehusfunksjoner, redusert bruk av tvang og økt vekt på utadrettet arbeid, samarbeid og støtte til kommunale tjenester, ansees [...] som en av de største utfordringene i årene som kommer” (7).

Formålet i denne rapporten er å gi en systematisk oversikt over kunnskapsstatusen for ulike måter å organisere tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn, ungdom og voksne. Vi forventer ikke å finne oversikter som undersøker effekten av hele organiseringsmodeller, men antar at vi vil finne oversikter over effekten av organisatoriske enkelttiltak. Med organisatoriske tiltak forstår vi slike tiltak som innebærer en endring i struktur eller levering av helsetjenester. Det kan være en endring i hvem som gir helsetjenesten, hvordan omsorgen organiseres eller hvor omsorgen gis (8).

Metode

Litteratursøking

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- The Cochrane Library, Issue 6, 2011
- MEDLINE Ovid 1950 til 24.6.2011
- EMBASE Ovid 1980 til 23.6.2011
- PsycINFO 1806 til 2.7.11
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) og Health Technology Assessments (HTA), Centre for Reviews and Dissemination, fra start til 2.7.11
- ISI, Web of Science 2005 til 7.3.2012.

LF planla og utførte samtlige søk. Søket ble først bygget opp i MEDLINE, fagfelle-vurdert av en annen bibliotekar, og så tilpasset de andre databasene (vedlegg 1). Vi har underveis slått opp alle inkluderte systematiske oversikter i PubMed og kontrollert for beslektede oversikter gjennom funksjonen 'Related articles'. Vi har dessuten sjekket alle potensielt relevante siteringer i de inkluderte oversiktene.

Vi har lett etter pågående systematiske oversikter ved å søke i Cochrane Library Systematic Reviews som også registrerer protokoller, gjennom å søke i web-sidene til Statens beredning för medicinsk utvärdering og i databasen PROSPERO ved Centre for Reviews and Dissemination som registrerer pågående systematiske oversikter.

Inklusjonskriterier

Vi benyttet følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Barn, ungdom og voksne uansett alder med psykisk lidelse og som er under behandling i spesialisthelsetjenesten
Intervensjoner	Alle tiltak som kunne klassifiseres som en organiseringsmodell, organiseringsmåte eller tiltak med tydelige organisatoriske konsekvenser for spesialisthelsetjenesten
Sammenlig-	Annen behandling som intervensjonstiltaket sammenlignes

ning	med
Utfall	<u>Kliniske utfall:</u> Psykisk helsetilstand (målt ved et validert verktøy), død, selvmord, selvskading <u>Tilfredshet med behandlingen:</u> Pasientens tilfredshet (målt med et validert verktøy), tilslutning til behandling <u>Utnyttelse av tjenester:</u> Liggetid, innleggelse i sykehus, reinnleggelse i sykehus, eventuelle andre mål på ressursbruk <u>Sosial funksjon:</u> Sosial mestring (målt med et validert verktøy), antall kontakter med politiet
Studiedesign	Systematiske oversikter av høy kvalitet, eventuelt deler av en slik systematisk oversikt, det vil si der minst én studie av relevans for vår problemstilling var inkludert
Språk	Vi benyttet ingen språklige begrensninger i søket

Eksklusjonskriterier

Studiedesign:	Oversikter som ikke ble bedømt til høy kvalitet
Populasjon:	Pasienter med rusmisbruk eller læringsvansker som hoveddiagnose
Tiltak:	Tiltak som vi klassifiserte som behandling (for eksempel kognitiv atferdsterapi, nettverksmøter eller familierapi slik som multi-systemisk terapi), tiltak hovedsakelig i regi av primærhelsetjenesten og tvangsinnleggelse versus frivillig innleggelse
Utfall:	Vi ekskluderte alle utfall som ikke falt inn under inklusjonskriteriene, for eksempel helsepersonell-utfall.

Utvelgning og kvalitetsvurdering av oversikter

To personer, uavhengig av hverandre (LF/IBL; LF/AA), valgte ut og kvalitetsvurderte tilgjengelig litteratur. Ved uenighet konfererte vi med en tredje person. Vi brukte inklusjonskriteriene som filter for å velge ut potensielt relevante oversikter. Utvelgelsen ble gjort på grunnlag av tittel og sammendrag for de referansene som søkealgoritmene hadde generert. I neste omgang innhentet vi utvalgte oversikter i fulltekst og vurderte dem for foreløpig inklusjon eller eksklusjon. I siste omgang kvalitetsvurderte vi oversikter bedømt til mulig inklusjon ved hjelp av Kunnskaps-senterets 10-punkts sjekklister for systematiske oversikter (vedlegg 2).

Sjekklisten er et hjelpemiddel for å vurdere i hvilken grad de metoder som er brukt i utarbeidelsen av oversikten beskytter mot mulige systematiske skjevheter i resultater og konklusjon. Vi inkluderte kun oversikter bedømt til høy kvalitet, det vil si at de måtte tilfredsstille visse krav til litteratursøking, utvalgelse og kvalitetsbedømming av studier og sammenfatning av resultatene. Der det fantes flere oversikter med samme problemstilling, valgte vi den nyeste av best kvalitet. Vi hadde i utgangspunktet som målsetting å oppdatere oversikter eldre enn to år, men fordi dette gjaldt et flertall av oversiktene ville dette sprengte alle tidsrammer for prosjektet. Vi oppdaterte derfor ingen av oversiktene.

Data-ekstraksjon og analyse

Oversiktene ble sortert etter problemstilling og etter hvilke sammenligninger som var gjort. Uavhengig av hverandre klassifiserte LF og IBL intervensjonene i henhold til en forhåndsutarbeidet og tilpasset versjon av EPOCs (Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group) taksonomi for organisatoriske tiltak (9) (boks 1).

Boks 1 EPOCS taksonomi for organisatoriske tiltak (tilpasset)

- Endringer i antall, typer eller kvalifikasjoner av personale
- Kliniske tverrfaglige team (opprettelsen av et nytt team med helsepersonell av forskjellig fagbakgrunn eller tilføyelser av nye medlemmer)
- Setting for behandlingen
- Integrerte omsorgstjenester (bringe sammen tjenester på tvers av sektorer eller organisering av tjenester for å bringe alle tjenester sammen, også kalt "sømløs omsorg")
- Kontinuitet i omsorg (en eller flere episoder av omsorg for inneliggende eller polikliniske pasienter).
Eksempler:
 - Tilrettelegging av oppfølging
 - Case management (koordinering av psykososialt arbeid)
- Fjern-kommunikasjon mellom helsepersonell med diskusjon om pasienttilfeller

Vi hentet ut resultater fra inkluderte oversikter i et samarbeid mellom to personer, der førsteforfatter trakk ut og annenforfatter kontrollerte uttrekket. Ved uenighet konsulterte vi en tredje person. Vi trakk ut data for forfatter, tittel, dato for litteratursøket, antall studier i oversikten, antall deltagere i studiene, populasjon, intervensjon, kontrollintervensjon, setting og utfall. Utfallene ble valgt ut etter de forhåndsbestemte inklusjonskriteriene.

Hvis et utfall var målt flere ganger, registrerte vi kun siste måletidspunkt. Hvis meta-analyser var gjort på data med forskjellig oppfølgingstid, valgte vi kun meta-analysen med lengst oppfølging. Der det var mulig har vi rapportert samlede effektstørrelser fra meta-analyser. Hvis ikke dette var mulig har vi rapportert individuelle effektstørrelser fra de inkluderte studiene slik de ble oppgitt i oversikten. Studier som forekom i flere sammenligninger ble fjernet og beholdt i bare én sammenligning.

Ved sammenslåing av to grupper, som ble gjort i ett tilfelle, benyttet vi framgangsmåten som anbefales i *Cochrane Handbook*, kap. 7, table 7.7.a *Combining groups* (<http://www.cochrane-handbook.org/>).

Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen

To forfattere, LF og IBL, brukte den kvalitetsvurderingen som var gjort av resultatene fra hver primærstudie i de inkluderte oversiktene, som grunnlag for å vurdere og gradere kvaliteten på den totale dokumentasjonen for hvert utfall. Med total dokumentasjon mener vi alle de studiene som måler effekten av et tiltak på et aktuelt utfall. Det er altså ikke kvaliteten av de systematiske oversiktene som vurderes i denne forbindelsen for den har vi allerede vurdert ved hjelp av en sjekkliste og bare oversikter som var vurdert til å holde høy kvalitet ble inkludert.

Som hjelpemiddel for å vurdere kvaliteten av dokumentasjonen benyttet vi graderingsverktøyet GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation: www.gradeworkinggroup.org). Førsteforfatter graderte og annenforfatter kontrollerte. Ved uenighet ble en tredje person trukket inn. I Grade vurderes kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfallsresultat på tvers av de studier som er inkludert i oversikten etter fem kriterier: *risiko for systematisk skjevhet* (bias), *konsistens* (samsvar mellom studiene), *presisjonen* av resultatet, *direkthet* (hvor like studiedeltakerne, intervensjon og utfallsmål i oversiktens inkluderte studier er i forhold til de personer, tiltak og utfall vi egentlig ønsket å studere) og *publiseringsskjevhet*. Det vurderes i hvilken grad hvert kriterium er oppfylt og eventuelle mangler fører til trekk i kvalitet. Hvis vi for eksempel mener at resultatene ikke er overførbare til norske forhold, vil vi gradere ned for *direkthet*. I noen helt spesielle tilfeller kan kvaliteten også oppgraderes. Graderingen av kvaliteten innebærer en vurdering av tilliten vi totalt sett har til effektestimater for hvert utfall. Den helhetlige kvalitetsbedømmelsen av hvert utfall klassifiseres til én av kvalitetskategoriene høy, middels, lav eller svært lav:

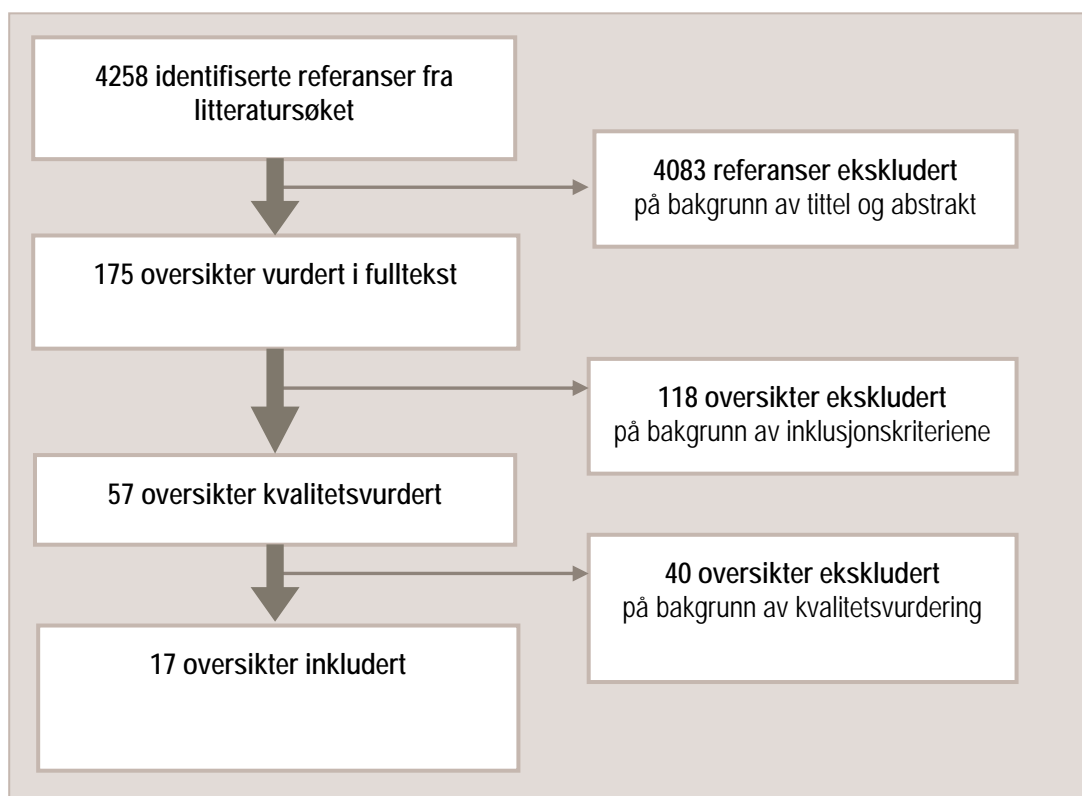
Gradering	Betydning
Høy kvalitet:	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.
Middels kvalitet:	Vi har middels tillit effektestimater: effektestimater ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.
Lav kvalitet:	Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater.
Svært lav kvalitet:	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform henviser vi til vår metodebok som finnes på våre nettsider: <http://www.kunnskapssenteret.no>.

Resultat

LITTERATORSØKET

Litteratursøkene som ble utført i juni og juli 2011 genererte totalt 4258 unike referanser. Flytskjemaet viser hvordan vi håndterte referansene i utvelgelsesprosessen.



Flytskjema

Håndtering av innhentet litteratur

Av de 175 oversiktsartiklene som var potensielt relevante, ekskluderte vi 118 oversikter fordi de åpenbart ikke var systematiske oversikter, var omtale av andre oversikter eller ikke tilfredsstilte de andre inklusjonskriteriene for populasjon, utfall eller intervensjon. Av de resterende 57 oversiktene som ble kvalitetsvurdert, ble 40 oversikter vurdert til å være av middels eller lav kvalitet eller til å tilfredsstille for få av

kvalitetskravene til at de kunne betegnes som en systematisk oversikt (se vedlegg 3 for en liste over ekskluderte studier). Vi vurderte 17 oversikter til å tilfredsstillende alle inklusjonskriterier og til å være av høy kvalitet (10-26). Disse ble inkludert og klassifisert etter de forhåndsbestemte kategoriene.

Beskrivelse av inkluderte systematiske oversikter

Tabell 1 gir et overblikk over de 17 inkluderte systematiske oversiktene. En mer detaljert beskrivelse av oversiktene er gitt i Vedlegg 4. Den eldste oversikten var fra 1999 og den nyeste fra 2011. Tidspunktene for litteratursøk varierte fra 1998 til 2009.

Vi klassifiserte én oversikt til kategorien *Tverrfaglige team*, 10 oversikter til *Setting for behandlingen*, fem oversikter til *Integrerte omsorgstjenester* og én til *Kontinuitet i omsorg*. Resultatene fra sammenligningene som er foretatt i de forskjellige oversiktene presenteres fortløpende for hver kategori i påfølgende kapitler.

Tabell 1 Presentasjon av inkluderte systematiske oversikter

Referanse	Tittel	Formål	Søke-dato	Type design inkludert i oversikten	Antall studier (Publiseringsår for studiene)
Endring av profesjonelle roller					
Ingen relevante oversikter av høy kvalitet identifisert					
Tverrfaglige team					
Malone 2007 ¹⁹	Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality	Å evaluere effekten av behandling organisert av lokale tverrfaglige team sammenlignet med standard behandling, for eks. poliklinisk behandling, sykehusinnleggelse, dagsykehus eller andre former for ikke-tverrfaglig teambasert behandling	Mars 2006	RCT*	3 (1992 -1998)
Setting for behandlingen					
Alwan 2008 ¹⁰	Length of hospitalisation for people with severe mental illness	Å bestemme kliniske og tjenestemessige utfall av planlagt korte innleggelse versus lange eller standard opphold for mennesker med alvorlig psykisk lidelse	Juli 2007	RCT	4 (1975 -1979)
Catty 2007 ¹¹	Day centres for severe mental illness	Å evaluere effekten av ikke-medisinsk dagsenteromsorg for mennesker med alvorlig psykisk lidelse sammenlignet med standard omsorgstjenester eller med dagsykehus	Juli 2005	RCT	0
Hickling 2007 ¹⁵	Open general	Å sammenligne utfall for mennesker	April 2007	RCT	0

	medical wards versus specialist psychiatric units for acute psychoses	med akutt psykose som er innlagt i en åpen medisinsk avdeling med de som er innlagt i konvensjonell psykiatrisk avdeling				
Irving 2006 ¹⁶	Crisis intervention for people with severe mental illnesses	Å evaluere effekten av en kriseintervensjons-modell	Januar 2006	RCT	5 (1964 – 1992)	
Irving 2007 ¹⁷	Mother and baby units for schizophrenia	Å evaluere effekten av mor- og barnheter for mødre med schizofreni eller psykose med behov for innleggelse i løpet av det første året etter fødselen sammenlignet med standard praksis i en avdeling uten egen mor- og barnhet	Juni 2006	RCT	0	
MacPherson 2009 ¹⁸	Twenty-four hour care for schizophrenia	Å evaluere effekten av behandling i boenheter med døgnbehandlingstilbud til personer med alvorlig psykisk sykdom sammenlignet med standard behandling i sykehus	Februar 2004, men vurderes som opp-dateret i Cochrane til sept 2008	RCT	1 (1987)	
Marshall 2011 ²⁰	Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders	Å evaluere effekten av innleggelse i psykiatrisk dagsykehus sammenlignet med innleggelse i sykehus for mennesker med akutt psykiatrisk lidelse	Juni 2010	RCT	10 (1964 – 2007, ni av dem mellom 1964 og 1996)	
Meads 1999/2001 ²²	How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa	Å evaluere effekten av innleggelse sammenlignet med bruk av polikliniske helsetjenester i behandlingen av anoreksi og andre spiseforstyrrelser	1998	RCT Kasus-kontroll Kasus-serier	1 RCT + 1 RCT identifisert fra Shepperd 2009 + 1 RCT kun publisert som sammendrag og som derfor ikke rapporteres her (1997 og 2007)	
Shek 2009 ²³	Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia	Å evaluere effekten av omsorgstjenester i dagsykehus som et alternativ til kontinuerlige polikliniske omsorgstjenester for mennesker med schizofreni og andre lignende alvorlige psykiske lidelser	May 2009	RCT	4 (1966 – 1986)	
Shepperd 2009 ²⁴	Alternatives to inpatient mental health care for children and young people	Å evaluere effekten av psykisk helsevern-tjenester som representerer et alternativ til innleggelse	August 2007	RCT	6 + 1 studie som ble flyttet til beskrivelsen for Meads 1999/2001) (1968 til 2005)	
Integrerte omsorgstjenester						
Gruen 2003 ¹³	Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings	Å evaluere effekten av oppsøkende spesialistklinikker	Mars 2002	RCT	9, hvorav 5 var relevante for vår rapport (1989-2001)	
Hayes 2011 ¹⁴	Collaboration between local health and local government agencies for health improvement	Å evaluere effekten av samarbeid mellom lokale helseaktører og kommunale etater på helseutfall	Desember 2008	RCT, quasi-RCT, kontrollerte forsøk, kontrollerte før og etter studier og avbrutt tidsserie-design	3 (1975-2008)	
Marshall 2011 ²¹	Early intervention for psychosis	Å evaluere effekten av tidlig identifikasjon, fasespesifikke behandlinger og spesialiserte tidlige	Mars 2009	RCT	1 studie som inkluderer under	

		intervensjonsteam i behandlingen av mennesker med tidlige symptomer på førstegangs-psykose			beskrivelsen av Dieterich 2010.
Shepherd 2010 ²⁵	Discharge planning from hospital to home	Å evaluere effekten av å planlegge utskrivning av pasienter som skal ut av sykehuset	Mars 2009	RCT	21, hvorav 2 relevante for vår rapport (1999 og 2000)
Smith 2007 ²⁶	Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management	Å oppsummere effekten av delte omsorgshelsetjenester for å forbedre håndteringen av kronisk sykdom på tvers av primær- og spesialistomsorgsnivået	April 2006	RCT	7 (1999 – 2004)
Kontinuitet i omsorg					
Dieterich 2010 ¹²	Intensive case management	Å evaluere effekten av intensiv koordinering av psykososialt arbeid	Februar 2009	RCT	38 (1968 – 2009, 26 av studiene fra før 2000)
Fjern-kommunikasjon mellom helsepersonell med diskusjon av pasienttilfeller					
Ingen relevante oversikter av høy kvalitet identifisert					

* Randomiserte kontrollerte forsøk

Endring av profesjonelle roller eller oppgaver

Vi identifiserte ingen oversikter av høy kvalitet under denne kategorien.

Tverrfaglige team

Vi identifiserte én systematisk oversikt innen temaet tverrfaglige team, Malone 2007 (19).

Behandling ved lokale tverrfaglige team sammenlignet med standard behandling for personer med psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser

Malone 2007 (19) sammenlignet organisering av behandling ved bruk av lokale tverrfaglige team for psykisk helse (på engelsk "community mental health teams") med en organisering av tjenester som la mindre vekt på organisert, oppfølgende tverrfaglig teamsamarbeid, som for eksempel vurdering og behandling av pasientene i poliklinikk eller sykehus. Den tverrfaglige teambehandlingen besto i å følge opp og forskrive medisiner, forskjellige former for psykologiske behandlingstjenester og med fokus på kontinuitet i behandlingen. Tre randomiserte kontrollerte studier fra Storbritannia publisert i perioden 1992 til 1998, var inkludert i oversikten. Til sammen deltok 587 personer med psykiske lidelser i alderen 16 til 65 år, noe flere kvinner enn menn. Schizofreni var den vanligste diagnosen men en betydelig andel hadde nevrotiske lidelser/personlighetsforstyrrelser. Oppfølgingstiden varierte fra 3 til

12 måneder. Ingen av tjenestene som ble ytt av det tverrfaglige behandlingsteamet var tilgjengelige hele døgnet. Forfatterne skilte mellom tverrfaglige tjenester fra et lokalt team og kriseintervensjon som kjennetegnes ved døgnåpne tjenester, oppsøkende psykososial behandling (på engelsk: assertive community treatment) som kjennetegnes ved begrensninger på hvor mange pasienter teamet kan ha og tidlig intervensjon som kjennetegnes ved fokus på pasienter i tidlig stadium av sin sykdom, vanligvis psykose. Studier som hadde elementer fra slike behandlingstilnærminger ble ekskludert, også studier av tiltak som koordinering av psykososialt arbeid (på engelsk: case management).

Tverrfaglige team

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av behandling ved lokale tverrfaglige team sammenlignet med standard behandling

Vi vurderte dokumentasjonen for utfallene som ble målt til å være av lav til svært lav kvalitet. Oversikten hadde inkludert små studier, og resultatene fra studiene hadde uklar eller høy risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2. Effekt av behandling ved lokale tverrfaglige team sammenlignet med standard behandling

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Standard behandling (kontroll)	Behandling med lokalt tverrfaglig team				
Bruk av helsetjenester: Innleggelse i sykehus Oppfølging: 3 til 12 måneder	342 per 1000	277 per 1000 (229 til 332)	RR 0.81 (0.67 til 0.97)	587 (3)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	
Bruk av legevakt og sykehustjenester Antall besøk Oppfølging: 3 til 12 måneder	222 per 1000	191 per 1000 (146 til 248)	RR 0.86 (0.66 til 1.12)	587 (3)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	
Bruk av helsetjenester: Kontakt med primærhelsetjenesten	505 per 1000	475 per 1000 (404 to 561)	RR 0.94 (0.80 to 1.11)	587 (3)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	
Bruk av tjenester: Kontakt med sosialtjenesten Oppfølging: 3-12 mnd	496 per 1000	377 per 1000 (288 til 501)	RR 0.76 (0.58 til 1.01)	255 (2)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,2}	
Sosial funksjon: Kontakt med politiet Oppfølging: 3 til 12 mnd	96 per 1000	199 per 1000 (104 til 381)	RR 2.07 (1.08 til 3.97)	255 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,4}	
Dødelighet (total) Oppfølging: 3 til 12 mnd	39 per 1000	18 per 1000 (7 til 52)	RR 0.47 (0.17 til 1.34)	587 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	
Brukertilfredshet: Antall ikke tilfredse Målt med spørre-skjema Oppfølging: 3 til 12 mnd	457 per 1000	169 per 1000 (82 til 361)	RR 0.37 (0.18 til 0.79)	94 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,3}	
Tilslutning til behandling: Forlatt studien tidlig Oppfølging: 3 til 12 mnd	194 per 1000	213 per 1000 (132 til 345)	RR 1.10 (0.68 til 1.78)	253 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	

¹ For minst én av studiene var det uklart om fordelingen til gruppene var skjult
² Små studier, få hendelser og bredt konfidensintervall
³ Kan være avhengig av setting
⁴ Inkonsistens mellom studiene

KI=Konfidensintervall

Tverrfaglige team

Hva sier dokumentasjonen?

Behandling ved bruk av lokale tverrfaglige team sammenlignet med standard behandling:

- Meta-analysen av tre små studier viste en liten, men statistisk signifikant, reduksjon av antall sykehusinnleggelses ved bruk av tverrfaglig team. Vi vurderte dokumentasjonen for dette resultatet til å være av lav kvalitet.
- Meta-analysen av to små studier som målte antall kontakter med politiet viste statistisk signifikant dårligere resultat for intervensjonsgruppen, men kvaliteten på dokumentasjonen gjør at vi betrakter dette resultatet som usikkert.
- Én liten studie som målte brukertilfredshet viste statistisk signifikant bedre resultater for intervensjonsgruppen, men kvaliteten på dokumentasjonen gjør at vi betrakter dette resultatet som usikkert.
- Meta-analysene av de studiene som målte kontakter med sosialtjenesten, legevakt- og sykehusbesøk, kontakter med primærhelsetjenesten, dødelighet og tilslutning til behandling viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Usikkerheten rundt effektestimaterne viser at behandling med bruk av lokalt tverrfaglig team kan være bedre, likt med eller dårligere enn standard behandlingstjenester målt på disse utfallene. Vi vurderte kvaliteten av dokumentasjonen for effektestimaterne med tilhørende anslag for usikkerhet til å være lav eller svært lav.
- Det mangler dokumentasjon om effekt av behandling med lokalt tverrfaglig team sammenlignet med standard behandling for utfallene mental helsestilstand, livskvalitet og reinnleggelse.

