

Tverrsektoriell samhandling om pasienter
med lett til moderat depresjon –
Virker det?

Krystyna Hviding

Master of Public Health

MPH 2007:18



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel Tverrsektoriell samhandling om pasienter med lett til moderat depresjon. Virker det?				
Författare Krystyna Hviding				
Författarens befattning och adress Seniorrådgiver Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Postboks 7004, St Olavs plass N-0130 Oslo Norge				
Datum då oppsatsen godkändes 17 augusti 2007			Handledare NHV/extern MD, PhD Signe Flottorp	
Antal sider 70	Språk – oppsats Norsk	Språk – sammanfattning Norsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-26-9
Sammanfattning Hensikt: Kartlegge ulike samhandlingstiltak for pasienter med lett til moderat depresjon, og vurdere effekter av de identifiserte tiltakene for pasientene og helsetjenesten. Metode: Oppsummering (meta-oversikt) av systematiske oversikter. Litteratursøk: Medline, Cochrane Library, SWEMED, EMBASE and Cinahl database. Seleksjonskriterier: Systematiske oversikter publisert 1995-2006 om effekter av samhandling i allmennpraksis om voksne pasienter med lett til moderat depresjon. Kontrolltiltak var standard behandling gitt i allmennpraksis. Eksklusjonskriterier: Studier med overvekt av pasienter med alvorlig depresjon, rusmisbruk eller andre alvorlige psykiske lidelser ble ekskludert. Valg av studier: Alle relevante studier var systematisk og kritisk vurdert i forhold til definerte inklusjonskriterier og kvalitet. Primære utfallsmål var: depresjonssymptomer, psykososial funksjon, kvalitet av tjenester. Syntese av resultater: Narrativ syntese av resultater. Resultater: Åtte systematiske oversikter ble inkludert. Studiene var utført i andre helsesystemer enn de skandinaviske med overvekt av studier fra USA og England. Populasjonen inkluderte pasienter med lett til moderat depresjon og noen med alvorlig depresjon. Identifiserte modeller for samhandling: integrerte behandlingsprogrammer, opplæringstiltak, spesialister i allmennpraksis, rådgivning, <i>case-management</i> , samhandling om behandling. Overførbarhet av resultater fra studiene til skandinavisk setting er usikker. Det er behov for norske og skandinaviske studier. Kvalitativ forskning vil kunne belyse hvilke faktorer som fremmer eller hemmer samhandling i helsetjenesten. Konklusjon <ul style="list-style-type: none">• Samhandling i allmennpraksis mellom nivåene i helsetjenesten om voksne pasienter med depresjon synes å bedre kvaliteten av tjenester og behandlingsutfall for pasientene i større grad enn standard behandling.• Opplæringstiltak kombinert med psykiatrisk kompetanse i allmennpraksis og aktiv oppfølging synes mest effektive for pasienter med lett til moderat depresjon.• Evidensen er utilstrekkelig for en direkte sammenligning av klinisk effekt eller kostnadseffektivitet av de identifiserte modellene for samhandling.• Det er behov for mer forskning om hvilke pasienter som har mest nytte av samhandling og hvilke elementer av de sammensatte tiltak som har størst betydning for resultatet.				
Nyckelord: depresjon, behandling, allmennpraksis, spesialisttjenesten, samhandling				



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Collaboration health care for patients with mild to moderate depression. Is it worth the effort?				
Author Krystyna Hviding				
Author's position and address Senior Advisor Norwegian Knowledge Centre for the Health Services PO Box 7004, St Olavs plass N-0130 Oslo Norway				
Date of approval August 17, 2007			Supervisor NHV/External MD, PhD Signe Flottorp	
No of pages 70	Language – essay Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-26-9
Abstract <p>Objectives: To identify different models of collaborative care for mild to moderate depression in primary care settings and to evaluate their effectiveness.</p> <p>Method: Meta-review/ Overview of systematic reviews. Search: Medline, Cochrane Library, SWEMED, EMBASE and Cinahl database. Selection criteria: systematic reviews of controlled clinical trials of collaborative care in primary practice versus usual care for patients with mild to moderate depression. Exclusion criteria: Systematic reviews with majority of studies with patients with serious depression or other mental disorders or pure treatment studies. Data collection and analysis: All relevant studies published between 1995 and 2006 were systematically assessed for relevance and methodological quality. Primary outcomes were level of depression, psycho-social functioning and quality of care. The results are presented as a narrative synthesis.</p> <p>Results: Eight systematic reviews were included. Much of the evidence is based on studies performed in USA or UK. Patients with minor to moderate or even major depression were included. Interventions: educational tasks, counselling, disease management programmes, guidelines, managed care, case management, on-site specialist, shared care, active follow-up. It appears that complex interventions which include educative tasks towards guideline – based care combined with on-site specialist at primary care level improve both the quality of care and clinical outcomes compare to usual treatment. The evidence may not be directly applicable to a Nordic health care setting. There is a need for Nordic studies. Future studies would benefit from the addition of qualitative research about the conditions that facilitate or prevent collaboration in health care.</p> <p>Conclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborative service delivery in primary health care of patients with depression appears to be more effective intervention compare to usual care in terms of symptoms reduction, better adherence to treatment and psycho-social functioning and enhance quality of care. • Educative interventions combined with on-site specialist in primary care setting and active follow-up were the most frequent components of effective interventions. • The evidence is insufficient to provide a definitive answer to clinical effectiveness and cost-effectiveness of individual models or to make a comparison between models. • It is unclear which patients gain most profit from collaborative service delivery or which elements of complex interventions are most effective. We need more research. 				
Key words: depression, collaborative care, primary health care, specialist care, models-organizational				

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Introduksjon.....	5
Mål med oppgaven	6
Definisjon av samhandling	6
Metode	6
2. Bakgrunn	7
Depresjon.....	7
Organisasjon av helsetjenester i et folkehelseperspektiv	9
Organisering av psykiatrisk omsorg i Norge.....	10
Organisatoriske utfordringer	11
Samhandling i helsetjenesten.....	12
Kunnskapsbasert praksis	15
3. Metode.....	16
Arbeidsmetode med kunnskapsoppsummering	16
Søk etter relevant litteratur	17
Utvelgelse og kvalitetsvurdering av studier	18
Datainnhenting	18
Sammenfatning av resultatene.....	19
Etiske overveielser.....	19
4. Resultat	21
Dokumentasjonsgrunnlaget	21
Inkluderte studier.....	21
Identifiserte modeller for samhandling.....	22
Organisatoriske tiltak.....	22
Hva er effekten av de identifiserte organisatoriske samhandlingstiltak?	25
Faglige tiltak	28
Hva er effekten av de identifiserte faglige tiltak?.....	29
Oppsummering	32
5. Diskusjon.....	33
Konklusjon	35
Implikasjon for praksis	36
Referanseliste.....	37
Vedlegg.....	41
Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av relevans for problemstillingen	41
Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av systematiske oversikter	43
Vedlegg 3: Ekskluderte studier.....	44
Vedlegg 4: Søkestrategi.....	45
Vedlegg 5: Evidenstabeller av inkluderte studier.....	57

1. Introduksjon

Samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten forventes å bidra til bedre ressursutnyttelse og høyere kvalitet av tjenester enn standard behandling som vanligvis gis på ett av nivåene. Psykisk helse er et tjenesteområde som omfatter både sosial- og helsetjeneste og der kravet om et helhetlig tjenestetilbud skaper store utfordringer for helsesektoren. Organisatoriske endringer i psykiatrien med sterkere fokus på ambulant behandling nær pasientens bosted framfor sykehusinnleggelse, stadig kortere sykehusopphold, og overføring av videre behandling til primærhelsetjenesten har forsterket behovet for samhandling.

De aller fleste norske pasienter med lette til moderate psykiske lidelser blir i dag utredet og behandlet av leger i allmennpraksis. Allmennleger har også en viktig rolle som døråpner til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og andre tjenester og ytelser. Denne utviklingen er i tråd med organisatorisk utvikling av tjenester internasjonalt og med internasjonale anbefalinger (1-3).

På bakgrunn av Stortingsmelding "Åpenhet og Helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" vedtok Stortinget en åtteårig opptrappingsplan fra 1999-2006 for å styrke tilbudet til denne pasientgruppen. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble under behandlingen av statsbudsjettet for 2004 utvidet til å gå fram til og med 2008 (4). Evalueringen av de første tre år av Opptrappingsplanen konkluderte med at samhandlingen mellom tjenester i kommunene og mellom spesialisthelsetjenestene er fortsatt mangelfull. Som konsekvens av denne evalueringen ble det etterlyst flere helhetlige tiltak på tvers av nivåer og linjer i helsevesenet for å forbedre kvaliteten av behandlingen for pasienter med mentale lidelser (5). Pasient- og brukerorganisasjonene understreker også betydningen av samhandling for kontinuitet og kvalitet av behandlingen for pasienter med psykiske lidelser.

Samhandling i helsetjenesten innebærer at aktørene tar ansvar for å legge til rette for at tjenestene framstår som sammenhengende og planlagte med klare ansvarsfordelinger mellom nivåene. Nasjonalt og internasjonalt brukes mye ressurser på prosjekter som har som hensikt å bedre samarbeid mellom ulike aktørene innen psykisk helse.

Kunnskapsgrunnlag fra eksisterende forskning bør i større grad legges til grunn for utøvelse av praksis og organisering av helsetjenester for pasienter med psykiske lidelser. Oppsummert forskning vil sannsynligvis kunne gi svar på om samhandling kan bidra til å løse noen av problemer som ingen av nivåene klarer å løse alene og peke på hvilke samhandlingsmodeller som er mest effektive.

Denne oppgaven oppsummerer resultater fra åtte systematiske oversikter av effekt studier utført på ulike modeller av samhandlingstiltak mellom første - og andrelinje helsetjenester for pasienter med lett til moderat depresjon.

Mål med oppgaven

Målet med oppgaven var å kartlegge ulike samhandlingstiltak for pasienter med lett til moderat depresjon, og deretter systematisk og kritisk vurdere effekter av de identifiserte tiltakene for pasientene og helsetjenesten.

Problemstilling

- Hvilke typer samhandlingstiltak på tvers av nivåene i helsetjenesten brukes for pasienter med lett til moderat depresjon?
- Hvordan påvirker samhandlingstiltak den kliniske effekten av behandlingen og kvaliteten av tjenester sammenlignet med standard behandling?
- Er samhandling mer kostnadseffektiv enn standard behandling?

Definisjon av samhandling

I litteraturen brukes ordet samhandling til å beskrive mange ulike tiltak med stor variasjon av faglig innhold. Det har vist seg derfor nødvendig å lage en operasjonalisert definisjon av samhandling for denne oppgaven for å avgrense og spesifisere aktuelle tiltak.

Jeg har valgt å definere samhandling som en arbeidsform som skal innebære utveksling av informasjon og deling av behandlingsansvar for den enkelte pasient eller en definert pasientgruppe mellom ulike nivåer i helsetjenesten (vertikalt samarbeid).

Samhandling innebærer at aktørene tar ansvar for å legge til rette for at tjenestene framstår som sammenhengende og planlagte. Samhandlingens mål er å understøtte pasientens behov for en helhetlig helsetjeneste.

Metode

Denne oppgaven er utført som en kunnskapsoppsummering (meta-oversikt). Jeg har fulgt arbeidsmetoden beskrevet i Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten (6). Oppsummeringen bygger på systematiske oversikter, det vil si oversiktsartikler der forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte for å innhente, vurdere og sammenstille resultatene fra flere publiserte enkeltstudier. Resultatene er drøftet i et norsk perspektiv.

2. Bakgrunn

Psykiske lidelser representerer et stort helseproblem i hele verden. Det antas at depresjonssykdommer utgjør 4,4 % av den totale globale sykdomsbyrden og topper listen over de mest belastende sykdommer med store økonomiske konsekvenser for både individ og samfunnet. (1;7). Depresjon leder til redusert fysisk og psykisk funksjonsnivå og medfører ofte nedsatt arbeidskapasitet. Sykdommen har ofte langvarig forløp og risikoen for tilbakefall er stor. Det er en stor utfordring for allmennhelsetjenesten å tilby adekvat oppfølging og behandling av psykiske lidelser. Internasjonale og norske undersøkelser viser at allmennleger ofte har mangelfull kompetanse på diagnostikk og behandling av pasienter med depresjoner (8;9). Samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan derfor være avgjørende for bedre kvalitet av tjenester for denne pasientgruppen. (10-13).

Depresjon

Depresjon er karakterisert av lavt stemningsleie og preges av emosjonelle symptomer med tristhet og håpløshet, kognitive symptomer med konsentrasjonsvansker, manglende motivasjon eller handlingslammelse og somatiske symptomer: søvnløshet, appetittmangel, smerter i kroppen. Tilstanden ledsages ofte av redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, liten selvtillit og mindreverdighetsfølelse (14).

Forekomsten av lettere depresjoner er økende, og prevalensen er høyest i urbane strøk. Om lag 20 % av kvinner og 10 % av menn vil ha depressive episoder i løpet av livet mens omtrent 5 % vil ha kroniske, milde depressive plager. Depressive forstyrrelser er 2-3 ganger hyppigere enn alvorlig depresjon. Mange pasienter sliter med residiverende episoder. Andelen voksne i befolkningen som på et gitt tidspunkt har depresjon anslås til 3-5 %. Ettårsprevalens i Norge er på om lag 8 %. Frekvensen av depresjoner i Norge er økende uten at vi kjenner til årsaker til dette (4;15).

Diagnosen stilles på bakgrunn av symptomer og symptomvarighet. Det kliniske bildet kan variere hos en og samme pasient over tid. Eldre pasienter kan ha atypiske symptomer. Depresjoner har ofte svingende forløp med ulik alvorlighetsgrad over tid. Prognosen for den enkelte depressive episode er god, men bare en tredel av pasientene blir helt bra. Over 70 % av pasientene opplever residiverende episoder av depresjon av ulik alvorlighetsgrad (14).

Etiologi (sykdomsårsak)

Det er hovedsakelig tre modeller som anvendes i et forsøk på å forklare depresjonens etiologi med utgangspunkt i enten biomedisinsk forståelse (*nevrobiologisk modell*), psykososial forståelse (*psykoterapeutisk modell*), eller *biopsykososial* forståelse av sykdommen(16).

Den *nevrobiologiske modellen* forklarer depressive symptomer med endringer i funksjon av serotoninreseptoren 5-HT og strukturelle endringer i hjernen som påvirker emosjonelle, kognitive og autonome funksjoner. Behandlingen er tradisjonelt somatisk med medisiner og elektrostimulering.

Den psykoterapeutiske modellen tar utgangspunkt i en rekke sosiale hendelser som kan utløse depresjoner: tap av nære personer, eksistensielle kriser og ulykker. Konflikter og utviklingssvik i barndommen eller feilaktig innlærte atferds- og tankemønstre anses som sentrale for utvikling av psykopatologiske forhold. Pasientene behandles med dynamisk psykoterapi eller atferdsterapi og kognitiv terapi.

Den sosial modellen anser at ulikheter i sosiale levekår og samfunnsforhold er vesentlige faktorer for utvikling av psykopatologi. Behandlingen vektlegger sosial integrasjon, nettverksbygging og familierapi i tillegg til medikamentell behandling.

Diagnostiske kriteria ved depresjon

Tilstanden skal ha vart i minst to uker og ikke være et resultat av somatisk sykdom, eller rusmisbruk. Hovedsymptomene er depressiv stemningsleie, interesse- og gledesløshet, og energitap med økende tretthet. Andre symptomer som ofte følger med er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert evne til å lese og holde tråden i en samtale, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse, planer om eller utføring av selvskade, eller selvmordstanker, søvnforstyrrelser, redusert matlyst, endret appetitt.

Det differensieres mellom flere ulike typer depressive lidelser:

Mild depresjon: To hovedsymptomer og minst to andre symptomer, men ingen har alvorlig grad. Pasienten kan vanligvis fungere med noen vansker sosialt og i arbeid.

Moderat depresjon: To hovedsymptomer og minst fire andre symptomer, flere symptomer har alvorlig grad. Pasienten fungerer vanligvis ikke sosialt eller i arbeid.

Alvorlig depresjon: Alle tre hovedsymptomer og minst seks andre symptomer hvorav flere har svært alvorlig grad. Pasienten fungerer ikke sosialt eller på arbeid og har ofte problemer med daglige gjøremål

Skalaer for måling av depresjonsgrad deles i selvrapporrtmetoder, gjerne spørreskjema, basert på pasientens egen vurdering, eller vurderingsskalaer, basert på klinikers vurdering gjennom intervju. Blant de vanligst brukte selvrapporrtskjemaene er Beck Depresjons Inventorium (BDI), Center for Epidemiological Studies - Depresjonsskala (CES-D), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Zung depresjonsskala og Spielberg Depression Scale. Den mest brukte vurderingsskalaen er Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) og Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).

Behandling av depresjoner

Valg av behandlingsmetode ofte er knyttet til sykdommens alvorlighetsgrad, pasientens preferanser men også hvilken modell som legges til grunn i forståelsen av psykiske sykdommer (17). De fleste pasientene i allmennpraksis behandles hovedsakelig medikamentelt eller i kombinasjon med samtalerapi (1;18). Legemidler mot depresjon (antidepressiver) deles inn i tre hovedgrupper avhengig av virkemekanismen (18):

1. Serotonin-reopptakshemmere (SSRI-medikamenter).

Dette er en gruppe relativt nye antidepressive medikamenter som er blandt de mest

brakte i Norge. Følgende virkestoffer finnes på registret i Norge: fluoksetin, citalopram, escitalopram, paroxetin, sertralin og fluvoksamin.

2. Monoaminoksidase-hemmere

Preparater på det norske markedet inneholder virkestoff moklobemid.

3. Ikke selektive monoaminoreoptakshemmere og andre antidepressiva.

Til den gruppen tilhører trisykliske antidepressiva.

Som oftest kombineres medikamentell behandling med andre former for terapi slik som: kognitiv terapi eller atferdsterapi, psykoterapi, psykologisk støttekurs eller kurs i mestring av depresjonen. Enkelte depresjoner behandles med lysterapi.

Depresjon i allmennpraksis

Det estimeres at omlag 20-30 % av alle pasienter som behandles i primærhelsetjenesten har en eller annen form for psykisk lidelse (DSM-IV kriterier). Den typiske pasient som behandles for depresjon i allmennpraksis er i alderen 35-55 år, har søvnproblemer, vedvarende tretthet og lav stemningsleie, mens de psykiske symptomene kan være noe mindre uttalt. I tillegg til depresjon har pasienten ofte andre somatiske symptomer og ikke sjelden en annen kronisk sykdom. En status rapport fra Den norske legeforening viser at 90 % av alle pasienter med psykiske lidelser får hjelp av sin fastlege, og at kun 10 % av pasientene henvises til spesialisttjenesten (19). De fleste pasienter har også løpende kontakt med sin fastlege mens de går til behandling hos en spesialist (20). Det er fastlegen som har hovedansvar for diagnostikk og behandling av pasienter i primærhelsetjenesten. I økende grad fungerer fastlegen også som en koordinator av helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten bistår fastlegen med utredning og diagnostisering av pasienten samt faglig oppfølging av pasienter. Ifølge helseforetaksloven § 41 og kommunehelsetjenesteloven § 1-4 skal det samarbeides på tvers av nivågrensene i tjenesten.¹

Organisasjon av helsetjenester i et folkehelseperspektiv

Velferdsstaten er i all hovedsak et helsebringende samfunn fordi den bygger på grunnleggende prinsipper om felleskap, rettferdighet, likestilling og frihet. Arbeidsledigheten er lav, utdanningsnivå i befolkningen er relativt høy og det finnes gode velferdsordninger som gir trygghet ved sykdom og uførhet. Helse er et flertydig begrep og har ulike definisjoner. Verdens helseorganisasjon (WHO) bruker følgende definisjonen av helse: *Helse er tilstand av fullstendig kroppslig, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom.* Dette er en optimal definisjon av helse og kan betraktes som definisjon av mål både for individer og samfunn. Definisjonen er omdiskutert og er ofte omtalt som utopisk. Denne definisjonen blir vanskelig å bruke i forhold til mennesker som er kronisk syke, og hvor målet med behandlingen ikke er å gjøre pasienten helt frisk slik at de kan potensielt

¹ Lov av 19. november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene
Lov av 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak.

oppnå helse, men å redusere sykdomsbyrden og å forebygge tilbakefall. Pasienter med moderate til alvorlige depresjoner tilhører den gruppen.

