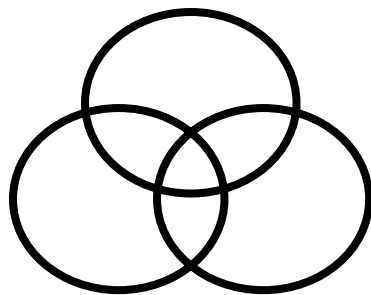


Shared care for ikke-psykotiske sygdomme

Anbefalinger på baggrund af en
systematisk litteraturundersøgelse



Overlæge ph.d. Lene Falgaard Eplov
Projektet for psykiatrisk rehabilitering
Psykiatrisk Center Ballerup

Speciallæge i almen medicin Merete Lundsteen
Værløse

Overlæge dr. med. Morten Birket-Smith
Liaisonpsykiatrisk Enhed
Psykiatrisk Center Bispebjerg

September 2009

Shared care for ikke-psykotiske sygdomme

Tryk: Danske Regioner

ISBN trykt: 978-87-7723-628-0

ISBN elektronisk: 978-87-7723-627-3

Oplag: 140

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1. RESUMÉ OG ANBEFALINGER	3
KAPITEL 2. BAGGRUND	7
Konklusion	10
KAPITEL 3. EFFEKT AF UNDERVISNING AF PRAKTISERENDE LÆGER	11
Formål	11
Metode	11
Resultater	11
Konklusion	13
KAPITEL 4. EFFEKT AF SHARED CARE MODELLER	14
Formål	14
Metode	14
Resultater	17
Konklusion	28
KAPITEL 5. IMPLEMENTERING	31
Formål	31
Metode	31
Resultater	31
Konklusion	33
KAPITEL 6. SHARED CARE MODELLER I DANMARK – EN STATUS	34
Formål	34
Metode	34
Resultater	34
Konklusion	38

KAPITEL 7. ANBEFALINGER	39
Anbefaling 1. Det anbefales at der indføres shared care-modeller med udgangspunkt i almen praksis i Danmark igennem en koordineret indsats	39
Anbefaling 2. Der gennemføres en stor multicenter-undersøgelse med randomiseret design af collaborative care ved depression og angst	39
Anbefaling 3. Den randomiserede undersøgelse vedr. collaborative care ved depression og angst indlejres i et kvalitetsudviklingsprojekt med en projektorganisation	39
Anbefaling 5. Der iværksættes forskningsprojekter vedr. collaborative care ved somatoforme tilstande	43
Anbefaling 6. Der iværksættes forskningsprojekter vedr. shared care modeller ved personlighedsforstyrrelser	43
APPENDIKS 1. UNDERSØGELSER VEDR. DEPRESSION	44
APPENDIKS 2. UNDERSØGELSER VEDR. ANGST	81
APPENDIKS 3. UNDERSØGELSER VEDR. SOMATOFORME TILSTANDE	87
APPENDIKS 4. UNDERSØGELSER VEDR. PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER	92
APPENDIKS 5. UNDERSØGELSER VEDR. IKKE-PSYKOTISKE SYGDOMME	93
APPENDIKS 6. FORKORTELSER BENYTTET I TABELLERNE	110
APPENDIKS 7. BEREGNING AF POTENTIELLE BESPARELSER	114
Besparelse ved at få flere fra sygedagpenge i ordinær beskæftigelse	114
Besparelse ved at få flere fra førtidspension i ordinær beskæftigelse	115
Besparelse ved at få flere fra sygedagpenge og førtidspension i ordinær beskæftigelse	115
LITTERATUR	117

Kapitel 1. Resumé og anbefalinger

Mennesker med ikke-psykotiske sygdomme får ikke en tilstrækkelig behandling her i Danmark, hvilket bl.a. medfører en stigning i antallet af personer, der får tilkendt en førtidspension pga. disse sygdomme. Langt de fleste patienter med ikke-psykotiske sygdomme behandles i almen praksis. For at optimere behandlingen er der behov for at øge samarbejdet mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem. Internationalt set findes der en række samarbejdsmodeller.

Formålet med nærværende rapport er at fremkomme med anbefalinger til en optimering af samarbejdet mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem med udgangspunkt i viden om de eksisterende samarbejdsmodeller. Dette gøres ved fire studier:

- Et litteraturstudie vedr. effekten af undervisning af praktiserende læger
- Et litteraturstudie vedr. effekten af shared care-modeller
- En undersøgelse vedr. implementering
- En undersøgelse af status i Danmark

Kapitel 2 beskriver baggrunden for fremkomsten af denne rapport.

Kapitel 3 omhandler et litteraturstudie vedr. effekten af undervisning af praktiserende læger. På trods af, at der her kun er tale om et usystematisk litteraturstudie, kan man på baggrund af andre systematiske litteraturstudier af god kvalitet konkludere, at undervisning af de praktiserende læger alene eller med implementering af guidelines ingen effekt har på behandling af patienter med depression. Ved angst findes ligeledes et systematisk litteraturstudie af god kvalitet, der har vist, at undervisning kun har effekt ved panikangst, og ingen effekt har ved andre typer af angst. Mht. somatoforme tilstande har et systematisk litteraturstudie af god kvalitet vist, at undervisning ikke har effekt. Tilsvarende har en randomiseret undersøgelse af en dansk model ikke vist effekt mht. patienternes psykiske tilstand.

Kapitel 4 indeholder en systematisk litteraturgennemgang af shared care-modeller. Der konkluderes følgende:

Depression

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene og guidelines alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for effekt af case management i op til 6-12 mdr. (Ia).
- Der er evidens for, at forskellige former for shared care samlet set har effekt (Ia).
- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling med evidens for langtidseffekt i op til 5 år (Ia). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA.
- Der er evidens for, at collaborative care er mere effektiv end consultation-liaison (Ib).
- Der er evidens for, at virksomme elementer i collaborative care er a) systematisk identificering af patienter, b) case management med størst effekt, hvis behandleren har en psykiatrisk baggrund, c) supervision ved specialist, d) programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg (Ia).
- Collaborative care kan i gennemsnit give 36 flere dage om året uden depression for en behandlingsudgift på omkring 200 kr. per depressionsfri dag. Ved collaborative care kan opnås lavere sygefravær og 10 pct. til 20 pct. flere kommer i arbejde.

Angst

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling (Ia). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA, bl.a. langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.
- Behandlingen af angst kan give en reduktion i forbruget af sundhedsydelser, der langt overstiger udgifterne.

Somatoforme tilstande

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care har effekt (Ib). Der er dog behov for yderligere undersøgelser, heraf langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.
- Der er ikke tilstrækkelig viden vedr. økonomi.

Personlighedsforstyrrelser

- Der foreligger ingen undersøgelser og der er et betydeligt behov for forskning på området.

I kapitel 5 gennemgås studier vedr. implementering. Det konkluderes, at der kun er ganske få studier vedr. implementering af behandlingsmodeller for ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis, og alle er fra USA, der har en anden organisationsform end Danmark. Der er endnu ikke tilstrækkelig med evidens til, at man med sikkerhed kan udtale sig om, hvilke elementer der er vigtige, hvis implementeringen skal være succesfuld. I mangel af evidens kan man dog lad sig lede af overstående resultater, der peger på:

- At kvalitetsudviklingsprogrammer er brugbare, og at der i projektgruppen bør indgå eksperter i kvalitetsudvikling.
- At både ledere og klinikere skal være engagerede i at indføre den nye behandlingsform.
- At der er lagt en klar strategi, som er kommunikeret ud i hele organisationen.
- At personalet bliver trænet i den nye intervention.
- At der tilføres ekstra økonomiske ressourcer i implementeringsfasen.

I kapitel 6 undersøges, i hvilket omfang shared care modeller benyttes i Danmark. Det konkluderes, at der er langt endnu. Egentlig shared care mellem almen praksis og psykiatrien foregår kun få

steder i landet nemlig i form af de mobilteams, som er etableret i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Derudover er shared care-projektet i Region Vestsjælland en reel shared care model, som slutter om to år. I dette projekt er personalet ansat i distriktpsychiatrien og ikke i almen praksis, modsat hvad der er tilfældet i den evidensbaserede samarbejdsmodel collaborative care.

På baggrund af dette opstilles der i kapitel 7 seks anbefalinger:

Anbefaling 1

Det anbefales at der indføres shared care-modeller med udgangspunkt i almen praksis i Danmark igennem en koordineret indsats

Anbefaling 2

Der gennemføres en stor multicenterundersøgelse med randomiseret design af collaborative care ved depression og angst

Anbefaling 3

Den randomiserede undersøgelse vedr. collaborative care ved depression og angst indlejres i et kvalitetsudviklingsprojekt med en projektorganisation

Anbefaling 4

Der tilføres ressourcer i forbindelse med projektet vedr. collaborative care ved depression og angst

Anbefaling 5

Der iværksættes forskningsprojekter vedr. collaborative care ved somatoforme tilstande

Anbefaling 6

Der iværksættes forskningsprojekter vedr. shared care-modeller ved personlighedsforstyrrelser

Kapitel 2. Baggrund

I gennem de sidste 10 år er det i en række rapporter fastslået, at mennesker med ikke-psykotiske sygdomme ikke får en tilstrækkelig behandling her i Danmark, og at der er behov for at optimere samarbejdet mellem almen praksis, hvor langt de fleste af disse patienter behandles, og det psykiatriske behandlingssystem, jf. nedenstående:

Dansk Psykiatrisk Selskab udarbejdede i 2001 en rapport om behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. I rapporten står bl.a. "I løbet af ét år vil ca. 20 pct. af den voksne danske befolkning, sv.t. 7-800.000, opfylde kriterierne for en veldefineret psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter. De hyppigst forekommende psykiske lidelser er angst, depression og lidelser relateret til alkoholmisbrug..... Det skønnes, at ca. 75.000 personer med psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter er i behandling enten hos praktiserende speciallæge eller på psykiatrisk afdeling/psykoterapeutisk specialafsnit/distriktskykiatrisk center, sv.t. ca. en tiendedel af den skønnede forekomst af disse sygdomme i befolkningen.

Hvis man overfører resultaterne fra engelske befolkningsundersøgelser, vil man kunne konkludere, at formentlig ca. halvdelen af de 7-800.000, som har en psykisk sygdom af ikke-psykotisk karakter, er i behandling hos egen læge. I en del tilfælde vil dette være fuldt tilstrækkeligt, men i andre tilfælde er der behov for øget supervision, øget efteruddannelse eller visitation til psykiatriske behandlingstilbud. De resterende formentlig ca. 3-400.000 er enten ikke i behandling, eller for en lille dels vedkommende i behandling hos praktiserende psykolog eller hos psykolog i kommunernes socialforvaltning. Disse personer bør have mulighed for diagnostik og behandling" (s 7, Dansk Psykiatrisk Selskab, 2001).