Sammenfattet viste resultatene at hjemmebehandling med tverrfaglige team sammenlignet med sykehusbaserte tjenester kan gi en liten, statistisk signifikant reduksjon av bruk av helsetjenester målt som antall innleggelses i sykehus. Kvaliteten av dokumentasjonen for dette resultatet er lav. Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekten av tverrfaglige team på bruk av andre helse- og sosialtjenester, sosial funksjon, dødelighet, brukertilfredshet eller tilslutning til behandling fordi kvaliteten av dokumentasjonen enten er for lav eller resultatene for usikre. For mental helsestilstand, livskvalitet og antall reinnleggelses har vi ingen dokumentasjon for effekten av tiltaket.

Setting for behandlingen

Vi identifiserte og klassifiserte 10 systematiske oversikter til denne kategorien: Alwan 2008 (10), Catty 2007 (11), Hickling 2007 (15), Irving 2006 (16), Irving 2007 (17), MacPherson 2009 (18), Marshall 2011 (20), Meads 1999 (22), Shek 2009 (23), Shepperd 2009 (24). Ettersom noen oversikter har sammenlignet det tiltaket som er til uttesting med flere ulike sammenligningstiltak, vil vi henvise til samme oversikt i

flere sammenligninger i presentasjonen nedenfor (se også tabell i vedlegg 4). De sammenligningene som ble gjort var planlagt korttidsopphold versus standard langtidsopphold, behandling i ikke-medisinske dagsentre versus i daghospital, innleggelse i generelle medisinske sykehusavdelinger versus i psykiatriske avdelinger, mor- og barnenhet for mødre med schizofreni versus innleggelse i vanlig psykiatrisk avdeling, kriseintervensjon i hjemmet versus innleggelse i sykehus, omsorg i boenheter versus standard behandling i sykehus, dagsykehus versus sykehusinnleggelse, dagsykehus versus poliklinisk behandling, forskjellige typer hjemmebehandling av barn og unge versus forskjellige sammenligningstiltak og innleggelse av barn og unge med spiseforstyrrelser versus polikliniske behandlingstjenester.

Setting for behandlingen

Planlagt korttidsopphold sammenlignet med standard langtidsopphold i sykehus for mennesker med alvorlige psykiske lidelser

Alwan 2008 (10) sammenlignet effekten av planlagt korttidsopphold med vanlig langtidsopphold på en rekke utfall for mennesker med psykiske lidelser. Planlagt korttidsopphold var definert som mindre enn 28 dagers innleggelse i sykehus. Seks randomiserte kontrollerte studier fra perioden 1975 til 1979 var inkludert i oversikten. Fire av studiene var utført i USA og to i England og de hadde en varighet på mellom 12 - 26 måneder. Til sammen deltok 2030 voksne mennesker med schizofreni, affektive lidelser og andre psykiatriske diagnoser. Alder var ukjent i to studier, mellom 15 og 38 år i en tredje, over 16 år i to studier og alle aldre i én studie. Kjønn var ukjent i to studier og stort sett likt fordelt i resten av studiene. Oppfølgingstid varierte fra ett til to år.

Deltagerne i gruppene for korttidsopphold var innlagt mellom 11 til 25 dager og deltagerne i langtidsgruppene var innlagt mellom 28 til 94 dager.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av planlagt korttidsopphold sammenlignet med standard langtidsopphold i sykehus

Dokumentasjonen var av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier, resultatene fra studiene hadde høy risiko for skjevheter på grunn av uklare randomiseringsprosedyrer, det var uklart om allokeringen hadde blitt gjort skjult og det var manglende blinding av de som målte utfallene. Alle studiene målte utfallet reinnleggelse, men to av studiene ble holdt utenfor denne meta-analysen fordi de ifølge oversiktsforfatterne introduserte ytterligere heterogenitet. Resultatet er derfor basert på fire av studiene. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 3.

Tabell 3. Effekt av planlagt korttidsopphold sammenlignet med standard langtidsopphold for mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Populasjon: Mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Setting: Sykehus i USA og England
Intervensjon: Planlagt korttidsbehandling
Sammenligning: Langtidsbehandling

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Langtidsbehandling	Planlagt korttidsbehandling				
Dødelighet Oppfølging: 2 år	63 per 1000	26 per 1000 (6 til 115)	RR 0.42 (0.10 til 1.83)	175 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Mental helse: Antall ikke forbedret - målt ved PEF skala Oppfølging: 2 år	67 per 1000	227 per 1000 (51 til 1000)	RR 3.39 (0.76 til 15.02)	61 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4,5}	
Bruk av helsetjenester: Dagpleie Oppfølging: 1 år	279 per 1000	1000 per 1000 (764 til 1000)	RR 4.52 (2.74 til 7.45)	147 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Bruk av helsetjenester: Reinnleggelse Oppfølging: 2 år	453 per 1000	467 per 1000 (353 til 616)	RR 1.03 (0.78 til 1.36)	229 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Brukertilfredshet: Forlatt studien tidlig Oppfølging: 2 år	144 per 1000	154 per 1000 (101 til 233)	RR 1.07 (0.70 til 1.62)	404 (3)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	

¹ Uklart om allokeringen ble gjort skjult

² Tvil om overførbarhet: Eldre studie(r)

³ Bare én studie med få deltagere eller bredt konfidensintervall

⁴ Uklar randomiseringsprosedyre

⁵ Foreløpige data

KI: Konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Planlagt korttidsopphold sammenlignet med standard langtidsopphold i sykehus:

- Én liten studie viste en statistisk signifikant og praktisk betydelig større bruk av dagpleietjenester for den gruppen som var korttidsinnlagt enn for den gruppen som var langtidsinnlagt. Kvaliteten på dokumentasjonen er imidlertid for lav til å trekke noen konklusjoner.
- Av konfidensintervallene rundt effektestimater for utfallene død, mental helse, reinnleggelse og brukertilfredshet ser vi at vi ikke kan avgjøre hvorvidt planlagt korttidsopphold er dårligere, lik eller bedre enn langtidsopphold. Kvaliteten på dokumentasjonen for disse resultatene er uansett for lav til å trekke noen konklusjoner.

Sammenfattet viste resultatene at én liten studie påviste statistisk signifikant større bruk av dagpleietjenester for planlagt korttidsopphold sammenlignet med langtidsopphold, mens det for utfallene død, mental helse, reinnleggelse og brukertilfredshet ikke ble påvist statistisk signifikante forskjeller. Fordi kvaliteten av dokumentasjonen er svært lav betrakter vi disse resultatene som usikre.

Setting for behandlingen

Behandling i ikke-medisinske dagsentre sammenlignet med behandling i daghospital eller annen standard praksis for mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Catty 2007 (11) hadde til hensikt å oppsummere effekten av ikke-medisinske dagsentre for mennesker med alvorlig psykisk lidelse. I følge forfatterne kan behandling på lokalt nivå ofte forsterkes med tilbud om å tilbringe dagen ved et dagsenter som drives av den lokale sosialtjenesten eller av en frivillig organisasjon. Litteratursøket

som ble gjennomført av Catty og medarbeidere i juli 2005, avdekket ingen studier som tilfredsstilte alle inklusjonskriteriene.

Setting for behandlingen

Innleggelse i generelle medisinske sykehusavdelinger sammenlignet med innleggelse i psykiatriske avdelinger for behandling av akutte psykoser

Hickling 2007 (15) hadde til hensikt å oppsummere effekten av å behandle mennesker med akutt psykose i generelle sykehusavdelinger sammenlignet med behandling i psykiatrisk avdeling. Litteratursøket som ble gjennomført april 2007, avdekket ingen studier som tilfredsstilte alle inklusjonskriteriene.

Setting for behandlingen

Mor- og barnenheter for mødre med schizofreni versus sykehusavdeling uten slik enhet

Irving 2007 (17) hadde til hensikt å oppsummere effekten av egne mor- og barnenheter for mødre med schizofreni eller psykoser som trengte å innlegges i løpet av det første året etter fødselen. Sammenligningen skulle være standard behandling på en avdeling uten en slik enhet. Litteratursøket fra juni 2006 avdekket ingen studier som tilfredsstilte alle inklusjonskriteriene.

Setting for behandlingen

Hjemmebehandling i form av kriseintervensjon sammenlignet med sykehusinnleggelse for personer med akutt forverring av alvorlig psykisk lidelse

Irving 2006 (16) sammenlignet hjemmebehandling i form av kriseintervensjon med sykehusinnleggelse. Fem randomiserte kontrollerte studier var inkludert, men én av studiene manglet data og er ikke med i noen av analysene. Det deltok til sammen 601 personer med alvorlig psykisk lidelse i akutfase, i alderen 15-65 år. Det var noe flere kvinner enn menn, bortsett fra i én studie. Studiene var utført i Australia, Canada, Storbritannia og USA i perioden 1964 til 1992. Hjemmebehandlingen ble gjennomført av tverrfaglige grupper, vanligvis med psykiater, psykolog, sykepleier, ergoterapeut og sosialarbeider (akutteam). I tre av studiene var behandlingsteamet tilgjengelig hele døgnet mens den fjerde studien hadde en telefontjeneste og mulighet for å kontakte den lokale legevaktjenesten utenom vanlig arbeidstid. Behandlingen kunne bestå av medisiner, psykoterapi, opplæring i grunnleggende daglige aktiviteter og veiledning av familien. Hvis det ble vurdert som uunngåelig, ble pasienten innlagt.

De fleste av pasientene i kontrollgruppene ble innlagt i begynnelsen av studien. Innleggelsene hadde som mål å være korte og intensive. Tilbudet ved innleggelsen innebar medisiner, psykoterapi, fysioterapi, ergoterapi og kontakt med sosialarbeide-

re. Etter utskriving ble vanlige polikliniske tjenester benyttet. Dette spesifiseres til oppfølgingsbesøk (men ikke av hvem) eller at ansvaret for videre oppfølging ble overført til det lokale psykiatriske behandlingssenteret, men uten nærmere angivelse av hva dette tilbudet besto av.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av hjemmebehandling i form av kriseintervensjon sammenlignet med sykehusinnleggelse for personer med alvorlig psykisk lidelse

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av små studier. Resultatene fra studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter på grunn av for eksempel manglende skjult fordeling til gruppene og stort frafall for noen utfall. Utfallene, resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 4.

Tabell 4. Effekt av hjemmebehandling i form av kriseintervensjon sammenlignet med sykehusinnleggelse

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko Sykehusinnleggelse	Tilsvarende risiko Hjemmebehandling med kriseintervensjon				
Bruk av helsetjenester: Reinnleggelse Oppfølging: 12 mnd	333 per 1000	240 per 1000 (180 til 323)	RR 0.72 (0.54 til 0.97)	465 (3)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Dødelighet, uansett årsak Oppfølging: 12 til 24 måneder	33 per 1000	25 per 1000 (10 til 62)	RR 0.75 (0.30 til 1.88)	601 (4)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Selvmoedsforsøk Oppfølging: 12-24 mnd	17 per 1000	23 per 1000 (15 til 35)	RR 1.33 (0.87 til 2.03)	120 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Global tilstand målt ved GAS Global Assessment Scale. Skala fra: 1 til 100, høyere skåre best Oppfølging: 20 mnd	Gjennomsnittlig generell tilstand målt ved GAS i kontrollgruppen var 64.4 skåreverdi	Gjennomsnittlig generell tilstand målt ved GAS i intervensjonsgruppen var 5.70 høyere (0.26 lavere til 11.66 høyere)		142 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Global tilstand: Sosial tilpasning målt ved SAS Social Adjustment Scale. Skala fra: 1 til 5, høyere skåre best Oppfølging: 20 mnd	Gjennomsnittlig sosial tilpasning målt ved SAS i kontrollgruppen var 3.1 skåreverdi	Gjennomsnittlig sosial tilpasning målt ved SAS i intervensjonsgruppen var 0.60 lavere (1.15 til 0.05 lavere)		139 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Mental helsetilstand målt ved BPRS Brief Psychiatric Rating Scale. Skala fra: 24 til 168, lavere skåre best Oppfølging: 20 mnd	Gjennomsnittlig sinnstilstand målt ved BPRS i kontrollgruppen var 39.6 skåreverdi	Gjennomsnittlig sinnstilstand målt ved BPRS i intervensjonsgruppen var 4.50 lavere (8.68 til 0.32 lavere)		142 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Mental helsetilstand målt ved PEF Psychiatric Evaluation Form. Skala fra: 1 til 5, lavere skåre best Oppfølging: 20 mnd	Gjennomsnittlig sinnstilstand målt ved PEF i kontrollgruppen var 2.9 skåreverdi	Gjennomsnittlig sinnstilstand målt ved PEF i intervensjonsgruppen var 0.10 høyere (0.47 lavere til 0.67 høyere)		100 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Mental helsetilstand: Følelse av uvelhet Oppfølging: 12 mnd	433 per 1000	281 per 1000 (173 til 463)	RR 0.65 (0.4 til 1.07)	120 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Tilfredshet med tjenesten - Antall ikke-tilfredse Oppfølging: 12 mnd	780 per 1000	515 per 1000 (390 til 686)	RR 0.66 (0.50 til 0.88)	119 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Tilfredshet med tjenesten: Client Satisfaction Questionnaire. Skala fra: 0 til 32, høyere skåre best	Gjennomsnittlig tilfredshet med tjenesten: Tilfredshet målt ved en	Gjennomsnittlig tilfredshet med tjenesten: Tilfredshet målt ved en skala i intervensjonsgruppen var		137 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	

Oppfølging: 20 mnd	skala i kontrollgruppen var 22 skåre-verdi	5.40 høyere (3.91 til 6.89 høyere)				
Tilslutning til behandling: Forlatt studien tidlig Oppfølging: 20 mnd	272 per 1000	215 per 1000 (155 til 294)	RR 0,79 (0.57 til 1.08)	475 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ved 12 mnd var RR 0.74 (95 % KI 0.56 - 0.98)]

¹ Alle studiene var uklare på generering av randomiseringssekvens og om allokering var skjult

² Små studier med brede konfidensintervaller

³ Eldre studier (alle fra 1964-1992)

KI: Konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Hjemmebehandling med kriseintervensjon sammenlignet med sykehusinnleggelse:

- Meta-analysen av antall reinnleggelser i tre studier viste statistisk signifikant færre innleggelser ved kriseintervensjon sammenlignet med sykehusinnleggelse men den svært lave kvaliteten av dokumentasjonen gjør at resultatet må betraktes som usikkert.
- Meta-analysen av dødelighet og selvmordsforsøk i henholdsvis fire og to studier viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kriseintervensjon og de som ble innlagt. Av konfidensintervallene rundt effektestimaterne ser vi at kriseintervensjon sammenlignet med innleggelse kan ha mindre, lik eller betydelig høyere dødelighet og antall selvmordsforsøk. Kvaliteten av dokumentasjonen er svært lav.
- For utfallet mental helsetilstand var det inkonsistente resultater på tvers av de tre studiene som målte utfallet på ulike måter: én av tre studier viste et statistisk signifikant bedre resultat for kriseintervensjon, men den kliniske effekten var svært liten. På grunn av den svært lave kvaliteten av dokumentasjonen er alle resultatene usikre.
- For utfallet global tilstand fant én studie statistisk signifikant dårligere resultat for kriseintervensjonen når utfallet ble målt ved SAS, men ikke noen signifikant forskjell når utfallet ble målt ved GAS.
- For utfallet brukertilfredshet viste én studie statistisk signifikant færre misfornøyde og én annen studie viste høyere skåre for brukertilfredshet for gruppen som mottok kriseintervensjonen.
- Utfallet det å forlate studien tidlig var ikke statistisk signifikant forskjellig for de to gruppene ved 20 måneder.

Sammenfattet viste resultatene statistisk signifikant færre reinnleggelser og bedre brukertilfredshet i gruppen som fikk kriseintervensjon sammenlignet med gruppen som fikk sykehusinnleggelse. For kliniske utfall, antall som forlot studien tidlig og sosial funksjon var resultatene enten ikke statistisk signifikante eller innbyrdes inkonsistente. På grunn av den svært lave kvaliteten av dokumentasjonen er alle resultatene usikre.

Setting for behandlingen

Døgnbasert omsorg i boenheter for personer med psykisk lidelse sammenlignet med standard behandling i sykehus.

Macpherson 2009 (18) evaluerte effekt av døgnbasert omsorg i boenheter sammenlignet med standard behandling i sykehus. Døgnbasert omsorg ble definert som en ordning der personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse lever samlet i boenheter med selvhusholdning. Ordningen innebærer 24 timers profesjonelt organisert omsorg for psykologisk eller sosial støtte enten på individ- eller gruppenivå. Formålet var å gi så mye støtte at pasienten i hvert fall kunne opprettholde boevnen. Standard behandling var sykehusbasert omsorg.

Én eldre engelsk studie med få deltagere og med store metodiske svakheter ble inkludert. Fjorten av de 22 deltagerne i alderen 16 til 65 år hadde schizofreni, mens resten var fordelt på diagnosene epilepsi, organisk mental helseskade og manisk depressiv sykdom.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av døgnbasert omsorg i boenheter sammenlignet med standard behandling i sykehus for personer med alvorlig psykisk lidelse

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av én liten eldre studie med svært få deltagere og med stor risiko for systematiske skjevheter i resultatene. Hva behandlingen av kontrollgruppen innebar var svært uklart. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 5.

Tabell 5. Effekt av døgnbasert omsorg i boenheter sammenlignet med standard behandling i sykehus for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Standard behandling i sykehus	Tilsvarende risiko Boenheter med døgnomsorg				
Ikke i stand til å opprettholde boevnen Oppfølging: 2 år	0	3 av de 11 i den døgnbaserte botilbudgruppen klarte seg ikke i boligen	RR 7.00 (0.40 til 121.39)	22 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3,4,5,6,7}	Det rapporteres at tre måtte returneres til "the home ward at the District General Hospital".
Livskvalitet						Ikke rapportert som utfall
Bruk av helsetjenester: Reinnleggelser						Ikke rapportert som utfall
Brukertilfredshet						Ikke tilstrekkelig rapportert
Tilslutning til behandling						Ikke rapportert som utfall
Mental helsetilstand						Ikke tilstrekkelig rapportert

¹Uklar generering av randomiseringssekvens
²Uklart om allokering var gjort skjult
³Manglende blinding av de som målte utfall
⁴Uklar behandling av manglende data

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Døgnbasert omsorg i boenheter sammenlignet med standard behandling i sykehus for mennesker med schizofreni:

- For utfallet 'ikke i stand til å opprettholde boevnen' var det ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene. Av konfidensintervallet rundt effektestimaten ser vi at det døgnbaserte botilbudet sammenlignet med standard behandling i sykehus kan gi mindre, lik eller betydelig større risiko for ikke å sette brukerne i stand til å opprettholde boevnen. Kvaliteten av dokumentasjonen er uansett for lav til å trekke noen konklusjoner.
- Det mangler dokumentasjon om bruk av døgnbasert omsorg i boenheter sammenlignet med standard behandling i sykehus påvirker livskvalitet, bruk av helsetjenster, brukertilfredshet, tilslutning til behandling og mental helsetilstand.

Sammenfattet viste én studie som sammenlignet døgnbasert omsorg i boenheter med standard behandling i sykehus et så usikkert resultat med en så lav kvalitet på dokumentasjonen at det ikke er mulig å trekke noen meningsfulle konklusjoner om den relative effekten av døgnbasert omsorg i boenheter på det å opprettholde boevnen.

Setting for behandlingen

Behandling i dagsykehus sammenlignet med sykehusinnleggelse for mennesker med akutt psykisk lidelse

Marshall 2011 (20) evaluerte effekten av dagsykehus sammenlignet med døgnbasert sykehusinnleggelse for mennesker med akutt psykisk lidelse. Forfatterne identifiserte 10 randomiserte kontrollerte forsøk med totalt 2 685 deltagere, både menn og kvinner. Studiene var utført i Storbritannia, Skottland, Nederland, USA og Tyskland/Storbritannia/Polen/Slovakia/Tsjekkia. Seks av studiene skrev seg fra perioden 1964 til 1990, de resterende fire var publisert fram til 2007. De fleste deltagerne var mellom 30 og 50 år med schizofreni og stemningslidelser som de vanligste diagnosene. Dagsykehus ble definert som enheter som stilte diagnose og ga behandling for akutt syke pasienter som ellers ville blitt behandlet i tradisjonelle psykiatriske sykehus eller avdelinger. Utover disse generelle fellestrekkene varierte innhold av tjenester, antall pasientplasser og bemanning i dagsykehusene mellom studiene. Tilbudet kunne inneholde konsultasjoner på individ- eller gruppebasis, forskjellige aktiviteter, medisiner, trening i daglige ferdigheter, tilgang til krisebolig eller 'back-up seng' på psykiatrisk sengepost, støtte fra ambulerende omsorg - også til hjemmet - og yrkesrehabilitering. Oppfølgingsperioden varierte fra 2 til 12 måneder. Sykehusinnleggelse var ikke nærmere beskrevet.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av behandling i dagsykehus sammenlignet med sykehusinnleggelse for mennesker med akutt psykisk lidelse

Dokumentasjonen er av svært lav til moderat kvalitet. Noen av utfallene var målt i én studie med mange deltagere og med lav risiko for skjevhet i resultatene. For disse utfallene har vi gjort ett trekk i kvalitet (som gir moderat kvalitet), enten fordi de bare var målt i én studie – som utgjør et lite grunnlag å generalisere ut i fra– eller fordi konfidensintervallet var så bredt at effektestimater ble for upresist til å trekke en slutning. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 6.

Tabell 6. Effekt av behandling i dagsykehus sammenlignet med sykehusinnleggelse for mennesker med akutt psykisk lidelse

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Innleggelse i sykehus	Dagsykehus				
Tilslutning til behandling: Forlatt studien tidlig Oppfølging: 10-12 mnd	327 per 1000	307 per 1000 (268 til 353)	RR 0.94 (0.82 til 1.08)	1694 (5)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	
Bruk av helsetjenester: Varighet av første sykehusinnleggelse Oppfølging: 1-12 mnd	Gjennomsnittlig varighet av første sykehusinnleggelse i kontrollgruppen var 46.1 dager	Gjennomsnittlig varighet av første sykehusinnleggelse i intervensjonsgruppen var 27.47 dager høyere (3.96 til 50.98 høyere)		1582 (4)	⊕⊕⊕⊕ Moderat ^{3,4,10}	
Bruk av helsetjenester: Varighet av alle innleggelser Oppfølging: 10-12 mnd	Gjennomsnittlig varighet av alle innleggelser i kontrollgruppen var 5.3 dager per mnd	Gjennomsnittlig varighet av alle innleggelser i intervensjonsgruppen var 0.38 dager per mnd lavere (1.32 lavere til 0.55 høyere)		465 (3)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,3}	
Bruk av helsetjenester: Reinnleggelse til dagsykehus eller sykehus Oppfølging: 10-24 mnd	311 per 1000	283 per 1000 (224 til 358)	RR 0.91 (0.72 til 1.15)	667 (5)	⊕⊕⊕⊖ Svært lav ^{2,5,6}	
Bruk av helsetjenester: Varighet av dagpasientomsorg Oppfølging: 10-12 mnd	Gjennomsnittlig justert antall dager per mnd av dagpasientomsorg i kontrollgruppen var 0.76	Gjennomsnittlig justert antall dager per mnd av dagpasientomsorg i intervensjonsgruppen var 2.34 høyere (1.97 til 2.70 høyere)		465 (3)	⊕⊕⊕⊖ Svært lav ^{9,10}	
Mental helse målt ved BPRS Brief Psychopathology Rating Scale. Skala fra: 24 til 168, lavere skåre best Oppfølging: 12 mnd	Gjennomsnittlig mental helse målt ved BPRS i kontrollgruppen var 1.57	Gjennomsnittlig mental helse målt ved BPRS i intervensjonsgruppen var 0.05 lavere (0.11 lavere til 0.01 høyere)		1117 (1)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^{2,(7)}	
Sosial funksjon målt ved GSDS-II Groningen Social Disabilities Schedule, Second Revision, skala 0-3, lavere skåre best Oppfølging: 12 mnd	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved GSDS-II i kontrollgruppen var 0.88	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved GSDS-II i intervensjonsgruppen var 0.11 lavere (0.19 lavere til 0.03 lavere)		1117 (1)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ⁷	
Død	7 per 1000	1 per 1000 (0 til 11)	RR 0.18 (0.02 til 1.54)	1207 (2)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ^{2,8}	
Brukertilfredshet: Tilfredshet med behandlingen målt med CAT Client Assessment of Treatment, syv 11-punkts visuelle skalaer, høyere skåre best Oppfølging: 12 mnd	Gjennomsnittlig tilfredshet med behandlingen målt med CAT i kontrollgruppen var 8.06	Gjennomsnittlig tilfredshet med behandlingen målt med CAT i intervensjonsgruppen var 0.06 høyere (0.18 lavere til 0.30 høyere)		1117 (1)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ⁷	
Livskvalitet målt ved MANSA Manchester Short Assess-	Gjennomsnittlig livskvalitet målt ved MANSA i kontrollgruppen var	Gjennomsnittlig livskvalitet målt ved MANSA i intervensjonsgruppen var		1117 (1)	⊕⊕⊕⊖ Moderat ⁷	

ment of Quality of Life, skala 1-7, høyere skåre best Oppfølging: 12 mnd	4.50	0.01 høyere (0.13 lavere til 0.15 høyere)
---	-------------	---

¹ To av studiene ga ikke tilstrekkelig beskrivelse av generering av randomiseringssekvens og om allokeringen var skjult. Imidlertid viser den beste og største studien lignende resultater som de mindre gode - derfor bare ett trekk i risiko for systematiske skjevheter

² Bredt konfidensintervall

³ En av studiene hadde ikke-adekvat generering av randomiseringssekvens og beskrev heller ikke om allokeringen var gjort skjult

⁴ Bredt konfidensintervall men både nedre og øvre grense i intervallet er på den positive siden av linjen for ingen-effekt og er dessuten begge praktisk betydningsfulle - derfor ingen trekk for bredt intervall

⁵ To studier hadde inadekvat generering av randomiseringssekvens, tre hadde inadekvat skjuling av allokering og ingen behandlet manglende data helt tilfredsstillende

⁶ De to målingene med minst risiko for systematisk skjevhet er ikke-konsistente

⁷ Bare én studie

⁸ Den ene målingen har høy risiko for systematisk skjevhet, men den andre målingen har en lav risiko og baserer seg på mange deltagere. Resultatene er konsistente, derfor bare ett trekk totalt (for bredt konfidensintervall)

⁹ En av studiene hadde inadekvat generering av randomiseringssekvens og skjult allokering, ingen behandlet manglende data på riktig måte. Det var uklart om det fantes andre mulige systematiske skjevheter

¹⁰ Heterogenitet i data $I^2 = 67\%$

KI: Konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Dagsykehus sammenlignet med innleggelse i sykehus for mennesker med akutt psykisk lidelse:

- Varigheten av førstegangs sykehusinnleggelse var statistisk signifikant lengre for dagsykehusgruppen enn for sykehusgruppen, men den gjennomsnittlige varigheten av alle innleggelser var ikke statistisk signifikant forskjellig mellom gruppene.
- Varighet av dagpasientomsorgen (antall dager per mnd med dagpasientomsorg) var statistisk signifikant lengre for de som var i dagsykehusgruppen, men kvaliteten av dokumentasjonen for dette utfallet var svært lavt og vi kan derfor ikke trekke noen konklusjoner.
- Pasientene i dagsykehusgruppen hadde en statistisk signifikant bedre skåre for sosial funksjon, men ettersom forskjellen er liten er det usikkert hvor interessant den er i praksis.
- For utfallene tilslutning til behandling, reinnleggelser, mental helse, død, brukertilfredshet og livskvalitet var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Av konfidensintervallene som anslår usikkerheten rundt effektestimaterne ser vi at vi ikke vet om dagsykehus sammenlignet med innleggelse er litt bedre, litt dårligere eller ikke utgjør noen forskjell for disse utfallene.

Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av dagsykehus versus innleggelse i sykehus at de som innlegges i dagsykehus trolig er lengre innlagt første gang enn kontrollgruppen. Det er også trolig at de oppnår bedre sosial funksjon, men denne effekten ser i så fall ut til å være svært liten. Kvaliteten av dokumentasjonen for disse resultatene er moderat. Det er videre mulig at det er ingen eller svært liten forskjell når det gjelder tidlig frafall fra studien. For utfallene varighet av dagpasientomsorg, reinnleggelser, mental helse, død, brukertilfredshet og livskvalitet var effekten enten for usikker eller kvaliteten av dokumentasjonen for lav til å trekke noen konklusjoner.

Setting for behandlingen

Behandling i dagsykehus sammenlignet med poliklinisk behandling for mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Shek 2009 (23) sammenlignet dagsykehus med poliklinisk behandling for mennesker med schizofreni og bipolar lidelse i alderen 18-65 år i en ikke-akutt fase. Dagsykehus ble definert som et ambulerende behandlingsprogram organisert av helsepersonell. Behandlingen kunne innebære individuell psykoterapi, gruppeterapi, møter med ansvarlig koordinator (på engelsk: case manager), oppfølging av medisiner og forskjellige former for støtte. Dagsykehus drives av helsevesenet og kan brukes som en hjelp i overgangen fra innleggelse til man skal delta i samfunnet igjen eller for å unngå full innleggelse. Poliklinisk behandling var kontorbasert praksis med det mål å gi en mer begrenset støttebehandling, vanligvis av én person; lege, psykiater eller spesialisert sykepleier.

I oversikten ble det inkludert fire randomiserte kontrollerte studier. Studiene var gjennomført i USA i tidsrommet 1966 til 1986. Totalt deltok 309 personer, de fleste med schizofreni. Pasientene var hovedsakelig utskrivningsklare eller nylig utskrevet. Fordi to av studiene rekrutterte pasienter fra to Veterans' Administration Hospital var de fleste som deltok menn. Behandlingsprogrammet på dagsykehuset kunne bestå av aktivitetsmuligheter og det å kunne delta sosialt, gruppeterapi, rådgivning, ergoterapi og medisinoppfølging.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av dagsykehus sammenlignet med poliklinisk behandling for mennesker med psykisk lidelse

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av fire små eldre studier der resultatene ble vurdert til å ha uklar risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 7.

Tabell 7. Effekt av dagsykehus sammenlignet med poliklinisk behandling for mennesker med alvorlig psykisk lidelse

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall delta-gere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Poliklinisk behandling	Dagsykehus				
Bruk av helsetjenester: Innlagt i sykehus i løpet av studien Oppfølging: 12 mnd	639 per 1000	454 per 1000 (358 til 568)	RR 0.71 (0.56 til 0,89)	242 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4,5,6}	
Tilslutning til behandling: Antall tapt for oppfølging Oppfølging: 6 mnd	164 per 1000	159 per 1000 (79 til 320)	RR 0.97 (0.48 til 1.95)	147 (3)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4,5}	
Global funksjon målt ved GAS Global Assessment Scale.	Gjennomsnittlig generell tilstand målt ved GAS i	Gjennomsnittlig generell tilstand målt ved GAS i intervensjonsgruppen var		37 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}	

Skala fra: 1-100, høyere skåre best Oppfølging: 12 mnd	kontrollgruppen var 55.6 skåre	4.31 lavere (15.24 lavere til 6.62 høyere)		
Sosial funksjon målt ved CAS Community Adaptation Schedule, Skåret av intervjuer, lavere skåre best Oppfølging: 6 mnd	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved CAS i kontrollgruppen var 3.52 skåre	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved CAS i intervensjonsgruppen var 0.03 lavere (0.30 lavere til 0.24 høyere)	30 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}
Sosial funksjon målt ved SAS Social Adjustment Scale, Skåret av intervjuer. Skala fra 1-5, lavere skåre best Oppfølging: 12 mnd	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved SAS i kontrollgruppen var 2.12 skåre	Gjennomsnittlig sosial funksjon målt ved SAS i intervensjonsgruppen var 0.17 høyere (0.25 lavere til 0.59 høyere)	37 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}
Mental helsetilstand målt ved PEF Psychiatric Evaluation Form, Skåret av intervjuer. Skala fra 1-5, høyere skåre best Oppfølging: 12 mnd	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved PEF i kontrollgruppen var 3.1 skåre	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved PEF i intervensjonsgruppen var 0.15 høyere (0.46 lavere til 0.76 høyere)	37 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}
Mental tilstand målt ved POMS Profile of Moods State, lavere skåre best Oppfølging: 6 mnd	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved POMS i kontrollgruppen var 166 skåre	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved POMS i intervensjonsgruppen var 16.93 høyere (20.49 lavere til 54.35 høyere)	30 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}
Mental tilstand målt ved SCL90 Symptom Check List, lavere skåre best Oppfølging: 6 mnd	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved SCL90 i kontrollgruppen var 0.78 skåre	Gjennomsnittlig mental tilstand målt ved SCL90 i intervensjonsgruppen var 0.31 høyere (0.20 lavere til 0.82 høyere)	30 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,4,5}

¹ Mangler i rapportering av hvordan randomiseringssekvensen ble generert

² Mangler i rapporteringen av hvorvidt allokeringen ble gjort skult

³ Inkonsistente resultater

⁴ Tvil om overførbarhet: Eldre studie: 1966-1986

⁵ Små studier

⁶ Heterogenitet i data: $I^2 = 74\%$

KI: Konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Dagsykehus sammenlignet med poliklinisk behandling for personer med alvorlig psykisk lidelse:

- Det var statistisk signifikant færre som ble innlagt i sykehus i dagsykehusgruppen enn i den polikliniske gruppen, men kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å trekke noen konklusjoner.
- For de andre utfallene var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Samtidig er kvaliteten på dokumentasjonen uansett for lav til å trekke noen konklusjoner.

Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av dagsykehus versus poliklinisk behandling at det var færre som ble innlagt i sykehus i dagsykehusgruppen men at det ikke var noen statistisk signifikante forskjeller for utfallene tilslutning til behandling, global funksjon, sosial funksjon eller mental helsetilstand. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene for lav til å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av sammenligningen.

Setting for behandlingen

Hjemmebehandling for barn og ungdom med psykiske lidelser sammenlignet med annen type hjemmebehandling eller med innleggelse i sykehus

Shepperd 2009(24) sammenlignet forskjellige typer hjemmebehandling med sykehusinnleggelse eller med annen type hjemmebehandling. Oversikten inkluderte syv randomiserte kontrollerte studier fra USA, England og Tyskland fra perioden 1968 til 2007. Det deltok til sammen 783 barn og unge i alderen 5 til 18 år med psykiske lidelser. Forfatterne identifiserte fire forskjellige omsorgsmodeller som de mente var alternativer til sykehusinnleggelse: familiesentrert multisystemisk terapi, intensiv hjemmebasert kriseintervensjon (Homebuilders' model), intensiv hjemmebehandling og intensiv poliklinisk spesialistbehandling. Multisystemisk terapi som sådan er ikke tema i denne oversikten, men vi tar den med i denne sammenhengen fordi oversikten fokuserer på den som hjemmebehandling som et alternativ til sykehusinnleggelse.

Setting for behandlingen

Hjemmebehandling i form av familiesentrert multisystemisk terapi sammenlignet med behandling i annen setting

Shepperd 2009 (24) inkluderte to randomiserte kontrollerte forsøk fra USA fra 1999 og 2005 i denne sammenligningen. Multisystemisk terapi ble sammenlignet med to forskjellige tiltak, henholdsvis innlegging i sykehus og intensiv behandling i lokalsamfunnet (på engelsk: intensive community care), se nedenfor. Hva behandlingen i den gruppen som fikk innleggelse besto av er ikke beskrevet. Den eldste studien sammenlignet hjemmebehandling i form av multisystemisk terapi med innleggelse i sykehus, og hadde 113 deltagere med en gjennomsnittlig alder på 13 år (tabell 8a). Det andre tiltaket hjemmebehandling i form av multisystemisk terapi ble sammenlignet med, intensiv behandling i lokalsamfunnet, beskrives som et tiltak der tjenestene kunne være familieterapi, intensive hjemmetjenester, medikamenthåndtering, terapeutisk fosterhjemsomsorg, dagbehandling, terapeutiske hjelpetiltak og/eller sykehusbasert behandling i egen bolig (på engelsk: hospital-based residential treatment). Denne studien hadde 55 deltagere i alderen 9 til 17 år (tabell 8b).

Den familiesentrerte multisystemiske behandlingen besto av terapi som var både individ- og familierettet, samtidig som den også inkluderte omgangskrets og nærmiljø. Både familieterapi og kognitiv atferdsterapi ble benyttet. Terapeutene hadde tre familier hver og tjenesten var tilgjengelig hele døgnet alle dager i uken. Selv når innleggelse var nødvendig fortsatte terapeuten med sine tjenester. Intensiteten i behandlingen ble bestemt av den unges behov samtidig som man søkte å øke hele familiens evne til å løse problemer.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av familiesentrert multisystemisk terapi sammenlignet med sykehusinnleggelse for barn og ungdom med psykiske lidelser

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av én liten studie, og resultatene fra studien hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 8a.

Tabell 8a. Effekt av familiesentrert hjemmebehandling sammenlignet med sykehusinnleggelse for barn og unge med psykiske lidelser

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Sykehusinnleggelse	Familiesentrert hjemmebehandling				
Liggetid per innleggelse Oppfølging: 4 måneder	Gjennomsnittlig 6 dager	Gjennomsnittlig 2.28 dager kortere (4.4 til 0.2 færre dager)	113 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}		
Alvorlighetsgrad av sykdom, Global severity index Oppfølging: 4 måneder	-	Gjennomsnittlig forskjell 0.11 (0.34 bedre til 0.12 verre)	116 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}		
Fravær fra skolen Oppfølging: 4 måneder	-	Gjennomsnittlig 23 dager mindre fravær (42 til 4 færre dager)	116 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}		
Tilfredshet med behandling: pasientrapportert Oppfølging: 4 måneder	-	Gjennomsnittlig forskjell 3.5 (1.78 til 5.22 bedre)	116 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}		

¹ Høy risiko for skjevheter: Uklart om skjult fordeling til grupper
² En liten studie, få hendelser og bredt KI

KI: Konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Familiesentrert hjemmebehandling sammenlignet med sykehusinnleggelse for barn og unge med psykiske lidelser:

- Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for alvorlighetsgrad av sykdommen, men kvaliteten av dokumentasjonen er uansett for lav til å trekke noen konklusjoner.
- Det var statistisk signifikant kortere innleggelse, mindre fravær fra skolen og større tilfredshet med behandlingen for de som var i den familiesentrerte hjemmebehandlingen enn innleggesgruppen. Kvaliteten av dokumentasjonen er imidlertid for lav til å ha tillit til resultatet.

Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av familiesentrert hjemmebehandling versus sykehusinnleggelse for barn og unge med psykiske lidelser at det var statistisk signifikant kortere innleggelse, mindre fravær fra skolen og større tilfredshet med behandlingen for de som var i den familiesentrerte hjemmebehandlingen, mens det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for alvorlighets-

grad av sykdommen. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene for lav til å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av sammenligningen.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av familiesentrert multisystemisk terapi sammenlignet med intensiv behandling i lokalsamfunnet for barn og ungdom med psykiske lidelser

Dokumentasjonen for resultatene fra den andre studien av hjemme-behandling med multisystemisk terapi i Shepperd 2009 (24) er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av én liten studie og resultatene fra studien hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 8b.

Tabell 8b. Effekt av familiesentrert hjemmebehandling sammenlignet med intensiv behandling i lokalsamfunnet for barn og unge med psykiske lidelser

Pasient eller populasjon: Barn og ungdom med psykiske lidelser Setting: USA Intervensjon: Hjemmebehandling Sammenligning: Intensiv omsorg i lokalsamfunnet						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokukumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Intensiv omsorg i lokalsamfunnet	Familiesentrert hjemmebehandling				
Internaliserte symptomer (internalising symptoms) - Selvrapportert med CBC Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder		Gjennomsnittlig selvrapportert Internalisert atferdsskåre i intervensjonsgruppen var 1.93 lavere (11.1 lavere til 7.29 høyere)	55 (1)		⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	
Eksternaliserte symptomer (externalising symptoms) - Selvrapportert med CBC Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder		Gjennomsnittlig selvrapportert eksternalisert atferdsskåre i intervensjonsgruppen var 2.47 lavere (11.7 lavere til 6.77 høyere)	55 (1)		⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	
Risikoatferd - selvrapportert Oppfølging: 6 måneder		Gjennomsnittlig selvrapportert risikoatferd i intervensjonsgruppen var 0.87 høyere (1.80 lavere til 0.06 høyere)	55 (1)		⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	
Mindre lovovertrедelser Youth Risk Behaviour Survey Oppfølging: 6 måneder		Gjennomsnittlig selvrapportert mindre lovovertrедelser i intervensjonsgruppen var 2.14 høyere (2.98 lavere til 7.19 høyere)	55 (1)		⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	
Plassering utenfor hjemmet Antall dager per måned Oppfølging: 6 måneder		Gjennomsnittlig antall dager plassering utenfor hjemmet, i intervensjonsgruppen var 8.08 lavere (14.6 til 1.55 lavere)	55 (1)		⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	

¹ Høy risiko for skjevhet: Uklart om skjult fordeling, stort frafall
² Én liten studie med stort frafall og bredt konfidensintervall
 KI: Konfidensintervall
 SMD: Standardised mean difference: Standardisert gjennomsnittsforskjell

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Familiesentrert hjemmebehandling sammenlignet med intensiv omsorg i lokalsamfunnet for barn og ungdom med psykiske lidelser:

- Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for utfallene internalisert eller eksternalisert atferd, risikoatferd eller for mindre lovovertrедelser, men kvaliteten av dokumentasjonen for dette er svært lav.
- Barn og unge som fikk familiesentrert hjemmebehandling ble tatt ut av hjemmet statistisk signifikant færre dager, men kvaliteten av dokumentasjonen for dette er svært lav.

Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av familiesentrert hjemmebehandling versus intensiv behandling i lokalsamfunnet for barn og unge med psykiske lidelser at de som fikk familiesentrert hjemmebehandling ble tatt ut av hjemmet statistisk signifikant færre dager. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for utfallene internaliserte eller eksternaliserte symptomer, risikoatferd eller for mindre lovovertrедelser.

Setting for behandlingen

Intensiv hjemmebasert kriseintervensjon (Homebuilders' model) sammenlignet med krise-koordinering av psykososialt arbeid

Shepperd 2009 (24) inkluderte ett randomisert kontrollert forsøk fra 2003 med tre sammenligningsgrupper. Shepperd rapporterte den delen av forsøket som sammenlignet intensiv hjemmebasert kriseintervensjon med krise-koordinering av psykososialt arbeid (på engelsk: crisis case management). Det deltok 153 barn med emosjonelle og atferdsmessige problemer av en slik grad at de hadde behov for innleggelse. I følge Shepperd 2009 handlet intervensjonen om å identifisere familiens og barnets psykososiale, kulturelle, samfunns- og velferdsbehov. Tjenestene ble forsøkt utformet etter de kartlagte behovene. Formålet var å hindre innleggelse. Behandlingen besto av kognitiv atferdsterapi, relasjonsbygging, håndtering av sinne og utvikling av kommunikasjonsferdigheter. Familien ble engasjert gjennom utvikling og oppfølging av felles mål. Tjenestene kunne være forskjellige støttetiltak som avlastningstjenester, støttegrupper eller dagbehandlingsprogrammer. Terapeutene kunne samarbeide med andre tjenesteytere, for eksempel om fordeling av matkupper, husvære eller andre velferdstjenester. Terapeutene ble veiledet av en barnepsykiater. Sykepleiere og sosionomer med relevant arbeidserfaring var også involvert i behandlingsprogrammet. Tjenestene var døgnbaserte med en tidsbegrenset varighet på 6 til 12 uker og arbeidsbelastningen var to familier per terapeut. Sammenligningsgruppen fikk et program som besto av koordinering av tjenester og psykiatriske henvisninger.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av intensiv hjemmebasert kriseintervensjon (Homebuilders modell) sammenlignet med krisekoordinering av psykososialt arbeid

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av én liten studie, og resultatene fra studien hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 9.

Tabell 9. Effekt av intensiv hjemmebasert kriseintervensjon etter Homebuilders modell sammenlignet med krisekoordinering av psykososialt arbeid for barn og unge med psykiske lidelser

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Re- Antall delta- la- gere (studier) ef- fekt (95 % KI)	Kvaliteten på doku- mentas- jonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Krise- koordinering av psykososiale tjenester	Intensiv hjemmebasert krisetiltak			
Alle problemer Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig alle problemer i intervensjonsgruppen var 0.15 standardavvik høyere (0.18 lavere til 0.48 høyere)		153 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	Effektestimater er beregnet i SMD (standardised mean difference)
Internaliserte symptomer Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig internaliserte symptomer i intervensjonsgruppen var 0.12 standardavvik høyere (0.21 lavere til 0.45 høyere)		153 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	Effektestimater er beregnet i SMD
Eksternaliserte symptomer Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig eksternaliserte symptomer i intervensjonsgruppen var 0.15 standardavvik høyere (0.18 lavere til 0.48 høyere)		153 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	Effektestimater er beregnet i SMD
Sosial kompetanse Child Behaviour Checklist Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig sosial kompetanse i intervensjonsgruppen var 0.21 høyere (1.57 lavere til 1.99 høyere)		153 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	
Piers Self Concept Scale Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig Piers Self Concept Scale i intervensjonsgruppen var 0.76 lavere (3.72 lavere til 2.20 høyere)		153 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	

¹ Høy risiko for skjevheter: Uklart om skjult fordeling, stort frafall

² En liten studie og bredt konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Intensiv hjemmebasert krisebehandling sammenlignet med intensiv krisekoordinering av psykososialt arbeid for barn og unge med psykiske lidelser:

- Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for noen av utfallene.

Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av intensiv hjemmebasert krisebehandling etter Homebuilders modell versus intensiv krise-koordinering av psykososialt arbeid for barn og unge med psykiske lidelser at det ikke var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for problemer, eksternaliserte, internaliserte symptomer, sosial kompetanse eller selvbilde. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene for lav til å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av sammenligningen.

Setting for behandlingen

Intensiv hjemmebehandling sammenlignet med sykehusinnleggelse for barn og unge med psykiske lidelser

Den tredje behandlingsmodellen inkludert i Shepperd 2009 (24) var undersøkt i to randomiserte kontrollerte studier. Studiene var utført i Tyskland og USA, henholdsvis i 2001 og 1980. Det deltok til sammen 117 barn med psykiske lidelser (emosjonelle og atferdsmessige problemer). Hjemmebehandlingen besto av intensiv psykoterapi og ble sammenlignet med innleggelse i psykiatrisk enhet. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 10.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av intensiv hjemmebehandling (psykoterapi) sammenlignet med sykehusinnleggelse for barn og ungdom med psykiske lidelser

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av to små studier. Resultatene i begge studiene hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 10.

Tabell 10. Effekt av intensiv hjemmebehandling for barn og unge med psykiske lidelser

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Sykehusinnleggelse	Intensiv hjemmebehandling				
Alvorlighetsgrad av sykdom, symptomer Oppfølging: 2 til 5 år	-	-		68 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2}	Ingen statistisk signifikant forskjell
Antall som bor hjemme Oppfølging: 18 måneder	500 per 1000	720 per 1000 (450 til 1000)	RR 1.44 (0.90 til 2.30)	49 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	
Foreldrenes tilfredshet med behandling Oppfølging: 18 måneder	-	-		49 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene

¹ Høy risiko for skjevheter: frafall, uklart om skjult fordeling
² En liten studie, få hendelser og bredt konfidensintervall
³ Tvil om overførbarhet: Eldre studie (1980)

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Intensiv hjemmebehandling i form av psykoterapi sammenlignet med behandling i sykehus for barn og ungdom med psykiske lidelser:

- Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for noen av utfallene.

Sammenfattet viste resultatene at intensiv psykoterapi hjemme versus sykehusinnleggelse av barn og unge med psykiske lidelser ikke gir noen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene etter 18 måneder til 5 år for alvorlighetsgrad av sykdom/symptomer, antall som bor hjemme eller foreldrenes tilfredshet med behandling. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene for lav til å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av sammenligningen.

Setting for behandlingen

Polikliniske tjenester sammenlignet med placebo legemiddel for barn og unge med emosjonelle og atferdsmessige problemer

Denne fjerde behandlingsmodellen fra Shepperd 2009 (24) inkluderte to randomiserte kontrollerte forsøk. Behandlingen i begge studier fant sted på en spesialklinikk utenfor sykehus. Populasjonen i de to studiene var svært forskjellige. Den ene studien var fra 2007 og inkluderte 167 barn med anorexi i alderen 12-18 år i England. I ett av kapitlene nedenfor presenterer vi denne studien i sammenheng med en tidligere studie om samme tema fra en annen systematisk oversikt: "How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review" (Meads 2001 (22)).

Den andre studien var fra USA på 1960-tallet. Den inkluderte 48 barn i alderen 4 til 17 år med emosjonelle og atferdsmessige problemer. Intervensjonen besto av intensive polikliniske tjenester og skulle opprinnelig bli sammenlignet med en generell poliklinisk rådgivings-/veiledningstjeneste (på engelsk: counselling) - med eller uten medikamentell behandling - og en kontrollgruppe. I analysene av dataene ble de aktive behandlingene slått sammen og testet mot kontrollgruppen som kun fikk placebo legemiddel.

Setting for behandlingen

Kvaliteten av dokumentasjonen for effekten av polikliniske tjenester sammenlignet med placebo legemiddel for barn og unge med emosjonelle og atferdsmessige problemer

Kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt som svært lav på grunn av uklarheter vedrørende generering av randomiseringssekvens, om allokering til grupper ble gjort skjult, at det var få deltagere i studien samt tvil om overførbarhet. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 11.

Tabell 11. Effekt av polikliniske tjenester sammenlignet med placebo legemiddel for barn og unge med emosjonelle og atferdsmessige problemer

Populasjon: Barn og unge med emosjonelle og atferdsmessige problemer Setting: Storbritannia, USA Intervensjon: Poliklinisk rådgivning ved en spesialistklinikk Sammenligning: Placebo legemiddel uten rådgivning						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ delta-effekt (95 % (studier))	Antall delta-effekt (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Placebo legemiddel uten rådgivning	Poliklinisk rådgivning ved en spesialistklinikk for barn og unge				
Innleggelse Oppfølging: 26 uker		Se kommentar	Se kommentar	48 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som mottok en aktiv intervensjon og de som bare fikk placebo legemiddel for dette utfallet
Kontakt med politiet Oppfølging: 26 uker		Se kommentar	Se kommentar	48 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som mottok en aktiv intervensjon og de som bare fikk placebo legemiddel for dette utfallet
Vurdert som tilpasset samfunnet Oppfølging: 26 uker		Se kommentar	Se kommentar	48 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som mottok en aktiv intervensjon og de som bare fikk placebo legemiddel for dette utfallet
Forbli i utdanning Oppfølging: 26 uker		Se kommentar	Se kommentar	48 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	Ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som mottok en aktiv intervensjon og de som bare fikk placebo legemiddel for dette utfallet

¹ Uklart om generering av randomiseringssekvens og om allokering til grupper ble skjult
² Eldre studie (1968)
³ En studie med få deltagere

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Resultatene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom den gruppen som fikk en eller annen aktiv behandling og gruppen som fikk placebo legemiddel for utfallene bruk av sykehus, kontakt med politiet, å bli betraktet som tilpasset til samfunnet eller å forbli i utdanning.