I et folkehelseperspektiv er samhandling innen helsesektoren alene utilstrekkelig for å forbedre helse. Opplevelse av helse eller sykdomstilstand dannes og påvirkes av faktorer som hovedsakelig ligger utenfor helsesektoren, og det er viktig å innse at andre sektorer som sosial- og trygdeetaten, arbeidsetaten, utdanningsetaten og transport og miljø også har innflytelse på opplevelse av helse og sykdom. Hver av disse sektorene arbeider på et overordnet nivå for å skape mer helse og for et bedre samfunn, men de har som oftest definert sine mål i forhold til de samfunnsproblemer som de selv er ansvarlige for. For å bedre den generelle helsetilstand i befolkningen er det nødvendig med økt samhandling mellom alle disse sektorene, i tillegg til bedre samhandling mellom ulike helseprofesjoner og ulike nivåer i helsetjenesten. Den store utfordringen sett fra et folkehelseperspektiv er å få ulike sektorer og etater til å arbeide sammen og bruke sine ressurser i felleskap for å løse felles samfunnsproblemer. Effektiv forebygging og behandling av sykdommer krever derfor en helhetlig tilnærming til pasienten på individnivå og på samfunnsnivå.

Organisering av psykiatrisk omsorg i Norge

Historikk

Psykiatriske klinikker ble bygget ut først i det 20. århundret. Psykiatrien var helt fram til 1950-tallet hovedsakelig basert på hospitalisering av de alvorlig syke. De første medisinene mot angst og depresjoner kom i begynnelsen av 1960 tallet. Særlig pga. antipsykotiske medisiner kunne flere pasienter behandles poliklinisk. Fra slutten av 1970-tallet har det skjedd en betydelig reduksjon i antall psykiatriske sykehussenger. Nedbyggingen av de psykiatriske sykehusene ble fulgt av en oppbygging av alternative tiltak i kommunene, med dagsentra, service boliger, aktivitetssentra (21).

Målet med omorganiseringen var at de fleste pasienter skulle få individuelt tilpasset tilbud nær sitt bosted. Psykiatriske tjenester i Norge er organisert i tre hovedgrupper: sykehus, distriktpsikiatriske sentra og privatpraktiserende avtalespesialister. De psykiatriske sykehjemmene er overført til kommunene. Det er etablert en differensiert tilbud med dag og natthospitaler, sykehjem og ettervernshjem og større grad av poliklinisk behandling ved de distriktpsikiatriske sentre (DPS).

Et helhetlig og sammenhengende tilbud til pasienter med psykiske lidelser forutsetter et nært samarbeid mellom tjenester og etater.

Spesialisthelsetjenesten

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) er faglig selvstendige enheter med ansvar for en vesentlig del av allmennpsykiatriske tjenester innen et geografisk opptaksområde. DPS skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse. Organisationsk er DPS forankret i spesialisthelsetjenesten, men har funksjoner som krever nært samarbeid med kommunene. Utbygging av DPS er en hovedsatsing i Opptappingsplanen for psykisk helse. Spesialisthelsetjenesten skal i følge loven om

Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten som ble innført 1. januar 2001, bistå og fungere som veileder for kommunetjenestene, slik at kvaliteten på tjenestene til brukerne blir best mulig. DPS har en sentral rolle innen spesialisthelsetjenesten i forhold til samarbeid med priærhelsetjenesten (22).

Primærhelsetjenesten

Fastlegeordningen som ble innført 1. juni 2001 hadde som formål å bedre tilgjengelighet og kontinuitet i kontakten mellom lege og pasient, men også bidra til bedre samarbeid omkring pasienten. Fastlegen henviser pasientene til spesialist eller sykehus for å sikre adekvat vurdering og videre behandling. Fastlegen er en av de viktigste samarbeidspartnere for DPS innen kommunen, både som henvisende instans og i oppfølgingen av ferdig behandlede pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Praksiskonsulentordningen/ praksiskoordinator

Praksiskonsulentordningen (PKO) ble etablert for å bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, etter modell fra Danmark. Tiltaket går ut på at helseforetakene har etablert deltidsstillinger for allmennleger i sykehusavdelinger for å bedre dialogen mellom første- og annenlinjetjenesten. Ordningen er ikke evaluert systematisk på nasjonalt nivå. (www.pko.no). I underkant av ti allmennleger arbeidet ved psykiatriske avdelinger som praksis konsulenter høsten 2007.

Individuell plan

Innføring av individuelle planer skal fremme samarbeid på tvers av nivågrensene. Forskrift om individuelle planer er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Målsettingen med forskriften er å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester ved å styrke samarbeid både horisontalt (tverrfaglig) og vertikalt (mellom nivåene) i tjenesten (23).

Wisløff- utvalget vurderte innføringen og den praktiske bruken av individuell plan som mangelfull, og utvalget fremmet en rekke forslag til forbedringstiltak også i forhold til samhandling (24).

Organisatoriske utfordringer

I utviklingen av moderne helsetjenester er integrerte tjenester og helhetlig behandlingsskjede av pasienter med sammensatte behov et viktig tema. Det er et uttalt politisk ønske om økt samhandling på tvers av profesjoner og ulike sektorer i behandlingen av pasienter med sammensatte behov som må forholde seg til ulike aktører. Profesjonell samhandling forutsetter tydelige politiske prioriteringer av ressurser og en overordnet enighet om hvilke problemstillinger eller pasientgrupper som det skal samarbeides om.

Det er flere utfordringer i grenseflaten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge. For det første representerer primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten forskjellige nivåer i det offentlige hierarkiet. Ansvarsfordelingen mellom nivåene er

ikke alltid klar, og det er flere gråsoner mellom nivåene. De to tjenestenivåene har ingen felles strategi for samarbeid. Finansieringsordningene er slik at primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er finansiert av forskjellige kilder og det er få incentiver for samarbeid mellom nivåene. Pasientens selvbestemmelsesrett og hensynet til personvern og taushetsplikt hemmer i enkelte tilfeller informasjonsutveksling og vanskeliggjør samarbeid. Pasientene får ofte dårlige helsetjenester enn det de forventer fordi organisasjonsstrukturen i helsetjenesten i stor grad ivaretar spesialkompetanse og verner om spesialister og deres spesifikke fagområder, fremfor å bygge organisasjoner med utgangspunkt i pasientenes problemer og behov.

Flere undersøkelser har pekt på mangelfull samhandling i norsk helsevesen. Helsetilsynets Status rapport om tjenester til mennesker med psykiske lidelser beskriver organisatoriske utfordringer knyttet til samhandlingen mellom nivåene (vertikal samarbeid) blant annet ved utskrivning og overganger mellom tjenestetilbudene (19).

Ulike utfordringer knyttet til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten for pasienter med kroniske sykdommer er evaluert i utredningen ” Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste” NOU 2005:3. Utredningen viser til svikt både på individnivå og på systemnivå i forhold til psykiatriske pasienter. Utredningen peker på manglende balanse mellom den betydningen samhandling har for realisering av helsepolitiske mål, og dagens krav til dokumentasjon av effekt, forskning og kunnskapsutvikling på området (24). Forskningsresultater kan ofte være vanskelig tilgjengelig for beslutningstagere og resultater fra studier utført i utlandet kan ha begrenset overføringsverdi. Nasjonale prosjekter blir sjeldent vitenskapelig evaluert.

Samhandling i helsetjenesten

Den økte oppmerksomheten på samhandling i helsetjenesten har sitt utgangspunkt i et stadig økende krav til effektivitet og sammenhengende behandlingsforløp som må løses innenfor rammer av begrensede ressurser. Stadig flere ser på økt samhandling mellom nivåer og profesjoner innen helsetjenesten som en mulig løsning for problemer som ingen av etater klarer å løse alene. Det forventes at samhandling vil gi bedre ressursutnyttelse og øke kostnadseffektiviteten av tjenester samtidig som kvaliteten av tjenester vil bli bedre.

Begrepet *samhandling* brukes både som overordnet begrep for en rekke ulike intervensjoner, men også som frittstående begrep for å beskrive en gitt form organisering av arbeid/samhandling, eller samarbeid. Som oftest brukes begrepene i forbindelse med oppgaver som utføres av flere personer eller institusjoner som arbeider mot samme mål.

Det finnes utallige definisjoner av samhandling eller samarbeid i litteraturen. I norsk litteratur anvendes ord som tverrsektorielt- eller tverrprofesjonelt/tverrfaglig samarbeid eller samhandling for å beskrive prosesser som i engelskspråklig litteratur omtales som *shared care*, *co-ordination*, *co-operation*, *collaboration* og *integrated health care*. Dette er sekkebegreper som rommer mange intervensjoner som foregår på tvers av nivåer i helsetjenesten. Det finnes ingen entydig norsk definisjon av disse begrepene, eller ett

passende ord som er dekkende. Figur 1 illustrerer samhandling mellom nivåene for pasienter med depresjoner

Fig.1 Samhandling mellom nivåene

Spesialisttjenesten

Diagnostisering, utredning, behandling, utskriving, oppfølging av pasienter og veiledning i primær helsetjenesten



Fastlegen

Diagnostisering, behandling, oppfølging og eventuell henvisning til utredning, eller innleggelse (døråpner)

Pritchards og Hughes gir følgende definisjon: Shared care applies when the responsibility for the health care of the patients is shared between individuals or teams who are part of separate organisations, or where substantial organisational boundaries exist (25). Denne definisjonen omfatter "shared care" som foregår både vertikalt og horisontalt.

En kanadisk utredning fra 2006 utarbeidet av Canadian Collaborative Mental Health Initiative beskriver samhandling slik: "*Collaborative care involves providers from different specialties, disciplines or sectors working together to offer complementary services and mutual support, to ensure that individuals receive the most appropriate provider in the most suitable location, as quickly as necessary and with minimum of obstacles*"(26).

En av de første norske definisjoner finnes i Odd Kvammes doktorgradsavhandling: "det å handle sammen på koordinert vis for at helsetjenester for den enkelte pasient eller pasientgrupper i egen linje skal tilpasses tjenester i den andre linjen" (27). Denne definisjonen vektlegger gjensidig samordning av tjenester til det beste for pasienten.

Wisløff-utvalgets utredning om samhandling i helsetjenesten definerte samhandling i helsetjenesten som: "aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen. Samhandlingen vil kunne gjelde pasienter, pårørende, pasient- og brukerorganisasjoner, tjenesteutøvere i ulike deler av hjelpeapparatet, interesseorganisasjoner, besluttede myndigheter, ombudsordninger, kontrollmyndigheter og klageinstanser. I tillegg kan ulike fagmyndigheter og

fagmiljøer, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer være viktige premissleverandører for hvorledes det samhandles mellom disse (24).

Samhandling kan også ses som et overordnet begrep for et kontinuum der samordning utgjør den ene ytterligheten og sammensmelting den andre, og som en kontinuerlig prosess som er under stadig utvikling (28).

Tverrsektoriell samhandling beskrives både som middel til å nå målet om bedre helsetjenester og som et mål i seg selv. Samhandling (collaboration) skal i teorien muliggjøre oppnåelse av mål som ingen av partnere vil kunne nå alene. Samhandling tar ulike former avhengig av graden av integrering, og foregår som oftest både vertikalt og horisontalt. Graden av integrering varierer. Det teoretiske konseptet for ulike former for integrering er illustrert av Axelsson & Bihari i figuren nedenfor (29).

Figur 2. Graden av integrering

		Horisontal integrering	
		Lav	Høy
Vertikal integrering	Lav	Co-ordination	Co-operation
	Høy	Contracting	Collaboration

Integrering kan ses på som et kontinuum mellom to ytterpunkter: autonomi og fusjon. Forfatterne mener at god samhandling mellom nivåene forutsetter stor grad av horisontal integrering.

Gjennom studier og systematiske evalueringer av samhandlingsprosjekter har det vært mulig å identifisere både positive og negative faktorer som påvirker graden av et vellykket samhandlingsprosjekt. Blant de faktorer som fremmer samhandling nevnes som oftest viktigheten av det å ha felles målsetting og felles aksept for gruppens verdier og normer, samt klare roller og ansvarsfordeling og en arbeidskultur som fremmer kvalitet i tjenesten. Et annen viktig moment er fri flyt av informasjon og god kommunikasjon og full deltagelse i beslutninger. Engasjerte ledere som klarer å skape en følelse av forpliktelse og engasjement overfor gruppen kan bidra til bedre samhandling.

Identifiserte hindringer i samhandling er som oftest manglende felles strategi for eksternt samarbeid, ulik målsetting og ideologi samt manglende forståelse og respekt for hverandres roller og oppgaver. Dårlig kommunikasjon mellom partene og territorial konflikt kan forsterke den negative effekten. (9;30).

Kunnskapsbasert praksis

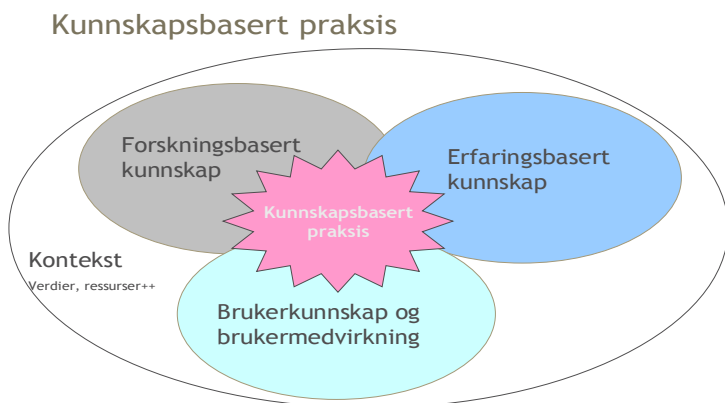
Kunnskapsbasert fagutøvelse/ praksis er et mål for hele helsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis har sin opprinnelse i begrepet evidens basert medisin: *Evidence-based medicine (EBM) is the intergration of best research evidence with clinical expertise and patient values* som ble utviklet på 80-tallet av en gruppe forskere ved McMaster University i Canada med David Sackett i spissen (31;32). Tanken bak utviklingen av EBM var ønske om å basere tiltak i helsetjenesten på forskning for å sikre at vi gjør mer nytte enn skade. Denne tankegangen har fått positiv oppslutning hos de fleste helseprofesjoner. I tillegg til kunnskapsbasert medisin finnes det etablerte forskningsmiljøer innen kunnskapsbasert fysioterapi og sykepleie. Stadig flere land krever at nasjonale retningslinjer for behandling skal være kunnskapsbasert og at forskningsbasert kunnskap legges til grunn for utøvelse av praksis.

Kunnskapsbaserte helsetjenester forutsetter at beslutninger baseres på troverdig og pålitelig forskning, der hvor dette er mulig. Denne kunnskapen fremskaffes ved å identifisere, kritisk vurdere, og oppsummere tilgjengelig forskning fra enkeltstudier eller ved å bruke eksisterende systematiske oversikter og andre typer gode kunnskapsoppsummeringer. Samtidig vises til behov for forskning på områder hvor dokumentasjonen er mangelfull.

Udokumenterte tiltak er ikke nødvendigvis ensbetydende med unyttige tiltak, og praksisbasert kunnskap er noen ganger det eneste vi har å tilby pasientene i påvente av forskningsbasert dokumentasjon eller noen ganger fordi det vil være umulig å fremskaffe forskningsbasert dokumentasjon. Det bør imidlertid kreves at helsetjenesten dokumenterer effekten av alle tiltak som brukes for å bedre dokumentasjonsgrunnlaget.

Resultater fra forskningen alene er utilstrekkelig som grunnlag for klinisk praksis. Kunnskapsbasert praksis innebærer at den forskningsbaserte kunnskapen (evidens basert kunnskap) settes sammen med erfaringsbasert kunnskap hos fagutøvere (profesjonskunnskap) og brukernes erfaringer og preferanser og tilpasses en ramme av gjeldende lovverk og tilgjengelige ressurser. Dette kan illustreres med denne modellen for kunnskapsbasert praksis hvor alle disse elementene er integrert og danner grunnlag for praksis.

Figur 3: Kunnskapsbasert praksis

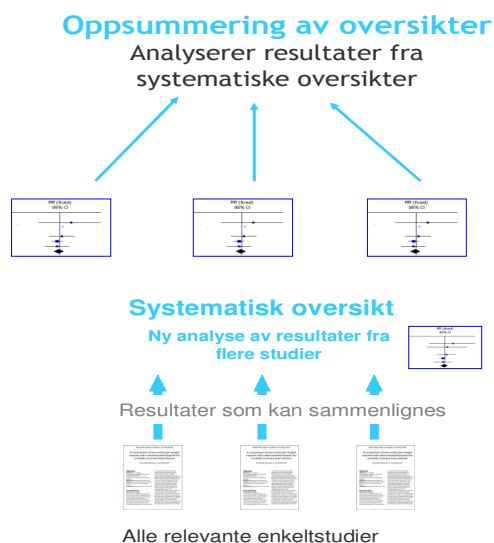


3. Metode

Arbeidsmetode med kunnskapsoppsummering

Rapporten er utført som en kunnskapsoppsummering basert på oversikt av identifiserte relevante systematiske oversikter: meta-oversikt. (6). Vi har søkt også etter primær studier, men ved nærmere gjennomgang viste det seg at de fleste aktuelle enkeltstudier var inkludert i flere relevante systematiske oversikter. Med systematiske oversikter menes oversiktsartikler der forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt fremgangsmåte for å innhente, vurdere og sammenstille resultatene fra flere publiserte enkeltstudier. Grafisk fremstilling av arbeidsmetoden vises i figur 4.

Figur 4: Oppbygging av systematisk oversikt



Samtlige studier har sett på effekten av samhandling mellom primærhelsetjenesten ved allmennlegen og spesialisthelsetjenesten i behandling av pasienter med lett til moderat

depresjon. Effekten av ulike tiltak for samhandling er sammenlignet med standard behandling som gis i allmennpraksis. Kontrollerte kliniske studier egner seg best til å besvare effektspørsmål i tillegg aktuelle studiedesign er kontrollerte før og etter studier og avbrudte tidsserieanalyser. Dette avspeiles i forfatternes valg av studiedesign i de inkluderte oversiktene med vektlegging av randomiserte kontrollerte studier. I og med at det fantes flere nye systematiske oversikter som dekker problemstillingen var det mulig å avgrense litteraturen til disse for å besvare forskningsspørsmål.

Søk etter relevant litteratur

Søkestrategien ble utarbeidet i samråd med bibliotekar. Det er søkt etter forskning som beskriver effekter av ulike organisatoriske tiltak på tvers av behandlingsnivåer og faglige tiltak iverksatt av spesialisthelsetjenesten rettet mot helsepersonell i førstelinjetjenesten for å bedre kvaliteten av behandlingen for pasienter med depresjoner. Det er ikke søkt etter studier om effekter av ulike behandlingsmetoder eller diagnostiske verktøy for depresjon.

Vi har utført systematisk søk i følgende databaser: Medline, Embase, Cinahl, SWEMED og Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). Vi søkte etter systematiske oversikter og primære studier publisert i perioden 1995-2006. Søkestrategien for de ulike databasene er vedlagt, se vedlegg 4. Referanser til relevante artikler ble gjennomgått for å identifisere publikasjoner som ikke ble fanget opp av elektronisk søk.