Med udgangspunkt i ovenstående rapport udgav Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) i 2004 en rapport vedr. bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, hvor følgende konkluderes: "I en dansk auditundersøgelse når man frem til at, at mindst 500.000 mennesker årligt henvender sig hos praktiserende læger med psykiske problemer af ikke-psykotisk karakter. Flere af disse får formentlig ikke en optimal behandling pga. pres på de psykiatriske afdelinger og ventetider hos de praktiserende psykiatere. På baggrund af dette og manglende videre- og efteruddannelsestilbud, samt en analyse af

ovenstående og en indsamling af nationale og internationale erfaringer med "shared care" (integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb) og andre nye samarbejdsformer med fokus på patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, anbefales bl.a. at der gøres forsøg med "shared care"- modeller og andre samarbejdsformer" (Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Psykiatrisk Selskab, 2004).

I en medicinsk teknologivurdering (MTV) af forebyggende ambulante behandling ved svær affektiv lidelse (depression og mani) fra 2006 konkluderedes følgende: "... det kan også konkluderes, at patienter med let til moderat affektiv lidelse ofte ikke får stillet den korrekte diagnose eller får den rette behandling i almenpraksis..... Den aktuelle ambulante behandling af patienter med affektive lidelser lever ikke op til den i øjeblikket bedst kendte standard, som for de lettere depressive tilstande indbefatter tæt samarbejde mellem egen læge og en speciallæge i psykiatri mv. (shared care), og for de svære affektive lidelser inkluderer grundig udredning og diagnostik samt integreret forebyggende medicinsk og psykologisk behandling....." (s 26-27, Kessing et al., 2006)

Endelig fremkom en rapport fra Dansk Sygehus Institut fra 2007 med titlen "Undersøgelse af angstsygdomme" med følgende konklusion: "Der er et stort udækket behandlingsbehov, der skal afhjælpes. Vores undersøgelse viser, at der er klare økonomiske fordele ved at investere i denne patientgruppe, der har et stort helbredelsespotential. Der bør iværksættes forsøgsprojekter med større koordinerede behandlingstilbud og efterfølgende evaluering."Patienterne skal have den behandling, der virker"..... Det har ikke været muligt at beregne de faktiske udgifter til denne patientgruppe, og heller ikke muligt at konstatere, hvor mange patienter der rent faktisk er i behandling – og hvor behandlingen foregår....." (s 8, Christensen et al., 2007).

En spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende læger i Københavns Amt fra 2006 (Udført ved Merete Lundsteen et al.). fremgik det, at 43 pct. oplevede kontakten med ikke-psykotiske patienter belastende, 39 pct. mente, at de havde problemer med at stille diagnoser på disse patienter, og kun 6 pct. Følte, at de havde "helt styr" på behandlingen af disse tilstande. Om samarbejdet med den lokale psykiatriske afdeling angav 57 pct., at de aldrig eller kun sporadisk har samarbejde med den lokale psykiatriske afdeling. I en ph.d.-afhandling af Annette Davidsen fra 2008 er det nærmere undersøgt, hvordan praktiserende læger forholder sig til det at yde samtaleterapi. Gennem kvalitative interviews med 14 praktiserende læger finder hun, at de forholder sig meget forskelligt til patienter

med psykiske sygdomme. Det findes problematisk, at det er den praktiserende læge, der yder samtaleterapi frem for en anden terapeutisk uddannet person tilknyttet almen praksis (Davidsen, 2008).

Samtidig med dette har der i de senere år været en stadig stigning i tilkendelser af førtidspensioner grundet psykisk sygdom og i 2008 fik mere end 7.500 personer tilkendt førtidspension begrundet med en psykisk sygdom svt. 48 pct. af alle, der tilkendes førtidspension. Mere end 85 pct. af førtidspensioneringskendelserne pga. psykisk sygdom begrundes med ikke-psykotiske sygdomme, særligt depression og angst (Tal fra Ankestyrelsens dataportal).

Alt i alt er der således god dokumentation for, at der er behov for at optimere behandlingen af ikke-psykotiske sygdomme bl.a. i form af et øget samarbejde mellem de praktiserende læger og det psykiatriske behandlingssystem.

Igennem årene er der internationalt set afprøvet en række samarbejdsmodeller, hvor den praktiserende læge fortsat er primær behandler. Disse kan overordnet set inddeles i tre typer:

1. Undervisning af de praktiserende læger

og to former for shared care:

2. Consultation-liaison bestående af

- Regelmæssigt besøg af psykiater hos den praktiserende læge
- Case-supervision
- Uddannelse af den praktiserende læge

3. Collaborative care ofte bestående af

- Case-management ved f.eks. sygeplejerske eller andet sundhedsfagligt personale
- Patientundervisning
- Supervision ved psykiater

(Bower & Gilbody, 2005).

Forfatterne til nærværende rapport satte sig på baggrund af dette for at udføre en undersøgelse med følgende formål:

1. Undersøge evidensen for effekt af forskellige samarbejdsmodeller mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem ved depression, angst, somatoforme

tilstande, personlighedsforstyrrelser og ikke-psykotiske sygdomme generelt set.

2. Undersøge brugen af shared care modeller i Danmark.
3. Undersøge, hvilke krav der skal stilles, hvis en samarbejdsmodel skal indføres,

for på baggrund af dette at komme med en række anbefalinger.

Konklusion

Mennesker med ikke-psykotiske sygdomme får ikke en tilstrækkelig behandling her i Danmark, hvilket bl.a. medfører en stigning i antallet af personer, der får tilkendt en førtidspension grundet disse sygdomme. Langt de fleste patienter med ikke-psykotiske sygdomme behandles i almen praksis. For at optimere behandlingen er der behov for at øge samarbejdet mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem. Internationalt set findes der en række samarbejdsmodeller.

Formålet med nærværende rapport er at fremkomme med anbefalinger til en optimering af samarbejdet mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem med udgangspunkt i viden om de eksisterende samarbejdsmodeller.

Kapitel 3. Effekt af undervisning af praktiserende læger

Formål

Undersøgelse af effekten af undervisning af praktiserende læger.

Metode

En litteraturundersøgelse med udgangspunkt i den systematiske litteraturundersøgelse af shared care ved ikke-psykotiske sygdomme, se kapitel 4.

Resultater

Depression

Et systematisk litteraturstudie fra 2002 (NHS, 2002) gennemgik 34 undersøgelser af undervisning og organisatoriske interventioner i form af bedre diagnosticering og behandling af depression, og vurderede effekten på patienternes psykiske symptomer.

Undersøgelserne involverede lægeundervisning med video, skriftligt materiale, rollespil og smågruppeundervisning givet af forskellige undervisere med specialviden. I enkelte af undersøgelserne var der nogen effekt, men ved nærmere vurderinger var undersøgelsesforholdene ikke helt gode og resultaterne ikke pålidelige. Undervisningen havde ingen effekt på diagnosticering af sygdommen eller på bedring af behandlingen. Heller ikke guideline implementering eller audit med feed-back viste nogen effekt på behandlingen. Uddannelsesmøder for at bedre de praktiserende lægers viden og holdninger havde heller ikke nogen effekt

Af et systematisk litteraturstudie fra 2003 (Gilbody et al., 2003) fremgår det at undervisning og brug af behandlingsvejledninger er uden effekt på patientbehandlingen, og dette understøttes af en anden oversigtsartikel, i hvilket der indgik 3 kvalitetsstudier vedr. uddannelse. De fandt ikke nogen signifikant effekt af undervisning alene (Gilbody, 2004). Begge disse systematiske litteraturstudier er af god kvalitet jf. appendiks 1, tabel 1a.

En dansk teknologivurdering fra 2006 Kessing (Kessing et al., 2006) fandt også, at simple undervisningsforløb af praktiserende læger i diagnostik og behandling af depressiv sygdom har været undersøgt

med varierende resultat, men uden at der samlet set er fundet nogen sikker bedring af patienterne.

Angst

Et systematisk litteraturstudie fra 2008 (Smolders et al., 2008) omhandler vidensdeling og effekten af behandling af angst i almen praksis og i ambulant regi. Ved interventioner med audit og feedback var der ingen forbedringer af lægernes behandling af patienter med angst over en længere periode. Kun en enkelt undersøgelse viste en øgning i lægernes genkendelse af symptomer og i behandlingsandel. I andre undersøgelser blev undervisning givet med meget varierende intensitet. Den varierede fra at være kun en enkel kortvarigt undervisning på ½ dag til et 8-sessions træningsprogram med kognitiv terapi. Begge undersøgelser viste imidlertid, at undervisning alene ikke er effektiv til at bedre lægernes viden om angstsygdomme. Det blev konkluderet, at kortere uddannelse med behandlingsrekommandationer kun påvirkede diagnostik og behandling af panikangst og ikke virkede ved andre typer af angst, og at almindelig undervisning af praktiserende læger havde minimal effekt. Dette systematiske litteraturstudie er af god kvalitet jf. appendiks 2, tabel 1a.

Somatoforme lidelser

En systematisk litteraturgennemgang (Blankenstein et al., 2007) viste, at interventioner, der udelukkende består af undervisning af praktiserende læger, ikke havde effekt på patienterne. Dette litteraturstudie er af god kvalitet jf. appendiks 3 tabel 1a.

I 2004 udførte Larish en randomiseret undersøgelse af 127 patienter og 44 praktiserende læger i Tyskland. Her indgik intensiv træning af de praktiserende læger i at give kort tids kognitiv terapi, og han fandt, at der ved slutningen af terapien var effekt af behandlingen, men ingen signifikant effekt efter seks mdr. (Larish et al., 2004).

I Danmark er udviklet den såkaldte "Term-model", der indeholder undervisning og intensiv træning af praktiserende læger i håndtering af patienter med somatoforme lidelser. En randomiseret undersøgelse har vist, at "Term-modellen" bedrer de praktiserende lægers kommunikative færdigheder og patienterne føler sig bedre tilpas, men ikke bedrer patienternes sygdomstilstand (Rosendal et al., 2007; Fink & Rosendal, 2008)

Personlighedsforstyrrelser

Der blev ikke fundet undersøgelser på området.