Setting for behandlingen

Innleggelse av barn og unge med spiseforstyrrelser sammenlignet med polikliniske behandlingstjenester av ulik spesialiseringsgrad

Meads 1999/2001 (22) oppsummerte effekten av poliklinisk behandling sammenlignet med innleggelse for pasienter med spiseforstyrrelser av en slik grad at innleggelse var aktuelt. Denne systematiske oversikten er av eldre dato men er blitt sitert som aktuell også i senere år (Gowers 2007 (27); Gowers 2008 (28)). Forfatterne fant ett randomisert kontrollert forsøk fra Storbritannia der den seneste rapporten av forsøket var fra 1997. De inkluderte også kasus-kontroll studier og sju pasientserier. Kasus-kontroll studiene rapporterte ikke oppfølgingsdata. Den eksperimentelle studien hadde fire grupper med totalt 90 deltagere: én gruppe der deltagerne ble innlagt, den andre der deltagerne fikk poliklinisk behandling i form av psykoterapi sammen med familien, den tredje der den polikliniske behandlingen var i form av gruppepsykoterapi for pasienter og foreldre hver for seg og den fjerde var kontrollgruppen. De tre førstnevnte gruppene fikk også kostholdsveiledning, men ikke le-

gemidler. Alle gruppene fikk et vurderingsintervju som ble vurdert som terapeutisk i seg selv, også kontrollgruppen. Blant inklusjonskriteriene var at spiseforstyrrelsen måtte ha vart mindre enn 10 år og pasientene måtte bo nær nok til å kunne komme til klinikken. Ingen legemidler ble gitt. Oppfølgingen varierte fra 1 til 5 år.

Den senere studien fra 2007 av tiltak for samme målgruppe i alderen 12-18 år og som ble identifisert i Shepperd 2009 (24) hadde tre sammenligninger: Tilbud om innleggelse i sykehus ble sammenlignet med polikliniske spesialisthelsetjenester som igjen ble sammenlignet med en generell poliklinisk tjeneste, det vil si den behandling som vanligvis ble tilbudt ungdom i Storbritannia i primærhelsetjenesten. Det halvårige tiltaket i den spesialiserte poliklinikken besto av foreldreveiledning, et motiverende intervju av barnet, kognitiv atferdsterapi, kostholdsveiledning av ernæringsfysiolog og ulike tilbakemeldinger hver sjette uke vedrørende vektkontroll. Behandlingen av de som ble innlagt fant sted i en psykiatrisk enhet for barn og unge. Behandlingstiden var seks uker i første omgang, men ble utvidet hvis det var nødvendig etter klinisk vurdering. Behandlingen var basert på en tverrfaglig psykiatrisk tilnærming med mål om å oppnå normalisert spising (forventet ukentlig vektøkning 800-1000 g), gjenoppretting av sunn vekt og kognitiv endring. Hver deltager fikk både individuell terapi og familierapi. De som var i stand til det, deltok i enhetens skole. Studien hadde 167 deltagere totalt. Vi presenterer resultatene fra sammenligningen av innleggelse versus spesialiserte poliklinikkjenester og generell poliklinisk veiledning slått sammen til én gruppe.

Setting for behandlingen

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av sykehusinnleggelse sammenlignet med poliklinisk spesialistbehandling for barn og unge med spiseforstyrrelser

Dokumentasjonen er fra lav til svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av to små studier og de fleste utfall er rapportert i kun én av dem. Resultatene i den ene studien hadde høy risiko for systematiske skjevheter mens de fra den andre hadde lav risiko for systematiske skjevheter. Studien med lav risiko hadde lav implementeringsgrad: Bare 49 % av de allokert til innleggelsesgruppen ble innlagt mens 75 % av deltagerne i poliklinisk spesialistbehandling mottok behandlingen (det vil si at de møtte opp minst seks ganger). Det som testes blir da effekten av å bli tilbudt behandlingen og ikke effekten av å få behandlingen. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 12.

Tabell 12. Effekt av innleggelse sammenlignet med poliklinisk spesialistbehandling for barn og unge med spiseforstyrrelser

Populasjon: Barn og unge med spiseforstyrrelser

Setting: Spesialklinik og sykehus, Storbritannia

Intervensjon: Innleggelse

Sammenligning: Poliklinisk spesialistbehandling

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				

	Poliklinisk spesialist-behandling	Innleggelse				
Dødelighet Oppfølging: 5 år	26 per 1000	35 per 1000 (2 til 536)	RR 1.34 (0.09 to 20.62)	68 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	
Dødelighet: Oppfølging: 5-12 år	Dødelighet i i poliklinisk spesialistbehandling varierte i studiene mellom 0 til 0,9 %	Dødelighet i intervensjonsgruppen varierte mellom 1,7% til 11,4%		470 (7)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ⁴	Resultatet er oppsummert fra case series
Morgan-Russell skåre 1 (fra primærstudien i Meads 1999) Skåreskala: 0 til 12 (høyere best). Oppfølging: mean 2 år	Gjennomsnittlig Morgan-Russell skåre i poliklinisk gruppe var 7.6 skåre-verdi	Gjennomsnittlig Morgan-Russell skåre i intervensjonsgruppen var 1.50 lavere (2.93 til 0.07 lavere)		65 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	Resultatet er beregnet ved sammenligning av de to polikliniske gruppene
Morgan-Russell skåre 2 (fra primærstudien i Shepperd 2009) Skåreskala: 0 til 12 (høyere best). Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig Morgan-Russell skåre i poliklinisk gruppe var 8.4 skåreverdi	Gjennomsnittlig Morgan-Russell skåre i intervensjonsgruppen var 0.21 lavere (1.09 lavere til 0.66 høyere)		103 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ⁵	Tallene er hentet fra primærstudien da analysen i oversikten var uklar (27)
Frisk ved 5 år Oppfølging: 5 år	500 per 1000	335 per 1000 (162 til 587)	RR 0.67 (0.36 til 1.25)	68 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	
Frisk: Frisk ved oppfølgingstidspunktet	Frisk ved oppfølgingstidspunktet i poliklinisk spesialistbehandling varierte mellom 19 % til 71 %	Frisk ved oppfølgingstidspunktet i gruppen for innleggelse varierte mellom 31 % til 72 %		470 (7)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ⁴	Resultatet er oppsummert fra case series
Kroppsmasse- indeks Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig kroppsmasse-indeks i poliklinisk spesialistbehandling var 18.7	Gjennomsnittlig Body mass index i intervensjonsgruppen var 0.38 lavere (1.22 lavere til 0.47 høyere)		102 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ⁵	Tallene er hentet fra primærstudien da analysen i oversikten var uklar (27)
HoNOSCA, selvrappoert Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents. Skåreskala: 0 til 13 (lavere best). Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig selvrappoert HoNOSCA-skåre i poliklinisk spesialistbehandling var 8.9	Gjennomsnittlig selvrappoert HoNOSCA-skåre i intervensjonsgruppen var 0.65 lavere (3.83 lavere til 2.54 høyere)		86 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ⁵	Tallene er hentet fra primærstudien da analysen i oversikten var uklar (27)

¹ Uklart om skjult fordeling til grupper

² En liten studie, få hendelser og bredt konfidensintervall

³ Uklar randomiseringsprosedyre, ⁴ Case series, ⁵ En liten studie og bredt konfidensintervall

Setting for behandlingen

Hva sier dokumentasjonen?

Innleggelse sammenlignet med poliklinisk spesialistbehandling for barn og ungdom med spiseforstyrrelser:

- Morgan-Russell-skåre 1 var statistisk signifikant bedre for de som fikk poliklinisk behandling, mens det ikke var noen statistisk signifikante forskjeller mellom dødelighet og det å være frisk ved fem år. Kvaliteten på dokumentasjonen er imidlertid for lav til å trekke noen meningsfulle konklusjoner.
- For utfallene Morgan-Russell skåre 2, kroppsmasseindeks og selvrappoert helse målt ved HoNOSCA, var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som ble innlagt og de som ble behandlet poliklinisk. Av spennvidden på konfidensintervallene ser vi at effektestimateret befinner seg innenfor grenser som åpner for en liten positiv eller negativ effekt eller ingen effekt. Kvaliteten på dokumentasjonen av disse resultatene er lav.

Sammenfattet viste sammenligningen av innleggelse versus poliklinisk spesialistbehandling for barn og ungdom med spiseforstyrrelser at kvaliteten av dokumentasjonen er for lav eller resultatet for usikkert til å trekke noen meningsfulle konklusjoner om effekten av sammenligningen på noen av de målte utfallene.

Integrerte omsorgstjenester

Vi klassifiserte fem systematiske oversikter til kategorien *Integrerte omsorgstjenester* ((Gruen 2003 (13), Hayes 2011(14), Marshall 2011 (21), Shepperd 2010 (25) og Smith 2007 (26)). Disse oversiktene undersøkte effekten av henholdsvis oppsøkende spesialistklinikker, samarbeid på tvers av sektorer på helseutfall uansett populasjonstype eller alder, tidlig intervensjon for psykose, planlegging av utskriving fra sykehus til hjem og delt omsorg på tvers av omsorgsnivå.

Integrerte omsorgstjenester

Oppsøkende spesialisttjeneste sammenlignet med standard behandling

Gruen 2003 (13) evaluerte effekten av oppsøkende spesialisttjeneste på tvers av pasientpopulasjoner. En oppsøkende spesialisttjeneste ble definert som planlagte og regelmessige besøk av spesialistutdannede leger fra et sykehus eller spesialisenter til primærhelsetjenesten eller til sykehus i desentrale strøk. Oversikten identifiserte totalt ni studier med forskjellig type design og mennesker med ulike diagnoser. Fem av studiene var relevante for vår problemstilling, hvorav én av studiene viste seg å også være inkludert i en oversikt over delt omsorg (Smith 2007 (26)). Vi har valgt å ikke presentere denne studien her, men under presentasjonen av oversikten over delt omsorg.

Av de fire gjenstående studiene hadde to et randomisert kontrollert design, én studie hadde et avbrutt tidsseriedesign og én studie var designet som en før-og-etter-studie med kontroll. De to sistnevnte var utført i Storbritannia og de to randomiserte kontrollerte studiene i USA. I de randomiserte studiene deltok totalt 332 pasienter i alderen 19-80 år som var diagnostisert med enten depresjon eller panikkangst, flertallet var kvinner. Oppfølgingstiden var fra 7 - 12 måneder. Den kontrollerte før-og-etterstudien sammenlignet innleggesdata fra et pasientregister for deler av en region med resten av regionen for noen år før og etter 1981. I dette året hadde det blitt foretatt en spesiell sektorinndeling som hadde ført til en større økning i etableringen av oppsøkende spesialisttjenester i spesielt én del av regionen (85 000 pasienter) og som derfor ble betraktet som intervensjonsområdet. Resten av regionen utgjorde kontrollgruppen (300 000 pasienter). Tidsseriestudien undersøkte effekten av oppsøkende spesialisttjenester på innleggelser i psykiatriske sykehus ved å analysere data fra den nasjonale innleggesstatistikken for 10 overordnede regioner i perioden 1964-1981. 1973 ble ansett som begynnelsen for intervensjonen fordi det var først da utviklingen av tjenester fra spesialister til primærhelsetjenesten skjøt fart.

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av oppsøkende spesialisttjeneste sammenlignet med standard behandling

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av to små randomiserte kontrollerte studier og to studier med annet design. De fleste utfallene er rapportert i kun én av studiene. Resultatene i de to randomiserte kontrollerte studiene ble vurdert til å ha uklar risiko for systematiske skjevheter grunnet uklartheter vedrørende skjult allokering til grupper, manglende oppfølging av pasienter og mulige påvirkningseffekter mellom gruppene (pasientene kunne behandles av samme lege enten de tilhørte eksperiment- eller kontrollgruppen). For de to andre studiene, se note 7 i tabell 13. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 13.

Tabell 13. Effekt av oppsøkende spesialisttjenester sammenlignet med standard behandling

Populasjon: Pasienter med depresjon eller panikkangst Setting: USA Intervensjon: Oppsøkende spesialistklinikker Sammenligning: Standard behandling						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Standard behandling	Oppsøkende spesialistklinikker				
Behandlingskvalitet: Ikke forskrevet passende type omsorg Oppfølging: 12 mnd	521 per 1000	234 per 1000 (135 til 412)	RR 0.45 (0.26 til 0.79)	99 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Behandlingskvalitet: Ikke forskrevet passende dose/varighet av behandling Oppfølging: 12 mnd	667 per 1000	394 per 1000 (267 til 580)	RR 0.59 (0.40 til 0.87)	99 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4}	
Behandlingskvalitet: Ikke fulgt behandlingen Oppfølging: 3 mnd-12 mnd	Se kommentarer	Se kommentarer		91 + 99 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,5,6}	To studier målte dette utfallet: RR 0,49 (0,27 til 0,87) RR 0,65 (0,46 til 0,91)
Helseutfall: Vedvarende symptomer Oppfølging: 7 mnd	Se kommentarer	Se kommentarer		76+92 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,5,6}	To studier målte dette utfallet: RR 0,43 (0,23 til 0,79) RR 0,40 (0,23 til 0,69)
Pasienttilfredshet: Utilfreds med omsorgen Oppfølging: 7 mnd	Se kommentarer	Se kommentarer		76+92 (2)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3,4,6}	To studier målte dette utfallet: RR 0,29 (0,08 til 1,00) RR 0,31 (0,16 til 0,61)
Pasienttilfredshet: Utilfreds med legemiddelbehandling Oppfølging: 7 mnd	364 per 1000	116 per 1000 (44 til 298)	RR 0.32 (0.12 til 0.82)	76 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{3,4,5}	
Bruk av tjenester: Konsultasjoner med primærhelsetjenesten Oppfølging: 7 mnd	Gjennomsnittlig bruk av tjenester: Konsultasjoner med primærhelsetjenesten i kontrollgruppen var: 3.7 konsultasjoner	Gjennomsnittlig bruk av tjenester: Konsultasjoner med primærhelsetjenesten i intervensjonsgruppen var: 0.26 høyere (0.01 lavere til 0.52 høyere)		217 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{3,4,5}	
Bruk av tjenester: Andre ikke-hospitalbaserte polikliniske tjenester Oppfølging: 7 mnd	312 per 1000	278 per 1000 (184 til 421)	RR 0.89 (0.59 til 1.35)	217 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{3,4,5}	
Bruk av tjenester: Sykehusbaserte polikliniske tjenester Oppfølging: 7 mnd	101 per 1000	28 per 1000 (8 til 97)	RR 0.28 (0.08 til 0.96)	217 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{3,4,5}	
Innleggelsesrate	Se kommentarer	Se kommentarer	1. Pasienter i ett regionalt register:		⊕⊕⊕⊕ Svært lav ⁷	1. Kontrollert før-og-etterstudie. Data avlest fra

	385 000 2. Pasienter fra nasjonal innleggesstatistikk fra 10 superregioner i periodene 1964-1972 og 1973-1981 (1973 ble ansett som begynnelsen av intervensjonen)	graf: Absolutt forskjell: 8/10 000 Relativ % forskjell: 32% 2. Tidsseriestudien: Kun oppgitt at innleggesraten ble redusert
--	--	---

¹ Ikke full oppfølging - én studie

² Uklart om pålitelige utfall - én studie

³ Uklart om beskyttet mot kontaminering

⁴ En liten studie

⁵ Uklart om skjult allokering til grupper - én studie

⁶ To små studier - få hendelser

⁷ To eldre studier (1989): En tidsseriestudie (kan ikke utelukke at resultatet var avhengig av andre endringer enn intervensjonen, ikke utført tidsserie regresjonsanalyse, ikke begrunnet valg av måletidspunkter) og én kontrollert før-og-etter-studie (vurdert av oversiktsforfatterne til ikke å ha sammenlignbar kontrollgruppe)

KI: Konfidensintervall

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Oppsøkende spesialistklinikker sammenlignet med standard behandling:

- De tre utfallene for behandlingskvalitet var statistisk signifikant bedre for gruppen som fikk oppsøkende spesialisttjeneste. Kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt til svært lav.
- Helseutfall, målt i to studier som vedvarende symptomer, var statistisk signifikant bedre for gruppen som fikk oppsøkende spesialisttjeneste i begge studier. Kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt til svært lav.
- Pasienttilfredshet
 - målt som utilfredshet med omsorgen viste statistisk signifikant færre utilfredse i den ene av studiene, men ikke i den andre.
 - målt som utilfredshet med legemiddelbehandling i én studie viste statistisk signifikant bedre resultat for oppsøkende spesialisttjeneste. Kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt til svært lav.
- Bruk av tjenester
 - målt som konsultasjoner med primærhelsetjenesten og
 - målt som andre ikke-sykehusbaserte polikliniske tjenester var ikke statistisk signifikant forskjellig mellom gruppene.
 - målt som sykehusbaserte polikliniske tjenester var statistisk signifikant færre i gruppen som fikk oppsøkende spesialistklinikker. Kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt til svært lav.

Sammenfattet viste resultatene at oppsøkende spesialistklinikker sammenlignet med standard behandling viste et statistisk signifikant bedre resultat for behandlingskvalitet og helseutfall mens effekten på pasienttilfredshet og bruk av tjenester varierte mellom studiene. Kvaliteten av dokumentasjonen er så lav at vi ikke kan trekke noen meningsfulle konklusjoner om effekten av sammenligningen.

Integrerte omsorgstjenester

Samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter for å forbedre helseutfall sammenlignet med standard tjenester

Hayes 2011 (14) oppsummerte effekten av lokalt utviklede partnerskap mellom helse-aktører og kommunale etater innenfor andre områder enn helse, for eksempel miljø, samferdsel eller sosialomsorg på individuelle helseutfall eller atferd. De inkluderte 11 studier totalt med forskjellig populasjon, hvorav ett randomisert kontrollert forsøk og to klinisk kontrollerte studier var relevante for oss. I disse deltok til sammen 1017 personer – omtrent likt fordelt på kvinner og menn - med første-gangsepisode av psykose eller med en kronisk nevrotisk sykdom. Studiene var gjennomført i Danmark, Norge/Danmark og England i perioden 1975 til 2008.

I den danske studien sammenlignet man en intensiv tidlig intervensjon ved første-gangs-psykose i regi av spesialisthelsetjenesten sammenlignet med standard behandling. Standard behandling var et tilbud om kontakt med et distriktpspsykiatrisk senter (på engelsk: community mental health center), og innebar også et tilbud om kontakt med sosialtjenesten. Samarbeidet ble ansett å skje gjennom sammensetningen av det tverrfaglige spesialistteamet der det deltok sosionomer, psykiatere, psykologer, sykepleiere, yrkesveiledere, familieterapeuter. Denne studien (OPUS-studien (29)) er også inkludert i Dieterich 2010 (12) om intensiv koordinering av psykososialt arbeid (på engelsk: intensive case management) og i Marshall 2011 (21) om tidlig intervensjon for psykose. Studiens formål var å undersøke effekten av intensiv tidlig intervensjon ved første gangs psykose ved bruk av et oppsøkende psykoseteam (på engelsk: assertive community treatment - ACT) og ikke effekten av samarbeid i seg selv. Det er derfor tvilsomt om en studie av ACT i det hele tatt burde ha vært inkludert i denne oversikten over lokalt utviklede partnerskap, uten også å inkludere alle andre studier av ACT som vanligvis innebærer nettopp tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid. Ettersom denne studien inngår i dokumentasjonsgrunnlaget i Dieterich 2010 (12) har vi valgt å beholde denne studien der og ta den ut av Hayes 2011 (14) og Marshall 2011 (21) slik at den ikke oppsummeres mer enn én gang.

Den engelske studien i Hayes 2011 (14) var et klinisk kontrollert forsøk der de 189 deltagerne hadde en kronisk nevrotisk lidelse. Intervensjonen besto i å stasjonere en sosionom i en urban legegruppepraksis som også hadde regelmessige møter med psykiatere for tverrfaglig samarbeid. Det gis ingen opplysninger om hva kontrollgruppen fikk. I studien målte man endring etter 12 måneder ved hjelp av en psykiatrisk skala, GHQ30.

Det dansk/norske klinisk kontrollerte forsøket undersøkte effekten av å ha et spesialteam og utdanningskampanjer for å oppdage psykoser tidlig for å redusere varigheten av ubehandlet psykose. Intervensjonen var rettet mot et distrikt generelt og helsepersonell spesielt. Fokuset var på tidlig henvisning og rask vurdering og behandling av de berørte. Etter å ha fått ned varigheten av ubehandlet psykose i intervensjonsdistriktet, fulgte de brukerne i dette distriktet og brukerne i kontrolldistrik-

tet som ikke hadde fått intervensjonen og der det tok lengre tid å oppdage og iverksette behandling. Etter to år målte forskerne skåreverdiene ved verktøyene Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANNS) og Global Assessment of Function (GAF).

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter for å forbedre helse sammenlignet med standard tjenester

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Dokumentasjonsgrunnlaget besto av to små studier med høyst ulike intervensjoner og alle utfall var rapportert i kun én av dem. Resultatene hadde høy risiko for systematiske skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 14.

Tabell 14. Effekt av samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter for å forbedre helseutfall sammenlignet med standard tjenester

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ Antall deltakere (studier) (95% KI)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Kontrolltiltak	Samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter			
PANNS Positiv komponent Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. Skala fra: 30 til 210, lavere best. Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig skåre for PANNS positiv komponent i kontrollgruppen var 9.06 (SD 4,02)	Gjennomsnittlig skåre for PANNS Positiv komponent i intervensjonsgruppen var 9.13 (SD 4,97)	281 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	CCT Spesialteam og utdanningskampanjer Ikke statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
PANSS Negativ komponent Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia. Skala fra: 30 til 210, lavere best. Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig skåre for PANSS negativ komponent i kontrollgruppen var 19.19 (SD 9.06)	Gjennomsnittlig skåre for PANSS Negativ komponent i intervensjonsgruppen var 15.54 (SD 6.48)	281 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	CCT Spesialteam og utdanningskampanjer T-test viste at forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant (P<0.001)
GAF Symptomskåre Global Assessment of Function Symptomskåre. Skala fra: 1 til 100, høyere best. Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig GAF symptomskåre i kontrollgruppen var 50.81 (SD 14.54)	Gjennomsnittlig GAF Symptomskåre i intervensjonsgruppen var 53.64 (SD 17.68)	281 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	CCT Spesialteam og utdanningskampanjer Ikke statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
GAF Funksjonsskåre Global Assessment of Function Symptom-skåre. Skala fra: 1 til 100, høyere best. Oppfølging: 2 år	Gjennomsnittlig GAF funksjonsskåre i kontrollgruppen var 49.47 (SD 14.78)	Gjennomsnittlig GAF Funksjonsskåre i intervensjonsgruppen var 53.80 (SD 17.32)	281 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}	CCT Spesialteam og utdanningskampanjer Ikke statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
GHQ30 Psykiatrisk måleskala Skala fra: 1 to 30, lavere best. Oppfølging: 1 år	Gjennomsnittlig GHQ30-enderingsskåre i kontrollgruppen var -6.4 (SD 9.9)	Gjennomsnittlig GHQ30-enderingsskåre intervensjonsgruppen var -10.3 (SD10.2)	189 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2,3}	CCT Sosionom i en urban legegruppepraksis T-test viste at forskjellen mellom gruppene var statistisk signifikant (t=2.68, P<0.01)

¹ Bare én studie

² Kontrollert klinisk forsøk (CCT)

³ Tvil om hvorvidt det var en passende kontrollgruppe

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter for å forbedre helseutfall sammenlignet med standard behandling for voksne med psykiske lidelser:

- Det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for to av de fem mentale helseutfallene, men kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å ha tillit til resultatene.

Disse to studiene er et underutvalg av de 11 studiene som ble inkludert i oversikten. Oversiktsforfatterne konkluderte med at studiene ikke kan påvise noen samlet overbevisende positiv effekt på helseutfall av samarbeid mellom forskjellige lokale aktører. Sammenfattet viste resultatene fra sammenligningen av samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter versus standard behandling for mennesker med psykisk lidelse at det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for to av de fem mentale helseutfallene. Kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene er for lav til å trekke noen meningsfulle konklusjoner om effekten fra sammenligningen.

Integrerte omsorgstjenester

Tidlig intensiv intervensjon ved psykose sammenlignet med standard behandling

Marshall 2011 (21) hadde til hensikt å undersøke effekten av det å identifisere mennesker med prodromale symptomer eller med førstegangs psykose tidlig og gi dem fase-spesifikk behandling av spesialiserte intervensjonsteam. Forfatterne foretok 18 sammenligninger av forskjellige tiltak, hvorav de fleste behandlingene besto i å gi forskjellige legemidler. Vi identifiserte kun én tidlig intervensjon for pasienter med førstegangs psykose som relevant for vår problemstilling. Intervensjonen ble sammenlignet med tilbud om kontakt med et distriktpsikiatrisk senter og testet ut i et randomisert kontrollert forsøk med lav risiko for systematiske skjevheter. Dette var imidlertid samme studie om effekt av intensiv koordinering av psykososialt arbeid som også var inkludert i oversikten over samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter (Hayes 2011 (14)) og i Dieterichs oversikt over effekten av intensiv koordinering av psykososialt arbeid (og som vil inngå i det totale resultatet for denne oversikten) (2010 (12)). Dette randomiserte kontrollerte forsøket viste etter to års behandling blant annet at primærutfallene mentale helseutfall og sosial funksjon (målt ved GAF funksjonsskala) ga et statistisk signifikant bedre resultat for tidlig intensiv intervensjon, men ikke ved fem år – det vil imidlertid si tre år etter behandlingsslutt (29).

Integrerte omsorgstjenester

Planlagt utskriving fra sykehus sammenlignet med standard behandling

Shepperd 2010 (25) evaluerte effekten av planlagt utskriving av pasienter fra sykehus på utfallene bruk av helsetjenester og pasientutfall. De identifiserte 21 randomiserte kontrollerte forsøk, hvorav to studier var relevante for vårt formål. I de to studiene deltok til sammen 440 pasienter innlagte med affektiv eller akutt psykisk lidelse. Studiene var utført i Storbritannia i 1999 og 2000.