Inklusjonskriterier

- Studiedesign: systematiske oversikter med randomiserte kontrollerte studier (RCT) eller metaanalyser av RCT, kontrollerte før og etter studier og avbrutte tidsserieanalyser.
- Populasjon: Voksne pasienter (≥ 18 år) med lett til moderat depresjon behandlet i primær praksis
- Tiltak: Organisatoriske modeller for samhandling mellom allmennlegen og spesialisthelsetjenesten og faglige tiltak i regi av spesialisthelsetjenesten rettet mot helsepersonell i primærhelsetjenesten
- Kontroll tiltak: Standard behandling gitt på ett nivå.
- Pasientrelaterte utfall slik som sykdomsstatus, funksjonsstatus (sosialfunksjon, sykefravær, mestring), livskvalitet/ tilfredshet.
- Utfall relatert til helsetjenester: henvisninger til spesialist behandling, antall akutte innleggelser, ressursforbruk, kostnader, tilfredshet, kunnskapsnivå
- Behandlingsrelatert utfall: kontinuitet av behandlingen (adherence), riktig bruk av legemidler (compliance)

Avgrensninger

- Språk: engelsk, svensk, dansk, norsk
- Tidsperiode: systematiske oversikter fra og med 1995 og til og med 2006

- Systematiske oversikter av studier med overvekt av pasienter med lett til moderat depresjon i intervensjonsgruppen, eller med resultater rapporterte etter diagnosegruppe.
- Systematiske oversikter ble inkludert bare dersom hovedtyngden av inkluderte studier var publisert på 90-tallet eller senere.
- Ved flere publikasjoner basert på de samme studiene ble bare den mest oppdatert artikkelen inkludert.

Utvelgelse og kvalitetsvurdering av studier

Jeg valgte ut og vurderte studiene i en tre-trinnprosess:

Trinn 1: Vurdering av identifiserte studier på bakgrunn av tittel og abstrakt med tanke på relevans for oversikten.

Jeg har vurdert relevansen av alle publikasjoner som ble identifisert ved litteratursøk. Bare referanser som ble vurdert som relevante/ mulig relevante ble bestilt i fulltekst.

Trinn 2: Systematisk og kritisk vurdering av artikler innhentet i fulltekst i henhold til fastsatte eksklusjon og inklusjonskriteria. (se vedlegg 1. Sjekkliste- trinn 2).

Artiklene som ikke tilfredstilte kriterier for inklusjon ble sortert ut.

Trinn 3: Vurdering av metodisk kvalitet av inkluderte systematiske oversikter.

Kvaliteten av studier påvirker vår tiltro til resultatene og sannsynlighet for at studiens konklusjon vil endres over tid på grunn av nye forskningsdata. Jeg vurderte aktuelle artikler kritisk etter sjekkliste utarbeidet spesielt for systematiske oversikter som brukes ved Kunnskapssenteret (<http://www.kunnskapssenteret.no/dokumentarkiv>).

Sjekklisten finnes som vedlegg (vedlegg 2).

Jeg inkluderte bare systematiske oversikter som jeg vurderte til moderat og god metodisk kvalitet. Oversiktene som jeg vurderte til mangelfull metodisk kvalitet ble ekskludert. Jeg har ikke vurdert kvaliteten på enkeltstudiene som de oversiktene bygget på men begrenset vurderingen av metodisk kvalitet til vurdering av kvaliteten på de inkluderte systematiske oversiktene. Det er vanlig å stole på de kvalitetsvurderinger av primærstudiene som ble gjort av forfatterne av den enkelt oversikt.

Ved doble publikasjoner fra en og samme systematisk oversikt har jeg valgt den beste oversikten som datagrunnlag og eventuelt supplert med informasjon fra de andre publikasjonene. Likedan har jeg valgt den mest oppdaterte oversikten av gitt tiltak i tilfeller hvor det var flere systematiske oversikter som hovedsakelig bygget på de same primære studiene.

Datainnhenting

Informasjon fra enkelte systematiske oversikter som danner dokumentasjonsgrunnlag for rapporten er presentert i form av evidenstabeller. Der hvor det ble publisert flere systematiske oversikter basert på de samme primærstudier har jeg valgt den beste oversikten til evidenstabellen. Evidenstabellene er samlet i eget vedlegg, se vedlegg 5.

Studier som jeg har ekskludert på grunn av manglende relevans, dobbelpublisering eller lav kvalitet er samlet i eget vedlegg, se vedlegg 3.

Sammenfatning av resultatene

Det er foretatt en kvalitativ syntese av funn på tvers av studiene. Identifiserte samhandlingstiltak mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er delt i to grupper:

- *Organisatoriske tiltak* slik som endringer i utøvelse av profesjonelle roller, etablering av tverrfaglige spesialistteam, integrering av tjenester i en behandlingsskjede eller tiltak som skal sikre kontinuitet i behandlingen i form av rutiner for oppfølging, case-management, individuell plan.
- *Faglige tiltak* som er rettet mot profesjonelle for å heve kunnskapsnivå og kvaliteten av tjenester. De faglige tiltak kan bestå av ulike opplæringstiltak som bygger på kontinuitet i opplæringen og utvikling av nettverk, implementering av faglige retningslinjer for behandling, innføring av såkalte behandlingsprogrammer (disease management program, DMP) og lignende.

Denne inndeling bygger på forslag utarbeidet av Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) innen Cochrane Collaboration. (<http://www.epoc.uottawa.ca/checklist.2002.doc>).

Jeg har oppsummert effekter av både organisatoriske tiltak og faglige tiltak, men med hovedvekt på de organisatoriske tiltakene. Studie av disse tiltakene inneholdt i større grad beskrivelse av ulike samhandlingselementer og graden av samarbeid. Faglige tiltak var som oftest utført som en del av sammensatt intervensjon med flere organisatoriske komponenter. Resultatene fra de inkluderte systematiske oversiktene er presentert i tabeller og tekst. Resultatene er sammenfattet for hvert identifisert tiltak eller hver samhandlingsmodell.

Organisering av helsetjenester påvirkes av eksisterende sykeforsikringsordninger, ulike betalingssystemer for helsetjenester og tradisjonen i det enkelte land og dette vil ha innflytelse på den eksterne validiteten av resultater fra enkelte studier utover nasjonale grenser. Jeg har drøftet ekstern validitet av inkluderte studier for hvert tiltak.

Etiske overveielser

Rapporten er en kunnskapsoppsummering av resultater fra eksisterende forskning som allerede er utført av andre. Den sammenstiller sekundærforskning og inkluderer kun systematiske oversikter. Slik arbeid krever ikke tillatelse fra forskningsetisk komité. De etiske utfordringene ved denne arbeidsmåten skiller seg fra de etiske krav som stilles til primærforskning, men etiske overveielser er også relevante.

Sammenstilling av resultater fra primærforskning i form av systematiske oversikter kan øke tilgjengeligheten av forskningsresultater og på den måten bidra til at utøvere, brukere og forvaltning kan i større grad ta informerte beslutninger. Det er også viktig å ta innover seg begrensningene med en slik arbeidsmetode.

Forskningen kan bare gi svar på om en metode er effektiv. Resultatene kan brukes til sammenstillinger av ulike behandlingsalternativer, for å finne ut hva som virker best under gitte forutsetninger. Denne kunnskapen alene er sjelden tilstrekkelig for å danne grunnlag for anbefalinger og det vil være etisk betenkelig å vektlegge kun forskningsresultater ved valg av for eksempel organisasjonsmodeller for helsetjenester.

Kunnskapsbasert praksis må derfor også inkludere eksisterende erfaringsbasert kunnskap, ta hensyn til pasientens/brukerens preferanser og ikke minst gjeldende samfunnsverdier og tilgang til ressurser. Hvordan de ulike elementene vektlegges vil sannsynligvis variere i hvert fall internasjonalt, men det vil også finnes mindre lokale forskjeller. Det vil være etisk betenkelig å fortsette å bruke tiltak som er lite virksomme, eller potensielt skadelige hvis det finnes dokumentasjon om alternative tiltak som er gode og effektive.

Det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger ved å bygge bro mellom forskning og praksis ved at funn fra oppsummert forskning settes i nasjonalt perspektiv og vurderes i forhold til eksisterende ressurser og gjeldende helsepolitiske mål. Dette kan forhindre bruken av unyttige metoder eller metoder som gir mer skade enn nytte og er forenlig med etiske prinsipper. Sammenstilling av resultater fra primærforskning i form av systematiske oversikter eller meta-oversikter kan øke tilgjengeligheten a forskningsresultater og på den måten bidra til at utøvere, brukere og forvaltning kan i større grad kan ta informerte beslutninger. De etiske utfordringer ligger ikke i å bruke kunnskapen, men i det å la være å bruke den.

4. Resultat

Dokumentasjonsgrunnlaget

Inkluderte studier

I litteratursøket fant vi 733 titler, hvorav 110 artikler ble innhentet og vurdert i fulltekst. Totalt ble 8 systematiske oversikter inkludert. Figur 5 viser prosessen for identifisering av studiene som er inkludert i rapporten.



Figur 5. Identifisering av studier som danner dokumentasjonsgrunnlaget

Beskrivelse av inkluderte studier

Studiedesign: De fleste enkeltstudier i inkluderte systematiske oversikter er utformet som randomiserte kontrollerte forsøk. Begrepet randomiserte kontrollerte studier kommer opprinnelig fra klinisk forskning. Studier med den type design har vanligvis høy intern validitet fordi de er utformet slik at risiko for feilkilder ved vurdering av effekt er begrenset til et minimum. Strengt kriterier for inklusjon og eksplisitt definert intervensjon skal sørge for at effekten i minst mulig grad påvirkes av andre tenkbare variable enn selve intervensjonen. Studier med kontrollert randomisert design for å vurdere effekten av organisatoriske tiltak derimot har ofte mer pragmatisk tilnærming. Deltagerne er randomisert til tiltak og kontroll, men inklusjonskriterier for pasienter er noe bredere definert som gir utslag i mindre homogene pasientgrupper og intervensjonene er sammensatte. Slik design i større grad avspeiler vanlig praksis og studien har høyere ekstern validitet, men dette balanseres mot noe lavere intern validitet.

Pasientpopulasjon: Voksne pasienter av begge kjønn med depresjon, eller angst og depresjon. Diagnostiske kriterier som var lagt til grunn ved inklusjonen bygget på validerte depresjonsskalaer. Enkelte studier har inkludert pasienter med andre psykiske lidelser i tillegg til depresjon. Graden av depresjonen var ofte mangelfullt beskrevet. Flere studier inkluderte pasienter på bakgrunn av diagnostisert depresjon og uavhengig av alvorlighetsgrad.

Intervensjoner: Tiltakene var utformet enten som organisatoriske tiltak som medførte ulik grad av reorganisering av tjenester for denne pasientgruppen for å øke samhandling mellom nivåene eller som faglige tiltak på tvers av nivåene rettet mot profesjonelle utøvere av tjenesten. Målet med alle tiltakene var å bedre tjenester for pasienter med depresjoner som behandles i primærpraksis.

Kontrollintervensjon: Standard behandling i primærhelsetjenesten var definert som kontrolltiltak. Tiltaket kunne inneholde til dels ulike elementer. De mest vanlige elementer var diagnostikk, medikamentell behandling, medikamentell behandling supplert med terapi, og henvisning til utredning og behandling av spesialist.

Utfallsmål: De mest brukte pasientrelaterte utfallsmålene var endring av depresjonssymptomer, bedring i sosial funksjon, tilfredshet med behandlingen og livskvalitet. Noen studier rapporterte også prosessrelaterte utfall slik som: antall konsultasjoner, antall henvisninger til spesialist, forskrivning av legemidler i tråd med gjeldene retningslinjer, total forbruk av helsetjenester og kostnader.

Kvalitet: Kvaliteten av de inkluderte systematiske oversiktene er vurdert til moderat (fem oversikter) eller god (tre oversikter). De oppsummerte enkeltstudiene hadde hovedsakelig randomisert kontrollert design, men også andre typer kontrollerte studier ble inkludert i oversiktene slik som kontrollerte før og etter studier og avbrudd tidsserie analyser. Svakheter og begrensninger ved oversiktene er mer detaljert drøftet for hver studie i evidensstabeller, se vedlegg 5. De inkluderte systematiske oversiktene bygger på kontrollerte kliniske studier av moderat til god kvalitet og dette styrker tiltro til resultatene.

Det var til dels stor overlapp av inkluderte enkeltstudier i flere av de systematiske oversiktene.

Identifiserte modeller for samhandling

Organisatoriske tiltak

Samhandling om behandling (Collaborative care)

Collaborative care er et sekkebegrep som brukes om samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten. Dette er et organisatorisk tiltak med klar rollefordeling mellom primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten men med felles ansvar for pasienten eller en definert pasientgruppe. Tiltaket kan utformes på ulike

måter og i internasjonal litteratur brukes følgende betegnelser: *on-site mental health professionals, shared care, consultation-liaison, specialist outreach clinics*. Disse modellene innebærer at spesialister fra annenlinjetjenesten (psykiater, psykolog, andre terapeuter) er utplassert i primærpraksis og tilbyr diagnostikk og behandling av pasienter i førstelinjetjenesten. Graden av samarbeid varierer og kan dreie seg om rådgivning og veiledning, felles behandling og oppfølging av pasienter, etablering av spesialistklinikker i primærhelsetjenesten og utarbeidelse av felles protokoll for psykisk arbeid i kommunene.

Rådgivning/Konsulenttjenester (*Counseling in primary care*)

Dette er en annen organisatorisk tiltak som går ut på at primærlegen henviser sine pasienter til rådgivning/konsulenttjenester som utføres av spesialutdannede autoriserte terapeuter. Behandlingen kan inneholde ulike elementer slik som samtaler, individuell psykoterapi, løsningsorientert atferdsterapi med mer. Terapeuten er i løpende kontakt med allmennlegen i behandlingsperioden. Denne modellen er utviklet av NHS i England og brukes hovedsakelig i England og USA.

Case-management/ care management

Case-management og care management innebærer at en person koordinerer tjenester som utføres både av primærhelsetjenesten og spesialisttjenesten for den enkelte pasient. Dette skal sikre bedre flyt av tjenester og økt kontinuitet i behandlingen. Case-manager har ofte også oppfølgingsansvar for pasienten og skal aktivt arbeide for å bedre pasientens oppfølging av behandlingen (behandlingsetterlevelse).

Oversikt av studier som omhandler effekter av ulike organisatoriske tiltak er fremstilt i tabellform: tabell 1.

Tabell 1: Identifiserte studier som omtaler organisatorisk tiltak i samhandling

ORGANISATORISKE TILTAK					
Systematisk oversikt	Modell for organisering av helsetjenester	Populasjon	Utfall	Søk	Kvalitet
Bower P et Sibbald D 1999; UK (33) (34;35)	<i>On-site mental health workers in primary care:</i> spesial psykiatrisk sykepleier, psykiatrisk konsultasjon i allmenn praksis, <i>consultation-liaison</i> modell med spesialist i allmennpraksis	Allmennleger <i>Primary care providers (PCP)</i>	Legens atferd: diagnostikk, forskrivning av legemidler og henvisning til spesialist. Ingen pasientrelaterte utfallsmål	1966-1998	Moderat (+) Oversikten var sist oppdatert i 1999
Bower P and Rowland N. 2006; UK (36)	<i>Counselling in primary care</i> Konsultasjoner/ rådgivning som gis av autoriserte terapeuter/ behandlere utplassert i primærpraksis	Voksne pasienter hovedsakelig med depresjon og angst som egnet seg for counseling. Pasienter med lett til moderat depresjon eller depresjon og angst, fobier.	Kliniske utfallsmål: reduksjon av symptomer, funksjonsnivå (sosial og yrkesaktivitet); tilfredshet, kostnader. Både korttid- og langtidsresultater	1966-2005	God (++)
Craven MA et al 2006;	<i>Better practices in collaborative mental</i>	Pasienter med psykiatrisk	Kliniske utfallsmål: symptom reduksjon,	1985-2005	Moderat (+)

Canada (26)	<i>health care in primary care setting:</i> mange ulike modeller for organisering av helsetjenester: opplæring i primærpraksis, integrerte behandlingsprogrammer (disease management program), consultation-liaison, on-site mental health worker med mer.	sykdom som behandles i primærpraksis. Ikke definert klare diagnostiske kriterier for inklusjon av pasienter: depresjon fra lett til alvorlig, angst, kronikere, eldre med depresjoner	bedring av funksjon, økt livskvalitet. Behandlingsetterlevelse (Adherence). Forskrivning av legemidler i tråd med guidelines. Bedre kvalitet av helsetjenester.		
Doughty C 2006 New Zealand (37)	<i>Models of mental health service provision and workforce configuration in primary care:</i> Flere ulike modeller for organisering av helsetjenester: opplæring i allmennpraksis, integrerte behandlingsprogrammer - disease management program (DMP); consultation-liaison, on-site mental health worker (MHW); spesialist utplassert i primærhelsetjenesten	Voksne pasienter med mild til moderat psykiatrisk sykdom. Hovedsakelig depresjon og angst. Studier med >50% pasienter med alvorlig psykisk lidelse ble ekskludert.	Kliniske utfallsmål: symptom reduksjon, funksjon, livskvalitet. Behandlingsetterlevelse (adherence) Forskrivning av legemidler i tråd med retningslinjer. Kvalitet av tjenester.	1995-2005	Moderat (+) Dette er en meta-oversikt av 11 systematiske oversikter. *HTA-rapport
Gilbody S et al 2006; UK (38)	<i>Collaborative care for depression.</i> Samhandling om behandling. Ulike organisatoriske og faglige tiltak som innebærer samhandling mellom primærlegen og spesialist.	Voksne pasienter med depresjoner. Flere studier hvor pasienter med alvorlig depresjon også var inkludert	Kort- og langtidseffekter av ulike organisatoriske og faglige tiltak (<i>collaborative care</i>) i behandlingen av depresjon.	1996-2006	God (++)
Gilbody S et al 2006; UK (39)	<i>Cost and consequences of enhanced primary care for depression</i> Organisatoriske tiltak og faglige tiltak: integrerte behandlingsprogrammer - disease management program (DMP), case management, consultation-liaison, telefon oppfølging av spesialsykepleier eller farmasøyt, faglige retningslinjer, opplæring i diagnostikk og behandling i primær praksis.	Pasienter med depresjoner og pasienter med psykiske lidelser med høyt forbruk av helsetjenester. Flere studier hvor pasienter med alvorlig depresjon også var inkludert	Kliniske utfallsmål, tid til tilbakefall, livskvalitet. Behandlingskostnad og ressursbruk: antall legebesøk, henvisninger til spesialist, bruk av antidepressiva	1966-2005	God (++)

Detaljer fra alle inkluderte studiene er beskrevet i form av evidenstabeller i vedlegg 5.

Hva er effekten av de identifiserte organisatoriske samhandlingstiltak?

Spesialisttjenester i allmennhelsetjeneste (*on-site specialist, outreach clinic, counseling*)

Oppsummering av funn:

- Forskning viser at det å integrere spesialisttjenester i allmennpraksis (on-site specialist care) bedrer diagnostikk og behandling av depresjon. Tiltaket økte tilfredshet med tjenester også hos utøvere av tjenesten.
- Pasientene i intervensjonsgruppen fikk redusert depresjonssymptomene i større grad enn ved standard behandling og var mer fornøyd med behandlingen på både kort og lang sikt enn pasienter som fikk standard behandling.
- Konsultasjon/rådgivning (counseling) med en spesialutdannet terapeut som behandling av lett til moderat depresjon har kun moderat effekt på depresjonssymptomene og avtar over tid. Forskningen antyder at konsultasjon ikke endrer totale kostnader for helsetjenester. Videre forskning kan endre konklusjonen.
- Forankring av samhandling om behandling "*collaborative care*" i organisasjonen er en forutsetning for positiv effekt og sikrer varighet av effekten over tid.

Denne kunnskapsoppsummeringen bygger på seks systematiske oversikter publisert i perioden 1999 til 2006 og med inntak av relevante studier til og med juni 2006 (26;33;36-40). Flertallet av studier var utført i USA og England. De fleste studiepasientene var diagnostisert med depresjoner av ulik alvorlighetsgrad, men noen studier inkluderte også pasienter med angst og fobier eller affektive lidelser. Det er til dels stor overlapp av inkluderte studier i oversiktene. Se evidensstabeller i vedlegg 5.