Konklusion

På trods af at der her kun er tale om en usystematisk litteraturstudie, kan man på baggrund af andre systematiske litteraturstudier af god kvalitet konkludere, at undervisning af de praktiserende læger alene eller med implementering af guidelines ingen effekt har på behandling af patienter med depression. Ved angst findes ligeledes et systematisk litteraturstudie af god kvalitet, der har vist, at undervisning kun har effekt ved panikangst, og ingen effekt har ved andre typer af angst. Mht. somatoforme tilstande har et systematisk litteraturstudie af god kvalitet vist, at undervisning ikke har effekt. Tilsvarende har en randomiseret undersøgelse af en dansk model ikke vist effekt mht. patienternes hebredstilstand.

Kapitel 4. Effekt af shared care modeller

Formål

Dette systematiske litteraturstudie har til formål at undersøge evidensen for effekt af shared care modeller ved behandling af ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis.

Metode

Søgestrategi

Den systematiske søgning: Der er søgt i databaserne PUBMED, PsychINFO, EMBASE, Social Sciences Citation Index (SSCI) og The Cochrane Library til og med februar 2009¹. I alle databaser med undtagelse af The Cochrane Library er der foretaget følgende tre søgninger:

1. Søgning: Mental disorders AND (shared care OR integrated Care OR stepped care)
2. Søgning: Mental disorders AND collaborative care, limitation review
3. Søgning: (Depressive Disorder OR Mood Disorders OR Personality Disorders OR Anxiety Disorders OR Somatoform Disorders) AND collaborative care

I PUBMED med brug af følgende MeSH terms: Mental Disorders, Depressive Disorders, Mood Disorders, Personality Disorders, Anxiety Disorders og Somatoform Disorders. I The Cochrane Library er der søgt på hhv. shared care, integrated care, stepped care, collaborative care in Title, abstract or keywords.

Frisøgning: De tre forfattere har alle foretaget frisoegning på følgende hjemmesider: www.Google.dk, www.sst.dk (Sundhedsstyrelsen), www.dpsnet.dk (Dansk Psykiatrisk Selskab), www.DSAM.dk (Dansk Selskab for Almen Medicin), www.dsi.dk (DSI- Institut for Sundhedsvæsen), www.who.int (World Health Organization) og www.bibliotek.dk.

¹ Der er foretaget søgning á to gange. Første søgning er søgning frem til og med maj 2007 og næste søgning er for perioden 2007 til og med februar 2009, hvorfor der er et overlap, hvilket betyder at der er et større antal hits og udvalgte artikler på baggrund af abstrakts end hvis der kun havde været foretaget én søgning.

Handsøgning: Der er foretaget handsøgning på alle artikler og rapporter, der blev inkluderet efter gennemsyn af først abstrakt og siden hele artiklen eller rapporter. Disse artikler hhv. rapporter blev læst og referencelisten gennemgået. Oversigtsartikler, der blev fundet og inkluderet ved handsøgningen, er endvidere blevet handsøgt på tilsvarende måde.

Udvælgelse af artikler og rapporter

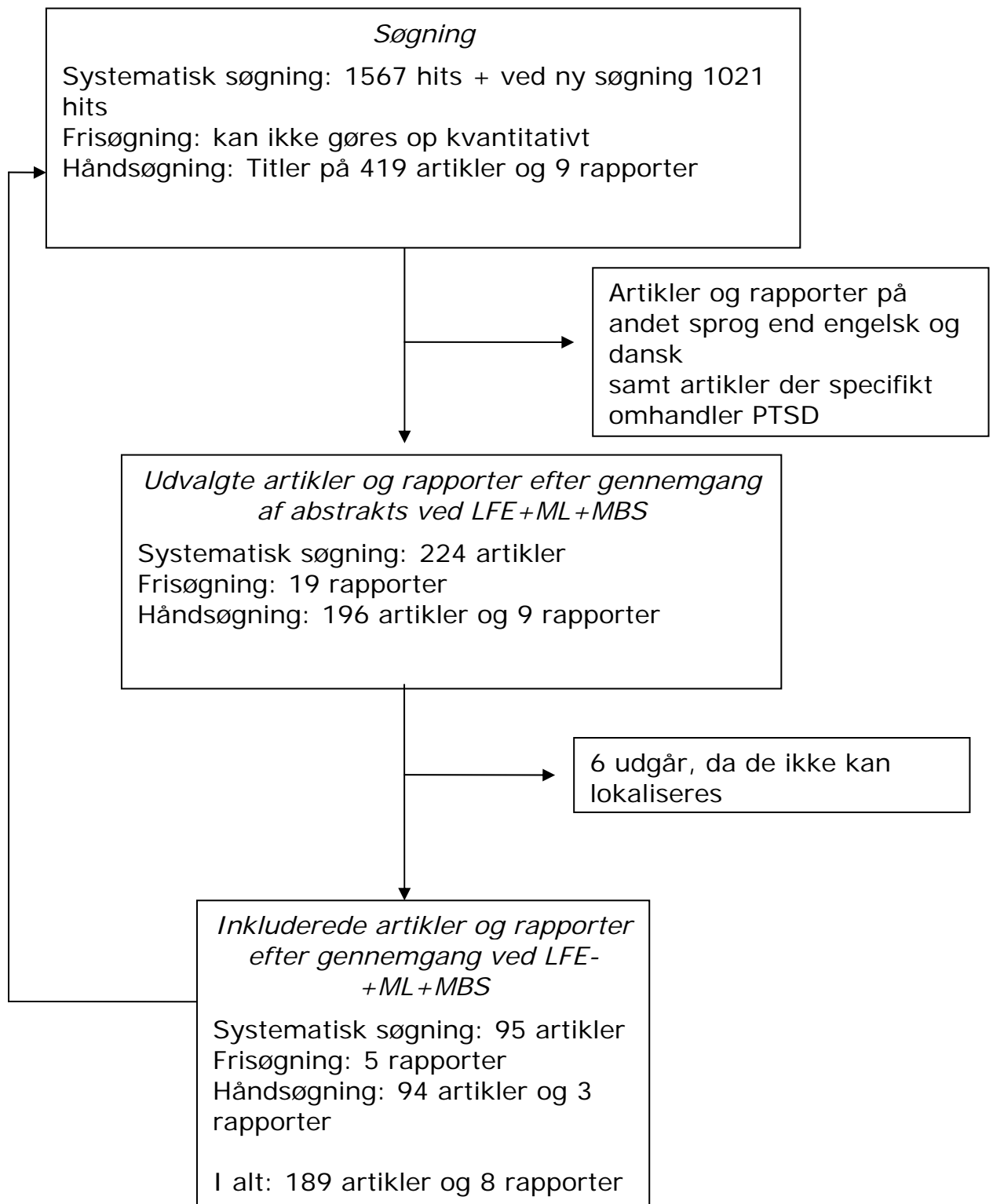
Alle abstrakts, der blev identificeret ved den systematiske søgning og handsøgning, blev læst af alle tre forfattere. De tre forfattere inddelte dernæst abstrakts i tre grupper: 1. Skal medtages. 2. Tvivlsomt om skal medtages. 3. Skal ikke medtages. Dernæst mødtes de tre forfattere mhp. at opnå konsensus om, hvorvidt abstrakts skulle udtages til yderligere vurdering. Artikler på de udvalgte abstrakts blev bestilt hjem og gennemlæst af alle tre forfatterne, der alle atter foretog ovenstående vurdering. Efter denne vurdering mødtes gruppen atter og den endelig udvælgelse af, hvilke artikler der skulle inkluderes blev foretaget. Alle identificerede rapporter uden abstrakts blev læst af alle tre forfattere og udvalgt efter de samme principper som i ovenstående.

Eksklusionskriterier:

- Undersøgelser, hvor der kun indgik medarbejdere, der normalt er ansat i praksis (praktiserende læge eller f.eks. sygeplejerske, der normalt er ansat i den pågældende praksis).
- Undersøgelser, hvor der ikke deltog en praktiserende læge.
- Undersøgelser, der kun omhandlede uddannelse af praktiserende læger.
- Undersøgelser i almen praksis, der ikke omhandlede konkrete shared care projekter.
- Undersøgelser, hvor der ikke var kliniske effektmål på patientniveau med mindre der var tale om en økonomisk evaluering.

I figur 1 ses et flowdiagram over udvælgelsen af artikler og rapporter.

Figur 1. Flowchart over udvælgelsen af artikler og rapporter



Evidensgraduering

På baggrund af resultatet af litteratursøgningen har forfatterne vurderet graden af evidens inden for de enkelte områder. Forfatterne har fulgt den internationalt anvendte graduering, der tillægger metaanalyser eller andre systematiske oversigtsarbejder evidensniveau Ia, mens velgennemførte, randomiserede studier har evidensniveau Ib (tabel 1). Kontrollerede studier uden randomisering og eksperimenter tildeles evidensniveau II, og andre typer undersøgelser, herunder deskriptive undersøgelser, tildeles evidensniveau III eller IV.

Forfatterne har vurderet undersøgelseernes metodologiske krav, litteraturens kvalitet og angivelse af evidensens styrke m.v. Således blev litteraturundersøgelser uden tilstrækkelig beskrivelse af en systematisk litteratursøgning tildelt evidens IV frem for evidensniveau I ved en systematisk oversigtsartikel. Ved randomiserede undersøgelser vurderedes blandt andet beskrivelse af målgruppe, inklusionsmetode og kriterier, randomisering, blinding, anvendelse af standardiserede effektmål og statistiske analysemetoder, herunder "intention to treat".

Tabel 1. Graduering af litteratur

Publikationstype	Evidens
Meta-analyse, systematisk oversigtsartikel	Ia
Randomiseret kontrolleret studie (RCT)	Ib
Ikke-randomiseret, kontrolleret studie	IIa
Kohorteundersøgelse	IIb
Case-kontrol undersøgelse	III
Case-undersøgelse	
Deskriptiv undersøgelse	
Usystematisk oversigtsartikel	IV

Resultater

Alle inkluderede studier er gennemgået i appendiks 1-5.

- Undersøgelser vedr. depression
- Undersøgelser vedr. angst
- Undersøgelser vedr. somatoforme undersøgelser

- Undersøgelser vedr. personlighedsforstyrrelser²
- Undersøgelser vedr. ikke-psykotiske sygdomme

For hvert område er der udarbejdet tre tabeller:

- Tabel 1 a+ b: Systematiske oversigtsartikler og meta-analyser vedr. shared care, a: design, antal inkluderede studier og geografi, b: resultater og kvalitetsvurdering
- Tabel 2 a+ b: Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care, a: metode og målgruppe, b: resultater og kvalitetsvurdering
- Tabel 3 a + b: Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care a: beskrivelse af metode og målgruppe, b: resultater og kvalitetsvurdering

I appendiks 6 er der en forklaring på de forkortelser, der er benyttet i tabellerne.