I den ene studien ble det gjort en medikamentell behovsvurdering av de 168 pasientene i intervensjonsgruppen. Det ble også gitt informasjon om legemidler, og ved utskriving ble det sendt en plan for medikamentell behandling til det lokale apoteket. Det ble utført hjemmebesøk etter én, fire og 12 uker etter utskriving. Legemiddellkunnskap, antall og typer av legemiddelproblemer ble vurdert ved hvert besøk. Hvilken standard behandling som ble gitt de 175 pasientene i kontrollgruppen er ikke beskrevet, bortsett fra at de hadde 'some discharge planning' men ingen formell koordinator av tjenester. Alder og kjønn er ikke oppgitt.

I den andre studien deltok 97 pasienter med en gjennomsnittlig alder på 47 år (SD 17), kjønn er ikke oppgitt. Intervensjonen besto av at en psykiater ringte fastlegen for å diskutere pasienten og for å gjøre en avtale for pasienten hos legen innen 1 uke etter utskriving. At konsultasjonen virkelig skjedde ble ikke kontrollert. Pasientene i begge grupper fikk en utskrift av epikrisen for å gi til sin fastlege. Legene til pasientene i intervensjonsgruppen fikk også tilsendt epikrisen pr post. Kontrollgruppen fikk standard behandling som besto i at pasientene ble oppfordret til å gjøre en avtale om legebekesøk og å ta med seg epikrisen til konsultasjonen.

Ingen av intervensjonene tilfredsstilte egentlig oversiktsforfatterens definisjon av en utskrivingsplan: utviklingen av en individuelt tilpasset utskrivingsplan med utgangspunkt i pasientens behov, noe som impliserer en mer helhetlig tilnærming og vurdering enn det som ble gjort i disse to studiene.

Selv om begge studiene målte reinnleggelse kunne vi ikke slå dem sammen fordi de målte på forskjellige måter og til forskjellig tid – ved 3 måneder i den ene studien og ved 6 måneder i den andre.

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av planlagt utskriving fra sykehus til hjem sammenlignet med standard behandling

Dokumentasjonsgrunnlaget var av svært lav kvalitet. Det besto kun av to små studier med uklar risiko for skjevheter. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 15.

Tabell 15. Effekt av planlagt utskriving sammenlignet med standard behandling

Populasjon: Pasienter innlagt med psykisk lidelse Settings: Sykehus, Storbritannia Intervensjon: Planlagt utskriving Sammenligning: Standard behandling						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Standard behandling	Planlagt utskriving				
Ikke-planlagte reinnleggelser I Oppfølging: 3 mnd	261 per 1000	99 per 1000 (37 til 258)	RR 0.38 (0.14 til 0.99)	97 (1)	⊕⊖⊖⊖	Svært lav ^{1,2,3,4}
Ikke-planlagte reinnleggelser II Oppfølging: 6 mnd	Gjennomsnittlig reinnleggelser II i kontrollgruppen var 27 prosent	Gjennomsnittlig reinnleggelser II i intervensjonsgruppen var 7.4 prosent lavere (1.1 til 16.4 lavere)		343 (1)	⊕⊖⊖⊖	Svært lav ^{1,2,3}

¹ Uklart om tilfredsstillende behandling av manglende data (mistet rundt 30% av alle pasienter)
² Få pasienter/hendelser og bare én studie

KI: Konfidensintervall

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Planlagt utskriving sammenlignet med standard behandling:

- I begge studiene var det statistisk signifikant færre akutte reinnleggelser i intervensjonsgruppen, men kvaliteten på dokumentasjonen er for lav til å trekke noen konklusjoner.

Sammenfattet viser sammenligningen av planlagt utskriving versus standard behandling for mennesker med psykisk lidelse at selv om det var statistisk signifikant færre akutte reinnleggelser i intervensjonsgruppen er kvaliteten av dokumentasjonen for dette for lav til å trekke noen meningsfulle konklusjoner om effekten av sammenligningen på de målte utfallene.

Integrerte omsorgstjenester

Delt behandlingsansvar mellom primær- og spesialisthelsetjenesten sammenlignet med standard behandling

Smith 2007 (26) undersøkte effekten av delt ansvar for behandling (på engelsk: shared care) med det formål å forbedre håndteringen av kronisk sykdom på tvers av primær- og spesialistomsorgen. Forfatterne definerte delt ansvar som felles deltagelse av fastleger og spesialister i planleggingen av behandlingstjenester, informert av en forbedret informasjonsutveksling utover rutinemessig utskriving og henvisninger. Andre begreper i internasjonal litteratur brukt for tiltak med lignende innhold er 'collaborative care' og 'liaison'.

Totalt inkluderte forfatterne av denne oversikten 20 studier fra Storbritannia, Irland, Australia, New Zealand, USA, Danmark og Sverige i perioden 1999 til 2004. Av disse falt sju innenfor våre inklusjonskriterier med hensyn på pasientpopulasjon og

intervensjoner. De sju studiene inkluderte 3447 pasienter med depresjon (fire studier) eller andre psykiske lidelser (tre studier), alder og kjønn var ikke oppgitt for alle. Intervensjonene var svært forskjellige og mangelfullt beskrevet i oversikten. De komponentene som gikk igjen var forskjellige former for opplæring av pasienter og/eller allmennleger, støtte fra spesialister (psykiatere, psykologer, sykepleiere), tverrfaglige møter og fastleggelse av individuelle behandlingsprotokoller, regelmessig oppfølging av pasienter gjennom telefonsamtaler, e-postmeldinger eller ved pasientens besøk til klinikken. Bare ett av tiltakene hadde kun én komponent. Det besto i at primær- og spesialisthelsetjenesten hadde tilgang til felles pasientdata som var i pasientens varetekt (shared care patient-held record card). Standard behandling var vanlig behandling hos fastlegen.

Oppfølgingstiden er ikke oppgitt, men studienes varighet ble oppgitt til å variere mellom 9,5 måneder og 2 år.

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av delt behandlingsansvar sammenlignet med standard behandling for pasienter med depresjon og kronisk psykisk lidelse

Dokumentasjonsgrunnlaget er fra lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonsgrunnlaget for hvert utfall var ganske mangelfullt – til dels små studier med forskjellig grad av risiko for skjevheter. Intervensjonene var høyst ulike og ingen av utfallene var målt med samme metode selv om de var uttrykk for samme begrep, for eksempel behandlingstilfredshet. Riktignok målte to studier prosent av pasienter som vurderte behandlingen til å være fra meget god til utmerket, men utfallene er ikke slått sammen i noen meta-analyse i oversikten så vi har også presentert dem hver for seg. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 16.

Tabell 16. Effekt av delt behandlingsansvar sammenlignet med standard behandling

Populasjon: Pasienter med psykisk lidelse Setting: Primær- og sekundærhelsetjeneste Intervensjon: Delte omsorgstjenester Sammenligning: Standard praksis						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Standard praksis	Delte omsorgstjenester				
Mentale helseutfall						
Pasienter med depresjon						
Gjennomsnittlig geriatrisk depresjonsskåre Oppfølging: 9,5 mnd	Gjennomsnittlig geriatrisk depresjonsskåre i kontrollgruppen var 12.6 skåre	Gjennomsnittlig geriatrisk depresjonsskåre i intervensjonsgruppen var 0.17 SD lavere	220 (1)	⊕⊕⊕⊕ Svært lav ^{1,2}		Ikke statistisk signifikant
Depresjonssymptomer: Gjennomsnittlig Beck depresjonsskåre	Gjennomsnittlig Beck depresjonsskåre i kontrollgruppen var 22.5 skåre	Gjennomsnittlig Beck depresjonsskåre i intervensjonsgruppen var 0.1 SD lavere	268 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{2,3,4}		Ikke statistisk signifikant
Gjennomsnittlig SCL-20 skåre. Symptom Check List - angst og	Gjennomsnittlig SCL-skåre i kontrollgruppen var 1.39 skåre	Gjennomsnittlig SCL-skåre (i intervensjonsgruppen var	1759 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ⁴		Forskjellen var statistisk signifikant

depresjon, lavere best		0.66 SD lavere				
**Prosent tilfrisknet fra depresjon I	190 per 1000	448 per 1000 (384 til 524)	RR 2.36 (2.02 to 2.76)	1759 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
**Prosent tilfrisknet fra depresjon II	307 per 1000	439 per 1000 (310 til 620)	RR 1.43 (1.01 to 2.02)	228 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
**Prosent tilfrisknet fra depresjon III	651 per 1000	651 per 1000 (553 til 762)	RR 1 (0.85 to 1.17)	326 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,4,5}	Ikke statistisk signifikant
Pasienter med annen alvorlig psykisk lidelse						
Gjennomsnittlig BASIS-skåre Behaviour and Symptom Identification Scale	Gjennomsnittlig BASIS-skåre i kontrollgruppen var 1.27 skåre	Gjennomsnittlig BASIS-skåre i intervensjonsgruppen var 0.07 SD lavere		90 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,6,7}	Ikke statistisk signifikant
Gjennomsnittlig BPRS-skåre Brief Psychiatric rating Scale, fra 24 til 168, lavere skåre best	Gjennomsnittlig BPRS-skåre Warner i kontrollgruppen var 13.8	Gjennomsnittlig BPRS-skåre Warner i intervensjonsgruppen var 0.34 SD høyere		90 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,6,7}	Ikke statistisk signifikant
Gjennomsnittlig skåre for alvorlighetsgrad av sykdom, 4-punktsskala	Gjennomsnittlig skåre for alvorlighetsgrad av sykdom i kontrollgruppen var 2,46 skåre*	Gjennomsnittlig skåre for alvorlighetsgrad av sykdom i intervensjonsgruppen var 0.10 skåre høyere (mangler SD)		322 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,6,7}	Ikke statistisk signifikant: Gjennom-snittlig forskjell justert for baseline og klynger: 0.21 (95%KI -0.01 til 0.42)
*Prosent som opplevde tilbakefall	Andel som opplevde tilbakefall i kontrollgruppen var 71	Andel som opplevde tilbakefall i intervensjonsgruppen var 5 % lavere		322 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,6,7}	Forskjellen var statistisk signifikant: Gjennom-snittlig forskjell justert for baseline og klynger: 0.28 (95%KI 0.08 til 0.49)
Psykososiale utfall						
Pasienter med depresjon						
Gjennomsnittlig skåre for livskvalitet (måle- verktøy ikke oppgitt)	Gjennomsnittlig skåre for livskvalitet i kontroll- gruppen var 6.02 skåre	Gjennomsnittlig skåre for livs- kvaliteten i intervensjonsgruppen var 0.26 SD høyere		1759 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
Gjennomsnittlig skåre for funksjonstap	Gjennomsnittlig skåre for funksjonstap i kont- rollgruppen var 4.52 skåre	Gjennomsnittlig skåre for funk- sjonstap i intervensjonsgrup- pen var 0.34 SD lavere		1759 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
Gjennomsnittlig Sheehan uførhetsskåre	Gjennomsnittlig shee- han uførhetsskåre i kontrollgruppen var 4.1 skåre	Gjennomsnittlig Sheehan uførhetsskåre i intervensjons- gruppen var 0.16 SD lavere		228 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
Gjennomsnittlig SF36 skåre - emosjonell rollebegrensning	Gjennomsnittlig SF36 skåre - emosjonell rollebegrensning i kont- rollgruppen var 52.4	Gjennomsnittlig SF36 skåre - emosjonell rollebegrensning i intervensjonsgruppen var 0.08 SD høyere		228 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Ikke statistisk signifikant
Pasienter med annen alvorlig psykisk lidelse						
Mangel på velværefø- lelse 7-punktsskala	Gjennomsnittlig mangel på velværefølelse i kontrollgruppen var 3.46 skåre*	Gjennomsnittlig mangel på velværefølelse i interven- sjonsgruppen var 0.05 skåre lavere (mangler SD)		322 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,7}	Ikke statistisk signifikant Gjennomsnittlig forskjell justert for baseline og klynger: -0.03 (95%KI - 0.79 til 0.73)
Innleggelse i sykehus						
Pasienter med annen alvorlig psykisk lidelse						
Median antall innleg- gelser	Median antall innleggel- ser i kontrollgruppen var 0.52	Median antall innleggelse i intervensjonsgruppen var 0.65		90 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,7}	Ikke statistisk signifi- kant: Absolutt forskjell: -0.13
Prosent gjeninnlagt i løpet av 2 år Oppfølging: 2 år	Andel gjeninnlagt i løpet av 2 år i kontrollgruppen var 64%	Andel gjeninnlagt i løpet av 2 år i intervensjonsgruppen var 27%		118 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,8}	Foreløpige data fra en kontrollert før-og-etter- studie. Forskjellen var statistisk signifikant: Absolutt forskjell: 37%
Brukertilfredshet						
Pasienter med depresjon						
Generell tilfredshet med behandlingen –	Gjennomsnittlig generell tilfredshet med behand- lingen i kontrollgruppen var 3.2	Gjennomsnittlig Generell til- fredshet med behandlingen i intervensjonsgruppen var 0.0 høyere (0.27 lavere til 0.27 høyere)		219 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,3,4}	Ikke statistisk signifikant
Prosent som vurderte behandlingen fra meget god til utmerket I	Andel som vurderte behandlingen fra meget god til utmerket i kont- rollgruppen var 64	Andel som vurderte behand- lingen fra meget god til utmer- ket i intervensjonsgruppen var 16% høyere		228 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant
Prosent som vurderte behandlingen fra meget god til utmerket II	Prosent som vurderte behandlingen fra meget god til utmerket i kont-	Prosent som vurderte behand- lingen fra meget god til utmer- ket i intervensjonsgruppen var		1759 (1)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{2,4}	Forskjellen var statistisk signifikant: Absolutt forskjell: 29%

	rollgruppen var 47	29% høyere			
Pasienter med annen alvorlig psykisk lidelse					
Gjennomsnittlig behandlingstilfredshetskåre Warner	Gjennomsnittlig behandlingstilfredshetskåre i kontrollgruppen var 23.4	Gjennomsnittlig behandlingstilfredshetskåre i intervensjonsgruppen var 1.10 lavere (3.35 lavere til 1.15 høyere)	90 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{2,6,7}	Ikke statistisk signifikant
Gjennomsnittlig total tilfredshetskåre, skala 1-5	Gjennomsnittlig total tilfredshetskåre i kontrollgruppen var 3.66*	Gjennomsnittlig total tilfredshetskåre i intervensjonsgruppen var 0.05 høyere	322 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,6,7}	Ikke statistisk signifikant. Gjennomsnittlig forskjell: -0.01 (95%KI - 0.21 til 0.18)

¹ Uklarheter rundt oppfølging av pasienter

² Bare én studie

³ Kontroversiell randomiseringsprosedyre i følge oversiktsforfatterne

⁴ Mulig at også kontrollgruppen fikk noe av tiltaket

⁵ Bredt konfidensintervall

⁶ Blinding uklart

⁷ Klyngerandomisert eksperiment: Uklart om de som rekrutterte pasienter til klyngene visste om pasienten tilhørte eksperiment eller kontrollklynger

⁸ CBA: Kontrollert før og etter studie

*Resultatene er hentet fra primærstudien fordi det var feil i rapportering av data i oversikten

**Resultatene er fra forskjellige studier men er ikke slått sammen i en meta-analyse grunnet høy heterogenitet ($I^2=95\%$)

Utfallene gjennomsnittlig BPRS-skåre, gjennomsnittlig skåre for alvorlighetsgrad, prosent som opplevde tilbakefall, mangel på velværefølelse, median antall innleggelse, prosent gjeninnlagt i løpet av to år, gjennomsnittlig behandlingstilfredshet og gjennomsnittlig total tilfredshetskåre er utfall fra de studiene som hadde pasienter med de alvorligste psykiske lidelsene.

KI: Konfidensintervall

IQR: Interquartile range

SD: Standardavvik

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Delt behandlingsansvar sammenlignet med standard behandling av depresjon og annen alvorlig psykisk lidelse:

- Effekten på mentale helseutfall var blandet uansett om vi bare vurderer resultatene fra studier der pasientpopulasjonen var diagnostisert som depressive eller bare ser på resultatene fra de studiene der pasientpopulasjonen hadde andre psykiske lidelser - positiv effekt i henholdsvis tre av seks utfall (SCL-20 skåre og to utfall for prosent tilfrisknet) for pasienter med depresjon og ett av fire utfall (færre tilbakefall) for pasienter med annen psykisk lidelse. Kvaliteten av dokumentasjonen varierte fra lav til svært lav.
- For pasienter med depresjon var resultatene for tre av de fire målte psykososiale utfallene (skåre for livskvalitet, funksjonstap, Sheehan uførhetskåre) statistisk signifikant bedre ved delt behandlingsansvar. Kvaliteten av dokumentasjonen bedømte vi som lav. For pasienter med annen psykisk lidelse var det ingen statistisk signifikante forskjeller for det ene psykososiale utfallet som var målt (mangel på velværefølelse). Vi bedømte kvaliteten av dokumentasjonen som svært lav.
- To studier med pasienter med alvorlig psykisk lidelse målte effekten av delt behandlingsansvar på to utfall for innleggelse i sykehus, hvorav det ene var statistisk signifikant (prosent gjeninnlagt) i favør av intervensjonsgruppen. Vi bedømte kvaliteten av dokumentasjonen som svært lav.

- For pasienter med depresjon viste to av de tre utfallene for brukertilfredshet statistisk signifikant bedre resultater for delt omsorg. Vi bedømte kvaliteten av dokumentasjonen som lav. For pasienter med annen psykisk lidelse viste to av to utfall ingen statistisk signifikante forskjeller. Vi bedømte kvaliteten av dokumentasjonen som svært lav.

Disse syv studiene er et underutvalg av de 20 studiene som ble inkludert i oversikten som undersøkte effekten av delt behandlingsansvar på tvers av flere kroniske sykdommer. Oversiktsforfatterne konkluderte med at studiene ikke påviste noen samlet overbevisende positiv effekt på pasientutfall av at behandlingsansvaret deles mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Imidlertid sier også forfatterne at det muligens kan være en større effekt for noen pasientgrupper, for eksempel pasienter med psykiske lidelser. Sammenfattet viste resultatene at delte omsorgstjenester hadde en blandet effekt på mentale og psykososiale utfall, innleggelse i sykehus og brukertilfredshet og at kvaliteten av dokumentasjonen varierer fra lav til svært lav. Det er derfor ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner om hva som er den sanne effekten av delt behandlingsansvar sammenlignet med vanlig praksis.

Kontinuitet i omsorg

Vi klassifiserte én systematisk oversikt av høy kvalitet i kategorien kontinuitet i omsorg: Dieterich 2010 (12). Oversikten gjorde to sammenligninger.

Kontinuitet i omsorg

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling eller ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Dieterich 2010 (12) undersøkte effekten av intensiv koordinering av psykososialt arbeid (på engelsk: intensive case management) sammenlignet med enten standard behandling eller ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid. Den eneste forskjellen mellom de to koordineringsintervensjonene var størrelsen av klientporteføljen: færre enn (intensiv) eller flere enn (ikke-intensiv) 20 klienter. I tiltaket koordinering av psykososialt arbeid koordinerer og leverer et tverrfaglig team oppsøkende omsorgs-, støtte- og behandlingstjenester etter individuelle behov til de brukerne i lokalsamfunnet som har behov for langtidsoppfølging. Begrepet intensiv koordinering av psykososialt arbeid brukes i denne oversikten som en fellesnevner for både koordinering av psykososialt arbeid og aktivt oppsøkende psykososial tverrfaglig behandling (på engelsk: assertive community treatment, ACT). Selv om disse organiseringsformene opprinnelig både innholdsmessig og strukturelt var ulike har de i årenes løp i praksis tendert til å nærme seg hverandre slik at de nå begge inneholder elementer fra begge modeller. I Dieterichs oversikt har derfor de to tidligere systematiske oversiktene av aktivt oppsøkende psykososial tverrfaglig behandling og koordinering av psykososialt arbeid blitt slått sammen og oppdatert (30,31). For en

nærmere redegjørelse for utviklingen av ACT-modellen, se ACT-håndboken fra Korus-Øst (32).

Til sammen ble 38 studier inkludert med totalt 7328 deltagere med en gjennomsnittlig alder på 38 år. Studiene var fra USA, Canada, Europa og Australia og dekker perioden 1968 til 2009. Oppfølgingstiden varierte fra 6 måneder til 4 år med gjennomsnittlig oppfølgingstid på 23,5 måneder for 28 av studiene. De fleste utfallene er målt ved mer enn 12 måneder og er kategorisert som langtidsoppfølging i oversikten.

Integrerte omsorgstjenester

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling

Dette var hovedsammenligningen i oversikten av Dieterich 2010 (12) og inkluderte 26 studier. Oversiktsforfatterne definerte standard behandling som lokal eller poliklinisk basert behandling som ikke var bygget på noen spesifikk tilnæringsmodell. I studiene var standard behandling ofte uklart beskrevet. Kjernen besto vanligvis av tjenester fra det lokale senteret for psykisk helsevern, men disse kunne variere fra land til land og fra hvilken tidsperiode studiene stammet fra.

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling

Bortsett fra for *ett* utfall vurderte vi kvaliteten av dokumentasjonen som lav eller svært lav. Alle studiene hadde klar beskrivelse av én eller flere av domene generering av randomiseringssekvens, allokeringprosedyre og blinding. Dessuten var flere av analysene preget av heterogenitet, det vil si at studiene muligens var for ulike til å bli slått sammen. Noen av resultatene i meta-analysen gikk i hver sin retning og noen utfall hadde for få hendelser til at resultatet ble entydig. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 17.

Tabell 17. Effekt av intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling

Populasjon: Mennesker med alvorlig psykisk lidelse Setting: USA, Canada, Europa og Australia. Intervensjon: Intensiv koordinering av psykososialt arbeid Sammenligning: Standard behandling						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Deltagere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Standard behandling	Intensiv koordinering av psykososialt arbeid				
Bruk av tjenester: Gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder Oppfølging: 24 mnd	Gjennomsnittlig bruk av tjenester: gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder i kontrollgrup-	Gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder i intervensjonsgruppen var 0.86 lavere (1.37 til 0.34 lavere)		3595 (24)	⊕⊕⊕⊖ Lav ^{1,2}	

	pen var 3,47 dager per måned					
Bruk av tjenester: Mistet kontakt med psykisk helsevern Oppfølging: 6-12 mnd	270 per 1000	116 per 1000 (81 til 165)	RR 0.43 (0.30 til 0.61)	1633 (5)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,3}	
Bruk av tjenester: Innlagt i sykehus Oppfølging: >12 mnd	394 per 1000	378 per 1000 (292 til 485)	RR 0.96 (0.74 til 1.23)	1516 (11)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,4}	Analysen ble gjort separat for studier med oppfølgingstid på 6 mnd og med 7-12 mnd. Det resultatet som rapporteres her er fra 11 studier med oppfølgingstid på mer enn 12 måneder
Negativ virkning: Død uansett årsak Oppfølging: >12 mnd	38 per 1000	32 per 1000 (18 til 56)	RR 0.84 (0.48 til 1.47)	1456 (9)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,5}	
Global helsetilstand: Forlatt studien tidlig Oppfølging: >12 mnd	331 per 1000	225 per 1000 (192 til 261)	RR 0.68 (0.58 til 0.79)	1798 (13)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,5}	
Global helsetilstand målt ved GAF Global Assessment of Functioning Scale, høyere skåre best Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig Global helsetilstand målt ved GAF i kontrollgruppen var 49.4 skåre	Gjennomsnittlig Global helsetilstand målt ved GAF i intervensjonsgruppen var 3.41 høyere (1.66 til 5.16 høyere)		818 (5)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,5}	
Sosial funksjon: Fengsel Oppfølging: >12 mnd	108 per 1000	78 per 1000 (33 til 180)	RR 0.72 (0.31 til 1.67)	361 (4)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,5}	
Sosial funksjon: Hjemløshet Oppfølging: >12 mnd	126 per 1000	98 per 1000 (43 til 229)	RR 0.78 (0.34 til 1.82)	418 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,5,6}	
Sosial funksjon: Ikke uavhengig boende Oppfølging: >12 mnd	259 per 1000	168 per 1000 (127 til 228)	RR 0.65 (0.49 til 0.88)	1185 (4)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{1,5}	
Mental helsetilstand: Generelle symptomer målt ved BPRS Brief Psychiatric Rating Scale Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig mental helsetilstand: generelle symptomer målt ved BPRS i kontrollgruppen var 15.9 skåre	Gjennomsnittlig mental helsetilstand: Generelle symptomer målt ved BPRS i intervensjonsgruppen var 2.65 lavere (4.11 til 1.20 lavere)		647 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{6,7}	
Livskvalitet målt ved QOLI Quality of Life Interview Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig livskvalitet målt ved QOLI i kontrollgruppen var 3.98 skåre	Gjennomsnittlig livskvalitet målt ved QOLI i intervensjonsgruppen var 0.09 høyere (0.24 lavere til 0.42 høyere)		132 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{5,8}	Heller ikke livskvalitet målt med verktøyet LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) eller MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) viste noen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene
Brukertilfredshet målt ved CSQ Client Satisfaction Questionnaire Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig brukertilfredshet målt med csq i kontrollgruppen var 22.9 skåre	Gjennomsnittlig brukertilfredshet målt med CSQ i intervensjonsgruppen var 3.23 høyere (2.31 til 4.14 høyere)		423 (2)	⊕⊕⊖⊖ Lav ^{5,9}	

¹ Uklar beskrivelse av generering av randomiseringssekvens, om skjult allokering og om blinding

² Høy heterogenitet (I-square=74%; p<0.00001)

³ I-square=49%; p=0.05

⁴ I-square=70%; p=0.00028

⁵ Bredt konfidensintervall

⁶ Inkonsistens

⁷ Uklar beskrivelse av allokering, blinding og behandling av frafall

⁸ Uklart om skjult allokering, blinding og behandling av manglende data

⁹ En av de to studiene hadde uklar beskrivelse av randomisering, allokering, blinding og behandling av manglende data

KI: Konfidensintervall

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling:

- Meta-analysen av resultater for utfallene gjennomsnittlig antall dager i sykehus, beholde brukerne i kontakt med psykisk helsevern, funksjonsskåre målt ved GAF, uavhengig boende, brukertilfredshet målt ved CSQ og mental helsetilstand målt ved BPRS viste litt bedre resultater for pasienter som hadde vært i gruppen for intensiv koordinering. Kvaliteten på dokumenta-

sjonen er lav bortsett fra for utfallet mental helsetilstand der dokumentasjonsstyrken ble vurdert til svært lav.