Effekt av spesialisttjenester i primærpraksis på legens atferd og kvalitet av tjenester

Bower & Sibbald har oppsummert effekter av spesialist i allmennpraksis på legens atferd og kvalitet av tjenester i flere publikasjoner (33-35). Det ser ut til at utgangspunktet for samtlige publikasjonene var systematisk oversikt utarbeidet for Cochrane Collaboration i 1998 og det er denne oversikten som omtales her (33). Ingen nye studier har blitt inkludert i de nyere oversiktene til tross for oppdatert søk. Forfatterne har inkludert 38 studier publisert i perioden 1984 til 1998 som omhandler ulike former for overføring av spesialistkompetanse til primærhelsetjeneste (*on-site mental health professional; consultation-liaison*). Deltagerne var allmennleger og spesialister som samarbeider i primærpraksis om behandling av pasienter med psykiske problemer (psykiater, psykologer, spesial sykepleier). Tiltaket gikk ut på at spesialisten overtok ansvaret for pasienten, men behandling og oppfølging foregikk i primærpraksis og i samarbeid med primærlegen. Effekten av tiltaket er målt på organisasjonsnivå/prosessnivå og ikke pasientnivå i form av kliniske utfallsmål. Forfatterne har sett på effekten av tiltaket på antall legebesøk, forskrivning av legemidler, henvisning til spesialisthelsetjenesten og behandlingskvalitet.

Resultatene viste en moderat reduksjon i antall henvisninger til spesialist (tre enkeltstudier) men ingen signifikant effekt på antall legebesøk hos allmennlege (syv enkeltstudier). Bruken av on-site spesialist førte til noe lavere forskrivninger av antidepressiver, spesielt på kort sikt. Bruken av spesialsykepleier eller farmasøyt i oppfølging av forskrivning av legemidler hadde ingen signifikant effekt på legemiddelforskrivning. Tiltaket hadde ingen effekt på legens atferd i generell praksis utover på de legekontorer som var omfattet av tiltaket. Flere pasienter fra området ble henvist av sine allmennleger til spesialistutredning som følge av økt fokus på depresjon. Oversikten bygger på relativt gamle studier og har ikke blitt oppdatert siden 2001. For detaljer se evidenstabell i vedlegg 5.

Craven & Bland og Doughty 2006 har bland annet vurdert effekten av opplæring og veiledning av spesialist på diagnostisering av depresjonen allmennpraksis. Resultatene viste at flere pasienter ble diagnostisert og at antall henvisninger til spesialistutredning ble redusert. Studier med spesialist i allmennpraksis men uten opplæringstiltak viste ingen effekt på diagnostikk av depresjonen (26;37).

Effekter av tiltak som gikk på overføring av kompetanse i diagnostikk og behandling av depresjoner i allmennpraksis viser at slike tiltak har liten effekt på legens atferd med mindre de er forankret i organisasjonen. Resultatene var målt både på prosessnivå (diagnostikk, forskrivning av legemidler i henhold til retningslinjer) og pasientnivå (depresjonssymptomer, behandlingsetterlevelse, tilfredshet med behandlingen) og viste at samhandling hadde positiv effekt sammenlignet med standard behandling. Resultatene vedvarte over tid dersom de var forankret i organisasjonsstruktur av helsetjenester.

Effekt av spesialister i allmennpraksis på pasientrelaterte utfall

Craven & Bland 2006 og Doughty et al. 2006 har oppsummert effekter av samhandling ved samlokalisering av spesialisthelsetjenesten i allmennpraksis (26;37). Begge systematiske oversikter oppsummerer studier som har sett både på organisatoriske samhandlingstiltak og faglige tiltak i forhold til ulike pasientgrupper. Overlapp av studiene i oversiktene er stor. Se evidenstabeller for studiene i vedlegg 5.

Samlokalisering av psykiatriske helsetjenester i allmennpraksis hadde positiv effekt på pasientens mentale helse og for behandlingsetterlevelse ved at flere pasienter fullførte avtalt behandling og kom til avtalte konsultasjoner. Behandlingen gikk i allmennpraksis var mindre stigmatiserende enn behandling ved institusjon.

Craven & Bland har også vurdert om graden av samhandling påvirker kliniske utfall og viser til varierende resultater på tvers av studiene (5 studier). Generelt synes at høyere grad av samarbeid oftere fører til positiv reduksjon av symptomer, men det var også studier med lav grad av samarbeid som viste positive resultater selv om effektstørrelse var noe mindre (26).

Samhandling mellom nivåene kombinert med innføring av faglige retningslinjer eller behandlingsprogrammer for depresjon hadde positiv effekt på depresjonssymptomer og

pasientens tilfredshet med behandlingen. Dokumentasjonen av effekten er hovedsakelig studert hos pasienter med alvorlig depresjon. Vi vet lite om effektstørrelsen av tiltaket for pasienter med lett til moderat depresjon (26;37)

Effekter av konsultasjon/ rådgivning i primærhelsetjeneste (counselling)

”Counseling” som behandlingsmetode og modell for samhandling er spesielt godt etablert i England hvor mellom 30-50 % av primærhelsetjenesteklinikker har etablert samarbeid med spesialister som tilbyr counseling. Modellen er også tatt i bruk i USA. Counselling som tilbys av akkrediterte spesialister men som nødvendigvis ikke har annet relevant medisinsk bakgrunn er ikke vanlig i nordiske land. Denne modellen er ikke i bruk i Norge. Samtlige studier som danner kunnskapsgrunnlag om intervensjonen er utført i England og det er usikkert om resultatene er overførbare til annen setting.

Bower og kollegaer har sammenfattet aktuelle engelske publikasjoner i flere systematiske oversikter om effekter av etablert samhandling med spesialkonsulent i behandling av deprimerede pasienter (36;40;41). Oversikten Bower 2006 er den mest oppdaterte og inneholder i tillegg kostnadsanalyse av konsultasjon (counseling) som tiltak i primærpraksis (36). Målet med oversikten var å vurdere om counseling er like effektiv eller bedre enn standard behandling og om bruken av denne behandlingsmetoden endrer kostnader. Oversikten bygger på åtte randomiserte kontrollerte studier med voksne pasienter med psykiske vansker. Inntak til studiene var ikke avgrenset til en spesifikk diagnose, men pasientene med depresjoner eller angst og depresjon utgjorde hovedgruppen. Allmenlegen autorisert terapeut/counsellor har delt ansvar for pasienten i behandlingsperioden. Det er mangelfull informasjon om hvordan dette samarbeidet var organisert i praksis.

Samtlige studiene var utført i UK. Oversikten er vurdert til god metodisk kvalitet: den bygger på randomiserte kontrollerte studier av god kvalitet har definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier samt kvalitetskriterier for de inkluderte studiene. Resultatene i studiene er konsistente selv om effektstørrelse varierer. Resultatene er sammenfattet statistisk i en metaanalyse av pasientrelaterte utfallsmål. Resultatene vises som standardisert mean difference (SMD) med 95 % konfidensintervaller (CI). Det var utført en sensitivitetsanalyse for henholdsvis heterogenitet, lengde av oppfølgingstid samt grad av psykisk lidelse.

Resultater viser følgende for *pasientrelaterte utfallsmål*: Behandling og oppfølging gitt av i form av konsultasjon (counseling) har positiv effekt på symptomreduksjon og pasientens mental helse, SMD= -0.28; 95% CI -0.43 til -0.13 ved korttidsoppfølging inntil 6 måneder (6 RCT, n= 772 pasienter). Denne effekten ble ikke signifikant ved langtidsoppfølging: SMD= -0.08, 95% CI -0.27 til 0.10; (4 RCT, n= 475 pasienter). Pasientene i intervensjonsgruppen var mer fornøyd med behandlingen på både kort – og langsikt enn pasienter som fikk standard behandling (5 RCT). Det var ingen data på endringer i pasientens sosial funksjon eller yrkesaktivitet.

Kostnadseffektivitetsdata var oppsummert i en narrativ analyse av flere ulike typer økonomiske analyser: forbruk av helsetjenester (3 studier), kost minimeringsanalyse (4 studier) og kostnadseffektivitet analyse (3 studier). Samlet vurdering av kostnadsdata antyder at *counseling* som intervensjonen fører ikke til endringer i totale kostnader.

Faglige tiltak

Identifiserte faglige tiltak hovedsakelig besto av sammensatte intervensjoner for kvalitetsforbedring av tjenesten og var utført sammen med organisatoriske tiltak.

Faglige tiltak rettet mot profesjonelle

Dette er et sekkebegrep som brukes om ulike sammensatte tiltak som retter seg mot helsepersonell for å heve kvaliteten av tjenesten. De vanligste tiltakene omfatter kontinuerlig/rutinemessig opplæring av helsepersonell i primærhelsetjenesten i regi av spesialisthelsetjenesten med den hensikt å bedre kvaliteten av tjenester på tvers av nivåene og etablere videre samhandling mellom nivåene. Implementering av kliniske retningslinjer for behandling er også en viktig element. Andre aktuelle tiltak er opplæring av pasienter og behandlere og rutiner for oppfølging av pasienter og tilbakemelding. Hovedgruppen av tiltak betegnes som integrerte behandlingsprogrammer for depresjonsbehandling (*disease management program-DMP*). Disse faglige tiltak er støttet av organisatoriske tiltak som skal sikre forankring i organisasjonen.

Oversikt over inkluderte studier som omhandler effekt av ulike faglige tiltak er presentert i tabell 2.

Tabell 2: Studier med faglige tiltak i kombinasjon med organisatoriske tiltak

TILTAK MOT PROFESJONEN/ FAGLIGE TILTAK					
Systematisk oversikt	Modell for organisering av helsetjenester	Populasjon	Utfall	Søk	Kvalitet
Badamgarav E et al. 2003 (42)	Integrerte behandlingsprogrammer (<i>Disease management program</i>). Implementering av faglige retningslinjer; opplæring i primær praksis; aktiv oppfølging av pasienter;	Voksne pasienter med depresjon. Flere studier hvor pasienter med alvorlig depresjon også var inkludert.	Kliniske utfallsmål: endring in depressive symptomer; livskvalitet; sosial funksjon; behandlingsetterlevelse (adherence), tilfredshet med behandling	1987-2001	Moderat (+)
Gilbody S et al. 2003* (44) *oppdatering av Gilbody 2002 (43)	Sammensatte tiltak (<i>Educational and organisational interventions to improve management of depression</i>)	Voksne pasienter med depresjoner. Flere studier hvor pasienter med alvorlig depresjon også var inkludert.	Positive eller negative resultater i forhold til kliniske utfallsmål og kostnads-effektivitet	1966- 2003	Moderat (+)

	Kost- effektivens eller kost- nytte analyser				
Craven et al. 2006 (26)	Opplæring i allmennpraksis (kurs, spesialist i psykiatri i allmennpraksis, faglige retningslinjer)	Se beskrivelse i tabell 1	Kliniske utfallsmål og prosessrelaterte utfall/ kvalitetsforbedring i tjenesten	1985-2005	Moderate (+)
Doughty 2006 (37)	Opplæring i allmennpraksis (kurs, spesialist i psykiatri i allmennpraksis, faglige retningslinjer)	Se beskrivelse i tabell 1	Kliniske utfallsmål og prosessrelaterte utfall/ kvalitetsforbedring i tjenesten	1966-2005	Moderate (+)

Detaljer fra de inkluderte studiene er beskrevet i evidensstabeller i vedlegg 5.

Hva er effekten av de identifiserte faglige tiltak?

Oppsummering av funn:

- Integrerte behandlingsprogrammer for depresjon (Disease management program- DMP) i allmennpraksis har positiv effekt på reduksjon av depresjonssymptomer og pasientens tilfredshet med behandlingen. Tiltaket bedret behandlingsetterlevelse hos pasienter.
- Behandlingsprogrammer med opplæring i bruken av screeningsverktøy kan ha positiv effekt på deteksjon av depresjoner i allmennpraksis, men synes ikke å påvirke behandlingsforløp.
- Innføring av integrerte behandlingsprogrammer øker forbruk av helseressurser i form av antall konsultasjoner hos allmennlege, antall henvisninger til spesialist og økt foreskriving av legemidler og totale kostnader for helsevesenet.

Kunnskapsoppsummering hovedsakelig bygger på studier utført i USA og andre land utenom Europa. Overføring av resultater for norske forhold er usikker.

Effekter av integrerte behandlingsprogrammer for depresjon: diagnostikk og behandling i allmennpraksis

Behandlingsprogrammer av type Disease Management Program (DMP) har blitt vanlig i behandlingen av pasienter med kroniske sykdommer. Slike tiltak er sammensatt av ulike elementer, men felles for alle er fokus på økt kvalitet i tjenester i form av økt kunnskap og bedre diagnostikk og behandling av pasienter med depresjoner. DMP kan bestå av opplæringstiltak av ulik intensitet og varighet rettet mot helsepersonell, tilgang til spesialist lokalt i primærhelsetjenesten, eller spesialistteam som utøver sitt virke i primærpraksis og fungerer som veileder for primærtjenesten. Opplæring av pasienter og pårørende er også viktig del av DMP.

Tre systematiske oversikter har oppsummert effekter av integrerte behandlingsprogrammer for depresjon: Badamgarav et al. 2003 (42) og Gilbody et al 2006 (39) og Gilbody et 2003 (44). Forfatterne av identifiserte oversiktene har definert tiltaket bredt, og det synes riktig å omtale resultater fra begge oversiktene under ett fordi det er stor overlapp av inkluderte studiene. Det er også vanskelig å skille mellom innholdet i tiltak som omtales som behandlingsprogram mot andre tiltak som forfatterne i Gilbody et al 2006 omtaler som utdanningstiltak eller kvalitetsforbedringstiltak fordi disse også inneholder mange av de samme komponentene som i behandlingsprogram (DMP).

Bagamarav bygger sin systematisk oversikt for det meste på randomiserte kontrollerte studier av god kvalitet (29 studier), men også kontrollerte før og etter studier ble inkludert (5 studier) og avbrutte tidsserier (2 studier). De fleste studiene var utført i USA i tillegg til enkelte studier fra England, Canada og Australia (42).

Oppsummerte forskningsresultater for integrerte behandlingsprogrammer viste positiv effekt på reduksjon av depresjonssymptomer (ES = 0.33, 24 studier). Resultatene var konsistente på tvers av enkeltstudiene. Pasientene i intervensjonsgruppen var mer tilfreds med behandlingen enn kontrollgruppen (ES = 0.51, 6 studier). Tiltaket bedret behandlingsetterlevelse hos pasienter i inntil 3 måneder (ES = 0.35, 7 studier). Opplæring i bruken av screeningsverktøy var inkludert i 2 DMP programmer og resultater viste positiv effekt på deteksjonsrate av depresjoner i allmennpraksis. Andre DMP programmer uten fokus på screening endret ikke deteksjonsrate (42). Dette viser at endringen påvirkes av innholdet i programmet og at slike programmer bør utformes i forhold til definerte behov for endringer.

Forbruk av helseressurser har økt som følge av innføring av DMP behandlingsprogram: flere pasienter ble diagnostisert, antall konsultasjoner hos allmennlegen økte, antall henvisninger til spesialist i allmennpraksis har økt og flere pasienter fikk foreskrevet legemidler (42). Samtidig har forskrivningen av antidepressive legemidler per pasient gått ned. Det kan tyde på at flere pasienter ble behandlet med terapi i tillegg til medisinering.

Gilbody 2006 (a) i en meta-analyse (random effekt) av lignende sammensatte tiltak viste positiv langtidseffekt ved oppfølging inntil 5 år, men effektstørrelse minsket over tid og var ikke signifikant etter to års oppfølging (38). Oversikten bygger på 35 enkeltstudier med totalt 12 355 pasienter med moderat til alvorlig depresjon. Forfatterne definerte samhandlingstiltak som samhandling om behandling (*collaborative care*) som involverte minimum tre ulike helseprofesjoner (case-manager, allmennlege, spesialist i psykiatri). Det er utført en metaanalyse av resultater fra inkluderte studier. Effekten av tiltaket var moderat, men signifikant bedre enn standardbehandling i inntil ett år (SMD= 0,25, 95 % KI). Denne forskjellen var ikke signifikant etter to års oppfølging eller lengre.

Gilbody et al 2003 har sett på studier med positive eller negative effekter av ulike sammensatt tiltak for å øke kvaliteten i behandlingen av depresjoner i allmennpraksis

(44). Oversikten bygger på 36 studier. Antall inkluderte pasienter er ikke oppgitt. Inkluderte tiltak omfatter trinnvis samhandling om behandling (*stepped collaborative care*), case-management og kvalitetsforbedring.

Forfatterne av oversikten identifiserte flere opplæringstiltak kombinert med innføring av faglige retningslinjer som hadde ingen effekt på behandlingsforløp til tross for at antall diagnostiserte pasienter har økt. Felles for disse studiene var at opplæringstiltak med eller uten innføring av faglige retningslinjer ble innført uten organisatorisk forankring og uten nødvendige organisatoriske endringer. Studiene viser at slike tiltak må forankres i organisasjonen hvis de skal ha effekt.

Effektive tiltak var de som kombinerte faglige tiltak med organisatoriske tiltak i utformingen av tjenester og hvor tiltakene var forankret i organisasjonen. Eksempler på slike tiltak er opplæring av allmennlege, innføring av faglige retningslinjer, bruk av spesialsykepleier i oppfølging av pasienter, integrering av spesialist i psykiatri i allmennpraksis.

Effekter av opplæring i allmennpraksis

Craven 2006 og Doughty 2006 har bland annet vurdert effekten av opplæring og veiledning av spesialist på diagnostisering av depresjonen i allmennpraksis. Resultatene bygger på noen få enkeltstudier. Det synes at opplæring kan ha positiv effekt på prosessrelaterte utfall slik som antall nydiagnostiserte pasienter, antall korrekt diagnostiserte pasienter, antall henvisninger til spesialist. Resultatene viste at flere pasienter ble diagnostisert og at antall henvisninger til spesialistutredning ble redusert. Studier med spesialist i allmennpraksis men uten opplæringstiltak viste ingen effekt på diagnostikk av depresjonen (26;37).

Tiltaket hadde ingen effekt på kliniske utfallsmål relatert til behandlingsforløp. Dette tyder på at opplæring i seg er utilstrekkelig for å bedre behandling av depresjonen i allmennpraksis. Opplæringstiltak må støttes av organisatoriske endringer for at de skal være virksomme og være over tid.

Jeg har primært søkt etter sammensatte tiltak i samhandling om behandling av pasienter med depresjoner. Opplæring var bare en av komponentene i de identifiserte tiltakene. Det finnes systematiske oversikter som har oppsummert forskning om effekter av enkelte faglige tiltak slik som kurs, konferanser, opplæring gitt i allmennpraksis av spesialister i psykiatri og faglige retningslinjer. Disse oversiktene faller utenfor inklusjonskriterier for denne rapporten.

Oppsummering

Kunnskapen om effekt av ulike organisatoriske og faglige samhandlings bygger i stor grad på studier utført i USA eller i England. Det er mangel på kvantitative norske og skandinaviske studier om relevante samhandlingstiltak. Dette gjør det vanskelig å vurdere overførbarhet av identifiserte modeller til norske forhold eller andre europeiske systemer med en annen organisering og finansiering av tjenester.

Hvilke modeller som er beskrevet?

Rapporten identifiserte grunnmodeller for samhandling mellom allmennlegen og spesialisthelsetjenesten: organisatoriske samhandlingsmodeller med tiltak som: utplassering av spesialister i psykiatri i allmennpraksis, felles protokoller for psykisk arbeid, og modeller for faglig samhandling rettet mot profesjonelle med tiltak som: tverrfagligopplæring og veiledning, innføring av faglige retningslinjer, spesialiststøtte ved diagnostisering og behandling i allmennpraksis.

Er samhandling virksom?

Den oppsummerte forskningen viser at det finnes dokumentasjon for at samhandling mellom første og annen linjetjenester bedrer behandling av pasienter med lette til moderate depresjoner. De mest effektive tiltak er ofte sammensatte og består både av faglige tiltak rettet mot profesjonelle utøvere av praksis, og organisatoriske tiltak rettet mot helsetjenesten og pasienter. Resultatene fra studiene er entydige på at tiltakene må forankres i organisatorisk struktur for å optimalisere effekten og for å opprettholde den over tid. Disse funn stemmer godt med anbefalinger fra Wisløff-utvalget om at samhandling må forankres i organisasjonen av helsetjenester og aktivt støttes.

Det er usikkert hvilke elementer i de ofte sammensatte intervensjoner som har betydning for klinisk utfall. Først ved å identifisere hvilke enkelte elementer som er kritiske for effekt vil det være mulig å sette sammen et optimalt behandlingsopplegg

Er samhandling lønnsomt?