I nedenstående vil resultaterne blive sammenfattet, men først skal de forskellige former for shared care, der blev identificeret ved litteraturgennemgangen, kort beskrives.

Former for shared care

Liaisonpsykiatri: Liaison omfatter etablering af et samarbejde mellem almen praksis og hospitalspsykiatrien. I nogle tilfælde overgår patienten og dermed behandlingsansvaret til liaisonpsykiatrien, hvilket ikke hører under egentlig shared care. I en shared care-model tilbydes råd fra en specialist og mulighed for vurdering, mens behandlingsansvaret forbliver i almen praksis.

Care management: Der lægges vægt på andre faggruppers, især sygeplejerskers aktive deltagelse i behandlingen. Sygeplejersken, der er psykiatrisk uddannet eller har modtaget psykiatrisk undervisning, er tilknyttet almen praksis og har her løbende kontakt med patienten, evt. via telefonopkald, for at sikre optimal gennemførelse af den behandling, som den praktiserende læge har iværksat.

Quality improvement: Quality improvement skal i denne sammenhæng ikke forstås som et egentligt kvalitetsudviklingsprojekt, men opfattes som et behandlingstilbud,

² Ingen undersøgelser

der omfatter øget og forbedret diagnosticering ved screening og feedback til den praktiserende læge. Interventionen omfatter desuden uddannelse af personale i almen praksis, case management ved sygeplejersker, herunder telefonkontakt og korrespondance med patienterne samt øget integration med specialistfunktioner

Collaborative care: I collaborative care opfattes den psykiske sygdom som en kronisk lidelse. Den behandlingsmæssige indsats indeholder en række interventioner, herunder retningslinjer, behandlingsalgoritmer, uddannelse af personale, aktiv opfølgning, care management, psykoedukation eller korttidsterapi samt mulighed for fælleskonsultation med specialist m.v.

Stepped care: Stepped care er en modifikation af collaborative care, hvor interventionen optrappes efter behov, jf. at man inden for f.eks. depressionsbehandling opererer med guidelines for tiltagende intervention ud fra sygdommens sværhedsgrad. En initialt begrænset indsats, f.eks. med en enkelt samtale og efterfølgende telefonisk monitorering, vil ved manglende behandlingseffekt kunne intensiveres både i tid og professionel involvering. Stepped care vil således på forskellige trin indeholde flere af de ovenfor nævnte modeller, og vil på det mest intensive trin kunne være collaborative care eller overgang til egentlig specialistbehandling. Stepped care kræver en løbende monitorering, herunder en procedure for skift mellem behandling af forskellig intensitet samt en løbende vurdering af behandlingseffekten.

Sammendrag af resultaterne

I nedenstående gives en sammendrag af resultaterne. Sammendraget er for hver sygdom inddelt i:

- Systematiske litteraturgennemgange
- Randomiserede undersøgelser
- Øvrige studier
- Evidensniveau
- Økonomi

Depression

Systematiske litteraturgennemgange

Den sikreste viden om en behandlingsmetode og den bedste evidens fås i systematiske litteraturgennemgange med metaanalyse. En sådan er dog først mulig, når der foreligger et antal randomiserede undersøgelser med stringent og velbeskrevet metode. Ved shared

care for patienter med ikke-psykotiske sygdomme er behandling af depression bedst dokumenteret. Litteratursøgningen fandt 17 systematiske litteraturgennemgange, hvor af de seks havde inkluderet en metaanalyse. De seneste gennemgange indeholdt op til 55 kontrollerede studier (Christensen et al., 2008), og de fleste undersøgelser i de systematiske litteraturgennemgange på området var fra USA og England.

10 af litteraturgennemgangene er af god kvalitet, og seks af disse indeholder en metaanalyse. De ti omtales kort i nedenstående.

Ved en litteraturgennemgang vedr. depressionsbehandling hos ældre (Freudenstein et al., 2001), inkluderede man kun to studier, hvorfor dette ikke vil blive omtalt nærmere.

Ved to litteraturgennemgange vedr. disease management med meta-analyse blev alle former for shared care betragtet samlet (Badamgrav et al., 2003; Neumeuyer-Gromen et al., 2004). Begge konkluderede, at disease management havde effekt. Man kan dog ikke ud fra dette udtale sig om, hvilken form for shared care der har effekt.

En litteraturgennemgang (Gilbody et al., 2003b) undersøgte de enkelte former for shared care hver for sig. Konklusionen var, at undervisning af læger alene og guidelines alene var uden effekt, mens interventioner med flere behandlingselementer, herunder undervisning af den praktiserende læge, case management og consultations-liaison var effektive. Rådgivning om den medicinske behandling ved sygeplejerske eller counsellor (case management) var også effektiv.

To litteraturgennemgange omhandlede alene collaborative care. En litteraturgennemgang (Gilbody et al., 2006a) viste, at collaborative care var en effektiv behandling med evidens af langtidseffekt i op til fem år. Effekten var direkte relateret til medicin compliance, professionel baggrund og supervisionsmetode anvendt af case manager. Det blev dog konkluderet, at der var behov for studier uden for USA. Den anden litteraturgennemgang havde til formål at identificere de aktive virkemidler i collaborative care, og den fandt: systematisk identificering af patienter, case manager med en psykiatrisk baggrund og supervision ved specialist som det vigtigste (Bower et al., 2006a).

En litteraturgennemgang (Gensichen et al., 2006) omhandlede effekten af case management i almen praksis og viste i en meta-analyse, at der var effekt af case management efter 6-12 mdr.

En litteraturgennemgang (Williams et al., 2007) omhandlede multifacetterede interventioner i depressionsbehandling og viste, at de interventioner, der var effektive, alle havde case management som et element.

En litteraturgennemgang omhandlede enkeltinterventioner (Christensen et al., 2008) og fandt ingen effekt af guideline og træning, men af case management - især hvis case manager havde psykiatrisk baggrund. Programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg havde effekt.

En litteraturgennemgang (Gilbody et al., 2006b) vedr. omkostningseffektivitet af forstærket behandling af depression i almen praksis viste, at både uddannelse og collaborative care førte til øgede behandlingsudgifter, men at kun collaborative care havde effekt.

Randomiserede undersøgelser

Ved litteratursøgningen blev der fundet 44 randomiserede undersøgelser. Studierne er primært fra USA, men også England og Sverige har bidraget. Der foreligger ni større undersøgelser af collaborative care, quality improvement og andre komplekse behandlinger indeholdende flere elementer. Om alle disse undersøgelser er der publiceret flere artikler, og flere af dem har inkluderet et stort antal patienter, f.eks. Quest-studiet (Rost et al., 2000), Impact-studiet (Unützer et al., 2001), Prospect-studiet (Alexopoulos et al., 2003), Respect-studiet (Datto et al., 2003) og Pathways-studiet (Katon et al., 2004).

Af de 44 studier er 13 af god kvalitet, og fire større studier har mindre mangler ved kvalitetsvurderingen.

Otte studier, herunder de store studier IMPACT studiet, RESPECT-D studiet og PRIDE studiet, omhandlede collaborative care og viste effekt (Katon et al., 1999; Llewellyn-Jones et al., 1999; Katzelnick et al., 2000; Unützer et al., 2001b; Araya et al., 2003; Dietrich et al., 2004; Chew-Graham et al., 2007; Richards et al., 2007). Endvidere undersøgte Hedrick et al (Hedrick et al., 2003) collaborative care over for consultation- liaison, og viste at collaborative care var bedre end consultation-liaison.

Et studie omhandlende counselling (Simpson et al., 2003) viste ikke effekt. I et studie (McMahon et al., 2007) undersøgte man case management og fandt ligeledes ingen effekt. Et studie (Dobscha et

al., 2006) viste ingen effekt af et støttetteam bestående af sygeplejerske og psykiater. Ved TEAM-studiet (Fortney et al., 2006) undersøgte man stepped care og fandt effekt ved seks mdr. men ikke efter 12 mdr.

To større studier havde ikke benyttede sig af intention-to-treat analyser. Quest-studiet (Rost et al., 2000) undersøgte forstærket behandling og viste ikke effekt hos alle, kun hos patienter der ikke havde behandlingsresistent depression. PATHWAYS studiet (Katon et al., 2004) omhandlede patienter med depression og diabetes, og viste effekt af collaborative care.

To større studier havde ikke benyttet blinding. Quality Improvement (QI) studiet (Wells et al., 2000), der viste effekt af en forstærket behandling. PROSPECT-studiet (Bruce et al., 2004), der viste effekt af collaborative care.

Øvrige studier

Blandt de øvrige studier er der et studie med et design, der placerer studiet på evidensgraderingsniveau II. Der er tale om et lille studie, der undersøger effekten af case management af ældre bundet til hjemmet i quasi-eksperimentel design med kontrolgruppe, og det viser effekt (Knight & Houseman, 2008).

Evidensniveau

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene og guidelines alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for effekt af case management i op til 6-12 mdr. (Ia).
- Der er evidens for, at de forskellige former for shared care samlet set har effekt (Ia).
- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling med evidens for langtidseffekt i op til fem år (Ia). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA.
- Der er evidens for, at collaborative care er mere effektiv end consultation-liaison (Ib).

- Der er evidens for at vigtige elementer i collaborative care er a) systematisk identificering af patienter, b) case management med størst effekt, hvis behandleren har en psykiatrisk baggrund, c) supervision ved specialist, d) programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg (Ia).

Økonomi

Det blev tidligt vist, at collaborative care er effektivt, men kræver investeringer (Gilbody et al., 2006; Bower & Rowland, 2006). I et studie af Simon (Simon et al., 2001) var intervention effektiv, idet patienterne i gennemsnit havde 16,7 flere depressionsfrie dage efter seks måneders behandling, men der var en merpris på US\$ 21,44 per depressionsfri dag. Efter 28 måneder var merudgifter dog udlignet. Antallet af yderligere "sygdomsfrie dage", som den forbedrede behandling giver i forhold til standard behandling, er et hyppigt anvendt mål for effekten af shared care, og i litteraturen er fundet 10 undersøgelser af shared care for depression, hvor dette mål opgøres.

I gennemsnit opnås 36 (13,9 – 58) ekstra depressionsfrie dage om året. Udgiften per symptomfri dag er udregnet både for depression og angstlidelser, og er i gennemsnit US\$ 38,5 per depressionsfri dag, og US\$ 6,2 per angstfri dag. I en undersøgelse af 1356 depressive patienter blev det beregnet, at selve behandlingen kunne koste US\$ 454 over 12 måneder, men på grund af mindre behov for anden behandling kan man opnå besparelse på de totale sundhedsudgifter på mellem £ 280 og £ 367 ved collaborative care (Birket-Smith et al., 2009).