- Meta-analysene av resultater for utfallene antall innleggelser, dødelighet, antall fengslet, antall hjemløse og livskvalitet viste ikke statistisk signifikant forskjellige resultater for gruppene.

Det er mulig at intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling kan gi noe færre antall dager i sykehus, noen flere brukere som beholder kontakten med psykisk helsevern, noe høyere funksjonsskåre, noen flere som bor uavhengig og litt høyere brukertilfredshet. Det antas at effekten er størst for de pasientene som på forhånd har et høyt nivå av innleggelse (ca 4 dager per måned i de siste to årene). For utfallene mental helsetilstand, antall innleggelser, dødelighet, antall fengslet, antall hjemløse og livskvalitet er kvaliteten av dokumentasjonen for lav eller resultatet for upresist til å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling.

Integrerte omsorgstjenester

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Tolv studier i Dieterich 2010 (12) sammenlignet intensiv koordinering med ikke-intensiv koordinering, det vil si studier der koordineringen innebar en klientportefølje på mer enn 20 klienter. Fordi noen av studiene gjennomførte testingen ved flere sentre og det var mulig å ta ut data fra hvert senter, behandlet oversiktsforfatterne hvert senter som en uavhengig studie. De opprinnelige 12 studiene er derfor stykket opp i 21 studier i analysen nedenfor.

Integrerte omsorgstjenester

Kvaliteten på dokumentasjonen om effekt av intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Den lave kvaliteten på dokumentasjonen skyldes at nesten alle studiene hadde uklar beskrivelse av en eller flere av domene generering av randomiseringssekvens, allokeringsprosedyre og blinding. Dessuten var flere av analysene preget av heterogenitet, det vil si at studiene muligens var for ulike til å bli slått sammen. Noen av resultatene i meta-analysen gikk i hver sin retning og noen utfall hadde for få hendelser til at resultatet ble entydig. Utfall, resultater og kvalitetsvurderinger er oppsummert i tabell 18.

Tabell 18. Effekt av intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Populasjon: Mennesker med psykisk lidelse
Setting: USA, Canada, Europa eller Australia
Intervensjon: Intensiv koordinering av psykososialt arbeid
Sammenligning: Ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene* (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentar
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid	Intensiv koordinering av psykososialt arbeid				
Bruk av tjenester: Gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig bruk av tjenester: gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder i kontrollgruppen var 1.59 dager per måned	Gjennomsnittlig bruk av tjenester: Gjennomsnittlig antall dager i sykehus per måned i løpet av 24 måneder i intervensjonsgruppen var 0.08 lavere (0.37 lavere til 0.21 høyere)		2220 (21)	⊕⊕⊕⊕ Moderat ⁵	
Bruk av tjenester: Innlagt i sykehus Oppfølging: >12 mnd	615 per 1000	560 per 1000 (461 til 689)	RR 0.91 (0.75 to 1.12)	1132 (3)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{2,4}	
Bruk av tjenester: Mistet kontakt med psykisk helsevern Oppfølging: >12 mnd	122 per 1000	100 per 1000 (41 til 242)	RR 0.82 (0.34 to 1.98)	1255 (3)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,2,3}	
Negativ virkning: Død uansett årsak Oppfølging: >12 mnd	22 per 1000	20 per 1000 (10 til 38)	RR 0.90 (0.46 to 1.75)	1637 (5)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,4}	
Tilslutning til behandling: Forlatt studien tidlig Oppfølging: >12 mnd	179 per 1000	129 per 1000 (93 til 177)	RR 0.72 (0.52 to 0.99)	2195 (9)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{3,4}	
Sosial funksjon: Fengslet Oppfølging: >12 mnd	42 per 1000	48 per 1000 (27 til 87)	RR 1.15 (0.64 to 2.08)	959 (2)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,5}	
Sosial funksjon: Bostatus - Hjemløshet Follow-up: mean 12-months	137 per 1000	95 per 1000 (47 til 189)	RR 0.69 (0.34 to 1.38)	251 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,6}	
Sosial funksjon: Bostatus - gjennomsnittlig dager per måned i stabile boforhold Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig sosial funksjon: bostatus - gjennomsnittlig dager per måned i stabile boforhold i kontrollgruppen var 21.65 dager	Gjennomsnittlig Sosial funksjon: Bostatus - gjennomsnittlig dager per måned i stabile boforhold i intervensjonsgruppen var 0.19 lavere (1.37 lavere til 1.00 høyere)		901 (2)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,5}	Én tredje studie som målte bostatus etter 6 mnd som 'å bo i støttede boliger' fant heller ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene
Mental helsetilstand: Generelle symptomer målt ved BPRS-24 Brief Psychiatric Rating Scale>12 mnd	Gjennomsnittlig mental helsetilstand: generelle symptomer målt ved BPRS-24 i kontrollgruppen var 41.11 skåre	Gjennomsnittlig Mental helsetilstand: Generelle symptomer målt ved BPRS-24 i intervensjonsgruppen var 0.22 lavere (3.32 lavere til 2.88 høyere)		200 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,5}	Én annen studie målte mental helsetilstand med CPRS med lav risiko for skjevhet og fant heller ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.
Livskvalitet Quality of Life Interview Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen var 4.46 skåre	Gjennomsnittlig Livskvalitet i intervensjonsgruppen var 0.10 høyere (0.25 lavere til 0.45 høyere)		203 (1)	⊕⊕⊕⊕ Lav ^{1,5}	To andre studier målte livskvalitet med henholdsvis LQoL og MANSA og fant heller ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (henholdsvis lav og uklar risiko for skjevhet).
Brukertilfredshet målt ved Homonym måleskala Homonym måleskala Oppfølging: >12 mnd	Gjennomsnittlig brukertilfredshet målt ved homonym måleskala i kontrollgruppen var 17.1 skåre	Gjennomsnittlig Brukertilfredshet målt ved Homonym måleskala i intervensjonsgruppen var 0.40 lavere (1.25 lavere til 0.45 høyere)		490 (1)	⊕⊖⊖⊖ Svært lav ^{1,5,6}	

¹ Bredt konfidensintervall

² Inkonsistens

³ Heterogenitet i data

⁴ De fleste av studiene gir uklar beskrivelse av enten randomisering, allokering eller blinding eller av alle

⁵ Studien(e) gir uklar beskrivelse av enten randomisering, allokering eller blinding eller av alle

⁶ Bare én studie som har målt

KI: Konfidensintervall

Integrerte omsorgstjenester

Hva sier dokumentasjonen?

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid:

- Det var statistisk signifikant færre av deltagerne i gruppen for intensiv koordinering som forlot studien tidlig.
- For utfallene antall dager i sykehus per måned, innlagt i sykehus, i stabilt boforhold og mental helsetilstand ble det ikke påvist statistisk signifikante forskjeller og usikkerhetene rundt effektestimatene åpner heller ikke for potensielt viktige forskjeller.
- For utfallene totaldødelighet, å beholde brukeren i kontakt med psykisk helsevern, være fengslet og være hjemløs åpner usikkerheten rundt effektestimatene for både et bedre og et dårligere resultat for intensiv sammenlignet med ikke-intensiv koordinering. Kvaliteten av dokumentasjonen på resultatene for de tre sistnevnte utfallene er av svært lav kvalitet.

Sammenfattet viser resultatene at det er mulig at intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid fører til at færre klienter faller ut av behandlingsopplegget. Det er mulig at det ikke er viktige forskjeller for utfallene innleggelse i sykehus, stabile boforhold og mental helsetilstand. For utfallene totaldødelighet, å beholde brukeren i kontakt med psykisk helsevern, være i fengsel og være hjemløs er resultatene enten for usikre og/eller kvaliteten av dokumentasjonen for lav til at vi kan trekke noen sikre konklusjoner.

Fjern-kommunikasjon mellom helsepersonell med diskusjon om pasienttilfeller

Vi identifiserte ingen oversikter av høy nok kvalitet under denne kategorien.

Diskusjon

Denne oversikten over oversikter hadde som formål å identifisere og oppsummere resultatene fra systematiske oversikter over organisatoriske tiltak innen psykisk helsevern.

Vi identifiserte totalt 17 systematiske oversikter av høy kvalitet (10-26). Tre av oversiktene avdekket ingen relevante studier i litteratursøkene (11,15,17). Vi sorterte oversiktene etter type organisatoriske tiltak, slik at én oversikt ble klassifisert i kategorien *tverrfaglige team*, ti i kategorien *setting for behandling*, fem oversikter i kategorien *integreerte omsorgstjenester* og én i kategorien *kontinuitet i omsorg*. For kategoriene *endring av profesjonelle roller* og *fjernkommunikasjon* identifiserte vi ingen oversikter av høy kvalitet. Bortsett fra en eldre oversikt der søket var fra 1998, hadde alle oversikter gjort sine litteratursøk i perioden 2004 til 2010. Hovedvekten av primærstudiene som var inkludert i de forskjellige oversiktene var imidlertid fra 1990-tallet og tidligere. Dette kan tyde på at hoveddelen av forskningen ble gjennomført i perioden 1980 til 1990-tallet og at det muligens har vært gjort få randomiserte kontrollerte forsøk på organisatoriske tiltak innen psykisk helsevern i senere år. Nesten alle primærstudiene i oversiktene var fra USA og Europa.

Vi identifiserte ingen oversikter av høy kvalitet over organisatoriske tiltak for grupper som ofte har vanskeligere tilgang til psykiatriske helsetjenester enn resten av befolkningen, som for eksempel innvandrere og eldre (33-35).

Kvaliteten av dokumentasjonen

For de tiltakene vi identifiserte var dokumentasjonen stort sett mangelfull med varierende og usikre effekter. Vi graderte ned kvaliteten på dokumentasjonen i hovedsak på grunn av manglende presisjon av resultatet og risiko for systematiske skjevheter i primærstudiene – uklare beskrivelser av randomiseringsprosedyrer, om fordelingen til studiegrupper var gjort skjult og inadekvat behandling av frafall av pasienter. Vi graderte også ned kvaliteten av dokumentasjonen der studiene var av eldre dato og vi var i tvil om overførbarheten av studier fra andre land og til norske forhold på grunn av ulikheter i lovverk, organiseringsformer og behandlingskultur.

Hovedfunn

Tverrfaglige team

Lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester

Det var muligens noe færre sykehusinnleggelser ved bruk av lokale tverrfaglige team, men bruk av andre helsetjenester var ikke statistisk signifikant forskjellige for de to gruppene (lav kvalitet på dokumentasjonen). Det var statistisk signifikant flere kontakter med politiet og høyere brukertilfredshet for gruppen som fikk behandling av lokale tverrfaglige team, men det var ikke statistisk signifikante forskjeller for dødelighet og tilsutning til behandling (svært lav kvalitet på dokumentasjonen) (Malone 2007 (19)).

Setting for behandlingen

For tre av sammenligningene i denne kategorien ble det ikke identifisert noen primærstudier. Vi har derfor ingen dokumentasjon for effekten av tiltakene ikke-medisinske dagsentre, innleggelse i generelle medisinske sykehusavdelinger eller mor- og barnenheter for mødre med schizofreni (11,15,17).

Planlagt korttidsopphold versus langtidsopphold

Det var statistisk signifikant økt bruk av dagpleietjenester for planlagt korttidsopphold. For utfallene død, mental helse, reinnleggelse og brukertilfredshet ble det ikke påvist statistisk signifikante forskjeller. Fordi kvaliteten av dokumentasjonen er svært lav må alle resultatene betraktes som usikre (Alwan 2008 (10)).

Kriseintervensjon versus sykehusinnleggelse

Det var statistisk signifikant færre reinnleggelser og bedre resultat for brukertilfredshet for gruppen som mottok kriseintervensjon. For kliniske utfall, antall som forlot studien tidlig og sosial funksjon var resultatene enten ikke statistisk signifikante eller de var innbyrdes inkonsistente. På grunn av den svært lave kvaliteten av dokumentasjonen er alle resultatene fra denne sammenligningen usikre (Irving 2006 (16)). Denne oversikten har blitt oppdatert med tre flere studier etter at vi presenterte disse resultatene, men fører ikke til endringer i vår konklusjon (36).

Døgnbasert omsorg i boenheter versus innleggelse i sykehus

Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for det å opprettholde boevnen. På grunn av den svært lave kvaliteten av dokumentasjonen er resultatet fra sammenligningen usikkert (Macpherson 2009 (18)).

Dagsykehus versus innleggelse i sykehus

Pasienter som var innlagt i dagsykehus hadde statistisk signifikant lengre opphold ved første gangs innleggelse enn de som var innlagt i vanlig sykehus. De oppnådde en statistisk signifikant bedre skåre for sosial funksjon, men denne effekten så ut til

å være svært liten. Kvaliteten av dokumentasjonen for disse resultatene er bedømt til moderat. For utfallene varighet av dagpasientomsorg, reinnleggelser, mental helse, død, brukertilfredshet, tidlig frafall fra studien og livskvalitet var effekten enten for usikker eller kvaliteten av dokumentasjonen for lav til å trekke noen konklusjoner (Marshall 2011 (20)).

Dagsykehus versus poliklinisk behandling

Det var statistisk signifikant færre som ble innlagt i sykehus i dagsykehusgruppen. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller for utfallene tilslutning til behandling, global funksjon, sosial funksjon eller mental helsetilstand. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene fra sammenligningen så lav at resultatene må ansees som usikre (Shek 2009 (23)).

Hjemmebehandling av barn og unge i form av multisystemisk terapi versus sykehusinnleggelse

Det var statistisk signifikant kortere innleggelse, mindre fravær fra skolen og større tilfredshet med behandlingen for de som var i den familiesentrerte hjemmebehandlingen. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene for alvorlighetsgrad av sykdommen. Kvaliteten på dokumentasjonen er så lav at resultatene må ansees som usikre (Shepperd 2009 (24)). Dette er for så vidt i tråd med konklusjonen i en systematisk oversikt over temaet (37).

Hjemmebehandling av barn og unge i form av multisystemisk terapi versus intensiv behandling i lokalsamfunnet

Barn og unge som fikk familiesentrert hjemmebehandling ble plassert utenfor hjemmet statistisk signifikant færre dager enn de som fikk annen type behandling. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for utfallene internaliserte eller eksternaliserte symptomer, risikoatferd eller for mindre lovovertridelser. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene så lav at resultatene må betraktes som usikre (Shepperd 2009 (24)).

Intensiv hjemmebasert krisebehandling (Homebuilder's modell) versus intensiv krise-koordinering av psykososiale tjenester for barn og unge

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for problemer, eksternaliserte eller internaliserte symptomer, sosial kompetanse eller selvbilde. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene så lav at resultatene må betraktes som usikre (Shepperd 2009 (24)).

Intensiv hjemmebehandling av barn med psykoterapi versus sykehusinnleggelse

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de to gruppene av barn for alvorlighetsgrad av sykdom/symptomer, antall som bodde hjemme eller foreldrenes tilfredshet med behandling. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene så lav at resultatene må betraktes som usikre (Shepperd 2009 (24)).

Polikliniske tjenester sammenlignet med placebo legemiddel for barn og unge med emosjonelle og atferdsmessige problemer

Resultatene viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom den gruppen som fikk en eller annen aktiv behandling og gruppen som fikk placebo legemiddel for utfallene bruk av sykehus, kontakt med politiet, å bli betraktet som tilpasset til samfunnet eller å forbli i utdanning. Kvaliteten av dokumentasjonen ble vurdert som svært lav så resultatene må betraktes som usikre (Shepperd 2009 (24)).

Innleggelse i sykehus versus poliklinisk spesialistbehandling for barn og unge med spiseforstyrrelser

Kvaliteten av dokumentasjonen er for lav eller resultatet for usikkert til at vi kan trekke noen konklusjoner om effekt for noen av utfallene (Meads 1999/2008 (22)).

Integrerte omsorgstjenester

Oppsøkende spesialisttjeneste sammenlignet med standard behandling

Det var et statistisk signifikant bedre resultat for behandlingskvalitet og helseutfall for gruppen som fikk oppsøkende spesialisttjeneste, mens effekten på pasienttilfredshet og bruk av tjenester var noe varierende. Kvaliteten av dokumentasjonen er så lav at alle resultater må betraktes som usikre (Gruen 2003 (13)).

Samarbeidstiltak mellom lokale helseaktører og lokale myndigheter versus standard behandling

Det var statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for to av de fem målte mentale helseutfallene. Imidlertid er kvaliteten på dokumentasjonen av resultatene så lav at alle resultater må betraktes som usikre (Hayes 2011 (14)).

Tidlig spesialisert intervensjon versus standard behandling

Denne oversikten identifiserte én studie av intensiv koordinering av psykososialt arbeid (Marshall 2011 (20)). Vi behandlet denne studien som hjemmehørende under oversikten over intensiv koordinering av psykososialt arbeid (Dieterich 2010 (12)).

Delte omsorgstjenester versus standard behandling

Delte omsorgstjenester sammenlignet med standard behandling hadde en blandet effekt på mentale og psykososiale utfall, innleggelse i sykehus og brukertilfredshet og kvaliteten av dokumentasjonen varierer fra lav til svært lav. Det er derfor ikke mulig å trekke noen sikre konklusjoner om effekten av delte omsorgstjenester sammenlignet med vanlig praksis. (Smith 2007 (26)).

Planlagt utskrivning versus standard behandling

Det var statistisk signifikant færre akutte reinnleggelser i favør av planlagt utskrivning både ved 3 og 6 måneder. Kvaliteten av dokumentasjonen er imidlertid vurdert som svært lav så resultatene må betraktes som usikre (Shepperd 2010 (25)).

Kontinuitet i omsorg

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid versus standard behandling

Det var statistisk signifikant færre antall dager i sykehus, noen flere brukere som beholdt kontakten med psykisk helsevern, noe høyere funksjonsskåre, noen flere med selvstendig boevne og litt høyere brukertilfredshet for gruppen som fikk intensiv koordinering av psykososialt arbeid. For utfallene mental helsetilstand, antall innleggelser, dødelighet, sosial funksjon og livskvalitet er kvaliteten av dokumentasjonen for lav eller resultatet for usikkert til at vi kan trekke noen konklusjoner om effekt (Dieterich 2010 (12)).

For intensiv koordinering av psykososiale tjenester sammenlignet med standard behandling antas det at tjenesten er mest effektiv for mennesker med en så alvorlig psykisk lidelse at de er ofte innlagt (omtrent 4 dager per måned i de siste 2 år) (Dieterich 2010 (12)).

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid versus ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid

Intensiv koordinering av psykososialt arbeid førte til at statistisk signifikant færre klienter falt ut av behandlingsopplegget sammenlignet med ikke-intensiv koordinering av psykososialt arbeid. Det er mulig at det ikke er viktige forskjeller for utfallene innleggelse i sykehus, for stabile boforhold og mental helsetilstand. For utfallene dødelighet, å beholde brukeren i kontakt med psykisk helsevern og sosial funksjon er resultatene enten for usikre og/eller kvaliteten av dokumentasjonen for lav til å trekke noen meningsfulle konklusjoner (Dieterich 2010 (12)).

Noen utfordringer

Det er mange utfordringer knyttet til det å måle utfallet av intervensjoner innen psykisk helsevern. Det var for eksempel vanlig å evaluere effekten av tiltakene på innleggelse/reinnleggelse og pasienttilfredshet. Det er imidlertid begrenset hvilke slutninger vi kan trekke ut i fra målt effekt på disse utfallene. Utfallene som måler innleggelse måler hva brukerne faktisk får og ikke nødvendigvis hva de trenger. Dette kan derfor variere på tvers av studier med lokalt eksisterende holdninger og hvilke helsetjenestetilbud som er utviklet og som det finnes kapasitet for å tilby (38). Når innleggelse er innebygget i behandlingspakken for kontrollgruppen er det ikke overraskende at kontrollgruppen viser seg å ha flere innleggelser enn sammenligningstil-taket (for eksempel Malone 2007 (19)). Utfall som måler pasienttilfredshet, selv om

det i seg selv er et viktig og nødvendig utfall for å måle om behandlingen er vellykket, sier ikke nødvendigvis så mye om kvaliteten av helsetjenesten. Pasienttilfredsheten har dessuten vist seg å kunne variere med datainnsamlingsmetoden, det vil si om tilfredsheten måles på sykehuset eller etter at pasienten har kommet hjem (39).

Hvis man ønsker å sammenligne to forskjellige måter å organisere psykisk helsevernstjenester på, burde innholdet i dem strengt tatt være så likt som mulig, for eksempel dagsykehus med kognitiv terapi versus innleggelse i sykehus med kognitiv terapi. I stedet ansees daghospital som en pakkeløsning der en rekke andre tjenester inngår - og som den nye settingen åpner for - sammenlignet med en annen pakkeløsning der sykehussettingen inngår - og med de tjenestene som er blitt sykehus-spesifikke blant annet gjennom konvensjoner og praktiske rammer. Det er altså ikke nødvendigvis snakk om å sammenligne to forskjellige måter å organisere samme tjenester på. Hvis daghospitalpakken viser seg å være statistisk signifikant forskjellig fra sykehuspakken, vet vi ikke om dette skyldes settingen dagsykehus eller om det er resten av pakken, det vil si selve tjenestene som ytes i dagsykehuset. Hvis man skal opprette et daghospital er det derfor viktig å vite hvilke tjenester som inngikk i behandlingspakken hvis man skal kunne forvente samme effekt som i eventuelle studier. Behandlingspakkene i de forskjellige organisatoriske tiltakene var imidlertid ofte mangelfullt beskrevet og gjerne kun i stikkordsmessig form. Dette gjør det vanskelig å være "tro" mot intervensjonsprogrammet ved implementering og det gjør også konklusjoner fra studiene upresise. Det var også uklart i hvilke sammenhenger de ulike tiltakene inngikk i. For eksempel, i hva slags behandlingsskjede befant pasientene som fikk krise-intervensjon av tverrfaglige grupper seg til vanlig når sykdommen ikke var i en akutt fase (Irving 2006 (16)) - hvem diagnostiserte og henviste til krisebehandling?

Også uttrykket 'standard behandling' var upresist definert og mangelfullt beskrevet. Det gjør det vanskelig å vurdere hva det organisatoriske tiltaket egentlig ble sammenlignet med. Det er også en utfordring at begrepene som brukes for å betegne de ulike organisatoriske tiltakene er brede, generelle og vage, med den konsekvens at de innholdsmessig ofte sklir over i hverandre. For eksempel har EPOC klassifisert koordinering av psykososialt arbeid (case management) som et tiltak for forbedring av kontinuiteten i omsorgen, men innholdsmessig kan koordinering av psykososialt arbeid også betraktes som det å integrere tjenester. Kontinuitet i omsorg og integrering av tjenester er ikke helt gjensidig utelukkende begreper. Uklare skillelinjer mellom begrepskategoriene kan medføre at de samme studiene inkluderes i forskjellige oversikter. I teorien betyr dette at oversikter over temaer som framstår som forskjellige i realiteten dreier seg om det samme kunnskapsuniverset. Vi løste dette fenomenet, samme studie i flere oversikter, ved å gjøre en pragmatisk vurdering av i hvilken oversikt primærstudien egentlig hørte hjemme, ut i fra i hvilken begrepsmessig sammenheng forfatterne av primærstudien selv plasserte studien. Sorteringen etter EPOCs kategoriliste betød også at oversikter som ble klassifisert til samme kategori likevel kunne være svært forskjellige. Dette gjelder i denne rapporten særlig

kategorien ”setting”. Vi har derfor vært forsiktige med å trekke konklusjoner på kategorinivå og har forholdt oss mer til de enkelte tiltakene.

Det var også en utfordring å finne gode norske begrep for de forskjellige tiltakene, for eksempel ”intensive case management”, som ikke bare innebærer en koordinering av tjenestene men også ofte terapeutiske relasjoner. Som norsk term valgte vi å bruke den oversettelsen som Helsetilsynet brukte i én av sine publikasjoner: koordinering av psykososialt arbeid (40). Vi har brukt begrepet som en fellesnevner for både koordinering av psykososialt arbeid og aktivt oppsøkende psykososial tverrfaglig behandling (på engelsk: assertive community treatment, ACT), i tråd med internasjonal litteratur (12). Vi har ellers i rapporten i de tilfellene vi har oppfattet begrepsbruken som et fast uttrykk gjengitt uttrykket også på engelsk.

Komplekse tjenester som det her er snakk om, som ikke fullt ut kan standardiseres, vil aldri kunne implementeres helt likt fra setting til setting. Samspillet mellom alle kontekstuelle faktorer er komplekse og vanskelig å forutse. Vi vet heller ikke hvordan de forskjellige intervensjonene helt konkret har blitt implementert i målgruppen i hver enkelt studie. Vi ser da også at det ved utprøvinger av samme type intervensjon ble påvist signifikante effekter ett sted, men ikke et annet, for eksempel tiltaket delt omsorg (Smith 2007 (26)). Fordi vi ikke kjenner konteksten godt nok kan vi heller ikke forklare variasjonene i effekt. Studier av komplekse tiltak og oversikter over slike studier vil derfor nesten alltid etterlate mer usikkerhet vedrørende fortolkning og bedømming av resultater enn studier og oversikter av rene kliniske tiltak.

De endringer og omorganiseringer av psykisk helsevern som er gjennomført i store deler av den vestlige verden har først og fremst skjedd gjennom helsepolitiske beslutninger på bakgrunn av allmenne holdningsendringer i samfunnet, økonomiske, sosiale og etiske vurderinger framfor vitenskapelig dokumentasjon (41,42). Som vi ser, utgjør den vitenskapelige dokumentasjonen et mangelfullt grunnlag for de beslutninger som allerede er tatt om organisering av psykisk helsevern og også for den videre organiseringen av psykiatrien.