Det er få studier som har sett på kostnader og nytte av det å organisere arbeidet på tvers av nivåer. En samlet analyse av studiene viser at samhandling som oftest ikke gir besparelser på ett tjenestenivå verken i form av kostnader eller resursforbruk. Kostnadseffektiviteten av flere av tiltakene er vurdert i internasjonale studier som sammenlignbar med lignende tiltak for andre pasientgrupper. Helseøkonomiske analyser er utført fra helsetjenesteperspektiv og ikke fra samfunnsperspektiv. Samhandling som tiltak i behandlingen av pasienter med depresjoner kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt sett fra samfunnsperspektiv, men det gjenstår å bevise.

5. Diskusjon

Styrker og svakheter

Styrker ved valgt metode: meta-oversikt (oversikt av oversikter)

Dokumentasjonsgrunnlag for denne oppsummeringen er fremskaffet på en systematisk måte og kritisk vurdert i henhold til definerte kriterier for inklusjon og kvalitet.

Kunnskap som fremskaffes ved bruk av en meta-oversikt som bygger på flere andre systematiske oversikter er vanligvis mer pålitelig og troverdig enn kunnskap som bygger på enkeltstudier. Denne oppsummeringen inkluderer de mest oppdaterte systematiske oversikter publisert frem til mars 2007 med inntak av enkeltstudier publisert inntil februar 2006. De inkluderte systematiske oversikter er av moderat til god metodisk kvalitet.

Svakheter/ begrensninger

En generell begrensning ved metoden er at de aller nyeste publiserte enkeltstudiene blir som oftest ikke fanget opp fordi de har blitt publisert etter avsluttet søk. Spørsmålet som er stilt ved en enkel oversikt sjelden er identisk med det som er problemstillingen for en oversikt av oversikter. Et annet ankepunkt mot denne type litteratur er at man ofte gjør en syntese av studier som er svært heterogene med hensyn til intervensjon, anvendte metoder og pasientpopulasjon, noe som kan påvirke konklusjonen som trekkes.

En annen metodisk begrensning ved en meta-oversikt er at enkelte relevante tiltak ble ikke omtalt fordi det finnes ikke systematiske oversikter av aktuelle enkeltstudier. Eksempel på dette er samarbeid mellom primærhelsetjenesten og klinisk farmasøyt om riktig forskrivning av legemidler mot depresjon i henhold til gjeldene retningslinjer i tillegg til oppfølging av pasienter og monitorering av bivirkninger.

Resultater i en meta-oversikt bygger på vurderinger gjort av forskere som var ansvarlige på utarbeidelse av de inkluderte systematiske oversikter. Forfatteren fjerner seg noe fra primærkilder ved at en forholder seg til resultater oppsummert i de inkluderte systematiske oversiktene og går ikke tilbake til originaldata. Det er vanlig å stole på vurderingene av primære studier som ble foretatt. Resultatene i de inkluderte systematiske oversiktene var i stor grad konsistente for identifiserte tiltak på tvers av studiene. Begrensninger i hver enkelt systematisk oversikt er beskrevet i evidenstabeller.

Offentliggjøring av forskningsresultater innen feltet psykisk helse er utsatt for publikasjonsbias (45). Denne rapporten bygger på omfattende elektronisk søk i relevante databaser supplert med håndssøk i referanselister av sentrale artikler. Publikasjons bias har også betydning i sekundær forskning fordi upubliserte studier kan ha avvikende resultater fra de publiserte primære studiene og dette kunne ha påvirket resultater fra oppsummert forskning. Dette er spesielt gjeldende for områder med mangelfull dokumentasjon eller med heterogene resultater av publiserte studier. Det ble ikke gjort forsøk på å finne eventuelle upubliserte studier.

Organisering av helsetjenester påvirkes av eksisterende sykeforsikringsordninger, ulike betalingsystemer for helsetjenester og tradisjonen i det enkelte land og dette vil ha innflytelse på den eksterne validiteten av resultater fra enkelte studier utover nasjonale grenser. Flertallet av de inkluderte primærstudiene var utført i USA eller England og de fleste systematiske oversiktene var utarbeidet av forskere fra de samme land. Hvorvidt studiepopulasjonen og deltagende helsepersonell gjenspeilet allmennpraksis og spesialisttjenesten i de ulike land er usikkert. De fleste studiene var utført som tidsavgrensede prosjekter ved universitetsregioner eller store helseorganisasjoner og de har fått ekstra ressurser. Ingen av de inkluderte oversiktene hadde norske eller nordiske studier.

Ekstern validitet (generaliserbarhet) sier noe om resultatet har overføringsverdi til den praktiske hverdag. Ekstern validering baserer seg på en vurdering av tilgjengelige fakta, kjent praksis, kunnskap om sykdomsprosess m.m. for å kunne overføre og ta i bruk resultatene i en annen populasjon enn den som er studert. Faktorene populasjon, intervensjon og utfall må vurderes samlet med hensyn til resultatenes overføringsverdi. Dette kan minske overførbarheten av resultater til nordiske forhold fordi helsesystem i andre land er organisert annerledes.

Utvalget av studier som det refereres til i rapporten er basert på forfatterens beskrivelse av studiepopulasjonen. Det synes vanlig i litteraturen å dele opp pasienter med depresjoner i to hovedgrupper: pasienter *med lett til moderat depresjon* og pasienter *med moderat til alvorlig depresjon*. Pasienter med moderat depresjon kan dermed være inkludert i begge gruppene. I den grad det var mulig ble det gjort forsøk å avgrense syntese av resultatene til studier med pasienter med lett til moderat depresjon, men enkelte systematiske oversikter har også pasienter med alvorlig depresjon.

De inkluderte tiltakene var sammensatte. Flere ulike betegnelser var brukt på lignende tiltak. Faglig innhold og relevante samhandlingselementer var ofte mangelfull beskrevet. Først ved å identifisere hvilke enkelte elementer som er kritiske for effekt vil der være mulig å sette sammen et optimalt behandlingsopplegg.

Kontrollintervensjonen var omtalt under felles begrep standard behandling (*usual care*) og inneholdt ulike elementer: fra den enkleste modellen med diagnostikk og medikamentell behandling til mer sammensatt modell med kognitiv terapi eller samtale terapi hos legen, og rutiner for aktiv oppfølging og henvisning til spesialist. Standard behandling var generelt mangelfull beskrevet med tanke på faglig innhold og intensitet. Innholdet i standard behandling fra amerikanske studier vil sannsynligvis være noe forskjellig fra det som defineres som standard behandling i Norden. Dette kan påvirke effektstørrelse av tiltaket.

Det er vanlig å bruke kliniske endepunkter eller endringer i ressursbruk/kostnader for å vurdere effekter av organisasjonsmodeller. Vi vet fortsatt lite om sammenhenger mellom organisering av tjenester og sykdomsforløp som vurderes med kliniske utfallsmål. Det er ikke mulig å vurdere om effekten av oppsummerte tiltak kan tilskrives samhandling eller om det er enkelte komponenter i de sammensatte tiltak som har effekt. Det kan tenkes at for eksempel det å tilby terapi i tillegg til medikamentell behandling har størst klinisk effekt uavhengig av andre organisatoriske tiltak.

Måling av effekt på prosessnivå av den type sammensatte intervensjoner kan ofte være vanskeligere enn fastsettelse av klinisk effekt. Dette skyldes at endringer av klinisk praksis er som oftest tidskrevende og tidspunktet for måling kan påvirke effektstørrelse. Samhandling i helsetjenesten foregår både innenfor et nivå og mellom nivåene og eventuelle gevinster vil ikke alltid kunne måles i den virksomheten som organiserer og finansierer tiltakene. Helseøkonomiske beregninger er knyttet blant annet til kostnadsnivå i og sysselsetting i ett land og varierer med ulike forutsetninger. Ingen skandinaviske studier var inkludert i aktuelle analyser.

Samhandling i helsetjenesten er et relativt nytt forskningsfelt med mye usikkerhet i forhold til hvilke elementer av sammensatte tiltak som er avgjørende for godt resultat og i forhold til generaliserbarhet av resultater fra internasjonale studier til nasjonale forhold. Feltet har store kunnskapshul vedrørende hvilke pasienter som har størst nytte av samhandling og hva er en optimal sammensetting av tiltak. Nye studier kan derfor teoretisk påvirke konklusjonene ved at forutsetninger for organisering av behandling av pasienter forandres.

Konklusjon

- Kunnskapen om samhandlingstiltak bygger på resultater fra studier utført hovedsakelig i USA og UK. Overførbarhet av funn til norsk helsesystem eller andre europeiske systemer med en annen organisering og finansiering av tjenester er usikker.
- Samhandling på tvers av nivåer i helsetjenesten om pasienter med depresjon øker kvaliteten av tjenester og påvirker positiv behandlingsutfall for pasientene i større grad enn standard behandling. Effektstørrelse er moderat.
- Det å tilby spesialisttjenester i allmennpraksis har positiv effekt på pasientens mentale helse i form av økt reduksjon av symptomer og behandlings etterlevelse enn standard behandling. Tilfredshet med tjenester både hos pasienten og hos utøvere av tjenesten har økt.
- Opplæringstiltak av leger og pasienter og integrering av psykiatrisk kompetanse i allmennpraksis synes samt aktiv oppfølging av pasienter synes å være mest effektive elementer av sammensatte tiltak for pasienter med lett til moderat depresjon.
- Faglige tiltak alene har liten eller ingen effekt på prosesser for levering av tjenester, eller kliniske utfall uten at de støttes av organisatoriske endringer i tjenesten og forankres i organisasjonen.
- Samhandling reduserer ikke bruken av helsetjenester og krever mer ressurser.
- Dokumentasjonen gir ikke grunnlag for direkte sammenligning av klinisk effekt eller av kostnadseffektiviteten av ulike modeller for samhandling.
- Det er usikkert hvilken pasientgruppe som har størst effekt av samhandling. Resultater bygger på studier utført med pasienter med lett til moderat depresjon og til og med noen med alvorlig depresjon.

Det er behov for forskning om:

- Hvilke enkeltstående tiltak som i størst grad påvirker effekten av de sammensatte samhandlingstiltak?
- Hvilke pasientgrupper som har størst nytte av samhandling?
- Hva er kostnadseffektivitet av samhandling?

Implikasjon for praksis

Helsetjenester skal drives etter beste faglige kunnskap, rasjonelt og effektivt. Psykisk helsearbeid er et området hvor det er behov for tverrfaglig samarbeid for å øke kompetanse i tjenesten og heve kvaliteten på alle nivåer. Kunnskapsbasert praksis forutsetter at det finnes lett tilgjengelig og oppsummert forskning som kan styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger for i større grad å kunne bedre folkehelsen. Oppsummert forskning kan bidra til økt kunnskap om effekter av ulike tiltak og synliggjøre hvilke tiltak som er nyttig og hvilke som ikke er det. I tillegg til dette kan resultatene brukes til å avdekke kunnskapshull på felt hvor det mangler forskning og på den måten stimulere til ny forskning.

Rapporten identifiserte flere grunnmodeller for samhandling mellom allmennlegen og spesialisthelsetjenesten: *organisatoriske samhandlingsmodeller* med tiltak som: utplassering av spesialister i primærpraksis, felles protokoller for psykisk arbeid, konsultasjoner/rådgivning, og modeller for *faglig samhandling* med tiltak som: tverrfagligopplæring og veiledning, innføring av faglige retningslinjer, spesielle programmer for behandling av depresjon. For pasienter med lett til moderat depresjon er det mest aktuelt med faglige tiltak rettet mot profesjonelle. Samhandling mellom nivåene i helsetjenesten kan øke kvaliteten av tjenester og bedrer behandlingsutfall for pasientene. Forskningsbasert dokumentasjon viser at slike tiltak har best effekt hvis de implementeres i organisasjonsstruktur av tjenester. Det betyr at samhandling i allmennpraksis om behandling av pasienter med depresjon vil sannsynligvis kreve mer ressurser. Både i form av personellressurser og finansiell støtte.

Det ligger viktige fremtidige utfordringer i å gjøre god forskning på områder hvor dokumentasjonen per i dag er mangelfull. Det er behov for mer forskning om hvilke elementer av de sammensatte tiltak som har størst betydning for effekt og hvilke pasienter som har nytte av samhandling. En større standardisering av innholdet i samhandlingstiltak vil gjøre det lettere å sammenligne resultater av ulike tiltak eller slå sammen resultater fra like intervensjoner. Den eksisterende forskning viser at det er mulig å gjennomføre gode randomiserte kontrollerte studier for å se på effekt av tiltakene. Det er også behov for kvalitative studier som kan belyse utfordringer knyttet til samhandling på tvers av sektorer og hvilke faktorer som fremmer/ hemmer samhandling. Vi vet også lite om pasientens opplevelser av helsetjenester.

Det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger ved å bygge bro mellom forskning og praksis. Oppsummert forskning gjør forskningsresultater lettere tilgjengelige for beslutningstakere på flere nivåer. I neste trinn bør funn fra oppsummert forskning settes i nasjonalt perspektiv og vurderes i forhold til eksisterende ressurser og gjeldende helsepolitiske mål som grunnlag for faglige beslutninger.

Referanseliste

- (1) WHO. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. 2001. Geneva, Switzerland., WHO. Ref Type: Report
- (2) Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, WHO Europe: 2005.
- (3) Depression: Management of depression in primary and secondary care. Health Technology Assessment (Winchester, England) [Clinical Guideline 23:63]. 2005. National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- (4) St.prp.nr.63 (1997-98): Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. 2007. Sosial- og helsedepartementet.
- (5) Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse - konklusjoner og policy utfordringer. Sammenfatning og analyse av 10 evalueringsprosjekter. 2004. Oslo, Norges Forskningsråd.
- (6) Bjørndal A, (red). Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. Oslo, Kunnskapssenteret.
- (7) Murray CJL, Lopez AD. Evidence-based health policy - Lessons from the global burden of disease study. Science 1996; 274(5288):740-743.
- (8) Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ, Oxman TE. Interventions to improve provider diagnosis and treatment of mental disorders in primary care. A critical review of the literature. Psychosomatics 2000; 41(1):39-52.
- (9) Ådnanes M, Hatling T, Grut L. Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med alvorlig psykisk lidelse. Sintef Helse, editor. STF78A055023, 1-80. 2005. Oslo, Sintef.
- (10) Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. Br Med J 2005; 330(7495):839-842.
- (11) Von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EH, Simon GE, Saunders K et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. Psychosom Med 1998; 60(2):143-149.
- (12) Olsen I. Aspects of recognition and treatment of common mental disorders in general practice. 2006.

- (13) Myklebust A. A population based cohort-study of the effect of common mental disorders on disability pension award. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1018-1024.
- (14) Kringlen E. *Psykiatri*. 8 ed. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2005.
- (15) Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158(7):1091-1098.
- (16) Ringen PA, Dahl AA. Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122(20):2024-2027.
- (17) Reichborn-Kjennerud T, Falkum E. Grunnlaget for psykiatrisk behandling- fra tro til vitenskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120(20):1148-1152.
- (18) Rådet for psykisk helse. *Et verdig liv*. 2004. Oslo, Rådet for psykisk helse.
- (19) Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostikk, vurdering og målrettet behandling. 2004. Den norske legeforening.
- (20) Ruud T, Reos D. Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002. Sintef Helse, editor. STF 78 A035008, 1-34. 2003. Oslo, Sintef Unimed.
- (21) Kringlen E. A history of Norwegian psychiatry. *History of Psychiatry* 2004; 15(59):259-283.
- (22) Distriktpsikiatriske sentre- organisering og arbeidsområder. Statens Helsetilsyn veiledningsserie 1-2001. 1. 2001. Statens Helsetilsyn.
- (23) *Veileder for individuell plan 2001*. 2001. Oslo, Sosial og helsedepartementet.
- (24) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet, editor. 3, 1-156. 2005. Oslo, Statens Forvaltningstjeneste Informasjonsforvaltning. NOU: Norges Offentlige Utredninger 2005.
- (25) Pritchard P, Hughes J. *Shared care. The future imperative?* Royal Society of Medicine Press 1995.
- (26) Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie* 2006; 51(6 Suppl 1):7S-72S.
- (27) Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar - ei studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar ved akuttinnleggingar i somatisk

sjukehus. Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinsk fag, Universitetet i Oslo, 2000.

- (28) Danemark B, Kulberg C. Samverkan. Valferdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur, 1999.
- (29) Axelsson R, Axelsson SB. Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. *Int J Health Plan Manage* 2006; 21(1):75-88.
- (30) Haugtomt SA. Samarbeid over virksomhetsgrenser - en forutsetning for god pasientbehandling. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123(17):2462-2464.
- (31) Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence Based Medicine. *Br Med J* 1995; 310(6987):1085-1086.
- (32) Sackett D, Straus SE, Richardson W, Rosebberg W, Hays RD. Evidence-Based Medicine. How to practice and teach EBM? 2.edt. Churchill Livingstone. Harcourt Publishers Limited, 2000.
- (33) Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD000561, 1999; 1999(4):1-32.
- (34) Bower P, Sibbald B. Do consultation-liaison services change the behaviour of primary care providers? A review. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22(2):84-96.
- (35) Bower P, Sibbald B. Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. *Br Med J* 2000; 320(7235):614-617.
- (36) Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(3).
- (37) Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. *NZHTA Technical Brief* 2006; 5 (1)
- (38) Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression - A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166(21):2314-2321.
- (39) Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: Systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry* 2006; 189(4):297-308.
- (40) Bower P, Rowland N, Mellor C. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2):CD001025, 2002;(1):1-53.

- (41) Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003; 33(2):203-215.
- (42) Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano AJ et al. Effectiveness of disease management programs in depression: A systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160(12):2080-2090.
- (43) Gilbody S, Whitty P. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Eff Health Care* 2002; 7(5):1-12.
- (44) Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review.[see comment]. *JAMA* 2003; 289(23):3145-3151.
- (45) Gilbody SM, Song FJ. Publication bias and the integrity of psychiatry research. *Psychol Med* 2000; 30(2):253-258.
- (46) Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings *The Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2003 Issue 4* John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10 1002/14651858 CD00379 2003;(4).
- (47) Kessing LV, Hansen HV, Hougaard A, Albæk J. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) - En Medicinsk Teknologivurdering. 6. 2006. København, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006.
- (48) Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(5):507-516.
- (49) Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy* 2002; 7(3):177-183.
- (50) Neumeier-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medical Care* 2004; 42(12):1211-1221.

Vedlegg

Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av relevans for problemstillingen

Inclusion/exclusion

Title			
Author			
Year			
Journal			
Id number			
	Included	Excluded	Comment (incl. page number)
Type of study			
Overview of primary studies (SR, OoO)			
Primary study/other			
Section with explicit selection criteria			
Yes/no			
Participants			
Health professionals			
Patients (diagnosis)			
Health care organisations			
Intervention			
Interventions oriented towards: Health professionals Patients Other			
Quality Improvement			
Organisational Changes - Structural - Patient oriented - Staff oriented			
Mixed			
Other			
Intervention - Qualitative description/categorisation			
Outcome			
Health professional practice			
Health care outcomes			
Health care costs/cost-effectiveness			
Health outcomes			

Other: satisfaction with care continuity of care			
Targeted problem			
Conclusion (YES/ NO)			

Dato:
Vurdert av:
RefMan:

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av systematiske oversikter

(<http://www.kunnskapssenteret.no/dokumentarkiv>)

		JA	UKLART DELVIS	NEI
1	Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne kunnskapsgrunnlaget (primærforskningen)?			
2	Er det sannsynlig at alle studier er funnet?			
3	Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes?			
4	Er kriteriene for å vurdere kvaliteten (intern validitet) av de inkluderte studiene klart beskrevet?			
5	Er den interne validiteten av alle inkludert studiene vurdert ved hjelp av relevante kriterier?			
6	Er valg av metodene for sammenfatting av resultatene klart beskrevet?			
7	Ble resultatene fra studiene sammenfattet i forholdt til spørsmålet i oversikten?			
8	Er forfatterens konklusjoner støttet av data og/eller analyser i oversikten?			
10	Gradering av kvaliteten av oversikten	Høy	Moderat	Mangelfull

Gradering av kvalitet

God kvalitet (++)	Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes
Moderat kvalitet (+)	Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det må være lite sannsynlig at studiens konklusjon påvirkes
Mangelfull kvalitet (÷)	Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan forandres

Vedlegg 3: Ekskluderte studier

1. Gruen RL et al. 2003 Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings.

Oversikten har inkludert bare tre studier med depresjonspasienter hvorav majoritet er pasienter med moderat til alvorlig depresjon. (46)

2. Kessing LV et al. 2006. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depresjon og mani) – en medisinsk teknologivurdering. (47)

Inkluderer pasienter med alvorlig depresjon.