De seneste undersøgelser har vist en større besparelse over tid, hvis man medregner de totale sundhedsudgifter. Simon 2007 viste, at der efter to års behandling i gennemsnit var 61 (11-82) flere depressionsfrie dage og sundhedsudgifter ved en besparelse på US\$ 314 (-1007 - 379), mens Unützer (2008) fandt en samlet besparelse over fire år på US\$ 3363 (-9282 til 2557). Endelig viste Katon et al (2008) en fem års besparelse i sundhedsudgifter på US\$ 3.907 (Birket-Smith et al., 2009).

Forbedringen i arbejdsevne ved collaborative care for depression er undersøgt, men der synes ikke at være konsensus om måden at præsentere resultaterne på. To undersøgelser angav, at henholdsvis 19 pct. og 5 pct. flere kom i ordinært arbejde inden for 12 og seks måneder, mens andre har beskrevet, at 24,6 pct. fik arbejde inden for fire måneder. Yderligere er det angivet, at 5 pct. flere forblev i arbejde, 22,8 pct. havde færre sygedage og var 19,5 flere dage i

arbejde over to år. Det er således svært at give eksakte tal, men tallene tyder på at collaborative care medføre mindre sygefravær og at 10 % til 20 % flere kommer i arbejde (Birket-Smith et al., 2009).

Angsttilstande

Systematiske litteraturgennemgange

Der blev fundet tre systematiske litteraturgennemgange, hvoraf den seneste fra 2008 (Smolders et al., 2008) indeholder 24 randomiserede undersøgelser, heraf seks om økonomi, samt en metaanalyse. Otte af disse undersøgelser indgik i den eneste metaanalyse på området. I de tre oversigtsartikler er der primært inkluderet undersøgelser fra USA og England.

Af de tre litteraturgennemgange er de to af god kvalitet. Den første er af Heiderman (Heiderman et al., 2005), og den anden er en opdatering fra 2008 af gennemgangen ved Heiderman (Smolders et al., 2008). Den sidste omhandlede vidensdeling og bedring af behandling af angst i almen praksis og i ambulanseregion. Metaanalysen viste ingen effekt af diverse organisatoriske tiltag, men collaborative care indgik ikke i selve metaanalysen. Uddannelsesmæssige tiltag var kun effektive, hvis de kombineredes med organisatoriske tiltag og var multifacetterede. Collaborative care var den mest effektive strategi. Der var to økonomiske studier vedr. collaborative care og disse tydede på, at collaborative care var omkostningseffektiv.

Randomiserede undersøgelser

Der er tre undersøgelser - alle omhandlende collaborative care og alle fra USA, hvoraf de to er af god kvalitet. De omhandler collaborative care ved panikangst og generaliseret angst. Undersøgelserne indeholdt mange af de samme elementer, der anvendes ved collaborative care for depression, herunder patientkursus, uddannelse af praktiserende læger, monitorering af patientforløbet ved en "care manager", oftest en sygeplejerske, der superviseres af en psykiater. Begge undersøgelser af god kvalitet viste effekt af interventionen (Rollmann et al., 2005; Roy-Byrne et al., 2005). Undersøgelserne indeholder en vurdering af effekten i op til 12 måneder.

Øvrige studier

Blandt de øvrige studier er der et studie med et design, der kan placeres på evidensgraderingsniveau II. Price undersøgte effekten af

shared Care ved angst som comorbiditet ved depression i en kohorteundersøgelse med matchede kontroller og fandt effekt (Price et al., 2000).

Evidensniveau

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling (Ia). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA, bl.a. langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.

Økonomi

Collaborative care for angstlidelser synes at være mere økonomisk fordelagtig end den tilsvarende behandling for depression, da behandlingsudgifterne oftest er mindre. Op mod 15 pct. flere beholder arbejdet, der arbejdes flere timer om ugen og der ses mindre sygefravær end ved almindelig behandling (Birket-Smith et al., 2009).

Somatoforme tilstande

Systematiske litteraturgennemgange

Der blev fundet en enkelt systematisk litteratursøgning uden metaanalyse om shared care for patienter med somatoforme tilstande. Denne litteraturgennemgang er af god kvalitet. Artiklen fra Holland (Blankenstein et al., 2007) viste, at interventioner, der udelukkende består af undervisning af praktiserende læger, ikke havde effekt på patienterne, mens et brev fra psykiater til den praktiserende læge havde effekt på ydelsesforbrug, men ikke på selvvalderet helbred. Interventioner, der ikke kunne defineres som shared care i form af medicinsk behandling, fandtes klinisk irrelevante, mens kognitiv terapi havde nogen til god effekt.

Randomiserede undersøgelser

Der er fem studier, hvoraf to studier er af god kvalitet. Begge omhandlede collaborative care og viste effekt efter seks og 12 mdr. (Smith et al., 2006; van der Feltz-Cornelis et al., 2006).

De øvrige studier

Blandt de øvrige studier er der ingen med et design, der placerer studiet på evidensgraderingsniveau II.

Evidens niveau

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care har effekt (Ib). Der er dog behov for yderligere undersøgelser, heraf langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.

Økonomi

Det er i en enkelt undersøgelse af collaborative care ved somatoforme tilstande vist, at en collaborative care indsats kan reducere forbruget af sundhedsydelser (van der Feltz-Cornelis et al., 2006). Yderligere økonomisk dokumentation er ikke fremkommet ved litteratursøgningen. Der foreligger ingen oplysning om tilbagevenden til arbejde.

Personlighedsforstyrrelser

Det har ikke været muligt at finde undersøgelser på området. Der er derfor et betydeligt behov for forskning på området.

Undersøgelse vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme generelt

I en række undersøgelser af shared care har man ikke udvalgt patienter med specifikke psykiske sygdomme, men i stedet sigtet mod en klinisk bredere gruppe med ikke-psykotiske tilstande, ofte kaldet "common mental disorders". Andre har beskrevet en indsats rettet mod alle psykiske lidelser, inklusive psykoser. Dette valg er ofte relevant klinisk for almen praksis, idet patienterne jo sjældent er diagnostisk afklarede og kan have flere psykiske lidelser samtidigt. Disse komplicerede tilstande kan forlænge forløbet og vanskeliggøre behandlingen, hvilket der ikke synes at være taget hensyn til i de studier, der alene vurderer behandling af depression eller angst. På den anden side vil et design, der inkluderer en række eller alle psykiske sygdomme være mere kompliceret - dels med hensyn til valg af behandling, dels vedrørende håndtering og monitorering af

patienten. Der kan være stor forskel på patienter med henholdsvis psykose, depression, personlighedsforstyrrelse eller spiseforstyrrelse.

Systematisk litteraturgennemgang

Der blev ved litteratursøgningen fundet 12 oversigtsartikler med systematisk litteratursøgning, heraf fire med meta-analyse omhandlende shared care for patienter med uspecifikke psykiske sygdomme.

Fire af 12 litteraturgennemgange er af god kvalitet, og en af disse indeholder en meta-analyse.

Et Cochrane review (Bower & Sibbald 2000b) omhandlede effekten af psykiatrisk personale (counsellors, sygeplejersker etc.) i almen praksis og konkluderede, at psykoterapi ikke ændrede den alment praktiserende læges adfærd, samt af konsultations-liaison bedrede medicinordination kortsigtet, men næppe langsigtet.

To gennemgange omhandlede counselling i almen praksis. Det ene er et Cochrane review (Bower & Rowland 2006b) og den anden indeholder en meta-analyse (Bower et al., 2003). Konklusionen på begge er, at der var beskeden korttidseffekt, og ingen langtidseffekt til de samme omkostninger.

Et Cochrane review omhandlede effekten af shared care interventioner mellem almen praksis og sekundær sektor ved kroniske sygdomme (Smith et al., 2007), og medtog således også somatiske sygdomme. Det konkluderedes, at der overordnet set ikke var konsistent evidens for effekten af shared care ved kroniske sygdomme. Dog tydede resultater fra få studier på, at shared care kan være mere effektiv end almindelig behandling ved specifikke patientgrupper, herunder patienter med depression og andre kroniske psykiske sygdomme.

Randomiserede undersøgelser

Der er 14 studier, heraf ingen der kan opfylde alle kvalitetskravene. I det større PRISM-E studie (Bartels et al., 2004) var allokeringen ikke blindet. Studiet, der undersøgte effekten af integreret behandling mod forstærket behandling og mod almindelig behandling, viste ikke effekt af integreret behandling eller forstærket medbehandling, fraset hos personer med depression, der fik forstærket behandling.

De øvrige studier

Blandt de øvrige studier er der tre med et design, der placeret studiet på evidensgraderingsniveau II. Et studie (Earll & Kinsey, 1982) viste, at der ikke var effekt af at ansætte psykolog i en almen praksis. Et studie undersøgte graden af shared care i 50 praksis (McCrone et al., 2004). De fandt ingen signifikant forskel mht. kliniske mål imellem praksis, der gav forskellige grader af shared care, samt at de gennemsnitlige udgifter ved lav grad af shared care var signifikant mindre end ved medium grad af shared care, men ikke signifikant mindre end ved høj grad af shared care. Endelig undersøgte Yonés i 2008 (Yonés et al., 2008) effekten af oprettelse af et konsultationscenter i et kontrolleret quasi-eksperimentalt studie og fandt ingen effekt af dette.

Evidens niveau

Samlet set bidrager disse undersøgelser ikke til yderligere viden om evidens mht. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme.

Økonomi

De økonomiske forhold omkring shared care for tilstande uden specifik diagnose er kun sparsomt belyst. En oversigtsartikel viste, at effekten af counselling er bedre end og udgiften sammenlignelig med vanlig behandling (Bower & Rowland, 2006). Andre har vist, at interventionen medfører en merudgift på mellem £63 (Byng et al., 2004) og £315 per patient (Kendrick et al., 2006).

Konklusion

Depression

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene og guidelines alene er uden effekt (Ia), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for effekt af case management i op til 6-12 mdr. (Ia).
- Der er evidens for, at de forskellige former for shared care samlet set har effekt (Ia).

- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling med evidens af langtidseffekt i op til fem år (1a). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA.
- Der er evidens for, at collaborative care er mere effektiv end consultations liaison (1b).
- Der er evidens for, at vigtige elementer i collaborative care er a) systematisk identificering af patienter, b) case management med størst effekt, hvis behandleren har en psykiatrisk baggrund, c) supervision ved specialist, d) programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med patientuddannelse efter eget valg (1a).
- Collaborative care kan i gennemsnit give 36 flere dage om året uden depression for en behandlingsudgift på omkring 200 kr. per depressionsfri dag. Ved collaborative care kan opnås lavere sygefravær og 10 pct. til 20 pct. flere kommer i arbejde.