Mange av de tidligste studiene dreide seg om å sammenligne behandling utenfor sykehus med behandling i sykehus eller med ”standard behandling” som også ofte innebar innleggelse i sykehus. Dette var en viktig og relevant sammenligning da de-institusjonaliseringen var i sin spede begynnelse, men i og med de politiske beslutninger som er tatt, er dette antagelig ikke lenger en særlig relevant sammenligning. Dette kan muligens forklare den tilsynelatende mangelen på denne type sammenligninger av nyere dato. Mange psykiatriske helsetjenester - og dermed også helsepersonell - er blitt flyttet ut av psykiatriske sykehus og til lokalsamfunnet der man forsøker å integrere flere type tjenester for denne brukergruppen. Psykiatriske sykehus er blitt omorganisert til psykiatriske avdelinger i somatiske sykehus og har dermed også blitt plassert i en bredere sammenheng som åpner for lettere tilgang til

tradisjonelle medisinske tjenester og bedre muligheter for tverrfaglig samarbeid om pasientene på tvers av avdelinger. Det har generelt sett blitt større fokus på tverrfaglig samarbeid og samarbeid mellom flere nivåer av hele behandlingsskjeden.

Internasjonalt har man under prosessen med nedbygging av institusjoner utviklet begrepet ”balansert omsorg” (balanced care) (41). Denne modellen innebærer at både sykehus tjenester og lokalt baserte helsetjenester ansees for å være nødvendige i en moderne psykiatrisk omsorgsmodell. Dette innebærer også en trinnvis omsorg med primærhelsetjenesten med støtte fra spesialister som første nivå, spesialisthelsetjenesten (poliklinikker, lokale helseteam, akutt-omsorg, langtidsomsorg etc.) som annet nivå og som tredje nivå høyt spesialiserte psykiatriske helsetjenester som spesialistklinikker for spiseforstyrrelser, ambulante krise-intervensjonsteam, intervensjonsteam for tidlig psykose og koordinering av psykososiale tjenester (41). Bortsett fra i Storbritannia, som i stor grad har tatt i bruk koordinering av psykososiale tjenester, er disse nyere høyt spesialiserte tjenestene i noe mer begrenset bruk internasjonalt.

Styrker og svakheter

Denne oversikten over oversikter har både styrker og svakheter. Ved å systematisk gjennomgå oppsummert forskning på området, bidrar denne rapporten med å gi en bred oversikt over forskningsfeltet. Vi søkte systematisk, to personer var kontroll for hverandre i hele prosessen, vi brukte en relevant sjekklister for kritisk vurdering av kvaliteten av oversiktene og vi brukte et anerkjent verktøy for vurdering av kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfall.

Flere av de systematiske oversiktene vi identifiserte var av eldre dato og burde i prinsippet ha vært oppdatert. Ved ikke å oppdatere kan vi ha gått glipp av eventuelle primærstudier som har vært gjort etter avsluttet litteratursøk i oversiktene. På den annen side viste flere av de søkene som var gjort i de seneste oversiktene at det var heller få nyere studier av organisatoriske tiltak innen psykisk helsevern. Å utarbeide optimale søkealgoritmer for gjenfinning av publiserte studier fra de forskjellige databasene er krevende i dette komplekse feltet. Ikke minst blir dette vanskelig når studier fra psykisk helsevern blir ”gjemt” i oversikter som dekker et bredere felt, som for eksempel oversikten over delt omsorg mellom primær- og sekundærhelsetjenesten for kronisk sykdommer generelt (Smith 2007 (26)). Vi kan derfor ikke utelukke at det finnes oversikter som vi ikke har funnet.

Konklusjon

Vi identifiserte 17 systematiske oversikter av høy kvalitet over forskning om tiltak innenfor temaene tverrfaglige team, setting for behandlingen, integrerte omsorgstjenester og kontinuitet i omsorg for mennesker med psykisk lidelse. For tre av oversiktene innenfor temaet setting for behandlingen, genererte ikke litteratursøkene noen studier. Vi har derfor ingen dokumentasjon for effekten av ikke-medisinske dagsentre, innleggelse i generelle medisinske sykehusavdelinger eller mor- og barnenheter for mødre med schizofreni.

For temaene endring av profesjonelle roller og fjern-kommunikasjon mellom helsepersonell identifiserte vi ingen systematiske oversikter av høy kvalitet. Innholdsmessig utfylte de forskjellige organisatoriske tiltakene hverandre ved å ha forskjellige mer avgrensede formål, som for eksempel behandling i dagsykehus, kriseintervensjon eller tidlig intervensjon ved psykose. Dette er tiltak som kan settes i verk i samsvar med brukerens funksjonsnivå, sykdomsfase og lokal kontekst, og som kan inngå som komponenter i en overordnet helhetlig behandlingsskjede. Av disse organisatoriske tiltakene ga bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester muligens noe færre sykehusinnleggelser, dagsykehus sammenlignet med innleggelse i sykehus førte trolig til lengre innleggelse første gang men trolig også en noe bedre skåre for sosial funksjon. For de andre målte utfallene av disse to sammenligningene var resultatene enten for usikre grunnet brede konfidensintervall eller kvaliteten av dokumentasjonsgrunnlaget var for lavt til at vi kunne trekke meningsfulle konklusjoner. For alle de andre tiltakene med avgrensede formål, var kvaliteten av dokumentasjonen enten for lav, resultatene var ikke statistisk signifikant forskjellige eller viste inkonsistente effekter på tvers av studier, slik at det er vanskelig å trekke meningsfulle konklusjoner om effekt. Bare ett tiltak, intensiv koordinering av psykososialt arbeid, hadde som formål å ivareta et bredere spekter av brukers sammensatte behov og med et overordnet perspektiv om kontinuitet i omsorgen. Intensiv koordinering sammenlignet med standard behandling ga muligens noe færre antall dager i sykehus, noen flere brukere som beholdt kontakten med psykisk helsevern, noe høyere funksjonsskåre, noen flere med selvstendig boevne og muligens litt høyere brukertilfredshet.

Av de identifiserte organisatoriske tiltakene peker intensiv koordinering av psykososiale tjenester sammenlignet med standard behandling seg ut som det tiltaket der det ble påvist positive effekter på flest utfall. Samlet sett var dokumentasjonsgrunn-

laget for effekten av organisatoriske tiltak gjennomgående av lav og svært lav kvalitet. Hovedparten av studiene var av eldre dato. Dokumentasjonen utgjør et mangelfullt grunnlag for beslutninger om den videre organiseringen av psykisk helsevern.

Implikasjoner for praksis

Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget som vi her har presentert gir ingen sterke føringer for planlegging av nye måter å organisere psykisk helsevern på. Tverrfaglighet og omsorgstjenester som gis i et kontinuerlig og holistisk perspektiv kan fortsatt være verdt å bygge videre på. Det er fortsatt behov for store og gode studier på effekten av organiseringstiltak innen psykisk helsevern. Slike studier kan gjøres i forbindelse med iverksetting av nye tiltak.

Pågående arbeid med relevante systematiske oversikter

Simpson EL, Barkham M, Gilbody S, House A. Involving service users as service providers for adult statutory mental health services. Protokoll i Cochrane Library.

Organisation inom psykiatrin med fokus på psykos samt ADHD och autismspektrumtilstånd. SBU. Kontaktperson: Agneta Petterson.

<http://sbu2.episerverhotell.net/sv/Pagaende-projekt/Organisation-inom-psykiatrin-med-fokus-pa-psykos--samt-neuropsykiatriska-sjukdomar/> (10.5.2012)

Referanser

1. Statistisk sentralbyrå: http://www.ssb.no/ukens_statistikk/utg/9843/2-01t.txt (10.4.2012).
2. Stortingsmelding nr. 25. Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1997. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/stmeld-nr-25_1996-97.html?showdetailedtableofcontents=true&id=191086 (26.3.11).
3. St.prp. nr. 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006: endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998 <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915> (26.3.11).
4. Statens helsetilsyn. Distriktpsikiatriske sentre: organisering og arbeidsområder. Oslo: Statens helsetilsyn, 2001 (Statens helsetilsyns veiledningsserie 1-2001 IK-2738). http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/distriktpsikiatriske_sentra_ik-2738.pdf (26.3.11).
5. Distriktpsikiatriske sentre: med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006. (Veileder IS-1388). http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf (26.3.11).
6. Brofoss KE, Larsen F i samarbeid med styringsgruppen. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd, 2009.
7. Distriktpsikiatriske tjenester 2010: Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre. Oslo: Helsedirektoratet, 2011. (Rapport IS-1926; 2011).
8. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group: about EPOC. <http://epoc.cochrane.org/about-epoc> (8.3.2012)
9. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data collection checklist. <http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf> (8.3.2012)

10. Alwan N, Johnstone P, Zolese G. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub2.
11. Catty JS, Burns T, Comas A, Poole Z. Day centres for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD001710. DOI: 10.1002/14651858.CD001710.pub2.
12. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.
13. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.
14. Hayes SL, Mann MK, Morgan FM, Kitcher H, Kelly MJ, Weightman AL. Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD007825. DOI: 10.1002/14651858.CD007825.pub5.
15. Hickling FW, Abel W, Garner P, Rathbone J. Open general medical wards versus specialist psychiatric units for acute psychoses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD003290. DOI: 10.1002/14651858.CD003290.pub2.
16. Irving CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD001087. DOI: 10.1002/14651858.CD001087.pub3.
17. Irving CB, Saylan M. Mother and baby units for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006333. DOI: 10.1002/14651858.CD006333.
18. Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliott HJ. Twenty-four hour care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD004409. DOI: 10.1002/14651858.CD004409.pub2.
19. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2.
20. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.pub2.
21. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub3.

22. Meads C, Gold L, Burls A. How effective is outpatient care compared to inpatient care for the treatment of anorexia nervosa? A systematic review. *European Eating Disorders Review* 2001;9(4):229-41.
23. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
24. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006410. DOI: 10.1002/14651858.CD006410.pub2.
25. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 10.1002/14651858.CD000313.pub3.
26. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(3):CD004910. DOI: 10.1002/14651858.CD004910.pub2.
27. Gowers SG. Clinical effectiveness to treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2007;191:427-435. doi 10.1192/bjp.bp.107.036764.
28. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, Smethurst N, Byford S, Barrett B. Management of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood* 2008;93:331-334. doi:10.1136/adc.2007.117747.
29. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, thorup A, Øhlenschläger J, le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen P, Nordentoft M. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:762-771.
30. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD000050. DOI: 10.1002/14651858.CD000050 [withdrawn].
31. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089 [withdrawn].
32. Aakerholt A. ACT-håndbok. 1.utgave, nettutgaven. Brumunddal: KoRus-Øst, 2010. URL:// http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf (10.4.2012).
33. Ayazi T, Bøgwald K-P. Innvandreres bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 162 - 5.

34. Berg JE, Johnsen E. Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 634-636.
35. Lamb J, Bower P, Rogers A, Dowrick C. Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from 'hard to reach' groups. *Health* 2012;16:76-104.
36. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD001087. DOI: 0.1002/14651858.CD001087.pub4.
37. Littell JH, Campbell M, Green S, Toews B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
38. Johannesen JO, Larsen TK. Tilbakefallsprosent som kvalitetsmål i psykiatrisk behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:2144-2147.
39. Bjertnes ØA, Garratt A, Johannessen JO. Innsamlingsmåte og resultater i brukerundersøkelser i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;1481-1483.
40. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyns utredningsserie 2-2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykososialt_arbeid_psykiske_lidelser_ik-2692.pdf
41. Eysen M, Leys M, Desomer A, Senn A, Leonard C. Organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een ernstige en persisterende mentale aandoening. Wat is de wetenschappelijke basis? Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010. (KCE reports 144A 2010).
42. Sørgaard K. Fra institusjonsbehandling til åpen omsorg: hva frambrakte reformene innen psykisk helsevern? *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 2002;39:796-805.

Vedlegg 1

Database: Cochrane Library

Date: 25.6.2011

Hits: 331 systematic reviews, 1035 Other reviews, 175 Technology Assessments

ID	Search
#1	(Mental health service* or psychiatric emergency service* or psychiatric social work):ti,ab,kw
#2	MeSH descriptor Hospitals, Psychiatric explode all trees
#3	(mental hospital* or mental institution*):ti,ab,kw
#4	MeSH descriptor Community Psychiatry explode all trees
#5	MeSH descriptor Child Psychiatry explode all trees
#6	MeSH descriptor Adolescent Psychiatry explode all trees
#7	"community mental health teams":ti,ab,kw
#8	(mental* and communit* near center*):ti,ab,kw
#9	(mental* and communit* near centre*):ti,ab,kw
#10	(mental* and communit* near treat*):ti,ab,kw
#11	MeSH descriptor Community Mental Health Centers explode all trees
#12	MeSH descriptor Community Psychiatry explode all trees
#13	MeSH descriptor Community Mental Health Centers explode all trees
#14	MeSH descriptor Mental Health Services explode all trees
#15	(#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 OR #14)
#16	MeSH descriptor Mental Disorders explode all trees
#17	(psychotic or psychoses or psychosis or schizophren* or adjustment disorder* or anxiety or obsessive-compulsive or panic or stress disorder* or dissociative disorder*):ti,ab,kw
#18	multiple personality:ti,ab,kw
#19	(anorexia nervosa or binge-eating or bulimia nervosa or impulse control disorder* or mood disorder* or affective disorder* or bipolar or depressive or depression):ti,ab,kw
#20	(dysthymic or neurotic or neurosis or personality disorder* or paranoid or borderline or disordered personality or mental* ill* or compulsive personality):kw,ti,ab
#21	(mental near/2 disorder):ti,ab,kw
#22	(antisocial near/2 disorder):ti,ab,kw
#23	(#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22)
#24	((interdisciplinary or multidisciplinary) near/2 team*):kw,ti,ab
#25	((Long-term or long-stay) near/4 residential care):ti,ab,kw
#26	(Secondary health care or out-patient or ambulatory clinic*):ti,ab,kw
#27	MeSH descriptor Comprehensive Health Care, this term only
#28	MeSH descriptor Patient Care Planning explode all trees
#29	MeSH descriptor Patient-Centered Care explode all trees

- #30 MeSH descriptor Progressive Patient Care explode all trees
- #31 ((medical or healthcare or health care or patient) near/3 care team*):ti,ab,kw
- #32 ((outreach or commun* or home) near/3 (therap* or management* or model* or program* or team or service* or base*)):ti,ab,kw
- #33 ((acute or cris* or emergenc* or intensiv* or mobile) near/3 (care* or interven* or treat*)):ti,ab,kw
- #34 (hospital* near/3 (diversion or alternative*)):ti,ab,kw
- #35 (Collaborative near/3 network*):ti,ab,kw
- #36 (time near/2 limit* near/3 care*):ti,ab,kw
- #37 MeSH descriptor Crisis Intervention explode all trees
- #38 MeSH descriptor Community-Institutional Relations explode all trees
- #39 MeSH descriptor Hospital-Patient Relations explode all trees
- #40 MeSH descriptor Interdepartmental Relations explode all trees
- #41 MeSH descriptor Interinstitutional Relations explode all trees
- #42 MeSH descriptor Home Care Services, this term only
- #43 MeSH descriptor Home Care Services, Hospital-Based explode all trees
- #44 MeSH descriptor Mobile Health Units explode all trees
- #45 MeSH descriptor Institutional Management Teams explode all trees
- #46 ((DAY near/2 HOSP*) or (DAY near/2 CARE) or (DAY near/2 TREATMENT*) or (DAY near/2 CENT*) or (DAY near/2 UNIT*) or (PARTIAL near/2 HOSP*) or DISPENSARY or ambulatory):ti,ab,kw
- #47 MeSH descriptor Ambulatory Care, this term only
- #48 MeSH descriptor Day Care explode all trees
- #49 ((Outpatient or inpatient) near/3 care):ti,ab,kw
- #50 MeSH descriptor Community Networks explode all trees
- #51 MeSH descriptor Adolescent Health Services, this term only
- #52 MeSH descriptor Child Health Services explode all trees
- #53 MeSH descriptor Efficiency, Organizational explode all trees
- #54 MeSH descriptor Process Assessment (Health Care) explode all trees
- #55 MeSH descriptor Organizational Innovation, this term only
- #56 MeSH descriptor Product Line Management explode all trees
- #57 MeSH descriptor Hospital Restructuring, this term only
- #58 MeSH descriptor Models, Organizational explode all trees
- #59 MeSH descriptor Health Services Administration explode all trees
- #60 (clinical pathway* or treatment program* or patient-oriented care or patient-centered care or stepped care):ti,ab,kw
- #61 MeSH descriptor Cooperative Behavior explode all trees
- #62 (continuity of care or integration of services or co-ordinated care):ti,kw,ab
- #63 (#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 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62)
- #64 (#63 AND #23)
- #65 (#64 OR #15)

Database: Medline, Ovid

Date: 24.6.2011

Filter: Ovid's specific filter for systematic reviews

Hits: 913

1. (Mental health service* or psychiatric emergency service* or psychiatric social work).tw.
2. Hospitals, Psychiatric/ec, og, st [Economics, Organization & Administration, Standards]
3. (mental hospital* or mental institution*).tw.
4. community mental health teams.tw.
5. ((COMMUNIT* adj (CENTER* or CENTRE* or TREAT*)) and MENTAL*).tw.
6. exp Community Psychiatry/
7. Psychiatry/ec, ma, nu, og, rh, st, sd, th [Economics, Manpower, Nursing, Organization & Administration, Rehabilitation, Standards, Supply & Distribution, Therapy]
8. Child Psychiatry/ec, ma, og, rh, st, sd [Economics, Manpower, Organization & Administration, Rehabilitation, Standards, Supply & Distribution]
9. Adolescent Psychiatry/ec, ma, og, st [Economics, Manpower, Organization & Administration, Standards]
10. Geriatric Psychiatry/ec, ma, og, st [Economics, Manpower, Organization & Administration, Standards]
11. exp Community Mental Health Centers/
12. exp Mental Health Services/ec, ma, mt, og, st [Economics, Manpower, Methods, Organization & Administration, Standards]
13. or/1-12
14. exp Mental Disorders/rh, th [Rehabilitation, Therapy]
15. (psychotic or psychoses or psychosis or schizophren* or adjustment disorder* or anxiety or obsessive-compulsive or panic or stress disorder* or dissociative disorder*).tw.
16. multiple personality.tw.
17. (anorexia nervosa or binge-eating or bulimia nervosa or impulse control disorder* or mood disorder* or affective disorder* or bipolar or depressive or depression).tw.
18. (dysthymic or neurotic or neurosis or personality disorder* or paranoid or borderline or disordered personality or mental* ill* or compulsive personality).tw.
19. (mental adj2 disorder).tw.
20. (antisocial adj2 disorder).tw.
21. or/14-20
22. ((interdisciplinary or multidisciplinary) adj2 team*).tw.
23. ((Long-term or long-stay) adj4 residential care).tw.
24. (Secondary health care or out-patient or ambulatory clinic*).tw.
25. comprehensive health care/ or exp patient care planning/ or patient-centered care/ or progressive patient care/
26. ((medical or healthcare or health care or patient) adj care team*).tw.
27. ((outreach or commun* or home) adj3 (therap* or management* or model* or program* or team or service* or base*).tw.
28. ((acute or cris* or emergenc* or intensiv* or mobile) adj3 (care* or interven* or treat*)).tw.
29. (hospital* adj3 (diversion or alternative*).tw.
30. (Collaborative adj3 network*).tw.
31. (time adj2 limit* adj3 care*).tw.
32. (clinical pathway* or treatment program* or patient-oriented care or patient-centered care or stepped care).tw.
33. (continuity of care or integration of services or co-ordinated care).tw.
34. Crisis Intervention/
35. community-institutional relations/ or hospital-patient relations/ or interdepartmental relations/ or interinstitutional relations/
36. home care services/ or home care services, hospital-based/
37. Mobile Health Units/
38. Cooperative Behavior/
39. Institutional Management Teams/

40. ((DAY adj2 HOSP*) or (DAY adj2 CARE) or (DAY adj2 TREATMENT*) or (DAY adj2 CENT*) or (DAY adj2 UNIT*) or (PARTIAL adj2 HOSP*) or DISPENSARY or ambulatory).tw.
41. Ambulatory Care/ or Day Care/
42. ((Outpatient or inpatient) adj3 care).tw.
43. community networks/
44. Adolescent Health Services/og, st [Organization & Administration, Standards]
45. Child Health Services/og, st [Organization & Administration, Standards]
46. models, organizational/
47. Organizational Innovation/
48. Hospital Restructuring/
49. Efficiency, Organizational/
50. or/22-49
51. 21 and 50
52. 51 or 13
53. limit 52 to "reviews (maximizes specificity)"

Database: Embase Ovid

Date: 23.6.2011

Filter: Based on SIGN's filter for systematic review

Hits: 1074

1. exp mental health care/
2. community mental health center/
3. community mental health/
4. mental health center/
5. social psychiatry/
6. or/1-5
7. *mental disease/ep, pc, rh, th [Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
8. exp *alexithymia/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
9. exp *adjustment disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
10. exp *anxiety disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
11. exp *autism/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
12. exp *behavior disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
13. exp *confusion/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
14. exp *delirium/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
15. exp *dementia/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
16. exp *dissociative disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
17. exp *emotional disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
18. exp *learning disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
19. exp *memory disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
20. exp *mental deficiency/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]

21. exp *mental infantilism/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
22. exp *mental instability/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
23. exp *mental overstimulation/
24. exp *mood disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
25. exp *neurosis/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
26. exp *organic brain syndrome/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
27. exp *personality disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
28. exp *psychosexual disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
29. exp *psychosis/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
30. exp *psychosomatic disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
31. exp *psychotrauma/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
32. exp *stupor/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
33. exp thought disorder/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
34. *internet addiction/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
35. *pathological gambling/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
36. *sexual addiction/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
37. *tobacco dependence/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
38. *withdrawal syndrome/dm, ep, pc, rh, th [Disease Management, Epidemiology, Prevention, Rehabilitation, Therapy]
39. or/7-38
40. patient care/ or case management/ or patient care planning/
41. crisis intervention/
42. home care/
43. exp health care delivery/
44. exp cooperation/
45. (clinical pathway* or treatment program* or patient-oriented care or patient-centered care or stepped care).tw.
46. health care planning/
47. or/40-46
48. 39 and 47
49. 6 or 48
50. (satisf* adj4 (patient* or participant* or care or service*)).tw.
51. (suicide* or self harm*).tw.
52. (mortality or death*).tw.
53. (family adj3 burden).tw.
54. length of stay.tw.
55. (hospital admission* or hospitalization or repeat admission* or relapse*).tw.
56. (admit* adj3 (accident* or emergency)).tw.
57. ((service* adj3 "use") or social service* or social function* or living independent*).tw.
58. mini international neuropsychiatric interview.tw.
59. (gaf or cors or sdq or (psychiatric adj3 interview)).tw.

60. (functional impairment or rating scale or (assessment* adj3 scale) or agitation inventory).tw.
61. ((contact adj3 legal system) or police or criminal*).tw.
62. (mental state or global state or quality of life).tw.
63. hospitalization/
64. "length of stay"/
65. or/50-64
66. 49 and 65
67. Systematic Review/
68. meta analysis/
69. metaanaly\$.tw.
70. meta analy\$.tw.
71. ((systematic or comprehensive or literature or quantitative or critical or integrative or evidence\$) adj2 (review\$1 or overview\$1)).tw.
72. literature study.tw.
73. (critical adj (appraisal or analysis)).tw.
74. cochrane.ab.
75. medline.ab.
76. embase.ab.
77. (psychlit or psyclit).ab.
78. (psychinfo or psycinfo).ab.
79. (cinahl or cinhal).ab.
80. science citation index.ab.
81. bids.ab.
82. cancerlit.ab.
83. reference list\$.ab.
84. bibliograph\$.ab.
85. hand-search\$.ab.
86. relevant journals.ab.
87. manual search\$.ab.
88. selection criteria.ab.
89. data extraction.ab.
90. 88 or 89
91. review.pt.
92. 90 and 91
93. or/67-87,92
94. editorial.pt.
95. letter.pt.
96. Animal/
97. Nonhuman/
98. 96 or 97
99. Human/
100. 98 not (98 and 99)
101. or/94-95,100
102. 93 not 101
103. 66 and 102

Database: PsycINFO, Ovid

Date: 2.7.2011

Filter: Ovid's specific filter for systematic reviews + one search string from SIGN's filter for systematic review.

Hits: 1402

1. (Mental health service* or psychiatric emergency service* or psychiatric social work).tw.
2. (mental hospital* or mental institution*).tw.
3. community mental health teams.tw.
4. ((COMMUNIT* adj (CENTER* or CENTRE* or TREAT*)) and MENTAL*).tw.
5. exp mental health services/
6. psychiatric hospitals/
7. community psychiatry/
8. child psychiatry/
9. adolescent psychiatry/
10. adolescent psychiatry/
11. geriatric psychiatry/
12. community mental health centers/
13. exp psychiatric hospital programs/
14. psychiatric units/
15. psychiatric clinics/
16. psychiatric clinics/
17. 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 or 14 or 15 or 16
18. exp mental disorders/
19. psychiatric patients/
20. (psychotic or psychoses or psychosis or schizophren*).tw.
21. (adjustment disorder* or anxiety or obsessive-compulsive).tw.
22. (panic or stress disorder* or dissociative disorder*).tw.
23. multiple personality.tw.
24. (anorexia nervosa or binge-eating or bulimia nervosa or impulse control disorder* or mood disorder* or affective disorder* or bipolar or depressive or depression).tw.
25. (dysthymic or neurotic or neurosis or personality disorder* or paranoid or borderline or disordered personality or mental* ill* or compulsive personality).tw.
26. (dysthymic or neurotic or neurosis or personality disorder* or paranoid or borderline).tw.
27. (disordered personality or mental* ill* or compulsive personality).tw.
28. (antisocial adj2 disorder).tw.
29. or/18-28
30. ((interdisciplinary or multidisciplinary) adj2 team*).tw.
31. ((Long-term or long-stay) adj4 residential care).tw.
32. (Secondary health care or out-patient or ambulatory clinic*).tw.
33. health care services/ or exp "continuum of care"/ or exp long term care/
34. exp treatment planning/
35. ((medical or healthcare or health care or patient) adj care team*).tw.
36. ((outreach or commun* or home) adj3 (therap* or management* or model* or program* or team or service* or base*).tw.
37. ((acute or cris* or emergenc* or intensiv* or mobile) adj3 (care* or interven* or treat*).tw.
38. (hospital* adj3 (diversion or alternative*).tw.
39. (Collaborative adj3 network*).tw.
40. (time adj2 limit* adj3 care*).tw.
41. (clinical pathway* or treatment program* or patient-oriented care or patient-centered care or stepped care).tw.
42. exp crisis intervention/
43. exp crisis intervention services/
44. emergency services/
45. home care/
46. health care delivery/
47. (continuum of care or continuity of care or integration of services or co-ordinated care).tw.