3. Oxman TE 2003. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care (48).

Ikke systematisk oversikt, men oversiktsartikkel.

4. Powell J. 2002. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK.

Ikke relevant pasientgruppe i majoriteten av inkluderte studier. (49)

5. Neumeyer-Gromen A et al 2004. Disease management program (50).

Over halvparten av pasienter i inkluderte studier var diagnostisert med alvorlig depresjon.

6. Bower P 2000. Systematic review of the effects of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. (35)

Dobbelpublikasjon basert på same datagrunnlag som den inkluderte oversikten: Bower 1999 (33)

7. Bower P 2000. Do consultation -liaison services change behaviour of primary provider? (34)

Dobbelpublikasjon.

8. Gilbody 2002. Improving the recognition and management of depression in primary care. (43)

Dobbelpublikasjon.

Vedlegg 4: Søkestrategi

EPOC Cinahl Search Strategy:

1. clinical trial/
2. (controlled adj (study or trial)).tw.
3. (randomised or randomized).tw.
4. (random\$ adj1 (allocat\$ or assign\$)).tw.
5. exp pretest-posttest design/
6. exp quasi-experimental studies/
7. comparative studies/
8. time series.tw.
9. experiment\$.tw.
10. impact.tw.
11. intervention?.tw.
12. evaluat\$.tw.
13. effect?.tw.
14. or/1-13
15. exp *education,continuing/ or *education,interdisciplinary/
16. (education\$ adj2 (program\$ or intervention? or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tw.
17. (behavio?r\$ adj2 intervention?).tw.
18. *pamphlets/
19. (leaflet? or booklet? or poster or posters).tw.
20. ((written or printed or oral) adj information).tw.
21. (information\$ adj2 campaign).tw.
22. (education\$ adj1 (method? or material?)).tw.
23. *advance directives/ or *living wills/
24. outreach.tw.
25. ((opinion or educational\$ or influential) adj1 leader?).tw.
26. facilitator?.tw.
27. academic detailing.tw.
28. consensus conference?.tw.
29. practice guideline?.tw.
30. (guideline? adj2 (introduc\$ or issu\$ or impact or effect? or disseminat\$ or distribut\$)).tw.
31. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 training program\$).tw.
32. *reminder systems/
33. reminder?.tw.
34. (recall adj2 system\$).tw.
35. (prompter? or prompting).tw.
36. algorithm?.tw.
37. *feedback/ or feedback.tw.
38. (feedback adj1 (loop? or control? or regula\$ or mechanism? or inhib\$ or system? or circuit? or sensory or visual or audio\$ or auditory)).tw.
39. 37 not 38
40. chart review\$.tw.
41. ((effect? or impact or records or chart?) adj2 audit).tw.
42. compliance.tw.
43. marketing.tw.
44. or/15-36,39-43
45. exp *reimbursement mechanisms/

46. fee for service.tw.
47. exp *"fees and charges"/
48. cost shar\$.tw.
49. (copayment? or co payment?).tw.
50. (prepay\$ or prepaid or prospective payment?).tw
51. exp *managed care programs/
52. formular\$.tw.
53. fundhold\$.tw.
54. *medicaid/
55. *medicare/
56. blue cross.tw.
57. or/45-56
58. exp *advanced practice nurses/
59. *nurse consultants/
60. (nurse adj (rehabilitator? or clinician? or practitioner? or midwi\$)).tw.
61. *pharmacists/
62. clinical pharmacist?.tw.
63. paramedic?.tw.
64. *multidisciplinary care team/
65. exp *protocols/
66. (team? adj2 (care or treatment or assessment or consultation)).tw.
67. (integrat\$ adj2 (care or service?)).tw.
68. *health care delivery, integrated/
69. (care adj2 (coordinat\$ or program\$ or continuity)).tw.
70. exp *continuity of patient care/
71. (case adj1 management).tw.
72. *case managers/
73. or/58-72
74. exp *ambulatory care facilities/
75. *ambulatory care/
76. exp *home health care/
77. *hospices/
78. exp *nursing homes/
79. *office visits/
80. *office nursing/
81. *home visits/
82. *day care/
83. *after care/
84. exp *community health nursing/
85. (chang\$ adj1 location?).tw.
86. domiciliary.tw.
87. (home adj1 treat\$).tw.
88. day surgery.tw.
89. or/74-88
90. *medical records/
91. exp *decision making, computer assisted/
92. *computerized patient record/
93. *nursing records/
94. *problem oriented records/
95. (information adj2 (management or system?)).tw.
96. *health service misuse/

97. quality assurance.tw.
98. exp *quality assessment/
99. *length of stay/
100. (early adj1 discharg\$).tw.
101. discharge planning.tw.
102. offset.tw.
103. triage.tw.
104. exp *"Referral and consultation"/
105. gatekeep\$.tw.
106. *drug therapy,computer assisted/
107. near patient test\$.tw.
108. exp *patient history taking/
109. *telephone/
110. exp *telehealth/
111. (physician patient adj (interaction? or relationship?)).tw.
112. *health maintenance organizations/
113. managed care.tw.
114. (hospital? adj1 merg\$).tw.
115. or/90-114
116. ((standard or usual or routine or regular or traditional or conventional or pattern) adj2 care).tw.
117. (program\$ adj2 (reduc\$ or increas\$ or decreas\$ or chang\$ or improv\$ or modify\$ or monitor\$ or care)).tw.
118. (program\$ adj1 (health or care or intervention?)).tw.
119. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 treatment program\$).tw.
120. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 care program\$).tw.
121. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 screening program\$).tw.
122. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 prevent\$ program\$).tw.
123. (computer\$ adj2 (dosage or dosing or diagnosis or therapy or decision?)).tw.
124. ((introduc\$ or impact or effect? or implement\$ or computer\$) adj2 protocol?).tw.
125. ((effect? or impact or introduc\$) adj2 (legislation or regulations or policy)).tw.
126. or/116-125
127. 14 and (44 or 57 or 73 or 89 or 115 or 126)

EPOC EMBASE Search Strategy

1. randomized controlled trial/
2. (randomised or randomized).tw.
3. experiment\$.tw.
4. (time adj series).tw.
5. (pre test or pretest or post test or posttest).tw.
6. impact.tw.
7. intervention?.tw.
8. chang\$.tw.
9. evaluat\$.tw.
10. effect?.tw.
11. compar\$.tw.
12. or/1-11
13. nonhuman/
14. 12 not 13

15. (education\$ adj2 (program\$ or intervention? or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tw.
16. (behavior?r\$ adj2 intervention?).tw.
17. (leaflet? or booklet? or poster or posters).tw.
18. ((written or printed or oral) adj information).tw.
19. (information\$ adj2 campaign).tw.
20. (education\$ adj1 (method? or material?)).tw.
21. outreach.tw.
22. ((opinion or education\$ or influential) adj1 leader?).tw.
23. facilitator?.tw.
24. academic detailing.tw.
25. consensus conference?.tw.
26. practice guideline?.tw.
27. (guideline? adj2 (introduc\$ or issu\$ or impact or effect? or disseminat\$ or distribut\$ or compli\$)).tw.
28. ((introduc\$ or impact or effect? or implement\$ or computer\$ or compli\$) adj2 protocol?).tw.
29. ((introduc\$ or impact or effect? or implement\$ or computer\$ or compli\$) adj2 algorithm?).tw.
30. clinical pathway?.tw.
31. critical pathway?.tw.
32. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 training program\$).tw.
33. reminder?.tw.
34. (recall adj2 system\$).tw.
35. (prompter? or prompting).tw.
36. advance directive?.tw.
37. feedback.tw.
38. (feedback adj1 loop?).tw.
39. (feedback adj1 control).tw.
40. (feedback adj1 regula\$).tw.
41. (feedback adj1 mechanism?).tw.
42. (feedback adj1 inhib\$).tw.
43. (feedback adj1 system?).tw.
44. (feedback adj1 circuit?).tw.
45. (feedback adj1 sensory).tw.
46. (feedback adj1 visual).tw.
47. (feedback adj1 (audio\$ or auditory)).tw.
48. or/38-47
49. 37 not 48
50. chart review\$.tw.
51. ((effect? or impact or records or chart?) adj2 audit).tw.
52. (compliance and (physician? or doctor? or practitioner? or pharmacist? or nurse? or health)).tw.
53. marketing.tw.
54. ((cost or clinical or medical) adj information).tw.
55. *medical education/
56. *medical audit/
57. continuing education/
58. postgraduate education/
59. or/15-36,49-58
60. fee for service.tw.
61. cost shar\$.tw.

62. (copayment? or co payment?).tw.
63. (prepay\$ or prepaid or prospective payment?).tw.
64. formular\$.tw.
65. fundhold\$.tw.
66. bluecross.tw.
67. blue cross.tw.
68. voucher?.tw.
69. (free adj2 care).tw.
70. exp *health insurance/
71. *health care costs/
72. *health care financing/
73. *medical fee/
74. *prospective payment/
75. or/60-74
76. (nurse adj (rehabilitator? or clinician? or practitioner? or midwi\$)).tw.
77. ((nurse or midwi\$ or practitioner) adj managed).tw.
78. clinical pharmacist?.tw.
79. paramedic?.tw.
80. exp *paramedical personnel/
81. *general practitioner/
82. *physician/
83. (team adj2 (care or treatment)).tw.
84. (team adj2 (assessment or consultation)).tw.
85. (integrat\$ adj2 (care or service?)).tw.
86. (care adj2 (coordinat\$ or program\$ or continuity)).tw.
87. (case adj1 management).tw.
88. *patient care/
89. (chang\$ adj1 location?).tw.
90. domiciliary.tw.
91. (home adj1 (treat\$ or visit?)).tw.
92. day surgery.tw.
93. exp *primary health care/
94. *ambulatory surgery/
95. *nursing home/
96. *day hospital/
97. *outpatient care/
98. *terminal care/
99. *group practice/
100. *general practice/
101. *rural health care/
102. *community mental health center/
103. information system/
104. *medical record/
105. (information adj2 (management or system?)).tw.
106. *peer review/
107. *professional standards review organization/
108. exp *clinical practice/
109. quality assurance.tw.
110. exp *health care delivery/
111. *health care quality/
112. *professional practice/

113. (early adj1 discharg\$).tw.
114. discharge planning.tw.
115. offset.tw.
116. triage.tw.
117. near patient testing.tw.
118. *patient referral/
119. (physician patient adj (interaction? or relationship?)).tw.
120. managed care.tw.
121. *health care organization/
122. *health maintenance organization/
123. *health care system/
124. *health care access/
125. (hospital? adj1 merg\$).tw.
126. (computer\$ adj2 (dosage or dosing or diagnosis therapy or decision?)).tw.
127. (computer\$ adj2 (diagnosis or therapy)).tw.
128. gatekeep\$.tw.
129. or/76-128
130. ((standard or usual or routine or regular or traditional or conventional or pattern) adj2 care).tw.
131. (program\$ adj1 (health or care or intervention?)).tw.
132. ((effect? or impact or introduc\$) adj2 legislation).tw.
133. ((effect? or impact or introduc\$) adj2 regulations).tw.
134. ((effect? or impact or introduc\$) adj2 policy).tw.
135. (program\$ adj2 (reduc\$ or increas\$ or decreas\$ or chang\$ or improv\$ or modif\$ or monitor\$ or care)).tw.
136. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 treatment program\$).tw.
137. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 care program\$).tw.
138. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 screening program\$).tw.
139. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 prevention program\$).tw.
140. or/130-139
141. 14 and (59 or 75 or 129 or 140)

EPOC MEDLINE and HealthSTAR * Search Strategy

1. exp *education,continuing/
2. (education\$ adj2 (program\$ or intervention? or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tw.
3. (behavio?r\$ adj2 intervention?).tw.
4. *pamphlets/
5. (leaflet? or booklet? or poster or posters).tw.
6. ((written or printed or oral) adj information).tw.
7. (information\$ adj2 campaign).tw.
8. (education\$ adj1 (method? or material?)).tw.
9. *advance directives/
10. outreach.tw.
11. ((opinion or education\$ or influential) adj1 leader?).tw.
12. facilitator?.tw.
13. academic detailing.tw.
14. consensus conference?.tw.
15. *guideline adherence/

16. practice guideline?.tw.
17. (guideline? adj2 (introduc\$ or issu\$ or impact or effect? or disseminat\$ or distribut\$)).tw.
18. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 training program\$).tw.
19. *reminder systems/
20. reminder?.tw.
21. (recall adj2 system\$).tw.
22. (prompter? or prompting).tw.
23. algorithm?.tw.
24. *feedback/ or feedback.tw.
25. (feedback adj1 (loop? or control? or regula\$ or mechanism? or inhib\$ or system? or circuit? or sensory or visual or audio\$ or auditory)).tw.
26. 23 not 24
27. chart review\$.tw.
28. ((effect? or impact or records or chart?) adj2 audit).tw.
29. compliance.tw.
30. marketing.tw.
31. or/1-22,26-30
32. exp *reimbursement mechanisms/
33. fee for service.tw.
34. *capitation fee/
35. *"deductibles and coinsurance"/
36. cost shar\$.tw.
37. (copayment? or co payment?).tw.
38. (prepay\$ or prepaid or prospective payment?).tw.
39. *hospital charges/
40. formular\$.tw.
41. fundhold\$.tw.
42. *medicaid/
43. *medicare/
44. blue cross.tw.
45. or/32-44
46. *nurse clinicians/
47. *nurse midwives/
48. *nurse practitioners/
49. (nurse adj (rehabilitator? or clinician? or practitioner? or midwi\$)).tw.
50. *pharmacists/
51. clinical pharmacist?.tw.
52. paramedic?.tw.
53. *patient care team/
54. exp *patient care planning/
55. (team? adj2 (care or treatment or assessment or consultation)).tw.
56. (integrat\$ adj2 (care or service?)).tw.
57. (care adj2 (coordinat\$ or program\$ or continuity)).tw.
58. (case adj1 management).tw.
59. exp *ambulatory care facilities/
60. *ambulatory care/
61. or/46-60
62. *home care services/
63. *hospices/
64. *nursing homes/
65. *office visits/

66. *house calls/
67. *day care/
68. *aftercare/
69. *community health nursing/
70. (chang\$ adj1 location?).tw.
71. domiciliary.tw.
72. (home adj1 treat\$.tw.
73. day surgery.tw.
74. *medical records/
75. *medical records systems, computerized/
76. (information adj2 (management or system?)).tw.
77. *peer review/
78. *utilization review/
79. exp *health services misuse/
80. or/62-79
81. *physician's practice patterns/
82. quality assurance.tw.
83. *process assessment/ [health care]
84. *program evaluation/
85. *length of stay/
86. (early adj1 discharg\$.tw.
87. discharge planning.tw.
88. offset.tw.
89. triage.tw.
90. exp *referral/ and consultation/
91. *drug therapy,computer assisted/
92. near patient testing.tw.
93. *medical history taking/
94. *telephone/
95. (physician patient adj (interaction? or relationship?)).tw.
96. *health maintenance organizations/
97. managed care.tw.
98. (hospital? adj1 merg\$.tw.
99. or/81-98
100. ((standard or usual or routine or regular or traditional or conventional or pattern) adj2 care).tw.
101. (program\$ adj2 (reduc\$ or increas\$ or decreas\$ or chang\$ or improv\$ or modify\$ or monitor\$ or care)).tw.
102. (program\$ adj1 (health or care or intervention?)).tw.
103. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 treatment program\$.tw.
104. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 care program\$.tw.
105. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compar\$) adj2 screening program\$.tw.
106. ((effect? or impact or evaluat\$ or introduc\$ or compara\$) adj2 prevent\$ program\$.tw.
107. (computer\$ adj2 (dosage or dosing or diagnosis or therapy or decision?)).tw.
108. ((introduc\$ or impact or effect? or implement\$ or computer\$) adj2 protocol?).tw.
109. ((effect? or impact or introduc\$) adj2 (legislation or regulations or policy)).tw.
110. or/100-109
111. 31 or 45 or 61 or 80 or 99 or 110
112. randomized controlled trial.pt.
113. controlled clinical trial.pt.
114. intervention studies/

- 115. experiment\$.tw.
- 116. (time adj series).tw.
- 117. (pre test or pretest or (posttest or post test)).tw.
- 118. random allocation/
- 119. impact.tw.
- 120. intervention?.tw.
- 121. chang\$.tw.
- 122. evaluation studies/
- 123. evaluat\$.tw.
- 124. effect?.tw.
- 125. comparative studies/
- 126. animal/
- 127. human/
- 128. 126 not 127
- 129. or/112-125
- 130. 129 not 128
- 131. 111 and 130

*insert :

(randomised or randomized).tw.

(random\$ adj1 (allocat\$ or assign\$)).tw.

Sökhistorik: SWEMED

Sökmängd	Sökvillkor	Antal poster
S1	<i>Explodesökning på Depressive-Disorder</i>	351
S2	Depression.sh.	611
S3	Anxiety.sh.	441
S4	<i>Explodesökning på Anxiety-Disorders</i>	515
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	1448
S6	"Psychology, Medical".sh.	4
S7	"Comprehensive Health Care".sh.	0
S8	"Patient Care Management".sh.	10
S9	"Patient Care Planning".sh.	475
S10	"Case Management".sh.	10
S11	"Critical Pathways".sh.	8
S12	"Patient-Centered Care".sh.	112
S13	"Continuity of Patient Care".sh.	273
S14	<i>Explodesökning på Patient-Care Team</i>	555
S15	<i>Explodesökning på Interprofessional-Relations</i>	739
S16	"Cooperative Behavior".sh.	23

S17	"Referral and Consultation".sh.	879
S18	"Delivery of Health Care".sh.	53
S19	"Delivery of Health Care, Integrated".sh.	8
S20	s6 or s7 or s8 or s9 or s10 or s11 or s12 or s13 or s14 or s15 or s16 or s17 or s18 or s19	2793
S21	"Primary Health Care".sh.	1220
S22	"Family Practice".sh.	1841
S23	"Primary Nursing Care".sh.	21
S24	"Physicians, Family".sh.	939
S25	Pharmacists.sh.	123
S26	"Community Health Services".sh.	372
S27	<i>Explodesökning på Mental-Health Services</i>	884
S28	"Community Psychiatry".sh.	100
S29	"Community Health Nursing".sh.	134
S30	"Community Pharmacy Services".sh.	6
S31	"Ambulatory Care".sh.	573
S32	"Ambulatory Care Facilities".sh.	368
S33	"Psychiatric Nursing".sh.	304
S34	"Nurse Clinicians".sh.	10
S35	"Emergency Medicine".sh.	48
S36	"Total Quality Management".sh.	14
S37	S1 AND S1	351
S38	s21 or s22 or s23 or s24 or s25 or s26 or s27 or s28 or s29 or s30 or s31 or s32 or s33 or s34 or s35 or s36	5538
S39	"Hospitals, Psychiatric".sh.	201
S40	"Specialties, Medical".sh.	404
S41	Hospitalists.sh.	31
S42	Hospitalization.sh.	350
S43	Institutionalization.sh.	36
S44	"Day Care".sh.	191
S45	"Aftercare".sh.	63
S46	<i>Explodesökning på Mental-Health Services</i>	884
S47	"Ambulatory Care".sh.	573
S48	"Ambulatory Care Facilities".sh.	368
S49	"Psychiatric Nursing".sh.	304
S50	"Nurse Clinicians".sh.	10