Angst

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (1a), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care er en effektiv behandling (1a). Der er dog behov for undersøgelser uden for USA, bl.a. langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.
- Behandlingen af angst kan give en reduktion i forbruget af sundhedsydelser, der langt overstiger udgifterne.

Somatoforme tilstande

- Der er evidens for, at undervisning af læger alene er uden effekt (1a), og derfor bør indgå i en struktureret sammenhæng.
- Der er evidens for, at collaborative care har effekt (1b). Der er dog behov for yderligere undersøgelser, heraf langtidsstudier og undersøgelse af, hvilke elementer der er effektive og nødvendige.
- Der er ikke tilstrækkelig viden vedr. økonomi.

Personlighedsforstyrrelser

- Der er et betydeligt behov for forskning på området.

Kapitel 5. Implementering

Formål

Formålet er at undersøge, om der er specifikke elementer, der bør medtænkes ved implementering af collaborative care i almen praksis.

Metode

Nedenstående gennemgang af undersøgelser vedr. implementering af behandlingsmodeller for ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis er baseret på følgende søgninger:

- Artikler identificeret ved den tidligere omtalte systematiske litteratursøgning

Dette er suppleret med

- Søgning i PubMed 22. august på "Mental Disorders"[Mesh] AND "Health Plan Implementation"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh], hvilket resulterede i 14 hits.
- Søgning i PubMed 22. august på "Effectiveness AND Implementation AND Mental Disorders AND Primary Care", hvilket resulterede i 79 hits.

Resultater

I alt 13 artikler blev udvalgt til nærmere gennemsyn og læst. Kun fire af artiklerne indeholdt undersøgelser vedr. implementering af behandlingsmodeller for ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis. I det følgende vil disse fire artikler, der alle er fra USA, blive omtalt.

Første artikel (Rubenstein et al., 2002) omhandler en undersøgelse af hvilke karakteristika ved en kvalitetsudviklingsprojektgruppe, der havde betydning for, om man havde succes med at udvikle og implementere programmer, der skulle forbedre behandlingen af depression i almen praksis. Undersøgelsen var kvalitativ, og undersøgte to former for kvalitetsudviklingsprojektgrupper. Den form blev kaldt Lokal Team, og her var vægten lagt på møder i den almene praksis, der skulle implementere programmet. I planlægningen deltog et tværfagligt team og en kvalitetsudviklingsfacilitator med input fra eksperter. Den anden form kaldte man Central Team og her var vægten lagt på, at planlægning skete ved eksperter med input fra de

kliniske ledere i den almene praksis, hvor programmet skulle implementeres. Begge former var afhængige af implementering ved klinikerne, og forskellen var primært i graden af centralisering af beslutninger vedr. design. I undersøgelsen indgik tre Lokal Teams og to Central Teams, der alle udførte kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis. Som hypotese havde man, at Lokal Team virkede bedst, men undersøgelsen viste det modsatte. De to former for projektgrupper virkede lige godt, hvis der var stor støtte i den almene praksis, men Central Team virker bedst, hvis støtten ikke var stor. Ud over dette var der større sandsynlighed for, at Central Team udarbejdede et evidensbaseret design og at der blev implementeret flere af de planlagte interventionskomponenter.

I anden artikel (Dietrich et al., 2004) undersøgte man, om en evidens-baseret model til behandling af depression i almen praksis kunne implementeres ved hjælp af et kvalitetsudviklingsprogram. Fem organisationer med 60 almene praksis indgik i undersøgelsen, hvoraf de 32 bliver randomiseret til at implementere det nye program, mens de i øvrige indgik som kontrolgruppe. På baggrund af resultater på patientniveau, konkluderede man, at et kvalitetsudviklingsprogram er brugbart ved implementering af en ny behandlingsform for depression i almen praksis.

Den tredje artikel (Nutting et al., 2007) omhandler en undersøgelse af, hvilke faktorer der havde betydning for at opnå succes med implementering af en model til at forbedre behandling af depression i almen praksis, udviklet og afprøvet i forbindelse forskningsprojektet RESPECT, der er omtalt i appendiks 1, tabel 2 a + b. Undersøgelsen forgik i 60 almene praksis i fem "Community-based health care organizations (HCOs)". Resultaterne er baseret på i alt 91 interviews af personale fordelt på praktiserende læger, psykiatriske specialister, care manager og program manager. I 29 praksis var implementering succesfuld, mens modellen ikke blev brugt i 31 praksis efter forskningsprojektets ophør. Man identificerede følgende faktorer, der betød, at implementeringen forløb med succes:

- At der var en fælles mission og en vision om at forbedre behandlingen i den pågældende HCO, der blev delt af lederne såvel som klinikerne
- At man i HCO havde forpligtet sig på en klart defineret strategi for at opnå ændringerne i organisationen, og at strategien i vid udstrækning var forstået i hele organisationen, før projektet begyndte
- Visionære og kommitterede ledere
- Økonomisk investering i implementeringen

Den fjerde artikel (Blasinsky et al., 2006) omhandler en undersøgelse, der havde til formål at undersøge bæredygtigheden af den collaborative care model, der blev benyttet i IMPACT studiet, se appendiks 1, tabel 2 a + b. Man definerede bæredygtighed ved, at klinikerne fortsatte med at bruge alle elementer i modellen efter at ekstern økonomisk støtte var ophørt. Ud fra besøg i de syv klinikker, der indgik i undersøgelsen, blev det vurderet, hvilke steder der fortsat benyttede behandlingsmodellen, og dernæst udførte man 15 interviews. Fem af de syv klinikker havde haft succes med at inkorporere IMPACT i deres behandling. Følgende faktorer blev identificeret som betydningsfulde for succes:

- Bevis på, at modellen virker
- Støtte i organisationen til at bruge modellen
- Personale, der er trænet i at bruge interventionen
- Økonomisk støtte

Konklusion

Der er kun ganske få studier vedr. implementering af behandlingsmodeller for ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis, og alle er fra USA, der har en anden organisationsform end Danmark. Der er endnu ikke tilstrækkelig med evidens til, at man med sikkerhed kan udtale sig om, hvilke elementer der er vigtige, hvis implementeringen skal være succesfuld. I mangel af evidens kan man dog lade sig lede af ovenstående resultater, der peger på:

- At kvalitetsudviklingsprogrammer er brugbare, og at der i projektgruppen bør indgå eksperter i kvalitetsudvikling.
- At både ledere og klinikere skal være engagerede i at indføre den nye behandlingsform.
- At der er lagt en klar strategi, som er kommunikeret ud i hele organisationen.
- At personalet bliver trænet i den nye intervention.
- At der tilføres ekstra økonomiske ressourcer i implementeringsfasen.

Kapitel 6. Shared care modeller i Danmark – en status

Formål

Undersøgelsen havde til formål at give en status over, hvilke shared care modeller der bruges i Danmark i 2009.

Metode

For hver region har vi fundet den/de personer, der sidder inde med mest viden om, hvilket samarbejde der er mellem almen praksis og det psykiatriske behandlingssystem. Personen er derefter blevet kontaktet og har udarbejdet en status.

Resultater

Region Hovedstaden

v /Kristen Kistrup, centerchef, Psykiatrisk Center Frederiksberg

I regionens psykiatriplanlægning nævnes shared care i flere sammenhænge i forbindelse med fremtidige samarbejdsformer. Planen lægger op til, at der skal etableres et kompetencecenter for patienter med ikke-psykotiske lidelser på Stolpegården, og derudover skal ambulansfunktionen udbygges på de psykiatriske centre.

Der arbejdes for tiden på mange niveauer med udmøntningen af et behandlingstilbud til ikke-psykotiske lidelser. På Bispebjerg er der en lisonenhed, som modtager patienter med somatoforme tilstande. Der er på alle de psykiatriske centre tilknyttet en praksiskonsulent, og der er nu fra foråret 2009 ansat en praksiskoordinator i psykiatrien.

Region Nordjylland

v/ Nitnoi Winsløw, praksiskonsulent Psykiatrisk afd. Aalborg

I Regionen er der to praksiskonsulenter i psykiatrien og der er fokus på at udbygge samarbejdet mellem almen praksis og psykiatrien, specielt omkring børn – unge. Samarbejdet med børne – unge-psykiatrien fungerer sådan, at de praktiserende læger kan få

telefonisk rådgivning fra afdelingens faste læger om problempatienter ved at ringe til afdelingen. Angående de voksenpsykiatriske patienter kan disse konfereres med dagens bagvagt. Der er ønske om at styrke samarbejdet om patienter med kroniske psykiatriske sygdomme.

Region Midtjylland

v /Lene Agersnap tidl. praksiskonsulent Silkeborg

Shared care indgår i psykiatriplanen og der er afsat midler til at udarbejde en modelplan for behandlingspsykiatriens samarbejde med praksissektoren. Derudover har regionen i 2008 fået en praksiskoordinator i psykiatri ud over de praksiskonsulenter, der er ansat. Indsatsen i hele regionen omfatter 1) lettilgængelig telefonrådgivning fra praktiserende læge til psykiater 2) mulighed for subakut vurdering 3) fælles møder f.eks. i forbindelse med udskrivning eller kompliceret indlæggelse 4) tilbud om supervision og sags gennemgang.

Flere steder i regionen er der etableret mobilteams, hvor en psykiatrisk sygeplejerske kommer på hjemmebesøg. Omkring Herning har den praktiserende læge en central rolle som tovholder for de mobilteams, der udgår fra afdelingen i Herning. Målgruppen er fortrinsvis patienter med depression, hvis tilstand gør det muligt, at behandling kan forestås af udgående distriktskykiatrisk personale. De andre steder i regionen med mobilteams refererer sygeplejerskerne tilbage til behandlingsansvarlig overlæge på hospitalet, og ikke som omkring Herning til den praktiserende læge.

Den praktiserende læge kan dog altid indhente råd og vejledning af den behandlingsansvarlige overlæge. I en årrække har psykiatere fra Skanderborg psykiatrisk afdeling besøgt de praktiserende læger ca. seks gange om året. Psykiateren og evt. distriktssygeplejersken stiller sig til rådighed ca. en time pr. gang og for at rationalisere tilbuddet samles man i grupper på ca. otte praktiserende læger. Ordningen er efter en ændring reduceret til fire gang årligt, men til gengæld udvidet til at omfatte flere praksissteder. Temaet for møderne er fællesmængden af psykiatriske patienter, men kan også omhandle patienter, som endnu ikke er visiteret til lokalpsykiatrien samt mere generelle undervisningsprægede temaer.