48. exp hospital programs/
49. home visiting programs/
50. cooperation/
51. collaboration/
52. exp teams/
53. ((DAY adj2 HOSP*) or (DAY adj2 CARE) or (DAY adj2 TREATMENT*) or (DAY adj2 CENT*) or (DAY adj2 UNIT*) or (PARTIAL adj2 HOSP*) or DISPENSARY or ambulatory).tw.
54. exp outpatient treatment/
55. outreach programs/
56. day care centers/
57. adult day care/
58. partial hospitalization/
59. interdisciplinary treatment approach/
60. multimodal treatment approach/
61. integrated services/
62. organizational structure/
63. exp health care policy/
64. innovation/
65. organizational change/
66. decentralization/
67. organizational effectiveness/
68. or/30-67
69. 68 and 29
70. 17 or 69
71. limit 70 to "reviews (maximizes specificity)"
72. (cochrane or medline or embase or cinahl og cinhal or psychlit or psychlit or science citation index or bids or cancerlit).ab.
73. 70 and 72
74. 71 or 73

Database: DARE / HTA, CRD

Date: 2.7.2011

Hits: 27

- 1 ((Mental health service* or psychiatric emergency service* or psychiatric social work)) IN DARE, HTA
- 2 (mental hospital* or mental institution*)
- 3 community mental health teams
- 4 MeSH DESCRIPTOR Hospitals, Psychiatric EXPLODE ALL TREES
- 5 MeSH DESCRIPTOR Community Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 6 MeSH DESCRIPTOR Adolescent Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 7 MeSH DESCRIPTOR Child Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 8 MeSH DESCRIPTOR Community Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 9 MeSH DESCRIPTOR Geriatric Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 10 MeSH DESCRIPTOR Psychiatry EXPLODE ALL TREES
- 11 MeSH DESCRIPTOR Community Mental Health Centers EXPLODE ALL TREES
- 12 MeSH DESCRIPTOR Mental Health Services EXPLODE ALL TREES
- 13 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12
- 14 MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders EXPLODE ALL TREES

15 MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders Diagnosed in Childhood EXPLODE ALL TREES
16 (mental disorder* or mental disease* or mentally ill*)
17 #14 OR #15 OR #16
18 #13 OR #17
19 MeSH DESCRIPTOR Models, Organizational EXPLODE ALL TREES
20 MeSH DESCRIPTOR Cooperative Behavior EXPLODE ALL TREES
21 MeSH DESCRIPTOR Organizational Innovation EXPLODE ALL TREES
22 MeSH DESCRIPTOR Hospital Restructuring EXPLODE ALL TREES
23 MeSH DESCRIPTOR Efficiency, Organizational EXPLODE ALL TREES
24 #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23
25 #18 AND #24

Database: ISI

Date: 7.3.2012

Hits: 106

(TS=(mental health services AND org*)) AND Document Types=(Review)
Timespan=2005-2012. Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI.
Lemmatization=On

Vedlegg 2

Sjekkliste for systematiske oversikter	Ja	Uklart	Nei
1 Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?			
<i>Kommentar</i>			
2 Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)			
<i>Kommentar</i>			
3 Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. utfall)?			
<i>Kommentar</i>			
4 Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?			
<i>Kommentar</i>			
5 Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?			
<i>Kommentar</i>			
6 Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?			
<i>Kommentar</i>			
7 Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?			
<i>Kommentar</i>			
8 Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?			
<i>Kommentar</i>			
9 Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?			
<i>Kommentar</i>			
10 Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?	Høy	Medium	Lav
<i>Kommentar</i>			

Vedlegg 3

Excluded studies

Study	Cause for exclusion of study
Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive – behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. <i>Br J Psychiatry</i> 2010;197:350-356.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Limited search strategy, unclear inclusion/exclusion criteria, unclear selection and critical appraisal process.
Bond GR, McGrew JH, Fekete DM. Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: a meta-analysis. <i>Journal of Mental Health Administration</i> 1995;22(1):4-16.	Not a systematic review.
Brooker C, Repper J, Booth A. Examining effectiveness of community mental health nursing. <i>Mental Health Nursing</i> 1996;16:12-5.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Limited to studies in UK only.
Brooker C, Repper J, Sirdifield C, Gojkovic D. Review of service delivery and organisational research focused on prisoners with mental disorders. [References]. <i>Journal of Forensic Psychiatry & Psychology</i> 2009;(Suppl1):S102-S123.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: No risk of bias assessments.
Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. <i>Health Technology Assessment</i> ; 2001.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear whether risk of bias assessments were conducted by two independent authors, seemed to have used only two criteria to assess risk of bias, lack of result reporting.
Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. [Review] [10 refs]. <i>BMJ</i> 2007;335(7615):336.	Forerunner to the review included in this report: Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2010, Issue 10. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub2.
Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. <i>The American Journal of Psychiatry</i> 2001;(2):163-75.	Not a systematic review

Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. [251 refs]. Evidence Report/Technology Assessment (173):1-362, 2008 Nov 2008;(173):1-362.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: The risk of bias for each outcome was not reported, unclear methods for summarization of data making the basis for conclusions unclear.
Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. 110 refs]. Psychol Med 2002;32(3):383-401.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: No clear criteria for assessing risk of bias and no explicit assessments.
Chamberlain R, Rapp CA. A decade of case management: a methodological review of outcome research. Community Mental Health J 1991;27:171-188.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Literature search not adequate, unclear if two persons selected studies independently and not adequate assessment of risk of bias.
Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Yuan Z, Yu-Sheng P, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. [35 refs]. Journal of Investigative Medicine 2009;57(2):446-55.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear criteria for assessment of risk of bias, unclear summarization of results.
Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. Am J Psychiatry 2007;164(3):393-9.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Literature search may not be quite adequate, unclear if two persons selected studies independently and not adequate assessment of risk of bias.
Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: An Analysis of the Evidence Base. The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie 2006;(6,Suppl1):1S-72S.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear whether literature search is adequate, unclear inclusion and exclusion criteria, unclear if two persons selected studies independently and not adequate assessment of risk of bias.
Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment. Preventive outpatient treatment in affective disorders. Results from a health technology assessment.: Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment (DACEHTA); 2006.	Not a systematic review.
Deenadayalan Y, Perraton L, Machotka Z, Kumar S. Day therapy programs for adolescents with mental health problems: a systematic review. Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 2010;8:1-14.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if literature search is adequate, unclear if two persons selected studies independently, unclear criteria for risk of bias assessments.
Draper B, Low LF. What is the effectiveness of acute hospital treatment of older people with mental disorders? [References]. International Psychogeriatrics 2005;(4):539-55.	Not enough data reported to summarise.
Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, Martines L, Fragar L. Effectiveness of service linkages in primary mental health care: a narrative review	Not enough data reported to summarise.

part 1. BMC Health Services Research 2011; 11:72.	
Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcome. Arch Intern Med 2006;166:2314-2321.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if literature search is adequate, unclear if two persons selected studies independently, unclear criteria for risk of bias assessments.
Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. Community Ment Health J 1998;34(3):241-50.	Not a systematic review.
Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2009, Issue 1. Art. No.: CD000532. DOI: 10.1002/14651858.CD000532.pub2.	Targeted at other types of participants
Herdelin AC, Scott DL. Experimental studies of the Program of Assertive Community Treatment (PACT). [References]. Journal of Disability Policy Studies 1999;(1):53-89.	Not a systematic review.
Holloway F, Carson J. Case management: an update. International Journal of Social Psychiatry 2001;47(3):21-31.	Not a systematic review.
Institute of Health Economics (IHE). Evidence of benefits from telemental health: a systematic review. Edmonton, CA: Institute of Health Economics (IHE), 2007.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Not enough data to summarise.
Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D, Johnson S. Residential alternatives to acute psychiatric hospital admission: systematic review. Br J Psychiatry 2009;195(2):109-17.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Not enough data to summarise.
Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. Health Technology Assessment 2001;5(21):1-75.	Part 1 is updated in: Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2011, Issue 12. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026.pub2. Part 2 is not relevant to this report. Part 3 is updated in: Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2009, Issue 4. Art. No.: CD003240. DOI: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
Meyer PS, Morrissey JP. A comparison of assertive community treatment and intensive case management for patients in rural areas. Psychiatr Serv 2007;58:121-7.	Not a systematic review.

Mitchell G, Del MC, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes: a systematic review. <i>British Journal of General Practice</i> 2002;52(484):934-9.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if two persons selected studies independently, unclear if risk of bias assessments were done independently and how the data were extracted.
Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. <i>Schizophrenia Bulletin</i> 1998;24:37-74.	Not a systematic review.
Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. <i>Am J Orthopsychiatry</i> 2007;77:350-61.	Not a systematic review.
New Zealand Health Technology Assessment. Adolescent therapeutic day programmes and community-based programmes for serious mental illness and serious drug and alcohol problems: a critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment; 1998. ISBN 0-9583742-4-4. (NZHTA Report 5; ISSN 1174-5142).	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Inadequate reporting.
Sass B, Moffat J, Bhui K, Mckenzie K. Enhancing pathways to care for black and minority ethnic populations: a systematic review. <i>International review of psychiatry</i> 2009;21:430-438.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear criteria for risk of bias assessments and no reporting of risk of bias.
Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. <i>BMJ</i> 2002;325(7375):1265.	Not enough data reported to summarise.
Smith L, Newton R. Systematic review of case management. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i> 2007;41(1):2-9.	Not a systematic review.
Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2009;120:1-9.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review:
Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. <i>BMC Psychiatry</i> 2009;9:55.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Not enough data to summarise.
Thompson P, Lang L, Annells M. A systematic review of the effectiveness of in-home community nurse led interventions for the mental health of older persons. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2008;17(11):1419-27	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review.
Van der Feltz-Cornelis CM, Van Os TW, Van Marwijk HW, Leentjens AF. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> 2010;68(6):521-33.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if literature search is adequate, screening process not reported.
Van Citters AD, Bartels SJ. A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. <i>Psychiatr Serv</i> 2004;55(11):1237-	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if literature search is adequate, unclear

49.	if two persons independently selected studies, no assessments of risk of bias.
Wright C, Catty J, Watt H, Burns T. A systematic review of home treatment services--classification and sustainability. <i>Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology</i> 2004;39(10):789-96.	Not a systematic review.
Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. <i>Psychiatr Serv</i> 2000;51(11):1410-21.	Judged as not satisfying all criteria for a high quality review: Unclear if literature search is adequate, inadequate reporting of the selection process and assessments of risk of bias.

Vedlegg 4

Beskrivelse av inkluderte oversikter:

Review	Comparison		Population	Setting	Outcomes
	Intervention	Control			
Change of professional roles					
No relevant systematic reviews of high quality identified					
Community mental health teams					
Malone 2007	Community mental health teams: "A multidisciplinary team of mental health staff which has a lead responsibility for the provision of specialist assessment, treatment and care to a defined population, often defined by geographical attachment area of primary care registration [...]"	Standard hospital-based service which usually assessed patients in the outpatient clinics, with less emphasis on multidisciplinary working and usually doctor lead	Mostly schizophrenia with a significant minority of those with neurotic disorders	UK	Death, leaving study early, satisfaction with service, admitted to hospital, use of accident and emergency and general hospital, contact with primary care, contact with social services, police contacts
Setting of treatment					
100 Alwan 2008	Planned short stay/brief admission - however defined within the studies.	Long stay or standard care - however defined within the studies	People with schizophrenia, related disorders or 'severe/chronic mental disorders/illnesses', however defined.	USA, UK	Death, mental state, readmission, leaving hospital prematurely, discharge delayed, day care, lost to follow-up, unemployed, unable to housekeep or unknown employment status.
Catty 2007	Day centre care: defined as	Standard care: the care offered as	Adults with severe mental illness such as schizophrenia,		No studies identified.

	daytime attendance at a non-medical services day setting, excluding specialist work units or crisis facilities.	standard to people in the community.	other psychotic illnesses or described as suffering from 'severe/chronic mental illness/ disorder'.		
Hickling 2007	Any acute nursing and medical-management on general medical wards. For the purposes of this review 'general medical wards' were wards covered by a particular nursing team and included patients with general medical problems who were referred from other health care providers, general practitioners or outpatient and casualty departments.	Any acute nursing and medical management in a specialist psychiatric unit. For the purposes of this review 'a specialist psychiatric unit' was a unit within a hospital for psychiatric patients which was staffed by nursing teams dedicated solely to the care of psychiatric patients.	People suffering from an acute psychotic episode which was not clearly related to a general medical condition, as defined by the trialists. In studies where less than 100% of participants were suffering from acute psychoses, as long as that proportion was greater than 50%, we would have included the trial. Where a study did not clearly stipulate diagnoses, but where acute psychoses were implied for the majority of participants, we would have included these trials.		No studies identified.
Irving 2007	Crisis intervention: any type of crisis-orientated treatment of an acute psychiatric episode by staff with a specific remit to deal with such situations, in and beyond 'office hours'.	Standard care: the normal care given to those suffering from acute psychiatric episodes in the area concerned.	Anyone with schizophrenia or other serious mental illness, however diagnosed, presenting to or referred to a social/psychiatric/nursing service because they were experiencing a psychosocial crisis, however defined. People in crisis with drug-induced psychosis or in a depressive crisis were excluded.	Due to the inclusion criteria, all included studies needed to take place in hospital and the community. Australia, Canada, USA, UK	Death, harm to self or others, hospital admission, readmission, leaving the study early, global state GAS, global state SAS, mental state: unwell, mental state general BPRS, mental state general PEF, mental state - aggression, mental state - specific, Burden family - disruption to daily routine, Burden family - disruption to social like, burden family - financial strain, burden family - physical illness due to patient's illness, burden family - overall burden is great, burden community - not employed, burden community - various outcomes, satisfaction patient - various outcomes, satisfaction patient - not satisfied with care (satisfaction scale), satisfaction relatives - feels patient not improved, satisfaction relatives - dissatisfied with treatment received, satisfaction relatives - would have preferred patient to have received other treatment, satisfaction relatives - various outcomes.
Irving 2010	Relevant care on mother and baby unit (however defined by authors) at any time during first year after birth of their child.	Any other inpatient care that did not involve attachment to a mother and baby unit.	Mothers with schizophrenia, irrespective of criteria used for diagnosis, assessed as needing admission along with their child, in the first year after child-birth.		No studies identified.

MacPherson 2009	Twenty-four hour care: a scheme where a number of people with severe and enduring mental disorder live in self-contained accommodation on one site. These sites should have 24 hour professionally organised care with professional support for either individual or group psychological or social support. This support should have been provided with the aim of at least maintaining placement.	Standard treatment: the normal level of hospital care (as defined by the trial) provided in the area of the study.	People with 'severe mental illness' however diagnosed, including those with multiple diagnoses, who were living alone or with partners and/or children but not living with parents, extended families or classified as homeless. Individuals with a primary diagnosis of learning disabilities or alcohol/substance abuse were excluded. Studies where the majority of participants were elderly were excluded.	UK	Unable to manage in the placement.
Marshall 2011	Day hospitals: Units that provided diagnostic and treatment services for acutely ill patients who would otherwise be treated on traditional psychiatric inpatient units.	Standard care: admission to hospital.		UK, Scotland, Netherlands, USA, Germany/UK, Poland/Slovak Republic /Czech Republic.	Mental state, social functioning, burden on relatives, treatment satisfaction, quality of life.
Meads 1999/2001	Any form of treatment of anorexia nervosa delivered in inpatient care.	Any form of treatment of anorexia nervosa delivered in outpatient care.	People with anorexia nervosa.	UK	Death, Morgan-Russel score, well at 2 and 5 years.
Shek 2009	Day hospital: an ambulatory treatment program organised by health care professionals that may include diagnostic, medical, psychiatric, psychosocial and pre-vocational treatment modalities designed for people with serious mental disorders who require coordinated, intensive, comprehensive and multi-disciplinary treatment not provided in an outpatient clinic	Outpatient care: office-based practice which aims to provide support and maintenance therapy for people with mental disorders. Care may be conducted by one health care professional, such as a medical practitioner psychiatrist or specialised nurse. Care involves symptom assessment, identification of adverse effects, adjustment of chemotherapy and perhaps social assistance. Each appoint-	People aged between 18-65 years, suffering from illness such as schizophrenia, schizophrenia-like disorders and bipolar disorder. Only those not acutely ill were included.	USA	Death, service use, global state, social functioning, mental state.

	setting.	ment may be less than thirty minutes and may be once every week, but also once every few weeks or months.			
Shepperd 2009	<p>Alternatives to inpatient mental health: Mental health services providing specialist care, beyond the capacity of generic outpatient provision, which provide an alternative to inpatient mental health care:</p> <p>Comparison 1a: Multi-systemic therapy at home: The MST service is available 24 hours a day, seven days per week. Therapists work with the young people within their own homes, in collaboration with their primary care givers.</p> <p>Comparison 1b: Multi-systemic therapy at home, as above.</p> <p>Comparison 2: Intensive home-based crisis intervention Homebuilders' programme Identification of family and individual psychosocial, cultural, community and welfare needs. Components include relationship building, reframing problems,</p>	<p>Mental health services in an inpatient or equivalent Setting.</p> <p>Inpatient setting.</p> <p>Intensive community care: Mental health services co-ordinated by case managers and including individual and family therapy, intensive home services, medication management, therapeutic foster care, group home treatment, day treatment, therapeutic aide services and hospital-based residential treatment.</p> <p>Crisis case management which provided co-ordination of services and psychiatric referral.</p>	<p>Children and young people aged 5 to 18 years with a serious mental health condition requiring specialist services beyond the capacity of generic outpatient provision, i.e. a mental health problem causing extreme distress or severely limiting his or her life</p> <p>Young people, mean age 13 years, eligible for an emergency psychiatric admission due to psychosis, suicide or homicide ideation, or threat of harm to self or others.</p> <p>Young people eligible for mental health services due to serious mental health problems.</p> <p>Children with emotional and behavioural disorders experiencing a psychiatric crisis requiring hospitalisation.</p>	<p>USA, UK, Germany</p> <p>USA</p> <p>USA</p> <p>USA</p>	<p>Disease-specific symptoms, general psychological functioning, acceptability and cost, admission rates, completion of treatment, use of out-of-home placement, length of stay, behavioural problems, deliberate self-harm, suicide, patient satisfaction, family functioning, satisfaction, return to school, school attainment, delinquency and substance abuse.</p> <p>Global Severity Index, Child Behaviour Checklist – care giver and teacher assessment (external and internal symptoms), Family-Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – youth self-reported and care giver assessment, days out of school, self-reported alcohol use, self reported marijuana use, arrested, youth and care giver satisfaction.</p> <p>Child Behaviour Checklist (internalizing), Child Behaviour Checklist (externalizing, Family-Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, youth risk behaviour, total drug use, minor delinquency, self-reported index offences, out-of-home placement, hospital admission and satisfaction of care giver.</p> <p>Family-Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Child Behaviour Checklist (total problems), Child Behaviour Checklist (internalizing), Child Behaviour Checklist (externalizing), Child Behaviour Checklist (social competency), Piers self concept Scale.</p>

	<p>anger management, communication, setting treatment goals and cognitive behavioural therapy.</p> <p>Comparison 3: Home-based treatment: Intensive psychotherapy</p> <p>Comparison 4: Intensive outpatient services</p>	<p>Inpatient treatment.</p> <p>Generic outpatient counseling.</p>	<p>Children with emotional and behavioural disorders.</p> <p>Children with emotional and behavioural disorders.</p>	<p>USA and Germany</p> <p>UK</p>	<p>Mannheim symptom Score, Marburg adaptation score.</p> <p>Summarised in another review (Meads 1999/2001).</p>
Integrated health care services					
Hayes 2011	<p>Collaboration between local health and local government agencies for health improvement: Any interventions of inter-agency collaboration and partnership between statutory health and local government agencies where the level of partnership between collaborators could be clearly determined (for example, who are the partner agencies and what are their roles within the partnership) and where the interventions were aimed at improving health.</p>	<p>Standard services.</p>	<p>All population types and all age groups were included. We extracted data for studies including first diagnosis within schizophrenia spectrum, chronic neurotic illness in primary care and first episode psychosis.</p>	<p>Denmark, UK, Denmark/Norway.</p>	<p>PANNS – the mean Positive and Negative Syndrome Scale, Global Assessment of function – GAF symptoms score, the mean GAF Functioning Score.</p>
Marshall 2011	<p>1. Phase specific treatment for preventing psychosis: Discrete interventions including medication regimes and care from a specialized team, which have been specifically developed for use in patients expe-</p>	<p>1. No treatment; non-specific supportive therapy or care from a specialised team (which did not offer phase-specific treatments to prevent onset of psychosis).</p>	<p>1. For trials to prevent the development of psychosis, people who were judged by the trialists to be in a prodromal phase of psychosis, on the basis of showing prodromal symptoms (however defined) were included.</p> <p>2. For trials to improve outcome in first-episode psychosis, people who were in their first episode of psychosis, or were in</p>	<p>Only one study from Denmark was relevant for our objective, but this study was also included in</p>	<p>No studies from this review were summarised by us.</p>

	<p>riencing prodromal symptoms.</p> <p>2. Phasespecific treatments for use in early stages of psychosis: Discrete treatments including medication regimes specifically developed for use in the early stages of psychosis. A phase-specific treatment may be offered by an individual therapist or provided in the context of receiving care from a specialised multidisciplinary team. More than one phasespecific treatment might be offered at the same time (for example, medication regime and cognitive therapy).</p>	<p>2. Standard care, or care from a specialized team(which does not offer the phase-specific treatment being provided in the treatment arm of the trial). Standard care would be the normal service for people with severe psychiatric illness in the region where the trial took place, and would normally consist of out-patient follow up, medication, and support form a community mental health team, but would not involve any phase-specific treatment or specialised team.</p>	<p>the process of recovering from their first episode were included. People with psychosis were defined as those presenting with any combination of delusions, hallucinations or thought disorder, or those who had been given a diagnosis of schizophrenia or schizophrenia-like disorder, bipolar disorder (manic episode i.e. with psychotic symptoms), or depression with psychotic features. The review excluded trials where the majority of participants were suffering from a learning disability or an organic psychosis.</p>	<p>two other reviews so we had to choose where to include it. We chose to keep it in Dieterich 2010.</p>	
<p>Smith 2007</p>	<p>Shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management: Any type of structured intervention that involved continuing collaborative clinical care between primary and specialist care physicians in the management of patients with pre-specified chronic diseases.</p>	<p>Usual care by the primary practitioner.</p>	<p>People or populations with a specified chronic disease who were enrolled in a defined, shared-care service provided by primary and specialty care practitioners.</p>	<p>UK, Ireland, Australia, New Zealand, USA, Denmark, Sweden.</p>	<p>Percent recovered from depression, treatment satisfaction, percent appropriate medication, medication use, mental health outcomes, psychosocial outcomes, hospital admissions, treatment satisfaction.</p>
<p>Continuity of care</p>					

Dieterich 2010	<p>Comparison 1: Intensive case management: Interventions and management packages not focused primarily on alternatives to acute hospital admission: 1. Intensive Case Management where the majority of people received:</p> <p>a. A package of care shaped either on the:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assertive Community Treatment model, being based on the Treatment in Community Living, Assertive Community Treatment (Stein 1980); or • Assertive Outreach model (Witheridge 1982, Witheridge 1991) (i.e. multidisciplinary team-based approach, practicing 'assertive outreach', providing 24 hrs emergency cover, providing care themselves)(McGrew 1995); or the • Case Management model (Intagliata 1982) however described as such in the trial report. <p>b. With a caseload up to and including 20 people.</p> <p>Comparison 2: As above.</p>	<p>1: Standard care where the majority of people received: A community or outpatient model of care not specifically shaped on either the model of Assertive Community Treatment and Case Management, and not working within a specific designated named package or approach to care.</p> <p>2. Non-Intensive Case Management. We defined non-intensive Case Management: A caseload over 20 people.</p>	<p>A majority of participants were required to be i. within the age range 18 to 65, ii. suffering from severe mental illness preferably as defined by National Institute of Mental Health 1987 but, in the absence of that, from illness such as schizophrenia, schizophrenia-like disorders, bipolar disorder, depression with psychotic features or/and personality disorder; and iii. not acutely ill. Substance abuse was not considered to be a severe mental disorder in its own right, however studies were eligible if they dealt with people with both diagnoses, that is those with severe mental illness plus substance abuse. Dementia and mental retardation are not considered to be a severe mental disorder, hence studies focusing on these populations were excluded. We considered only participants treated in the community-care setting.</p>	USA, Canada, Europe, Australia	Various outcomes for service use, adverse events, global state, social functioning, mental state, behaviour, quality of life, participants' satisfaction, participants' need, costs.
Shepperd 2010	Discharge planning from	Standard care with no structured	All patients in hospital (acute, rehabilitation or community)	UK	Hospital length of stay, unscheduled readmission rates,

	hospital to home: Development of an individualised discharge plan for a patient prior to them leaving hospital for home	discharge planning	irrespective of age, gender or condition.		mortality, patients' place of discharge, outpatient attendance, first visits to the emergency room, number of falls at follow-up.
Communication and case discussion between distant health professionals					
No relevant systematic reviews of high quality identified					