S51	"Emergency Medicine".sh.	48
S52	"Total Quality Management".sh.	14
S53	s39 or s40 or s41 or s42 or s43 or s44 or s45 or s46 or s47 or s48 or s49 or s50 or s51 or s52	2829
S54	s5 and s20 and s38 and s53	4
S55	s20 and s38 and s53	281
S56	S54	4
S57	S55	281
S58	<i>Explodesökning på Mental-Disorders</i>	6825
S59	s55 and s58	82
S60	"shared care"	3
S61	s19 and s24 and s40	0
S62	s24 and s40	28
S63	S19	8
S64	S52	14
S65	S56	4
S66	S60	3
S67	(multifaceted or multidisciplinary or collaborative or integrated) and (care or treatment\$ or team\$ or consultation or intervention\$ or approach\$)	86
S68	"primary care" or "primary healthcare"	138
S69	(general or family) and practice	2112
S70	family and (physicians\$ or doctor\$ or clinician\$ or practioner\$)	1191
S71	"general practitioner\$" or generalist\$	134
S72	community and (care or healthcare or service\$ or psychiatr\$ or nurs\$ or nursing or "mental health")	1105
S73	"clinical pharmac\$"	0
S74	s68 or s69 or s70 or s71 or s72	3714
S75	secondary and (care or healthcare)	34
S76	specialist and (care or healthcare)	51
S77	inpatient\$ or psychiatrist\$ or psychologist\$ or hospital\$ or institution\$ or "day care" or aftercare	5939
S78	s75 or s76 or 77	289
S79	communicat\$ or liason or coordinate\$ or collaborate\$	1858
S80	s74 and s78 and s79	3
S81	s74 and s78	34
S82	s60 or s81	37

S83	outreach and (clinic\$ or team\$ or service\$ or program\$)	3
S84	(shared or complementary or seamless) and care	52
S85	"case management" or "case conference"	17
S86	"psychogeriatric team\$" or "mental health team\$" or "consultation liason" or "psychiatr\$ team\$"	0
S87	team and (care or treatment or assessment or consultation)	570
S88	s67 or s83 or s84 or s85 or s86 or s87	697
S89	s5 and s88	14
S90	S89	14
S91	S82	37

Vedlegg 5: Evidenstabeller av inkluderte studier

Evidenstabell SR: Badamgarav 2003

Study ref: 41	Badamgarav E et al. 2003. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression. A systematic Review. (USA)
Method: Systematic review (SR)	
Search: Medline, Healthstar, Cochrane (January 1987 to June 2001). Limits: English language articles. Inclusion criteria: RCTs, controlled before and after studies; interrupted time series, depression treatment. Population: man and women with depression treated in primary care setting. Intervention: disease management programs. Definition of disease management program (DMP): An intervention designed to manage or prevent a chronic condition by using a systematic approach to care and employing multiple treatment modalities. Exclusion criteria: single treatment modalities, reviews, case-reports. Studies with children and adolescents. Synthesis: meta-analysis. Pooled effect sizes were constructed such that positive numbers denote benefit.	
Aim	To assess the effectiveness of disease management programs in depression
Results	
Included studies & country of origin	N = 19 studies (17 RCTs). Mostly from primary practices in USA (15 studies) in addition to one study each from Canada, Australia and UK.
Population	Adults diagnosed with moderate to severe depression. Total number of patients in included studies: N=13220.
Intervention	24 different modalities of DMP were identified in included studies: patient education program (16 programs); provider education (17 programs); provider feedback (12 programs); multidisciplinary teams of providers (11 programs); provider reminders (6 programs); financial incentives for providers (1 program). Collaborative elements included primary care physician, on-site mental health care specialist, multidisciplinary teams in primary care, psychiatric nurse, care-manager.
Control	Usual care delivered in primary practice. Normally included medication, referral to mental health specialist, therapy.
Outcome measures	<i>Clinical outcomes</i> Symptoms of depression: Depression Symptom Checklist (DSCL); Hamilton Depression Rating Scale; Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D Scale); Geriatric Depression Scale, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. Physical functioning/ disability: the Medical Outcomes Study 36 or 12-item Short- Form Health Survey, days in work <i>Proceses of Care</i> Detection of depression; Referral rates; Satisfaction with treatment; adherence to treatment; adherence to guidelines <i>Health service utilization and costs</i>
Outcomes	<i>Clinical outcomes</i> Symptoms of depression: statistically significant improvements in symptoms (21 out of 24 estimates) in intervention group compared to patients in usual care, pooled effect estimate (ES = 0.33, 95 % CI=0.16 to 0.49) from 18 studies with 13.200 patients. Physical functioning/ disability (n= 6 studies with 3852 patients): effect size:- 0.05, 95 % CI=-0.72 to 0.62). Not statistically significant <i>Processes of care</i> Detection of depression: (N= 3 with 474 patients): one study with explicated screening component increased detection of depression: effect size=0.66, 95 % CI= 0.22 to 1.1

	<p>Referral to specialized care: no significant effect on referral rate</p> <p>Patient's adherence to treatment: significant improvement of adherence in intervention group: (ES = 0.36, 95 % CI, 0.17 to 0.54) in five studies.</p> <p>Provider adherence to guidelines: (N=8 with 2647 patients). Greater proportion of patients in DMP received adequate treatment (ES = 0.44, 95 % CI 0.20 to 0.59)</p> <p>Patient's satisfaction: statistically significant improvements in DMP group (ES= 0.51, 95 % CI 0.33 to 0.68). Results based on 4 studies with 854 patients.</p> <p><i>Health service utilization and cost</i></p> <p>Number of primary care visits: (ES= 0.1, 95 % CI 0.18 to - 0.02). Pooled results from 7 studies with 3366 patients (increase)</p> <p>Costs: total health services costs: increase (ES= - 1.03; 95 % CI -2,62 to 0.54). Based on 2 studies with 1148 participants.</p>
Conclusion (author's)	Disease management programs can improve quality of care and outcomes for patients with depression, as reflected in improvements in measures of both processes and outcomes of care. Further research is required to assess the cost- effectiveness of disease management in depression.
Quality assessment	Moderate (+). Explicit inclusion and exclusion criteria. Search strategy was enclosed. Relevant databases were searched. Critical appraisal of all studies was not done independently by two reviewers according to specified criteria for inclusion. Quality assessment of included studies was not reported.
Comments	Only limited information was provided about the individual workforce configuration in different DMP programs. Most of the studies were performed in USA within Health Maintenance Organization (HMO). The generalizability of the findings in other settings can not be assumed.

Evidenstabelle: Bower & Sibbald 1999

Author(s) ref: 32	Bower P & Sibbald B, 1999 (UK). On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice.
Aim	To assess the 'direct' and 'indirect' effects of on-site mental health workers (MHW) in primary care on the clinical behaviour of primary care providers (PCP).
Method: Systematic review (Cochrane review) Search: Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group specialised register, Cochrane Controlled Trials Register, Medline, PsycINFO, EMBASE, ConcelLit, NPCRDC skill-mix in primary care bibliography, and reference list of articles. Searches were conducted in June 1998 <i>Inclusion criteria:</i> RCT's, CBA and ITS of mental health workers (MHW) either replacing primary care providers (PCP) as providers of mental health care ('replacement' models) or providing collaborative care/support to PCPs in managing patients' mental health problems ('consultation-liaison models'). Participants were primary care providers. <i>Exclusion criteria:</i> Mental health interventions in primary care based on the use of technology such as screening tools, computerized aids or self help interventions.	
Results	
Included studies & country of origin	38 studies: randomised control studies (N=21), controlled before and after studies, interrupted time series. Country: UK (29 studies); USA (6 studies) and one study each from Australia, New Zealand and Germany.
Population	More than 460 PCP's (and 3880 patients). PCP defined as 'medical health care professionals providing first contact and on-going care to patients, regardless of the patient's age, gender or presenting problem'.
Intervention	Mental health workers (practice counsellors, social workers, psychiatric or non-psychiatric nurses, psychiatrists, psychotherapists, psychologists, clergy and lay volunteers). PCP may take on a specialist MHW role with additional training and a change in clinical role. Service provided by an on-site MHW represent a separate and distinct activity and are not solely part of normal primary care consultations. The MHW is employed by or attached to the PCP organisation and works 'on-site'. 26 studies used 'replacement' models and 12 studies used 'consultation-liaison' models. Interventions varied in their content and complexity.
Control	Control practices were specifically chosen as not to have access to the intervention under test, although it was not clear in most cases whether these practices had access to other MHWs not included as the intervention in the studies.
Collaborative elements	General practitioners and mental health professionals.
Outcomes measures	Change in PCPs behaviour: Consultation rates, prescribing of psychotropics (rates and type), referrals to secondary care mental health services by general practitioner. Patient health outcomes were excluded.
Outcomes	21 studies out of 38 included studies were RCTs. Sample size in studies ranged from 44-429 patients or 3 - 87 PCP clinics. Follow-up rates $\geq 80\%$ were reported in 5 studies. Behaviours were assessed through searches in medical records, reviews of charts, or automated data. Included studies showed inconsistent results. On-site mental health professionals may reduce consultation rates but the results were inconsistent and the evidence is not reliable. Referral to a mental health professional reduced the likelihood of a patient receiving a prescription for psychotropics or being referred to secondary care. The effects were significant only in short term. MHWs did not alter prescribing and referral behaviour towards patients in wider population. There was some evidence that "consultation-liaison" model MHWs had a direct effect on PCP prescribing behaviour when used as a part of complex, multifaceted interventions.
Conclusion	The review does not support the hypothesis that adding MHWs to primary care provider organisations in 'replacement' models causes a significant or enduring

	change in PCP behaviour. 'Consultation-liaison' interventions may cause changes in psychotropic prescribing, but these seem short-term and limited to patients under the direct care of the MHW. Longer-term studies are needed to assess the degree to which demonstrated effects endure over time.
Quality assessment	Moderate (+). Explicit inclusion and exclusion criteria. Search strategy was enclosed. Relevant databases were searched. Quality assessment was done independently by two reviewers according to specified criteria. Only studies assessed as good or moderate quality were included. Most of the studies were of moderate quality: concealment of allocation was considered adequate in only two studies. Excluded studies were listed separate. Power calculation was primary done to detect clinical effects of the intervention not to detect changes in PCPs behaviour.
Comments	The reporting of MHW effects on PCP behaviour was generally of lower clarity than the clinical effects. Extracting relevant data for this review (PCPs behaviour) from primary studies was complicated by the fact that the issues of relevance for this review were only secondary in the main aim of most of the primary studies. Use of MHWs in primary care represents a highly complex intervention and pragmatic RCTs give often little information on how or why a particular intervention has effected change.

Evidenstabelle: Bower & Rowland 2006

Study ref: 35	Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. 2006 (UK)
Aim	To assess the effectiveness and cost-effectiveness of counselling in primary care by reviewing cost and outcome data in RCT for patients with psychological and psychosocial problems considered suitable for counselling.
Method: systematic review (SR)	
Search: Medline, EMBASE, PsycLIT, Cinahl, Cochrane Controlled Trials Register, Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis trials register. Trials completed before the end of June 2005. Limits: none	
Inclusion criteria: all controlled trials comparing counselling in primary care with other treatments for patients with psychological problems suitable for counselling. Males and females of all ages.	
Exclusion criteria: studies of specific therapy, uncontrolled study design, therapist or counsellors who did not meet the BACP criteria for accreditation. Studies of consultation-liaison models.	
Results	
Included studies & country of origin:	N = 8 RCTs . All studies from UK.
Population	Adult patients with mild to moderate depression, anxiety, phobic disorder, emotional disorders, or relationship and family problems. Majority of patients with depression. (Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory)
Intervention	<i>Counselling in primary practice:</i> therapeutic interventions with individual patient involving face to face contact between patient and counsellor. Distinct and separate treatment intervention, offered as a series of sessions, following an assessment which generates a therapeutic plan. <i>Non-directive counselling,</i> person-centred, process-experimental. Delivered by a variety of professionals: community psychiatric nurses, clinical psychologists, counsellors, health visitors. Only practitioners with formal counselling qualifications equivalent to BACP accreditation levels were included (www.bacp.co.uk/accreditation).
Control	Usual care by general practitioner: cognitive behaviour therapy, medication treatment

	provided by GP
Collaborative elements	General practitioner, counsellor (psychiatric nurse, clinical psychologist, counsellor)
Outcome measures	clinical effectiveness, cost effectiveness, process related outcomes
Outcome	<p>Clinical effectiveness</p> <p><i>Psychological symptoms score</i> (n = 772, 6 trials): significantly lower score in intervention group compared to usual care (overall standardized mean difference (SMD) -0.28, 95% CI -0.43 to -0.13) in short term assessment. Assessment of long-term outcomes showed that counselling was no more effective than usual care. (n = 475; 4 trials); overall SMD -0.09, 95 % CI -0.27 to 0.10. Counselling in chronic patients was no more effective than usual care (overall SMD 0.000, 95% CI -0.31 to 0.31, n= 161)</p> <p><i>Antidepressant treatment</i>: not significant difference in prescription, use or adherence to treatment either in the short or long term.</p> <p><i>Social and occupational functioning</i>: Not significant difference in overall social function at any time. Occupational functioning not assessed.</p> <p><i>Patient satisfaction</i>: Higher levels of satisfaction in the counselling group at short and long term follow-up.</p> <p><i>Cost-effectiveness</i></p> <p>There was some evidence that the overall costs of counselling and usual care were similar. Cost data included: referrals within NHS; referrals to external agencies; medication; GP consultations; cost of lost production; patient cost.</p>
Conclusion (reviewer`s)	Counselling is associated with modest improvement in short-term outcome compared to usual care, but provides no additional advantages in the long-term. Patients were more satisfied with counselling. Although some types of health care utilisation may be reduced, counselling does not seem to reduce overall healthcare costs.
Quality assessment	Good (++). Explicit inclusion and exclusion criteria. Search strategy was enclosed. Relevant databases were searched. Quality assessment was done independently by two reviewers.
Comments	Recruitment of study patients was based on GP assumption that the patient was suitable for counselling and not based on diagnosis. Difficult to ascertain how representative the trial patients were of eligible patients generally and the results should be interpreted with caution. There was no attempt to standardise the content of usual care. The literature on counselling in primary care is restricted to UK and thus the results may not be generalisable to other healthcare systems.

Evidenstabelle: Craven & Bland 2006

Study ref: 25	Craven MA, Bland R. Better Practices in Collaborative Mental Health Care: An analysis of the Evidence Base. 2006 (Canada)
Aim	To conduct a systematic review of the experimental literature in order to identify better practices in collaborative mental health care in the primary care setting
Method: Systematic review (SR)	<p>The literature was searched in databases: Medline, Embase, Psycinfo (1985-2005) and CINAHL, ERIC, Social Sciences Abstracts and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic reviews, DARE (2000-2005). References were also provided by key informants and experts in the field. Manual searches of reference lists were also performed. <i>Limits:</i> English language, studies published 1985-2005.</p> <p><i>Inclusion criteria:</i> primary studies that evaluated the effectiveness of different models of mental health provision in primary health care/ shared mental health care including quality improvement programmes</p> <p><i>Design:</i> experimental trials: clinical controlled trials, uncontrolled before and after studies</p> <p><i>Population:</i> people at all ages with persistent mental illness or high utilizers of medical care</p> <p><i>Context:</i> Services provided in general practice by general practitioner, practice nurses or other community-based mental health staff in collaboration with specialist health care/ interdisciplinary team approach</p> <p><i>Exclusion criteria:</i> not specified .</p> <p>Statistical method: Trials were classified as having a positive, negative or no effect.</p>
Included studies : & country of origin	N = 38 primary studies (30 RCTs, 3 case-control studies, 4 before and after studies, 1 cost-effectiveness analysis). USA, UK, Italy, Australia
Population	Male and female at all ages with mental illness, mainly moderate to severe depression treated in primary care: adults with depression, high utilizers of medical care, adults with persistent mental illness, elderly with depression, children and adolescents with mental illness.
Intervention	<p>Collaborative care</p> <p>Collaborative care of depressed high utilizers of medical care</p> <p>On-site mental health professionals</p> <p>Quality of care initiatives</p> <p>Enhanced provider education</p> <p>Enhanced patient education/ Patient choice about treatment modality</p>
Control	Usual services provided in primary care by CPC.
Outcomes	<p>Clinical outcomes: symptoms severity, relapses, functioning</p> <p>Use of medical care/ health care resources</p> <p>Adherence to treatment/ compliance</p> <p>Guideline consistent care/ guideline level care</p> <p>Cost-effectiveness</p> <p>Satisfaction with treatment</p>
Quality assessment of the review	Moderate quality (+). Systematic review of primary studies with majority of RCT-studies. Explicit inclusion criteria were used, but the exclusion criteria were not specified. Exact search strategy was not enclosed except for the Mesh terms. Relevant databases were searched. The reviewers made no attempt to contact the authors of the primary studies in order to get more information or new unpublished data. All studies were assessed for relevance by two independent reviewers according to specified criteria. There was no quality assessment of the included studies. The reviewers used qualitative synthesis of results in presentation of their findings.
Results	<p><i>Collaborative care - 3 RCT, 1 case-control and 1 before and after study.</i></p> <p>One RCT was performed in adolescents and children. Three other British studies included adult patient with severe mental illness. Emmanuel et al.2002 looked at effects of enhanced key-worker liaison-psychiatry in general practice compare to care as usual. Key workers had to follow written guidelines for enhanced communication and liaison with CPC. The results of this RCT showed no significant differences in clinical outcomes or in patient satisfaction between the enhanced liaison group and the control group.</p> <p>A cluster RCT (Byng et al.2004) reported results from Mental Health Link Program based on shared-care and quality improvement initiatives. Shared care program was tailored to local needs.</p>

Special tool-kit was developed to guide on setting up patient registers, databases, audits and systems of recall and to define the role of link-worker or psychiatrist in shared-care arrangements. The results showed no significant difference in quality of care or in patient's perception of their general health or satisfaction with treatment. Patients in intervention group had fewer relapses. (p=0.01). Intervention CPC's were more satisfied with mental health services than control CPC's. One before and after case-control study (Sharma et al 2001) reported from Liverpool Primary Care Mental Health Project, a multifaceted intervention of shared care: primary practice based consultation and follow-up by psychiatrist, monitoring by specialist nurse, multidisciplinary teams in general practice who review the care of patients with SMI, guidelines for referral, continuity of care, audit. Positive outcomes included better adherence to treatment and improvement in health and social functioning and 38 % drop in inpatient bed use in intervention practice over 3 years.

On-site mental health professionals

Depressed high utilizers of medical care- 2 RCTs, USA (Katon et al. 1992 and Katzelnik et al p2000). The collaborative elements were: high degree of cooperation between psychiatrist and PCP(Katon et al 1992), enhanced education of CPC and patient, treatment guidelines, follow-up visits, monitoring of treatment adherence and psychiatric consultation in primary care. Collaborative care alone did not improve clinical outcomes or use of care, but collaborative care combined with reorganization of care improved clinical outcomes and patients general health status. Frequency of visits increased in intervention group. There were no changes in inpatient admission between groups.

Initial treatment of adults with depression

The collaborative elements were: enhanced CPC education, case conferences with a psychiatrist, case by case consultation and feedback from psychiatrist, monitoring of CPC prescriptions by psychiatrist to achieve guideline-level care, reorganization of services (Katon et al 1995 and Lin et al 2000, Katon 1996, Hedrick et al 2003). In all studies the intervention resulted in improved prescribing and adherence to medication, improved clinical outcomes and patient satisfaction with treatment. The effects were sustained over time only if supported by service reorganization.

Use of counselling or consult-liaison care combined with disease management programme resulted in modest benefit for patients with major depression.

Depression nurse specialist to follow up the patients and prescription monitoring showed only modest effect on clinical outcomes.

Quality of care initiatives (QI)

The collaborative elements were: PCP, psychiatrist, nurse specialist (QI-med); PCP, psychologist, nurses and CBT-therapists (QI-therapy); In all interventions mental health specialist/ experts were used for training staff.