Region Syddanmark

v /Lene Søndergaard, overlæge Psykiatrisk afd. Vejle

I Vejle er der udgående akutteam til behandling af primært patienter med depression i eget hjem. Der var oprindelig tale om et projekt med to distriktssygeplejersker, men teamet er nu permanent og udvidet til fire sygeplejersker. De fire sygeplejersker har udgående funktion og behandler patienter med let til moderat depression og fødselsdepression i eget hjem. Egen læge har under forløbet det medicinske lægelige ansvar, men under rådgivning via disse sygeplejersker, som har adgang til rådgivning og supervision af speciellæger i psykiatri på den psykiatriske afdeling. Forløbene er af kortere varighed på otte uger, men for kvinder med fødselsdepression er der længere forløb.

Derudover er der et samarbejde med sundhedsplejersker i Vejle Kommune, som ud over individuel behandling også indbefatter gruppebehandlingstilbud til kvinderne med fødselsdepression og individuelle parsamtaler. Der er månedlig fælles supervision for sundhedsplejersker og akutsygeplejersker af psykiater. Denne ordning har medført en markant reduktion af behovet for indlæggelse, svarende til en reduktion i belægningsprocenten på 10 pct. ved teamets etablering med to sygeplejersker, og en yderligere øgning i procenten ved øget kapacitet til fire sygeplejersker. Der udfærdiges hvert år rapporter, som bl.a. dokumenterer stor tilfredshed for såvel patienter som pårørende og for de praktiserende læger og den psykiatriske afdeling.

v/ Tomas Toft, overlæge Psykiatrisk Akut Team Odense

I Odense har man haft Akut team på hospitalet siden 2000-02 og siden 2004 har funktionen været permanent. Der er lignende tiltag i Middelfart og Svendborg. Akut team i Odense er normeret til to sekretærer, fire sygeplejersker og to læger. Der ses for tiden omkring 30-40 nye patienter om måneden, heraf halvdelen med depression og ca. ¼ med angsttilstande. Ventetid på behandling forsøges holdt nede på to hverdage, men under spidsbelastninger er der op til to ugers ventetid. Godt halvdelen visiteres til et forløb på normalt max. tre måneder, men i en del tilfælde er behandlingstiden længere. Skønsmæssigt halvdelen af patienterne ses kun en enkelt gang og afsluttes til egen læge med et råd. Patienterne kan henvende sig selv (telefonisk ved første kontakt), men de er i mere end halvdelen af tilfældene henvist af praktiserende læger. Også socialrådgivere, psykologer og sundhedsplejersker henviser mange patienter. Teamet har et godt ry i befolkningen og blandt behandlere, men succes'en påfører også store arbejdsmængder, der betyder længere ventetider i perioder, hvor det bliver nødvendigt at forvisitere patienterne

telefonisk for at sortere patienter fra, der åbenlyst ikke tilhører målgruppen. En betydelig del af Akut teams virke er dog også telefoniske eller skriftlige råd til praktiserende læger. Overlægen i Akut team er desuden Central Visitator og har derfor "fingeren på pulsen", hvad angår henvisningsmuligheder både inden for psykiatrisk afdeling og i nærområdet. Selv om der er etableret Akut team kan der ikke ses et fald i belægningsprocenten i afdelingerne eller på at ventetiden blandt praktiserende psykiatere er blevet lavere. Det kunne skyldes strukturelle omlægninger i området.

Region Sjælland

v /Erik Simonsen, forskningschef, Psykiatrisk Forskningsenhed Roskilde

I Region Sjælland blev der i 2008 oprettet et kompetencecenter for shared care. Centeret har fire medarbejdere (to psykologer, en speciallæge, og en sekretær). Kompetencecenteret for shared care er ansvarlig for udviklingsprojektet "Shared care - et samarbejdsprojekt mellem psykiatrien og almen praksis i Region Sjælland". Formålene med projektet er at give behandlingen af ikke-psykotiske sygdomme et løft, udbygge samarbejdet mellem distriktskykiatrien og de alment praktiserende læger, samt bidrage til forskningen på området. Projektet involverer ca. 10 pct. af regionens ca. 500 praktiserende læger. I projektet er der ansat seks personer med psykiatrisk erfaring fra distriktskykiatrien, to psykologer, en speciallæge i psykiatri, en sekretær samt en forskningsassistent. De seks med psykiatrisk erfaring behandler patienter med ikke-psykotiske sygdomme i praktiserende lægers praksis. Psykologerne tilbyder gruppeforløb for nogle af de praktiserende lægers patienter. Speciallægen leder projektet og yder vejledning til de praktiserende læger. De praktiserende læger modtager og nødes til at deltage i undervisningstilbud. Til projektet er knyttet et forsknings- og evalueringsprojekt. Projektet løber over tre år.

I Roskilde har der gennem snart 15 år været en supervisionsgruppe for praktiserende læger ledet af to psykiatere samt en supervisionsgruppe for praktiserende læger og praktiserende psykiatere under ledelse af en psykiater. Derudover deltager udvalgte praktiserende læger fra regionen sammen med læger fra andre regioner i et større forskningsprojekt om supervision. Formålet med projektet er bl.a. at undersøge, hvilken rolle supervisionsgrupper ledet af psykiatere kan have i forbindelse med shared care.

I Vordingborg er der tilbud til de praktiserende læger om henvisning af patienter til en liasonklinik og en psykoterapiklinik samt i Roskilde til dagklinikken til behandling af ikke-psykotiske lidelser.

Konklusion

I Danmark er nye samarbejdsmodeller så småt ved at komme i gang enkelte steder i landet, men der mangler meget endnu. Egentlig shared care mellem almen praksis og psykiatrien foregår kun få steder i landet nemlig i form af de mobilteams, som er etableret i Region Midtjylland og Region Syddanmark. Derudover er shared care-projektet i Region Vestsjælland en reel shared care-model, som slutter om to år. I dette projekt er personalet ansat i distriktskykiatrien og ikke i almen praksis, modsat hvad der er tilfældet i den evidensbaserede samarbejdsmodel collaborative care.

Kapitel 7. anbefalinger

På baggrund af undersøgelserne i kapitel 3-6 er der følgende seks anbefalinger:

Anbefaling 1. Det anbefales at der indføres shared care-modeller med udgangspunkt i almen praksis i Danmark igennem en koordineret indsats

Der er evidens for, at undervisning af praktiserende læge ikke er en effektiv indsats, hvis den står alene. Samtidig viser undersøgelser af shared care-modeller i Danmark, at disse kun er i sin vorden og ofte ikke iværksættes på baggrund af den internationale viden på området.

Anbefaling 2. Der gennemføres en stor multicenterundersøgelse med randomiseret design af collaborative care ved depression og angst

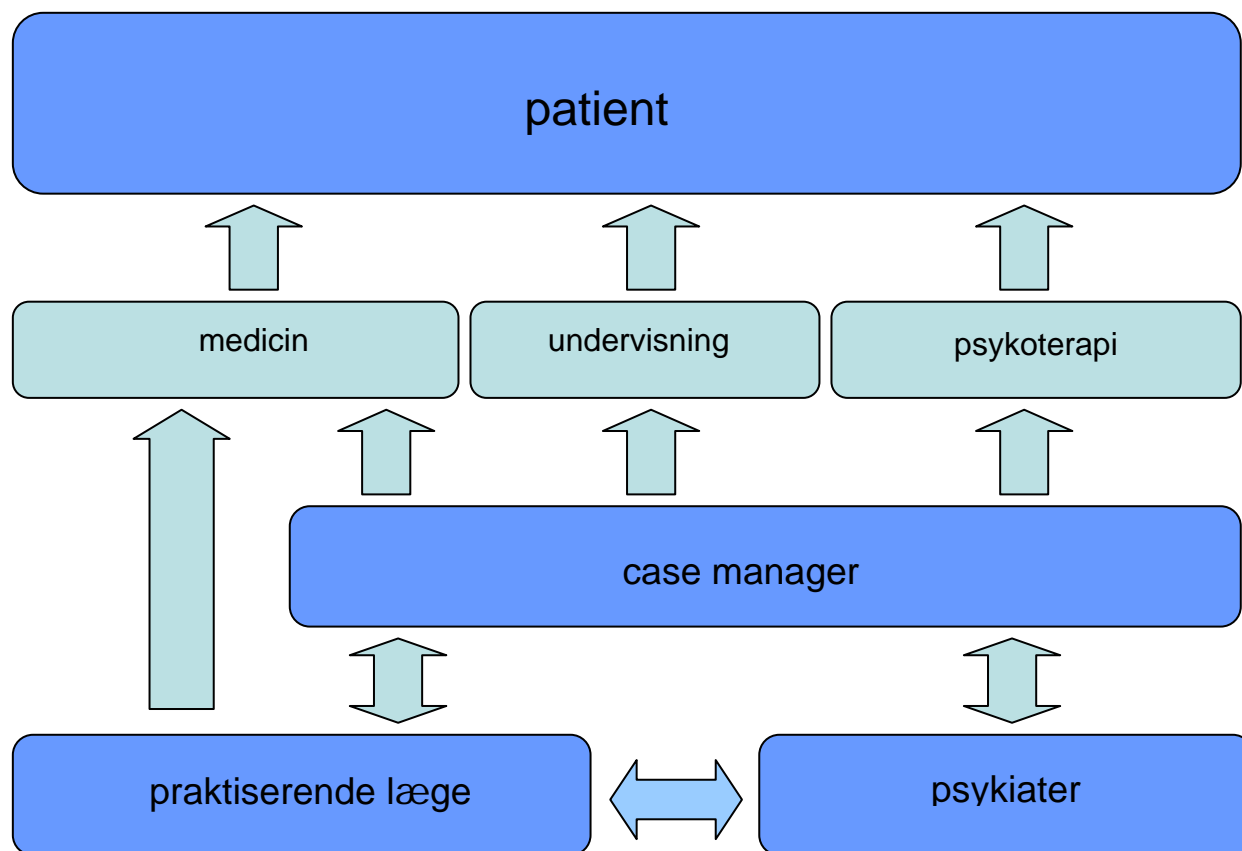
Det foreslås, at der iværksættes et stort multicenter, randomiseret undersøgelse af collaborative care i almen praksis for patienter med angst og depression. Behandlingselementerne i den collaborative care foreslås at være a) case management, b) patientkursus c) medicinsk og psykoterapeutisk behandling med vægt på patientens ønsker d) supervision og undervisning af case manager og praktiserende læge ved psykiater, se endvidere figur 2.