Results were based on a multi-site quality improvement program for depression treatment in USA with one medication arm (QI-med) and one psychotherapy arm (QI-therapy). PCPs were educated in guideline-level medication or psychotherapy treatment. For patients randomised to the QI- med a nurse specialist was trained to provide follow-up assessments and support adherence through monthly follow-up, education program and by developing individual activation plans for each patient up to 12 months. For patients randomised to the QI –therapy arm a local psychotherapist was trained to provide manualised individual or group CBT for 12 to 16 sessions. In the QI-med arm patients have access to usual practice therapist but not the study CBT. Collaboration with PCP was limited to receiving recommendation from the practice nurse and taking part in the education program. There was no direct communication between PCP and the psychotherapist. The results were reported in several publications as a series of subgroup analysis and follow-up studies. (Wells et al. 2000; Unutzer et al. 2001; Sherbourne et al. 2001; Wells et al 2004; Wells et al. 2005;)

Results:

Patients in the intervention arms were more likely to have made visits to mental health specialist, get their medication or receive therapy in accordance to guidelines (50 % of patients in the

	<p>intervention arm vs. 40 % in usual care at 6 months and with a similar pattern at 12 month. Intervention patients were less likely to have depression at 6 and 12 month (50 % vs. 40%, p=0.001), but there was no difference 24 months.</p> <p>Intervention patients were more likely to be working at 12 months relative to controls (p=0.05)</p> <p>Quality of life improvements in psychotherapy group were sustained at 24 months.</p> <p>Patients with major depression had greater benefits of the intervention over usual care compare to patients with minor depression. Psychotherapy had modest long term benefits over medication in the intervention arms compared to usual care at 57 months follow-up.</p>
Conclusion	Collaboration is most successful when build on pre-existing relationships. Enhanced collaboration should be paired with disorder-specific guidelines. Skill transfer in collaborative relationship requires service restructuring to support behavioural change.
Comments	Majority of the included randomised controlled trials focused on improving the treatment and management of depression. In many studies the severity of depressive disorder was not reported except for the diagnosis. There were differential responses to treatment for patients with major and minor depression: patients with major depression showed early gains from medication treatment, while patients with minor depression had benefit from psychotherapy.

Evidenstabelle: Doughty C 2006

Study ref: 39	Doughty C. Effective models of mental health service provision and workforce configuration in the primary care setting. NZHTA, 2006. New Zealand
Aim	To systematically identify and appraise international evidence examining the structure and workforce configuration of effective models of mental health provision or quality improvement in primary care.
<p>Method: Health technology assessment. (HTA)</p> <p>The litterarture was searched in databases: Medline, Embase, Cinahl, Psychinfo, Current Contents and the Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic reviews, DARE, NHS Economic Evaluation Database, HTA database and the ACP Journal Club. Handsearching of journals and contacting the authors of unpublished research were not undertaken. Limits: English language, studies published 1995-2005</p> <p><i>Inclusion criteria:</i> secondary and primary studies that evaluated the effectiveness of different models of mental health provision in primary health care. Design: Systematic reviews, meta-analysis and meta-reviews of randomised controlled trials. Randomised controlled trials. Population: people with mild to moderate mental illness, Context: Services provided in general practice by general practitioner, practice nurses or other community-based mental health staff in collaboration with specialist health care. Studies that included > 20 participant in the intervention group</p> <p><i>Exclusion criteria:</i></p> <p>Studies that focused on a specific patient-level intervention not the framework or model of delivery</p> <p>Referral or replacement models where care was passed on to the specialist</p> <p>Dissemination of information and guidelines or educational initiatives without established collaboration</p> <p>Studies of psychosocial therapies with no description of the model of service delivery</p> <p>Studies with patients with serious mental illness</p>	
Results	
Included studies & country of origin	N = 44 studies, 9 Systematic reviews (secondary studies) and 35 primary studies UK, USA, Canada, Australia
Identified interventions	<p><i>Specific models of service provision</i></p> <p>Disease management programmes (DMP)</p> <p>Counselling in primary care/ Consultation-liaison/On-site mental health professionals</p> <p>Collaborative care or stepped collaborative care/ Care-management</p> <p>Quality improvement programmes</p>
Population	Patients with mild to moderate mental illness, primarily depression or anxiety or in combination with abuse of alcohol/ drugs. Some studies included patients with serious

	mental illness.
Outcomes	Severity of depression symptoms Treatment adherence Satisfaction Quality of life Health care utilisation and costs
Synthesis of results	<p>Disease management programmes (DMP) Following interventions were included in DMP: patient education programs, provider feedback, provider education, multidisciplinary teams, provider reminders, financial incentives. Results from three systematic reviews showed statistically significant improvements on symptoms of depression, patient's satisfaction with treatment, adherence to the recommended treatment regimen and better detection in primary care. DMP increased health care utilisation, treatment costs and hospitalization. Costs were within the range of other public health strategies. Most of the studies were performed in USA within health maintenance organisation (HMO). The generalisability of the findings in other settings can not be assumed.</p> <p>Counselling in primary care/Consultation-liaison/On-site mental health professionals A review and partial meta-analysis found modest improvements of C-L care in short-term outcome compare to usual care (SMD = 0.28, 95% CI -0.43 to -0.13, n=772, 6 trials), but there was no difference over the time SMD = -0.09, 95 % CI -0.27 to 0.1, n=475, 4 trials). There is a limited and inconsistent evidence that consultation-liaison can positively affect consultation-rates, the adequacy of prescribing and referral to mental health professional. The evidence was insufficient to be generalised to the wider practice population. No significant difference in outcomes for depressed patients was observed in those trials. Two primary studies compared C-L care to collaborative care with no clear result. It seems that C-L care produces similar results to collaborative care in long-term, but is less effective in short-term.</p> <p>Collaborative care or stepped collaborative care The evidence is based on three primary studies. Collaborative care approach was more effective in reducing depression symptoms and the time to first remission in older adults. Patients in intervention group had greater improvement of physical function than usual care patients. Collaborative care resulted in more favourable outcomes in patients with major depression compared to patients with minor depression.</p> <p>Quality improvements A meta-review of several other reviews concludes that the evidence is insufficient to compare the effectiveness and cost-effectiveness of individual models or to demonstrate clear benefits of the intervention compare to usual care over time. Strategies that were effective in improving clinical outcomes were complex interventions which incorporated: collaborative care, quality improvement programmes or measures, patient education, clinical education, case-management, pharmacist-provided prescribing.</p>
Conclusion (author's)	Overall there is insufficient evidence to provide a definitive answers as to the clinical effectiveness and cost-effectiveness of individual models of collaborative care or to provide a rigorous comparison
Quality assessment	Moderate quality HTA report (umbrella review). Explicit inclusion and exclusion criteria. Search strategy was enclosed. Relevant databases were searched. The reviewers made no attempt to contact the authors of the primary studies in order to get more information or unpublished data. Quality assessment was done independently by two reviewers according to specified criteria. This applies only to the systematic reviews. Individual RCT studies were not fully appraised. Only studies assessed as good or moderate quality were included. Excluded studies were listed separate. The secondary studies overlap and include some of the same primary articles, where the selection criteria were similar.
Comments	The HTA report is mainly based on results from secondary studies (nine systematic reviews). Majority of systematic reviews and randomised controlled trials focused on

	improving the treatment and management of depression. In many studies the severity of depressive disorder was not reported except for the diagnosis. The essential elements of service provision and components of different multifaceted interventions were similar in most models of service delivery but they vary considerably on intensity, content of individual intervention, follow-up time and the amount of health resources involved.
--	--

Evidenstabelle: Gilbody et al. 2003

Study ref: 42	Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, & Thomas R, 2003 (UK) Educational and Organizational Interventions to Improve The Management of Depression in Primary Care
Aim	To systematically evaluate the effectiveness of organizational and educational interventions to improve the management of depression in primary care settings.
Method: Systematic review Search: Medline, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, United Kingdom National Health Services Economic Evaluation Database, Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group register, Cochrane Effective Professional and Organisational Change Group specialist register. Search terms were related to <i>depression</i> , <i>primary care</i> , and all guidelines, organisational and educational interventions. No language restrictions. From inception to March 2003. Correspondence with authors, used reference lists. <i>Inclusion criteria:</i> RCT, controlled clinical trials, controlled before-and-after studies, and interrupted time-series studies (methods of EPOC group). Studies that examined the effectiveness of organizational or educational intervention targeted primary care professionals and patients or novel modes of providing health care were selected. <i>Exclusion criteria:</i> Studies on efficacy of patient-level interventions or screening strategies for depression. Data synthesis: narrative synthesis of results	
Results	
Included studies & country of origin	N =36 studies (29 RCT and controlled clinical trials, 5 controlled before-and-after, 2 interrupted time-series analyses). Most studies in US primary care practices.
Population	Patients > 18 yrs old with moderate to major depression. Total number of patients not calculated.
Intervention	Complex and multifaceted interventions: explicit plans and protocols (in 22 studies), change in delivery system design (in 19 studies), attention to information needs of patients (in 11 studies), ready access to necessary expertise (in 21 studies), and information support systems (in 10 studies). Collaborative elements in complex interventions: Patient education and shared care among the primary care physician, psychiatrist or psychologist. Patient education, clinician educational meetings, automated pharmacy data, and enhanced collaborative management by psychiatrist in a primary care setting. Regular screening, clinician education, patient-specific reminders, psychiatric nurse as case-manager, enhanced integration with specialist care. Enhanced nurse involvement (provide patient education and medication counselling) or support over telephone. Or as a core component of an effective complex strategy (given training in the management of depression). Follow-up by: nurses, practice counsellors, graduate psychologists to ensure medication adherence. Guideline implementation strategies were complex and included active dissemination and clinician education such as peer review, use of opinion leaders.
Control	Usual care. No details provided.

Outcome measures	<p><i>Clinical outcome (as positive results in patient's outcome):</i> change in depression severity, health status.</p> <p><i>Process of care outcomes:</i> medication concordance, recognition rates for depression, improved prescribing of antidepressants (OR), overall costs, adherence to treatment (OR)</p>
Outcomes	<p>Interventions with positive results: 21 studies with positive results were found: collaborative care (N=3); stepped collaborative care for those not responding for usual care (N=2), quality improvements (N=8); case-management (N=8)</p> <p><i>Clinical outcomes:</i> Effective strategies in improving patient outcome generally were those with complex interventions that incorporated clinician education, an enhanced role of the nurses (nurse case management), and a greater degree of integration between primary and secondary care. Telephone medication counselling delivered by practice nurses or trained counsellors was also effective. Successful guideline implementation and educational interventions were accompanied by complex organizational interventions, such as nurse case-management, collaborative care or quality improvement initiatives. Improved management of depressive disorders was not seen beyond the enhanced organization of care, suggesting that clinician education alone was not sufficient in maintaining change.</p> <p><i>Cost-effectiveness:</i> complex interventions that include combination of clinician and patients education, nurse case management, enhanced support from psychiatric services and monitoring of medication adherence are shown to be cost-effective and have positive clinical outcomes in short term.</p> <p>Not effective strategies: Guideline and educational strategies with no organizational support to enhance individual patient care (N=3). <i>Clinical outcomes:</i> clinical improvement: OR, 1.23; 95 % CI, 0.84 to 1.79</p> <p>Studies of clinical education showed no impact on depression severity, quality of life or adherence to treatment (N=2)</p> <p>Quality improvement initiatives not accompanied by initiatives directly applied to patients such as case-management or follow-up, had equivocal or negative results on clinical outcomes. (N=2). <i>Process outcomes:</i> recognition rates for depression: (sensitivity) OR, 1.00; 95 % CI, 0.73 to 1.37 and (specificity) OR, 0.97, 95 % CI 0.7 to 1.34.</p>
Conclusion (author)	<p>There is substantial potential to improve the management of depression in primary care. Simple guideline implementation and educational strategies are likely to be ineffective. Substantial investment in primary care services and a major shift in the organization and provision of care is needed in order to implement the findings of the review.</p>
Quality assessment	<p>Moderate (+). Extensive search strategy. Explicit inclusion criteria and validity assessment. Data were extracted independently by two assessors. Narrative synthesis of results. No details from included studies.</p>
Comments	<p>Only briefly description of study population and interventions. Complexity of interventions makes it difficult to establish the active ingredients of an effective strategy.</p>

Evidenstabelle: Gilbody et al.2006

Study ref: 38	Gilbody S, Bower P, & Whitty P, 2006. Cost and consequences of enhanced primary care for depression
Aim	To conduct a systematic review of economic evaluations of methods of organising and delivering enhanced primary healthcare for depression.
<p>Method: Systematic review of all full economic evaluations (cost-effectiveness and cost-utility analyses) accompanying randomised controlled trials. Search: Medline, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, EconLIT, The Cochrane Library, the NHS Economic Evaluations Database and the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. From inception to November 2005. Search terms related to <i>depression, primary care and quality improvement strategies</i>. Reference lists were scrutinised, and correspondence was made with authors of RCT's for unpublished cost-effectiveness data. It was searched for all full economic evaluations based upon robust randomised epidemiological designs (cost-benefit, cost-utility, cost-effectiveness, cost -minimisation).</p> <p><i>Inclusion criteria:</i> Inclusion criteria: full economic evaluations (cost-benefit, cost-effectiveness, cost-minimisation or cost utility analysis). Organisational interventions could include clinician education, dissemination and implementation of treatment or management guidelines, reconfiguration of roles within primary care, case management or active follow-up, consultation-liaison or other methods of improving working relationships between primary care and specialist/secondary care. Patients: depression treated in primary care</p> <p><i>Exclusion criteria:</i> Studies that specifically examined effectiveness of psychotherapy or drug treatment alone.</p>	
Results	
Included studies & country of origin	N =11 full economic evaluation studies based upon randomised designs from US (9) and UK (2) in primary care setting. Cost-effectiveness analyses (7 studies); cost-utility analyses (2 studies); cost-minimisation analyses (2 studies).
Population	Adults with depression (N= 4757 patients). Newly diagnosed episode of depression in 9 studies; recurrent depression in 2 studies. Depression severity: minor to major depression.
Intervention	Models of enhanced care for depression based upon collaborative care models (9 studies), and a multidisciplinary primary care educational package designed to improve the quality of care or to implement depression management guidelines (2 studies). Interventions generally involved some form of clinical practice guideline with a range of implementation strategies of varying intensity (i.e. brief telephone contact by non-specialist nurses to facilitate concordance with medication and to coordinate follow-up, consultations with psychiatrist, feedback arrangements). In collaborative and stepped care programmes, a case manager coordinated care between primary care physicians and specialists while offering problem-focused psychosocial interventions. Other components: screening, clinician and patient education, guideline dissemination, case management and enhanced access to specialist care including CBT, reconfiguration of roles within primary care. The period of follow-up was in most studies 6-12 months.
Control	Generally usual care by primary care physician.
Collaborative elements	Interventions generally involved some form of clinical practice guideline with a range of implementation strategies of varying intensity (i.e. brief telephone contact by non-specialist nurses to facilitate concordance with medication and to coordinate follow-up). In collaborative and stepped care programmes, a case manager coordinated care between primary care physicians and specialists while offering problem-focused psychosocial interventions. Others: screening, clinician and patient education, guideline dissemination, case management and enhanced access to specialist care including CBT.

Outcomes measures	Outcomes: Clinical outcomes (depression, quality of life) and cost data. Cost and consequences of the health care system (including drug, depression and non-depression-related primary costs, and costs of specialists' referral). Some studies considered out-patient depression treatment costs.
Outcomes	<p><i>Clinical outcomes:</i> improved depression scores in all organizational intervention's og mixed educative and organizational intervention's group up to 24 moths follow-up. Fewer patients with confirmed depression at 6 months. Increase in proportion of patients improving. Details reported in Gilbody et al 2006 (37).</p> <p><i>Process-related outcomes:</i> increased concordance with medications in all studies reported outcome (5 studies). Increased proportion of patients with adequate dosage at 6- 12 months follow-up (7 studies). More frequent adequate dose of antidepressants (range from 44,5 % to 75,5 % in intervention versus 18,5 % to 55%). (8 studies) In purely education programmes (2 studies), no impact on improved management or out-come of depression, but increased costs associated with the educational intervention. Details in Gilbody et al 2006 (37)</p> <p><i>Costs:</i> Enhanced programme for newly diagnosed depression (7 studies) Primary care depression costs : \$ 13-24 per depression free day (2 studies) Cost-utility: \$ 15 463 to 36 467 per QALY (3 studies)</p> <p>Care for treatment resistant depression(2 studies) Out-patients costs alone: \$ 21, 95 % CI 8 to 128 per depression free day (1 study) Total out-patients costs: \$ 26, 95 % CI -10 to 213 per depression free day (1 study)</p> <p>Care to prevent relapse in recurrent depression (1 study). Improved outcome was achieved at increased treatment costs (primary care visits, increased use of antidepressant and access to secondary care). Out-patients costs alone: a cost of £13 (\$ 24, 95 % CI -35 to 496) per depression free day over 12 months. Total outpatients costs: - £8 (\$ 15, 95 % CI, - 35 to 248) per depression free day Improved clinical outcomes for depression management (9 of 11 studies), and all studies demonstrated increased point estimates of costs associated with caring for depression.</p>
Conclusion authors	Improved outcomes through depression management programmes using a collaborative care/case management approach can be expected, but are associated with increased cost and will require investment. Educational interventions alone are associated with increased cost and no clinical benefit.
Quality assessment	Good (++). Clear inclusion and exclusion criteria. No study considered unemployment benefits or lost earnings of patients due to depressive illness or non-healthcare costs such as social security benefits.
Comments	Complexity of interventions makes it difficult to assess which components were crucial. Study population included patients with moderate to severe depression. Enhancements of care, such as collaborative care or case management, mostly produce improved outcomes but are associated with increased direct health care costs over the short term.

Tabell: Gilbody et al 2006(a)

Study ref: 37	Gilbody S, Bower P, Fletcher J, & Sutton AJ, 2006 (UK). Collaborative care for depression. A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes
Aim	To establish the clinical effectiveness of collaborative care during both the short- and longer-terms, to explore the important determinants of effectiveness of collaborative care, and how research has evolved with time and the totality of research evidence in this area.
<p>Method: Cumulative meta-analysis and review Search: Medline, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, The Cochrane Library, and DARE from inception to February 2006. Reference lists of studies were scrutinized, and citation searching for all studies that met the inclusion criteria was used. <i>Inclusion criteria:</i> RCT's with patients with depression being managed in primary care settings using a collaborative care approach defined as a multifaceted intervention involving combinations of 3 distinct professionals working collaboratively within the primary care setting: a case manager, a primary care practitioner and a mental health specialist. Studies involving 2 of these 3 components of collaborative care were included. <i>Exclusion criteria:</i> Not specified. Outcomes: Short-term (6 months) and longer-term (12, 18 and 24 months, and 5 years) data on depression outcomes and antidepressant medication concordance in both collaborative care and standard care group.</p>	
Results	
Included studies	N =37 studies (12 355 patients). Most studies in US primary care practices.
Population	Adults with wide range of depression: minor to major depression n managed in primary care setting using a collaborative care approach (N=12 355 patients).
Intervention	Collaborative care defined as multifaceted intervention involving combinations of 3 distinct professionals working collaboratively within the primary care setting: a case manager, a primary care practitioner and a mental health specialist. Studies involving minimum 2 of these 3 components of collaborative care were included.
Control	Usual/standard primary care.
Collaborative elements	Case manager, a primary care practitioner and a mental health specialist.
Outcomes	<p>Collaborative care had a clearly positive effect on standardized depression outcomes at 6 months compared with standard care: SMD= 0,25 95 %CI from 0.18 to 0.32. There was a moderate level of heterogeneity between studies.</p> <p>Eleven studies provided outcomes up to 57 months. The overall trend was for clinical improvement to be maintained at 12 months (SMD = 0.25; 95% CI, 0.01 to 0.53), 18 months: SMD = 0.25; 95% CI, 0.03-0.46), 24 months: SMD = 0.15; 95% CI, -0.03 to 0.34), and 5 years (SMD = 0.15; 95% CI, 0.001 to 0.30), although this failed to reach statistical significance at 24 months.</p> <p>Effect size was directly related to medication compliance and to the professional background (case managers with a specific mental health background) and method of supervision of case managers (regular and planned). Duration of case management and number of sessions were unrelated to effect size, and even brief interventions such as telephone follow-up were effective. Studies with 3 elements of collaborative care in place tended to be more effective than studies with less model fidelity.</p>
Conclusion authors	Collaborative care is more effective than standard care in improving depression outcomes in the short and longer term.
Quality assessment	Good (++). Clear inclusion and exclusion criteria. Relevant databases were searched. Assessments of included studies were done independently by two reviewers.
Comments	The quality of usual care was not described for any included studies. The positive results are based on studies from US. Collaborative care studies conducted outside US yielded non significant results with high degree of between-study heterogeneity. Studies included patients diagnosed with severe depression.