Anbefaling 3. Den randomiserede undersøgelse vedr. collaborative care ved depression og angst indlejres i et kvalitetsudviklingsprojekt med en projektorganisation

Det har vist sig svært at implementere collaborative care efter at forskningsdelen er tilendebragt, men undersøgelser peger på, at implementeringen kan muliggøres, hvis forskningsprojektet så at sige indlejres i et kvalitetsudviklingsprojekt med en projektorganisation. Der arbejdes således med en planlægningsfase, en implementeringsfase og en driftfase.

Planlægningsfasens vigtighed fremgår af nedenstående overvejelser

Figur 2. Model over collaborative care i almen praksis



Patientforløb

Opbyggelsen af en relativt kompleks dynamisk organisation som collaborative care bør indeholde en analyse af patientforløbet samt en stillingtagen til en række delelementer:

I. Patienten henvender sig i almen praksis og der foretages ved mistanke om depression eller angst en screening med Prime-MD eller GHQ efterfulgt af et afgrænset diagnostisk interview.

II. Patienten vil efter screening og diagnosticering sammen med lægen og case manager lægge en behandlingsplan med vægt på patientens ønsker. Patienten tilbydes patientkursus om angst og depression og patientens ønsker indgår i tilrettelæggelse af behandlingen.

III. Den praktiserende læge ordinerer den valgte behandling bestående af psykofarmaka og/eller psykoterapi. Ved medicinsk

behandling vil case manager aftale monitoreringsforløb, herunder konsultationer og telefonkontakter. Ved psykoterapi aftaler case manager antal terapisesioner.

IV. Patienter undervises ved case manager.

V. Case manager monitorerer behandlingsforløbet, herunder effekten af den instituerede behandling og drøfter denne ved supervision med psykiater samt ved konference med den praktiserende læge.

VI. Ved manglende effekt vil egen læge i henhold til patientens ønsker, case managers anbefalinger, de kliniske retningslinjer samt evt. efter samråd med psykiater, justere behandling. Denne ændring vil kunne være medicinskift eller tillæg af psykoterapi.

VII. Ved vedvarende manglende effekt henvises til psykiater.

Intervention

Foruden tilsagn fra praktiserende læger om deltagelse i projektet vil en række elementer være nødvendige at planlægge og iværksætte inden projektstart og inklusion af patienter.

Undervisning af praktiserende læger

Praktiserende læger tilbydes kursus for at øge kvaliteten af diagnosticering og farmakologisk behandling af depression og angstlidelser. Præparatvalg, bivirkninger, interaktioner samt dosisændringer og vurdering af effekt gennemgås.

Kliniske retningslinjer

Der udformes retningslinjer i diagnosticering og behandling, herunder for præparatvalg, bivirkninger, interaktioner samt dosisændringer og vurdering af effekt.

Undervisning af case manager

Case manager vil oftest være en sygeplejerske, bedst med psykiatrisk baggrund. Der undervises i diagnose, forløb og behandling af depression og angst. Yderligere undervisning i monitorering af behandlingsforløb og optimal medicinaladhærens samt undervisning og træning i korttidsterapi.

Psykoterapimanual

Kognitiv terapi er den mest veldokumenterede terapiform, og en manual til korttidsterapi er udfærdiget af specialister inden for denne terapiform.

Patientkursus

Der udfærdiges psykoedukativt patientkursus indeholdende undervisning i diagnose, sygdomsforløb, behandlingsformer, bivirkninger, adhærens og forventeligt udbytte. Der instrueres i selvhjælp og udleveres patientmateriale.

Patientmateriale

Der udfærdiges og udleveres supplerende materiale om angst og depression, forløb, behandling og selvhjælp.

Praktiserende læge

Den praktiserende læge skal kunne tilbyde længere og flere konsultationer, hvilket vil fremme diagnose, præparatvalg og adherence. I samarbejde med patient og case manager udfærdiges behandlingsplan med vægt på patientens præferencer. I samråd med case manager justeres behandlingen, evt. i samråd med psykiater.

Konferencer med psykiater

Praktiserende læge afholder regelmæssige behandlingskonferencer med psykiater, hvor medicin- og dosisvalg drøftes. Ved manglende effekt besluttet skift af behandling, herunder henvisning til psykiater.

Case manager

Case manager deltager i planlægning af behandling og aftaler monitorering af forløbet af den medicinske behandling med patienten. Patienten ses ved planlagte, regelmæssige konsultationer samt kontaktes per telefon. Patienten oplyses om mulighed for yderligere kontakt ved særligt behov.

Supervision af case manager

Case manager aftaler terapiforløb med patienten. Under regelmæssig supervision drøftes forløbet med supervisor. Ved manglende effekt

inddrages praktiserende læge, og der tages stilling til skift af behandling, herunder henvisning til psykiater.

Anbefaling 4. Der tilføres ressourcer i forbindelse med projektet vedr. collaborative care ved depression og angst

Det kan forventes at der ved indførelse af collaborative care vil være anseelige etableringsomkostninger, herunder til uddannelse af personale, udarbejdelse af informations- og undervisningsmateriale samt til etablering af organisationen. På den anden side er det vist, at collaborative care er omkostningseffektivt og for en begrænset øget driftsomkostning vil kunne give udbytte på en række væsentlige individuelle, samfundsmæssige og økonomiske områder.

På baggrund af de i litteratursøgningen fundne resultater kan disse tentativt udregnes. I beregningerne er forudsat, at man ved indførelse af collaborative care vil kunne opnå resultater svarende til resultaterne for depression og angst for alle ikke-psykotiske sygdomme i almen praksis. Da besparelser på tildelte førtidspensioner ikke særskilt er vurderet i de undersøgelser, der er fundet ved den systematiske litteraturgennemgang, er resultater fra andre videnskabelige undersøgelser inddraget i beregning af mulig besparelse på førtidspensionsområdet (Keller et al., 1992; Birket-Smith & Epløv, 2007).

Beregninger foretaget af Danske Regioner viser, at der er potentiale for store besparelser på udgifterne til sygedagpenge og førtidspension ved implementering af collaborative care (se Appendix 7)

Anbefaling 5. Der iværksættes forskningsprojekter vedr. collaborative care ved somatoforme tilstande

Der er nogen evidens for, at collaborative care har effekt. Der er som tidligere omtalt behov for yderligere undersøgelser på området.

Anbefaling 6. Der iværksættes forskningsprojekter vedr. shared care modeller ved personlighedsforstyrrelser

Gennemgangen har vist, at ingen undersøgelser er på området.

Appendiks 1. Undersøgelser vedr. depression

Tabel 1a. Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser vedr. shared care ved depression – design, antal inkluderede studier og geografi

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
		n	Geografi
Freudenstein 2001, England	Emne: behandling af depression hos personer over 60 år. Søgning: i MEDLINE, EMBASE, CINDAHL, Medline, the Cochrane Library, PsycLIT, BIDS-Social Science Citation Index og BIDS-Science Citation Index. Periode: 1980 til juni 1999. Restriktion af sprog: engelsk, fransk og tysk. Inkluderede studier: kontrollerede kliniske undersøgelser, RCT, kontrollerede før-efter undersøgelser og "interrupted time series" studier.	5 studier, alle RCT, men to omhandler kun intervention med medicin	2 fra England, 1 fra Sverige, 1 fra Norge, og 1 fra Frankrig
Badamgrav 2003, USA	Emne: disease management af depression, dvs.en intervention der er designet til behandle eller forebygge en kronisk tilstand ved at benytte sig af en systematisk tilgang). Søgning: i MEDLINE, HealthSTAR og Cochrane databaserne databaser efter studier, der evaluerer effekten af disease management for depression. Periode: 1987 – 2001. Restriktion af sprog: engelsk. Hånd søgning.	19 studier, heraf 17 RCT	15 fra USA, 2 fra England, 1 fra Australien og 1 fra Canada
Gilbody 2003a, England	Emne a) screening for depression og b) effektive strategier for behandling i almen praksis. Gennemgangen af litteraturen bygger på andre oversigtsartikler. a) 4 systematisk oversigtsartikler opdateret med RCT. b) Alle guidelines fra UK NHS HTA og en oversigtsartikel fra Cochrane suppleret med en søgning.	a) 16 studier b) 34 studier	Ikke angivet
Gilbody 2003b, England	Emne: uddannelse og organisatoriske interventioner ved behandling af depression i almen praksis. Søgning: i MEDLINE, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, United Kingdom National Health Service Economic Evaluations Database, Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group register, and Cochrane Effective Professional and Organisational Change Group specialist register. Periode: før marts 2003. Hånd søgning, kontakt til forfattere og eksperter. Inkluderede studier: kontrollerede kliniske undersøgelser, RCT, kontrollerede før-efter undersøgelser og "interrupted time series" studier.	36 studier, heraf 29 RCT	Kun angivelse af at de fleste er fra USA
Vergrouven 2003, Holland	Emne: interventioner der kan øge medicin adhærens. Søgning: i MEDLINE (1966-januar 2002), PSYCINFO (1984-januar 2002), EMBASE (1980-januar 2002) the Cochrane Controlled Trials Register (ingen begrænsning). Restriktion af sprog: engelsk. Inkluderede studier: RCT.	19 studier	Ikke angivet

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
Gilbody 2004, WHO	Emne: uddannelse og organisatoriske interventioner ved behandling af depression i almen praksis. Søgning: i MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycLIT, EconLIT, Cochrane Library, NHS EED), DARE. Periode: før september 2004.	Antal inkluderet studier er ikke angivet	Ikke angivet
Neumeuwer-Gromen 2004, Tyskland	Emne: disease management (evidens baseret guidelines, patient undervisning, undervisning af personale, CC, evidens-baserede guidelines, reminder systemer og monitorering) af depression i almen praksis. Søgning: i MEDLINE (1966 -2002), PsycLIT (1981-2002), PSYINDEX, EMBASE (1974-2002), the Cochrane Library (CTTR, CDSR, DARE, Cochrane Depression Anxiety og Neurosis Group Register), BMJ database, CLINICAL TRIALS, NHS EED (1994 - 2002) inklusiv Current Contents Clinical Medicine, CINAHL og HTA database. Hånd søgning og kontakt til forfattere, eksperter og andre relevante kilder. Inkluderede studier: RCT	10 RCT studier, der indgik i en metaanalyse med 4196 patienter	Ikke angivet
Barrett 2005, England	Emne: omkostningseffektiv behandling af depression Søgning: i MEDLINE, EMBASE og PsycINFO. Periode: januar 1985 - marts 2004. Hånd søgning.	58 studier, heraf 13 med organisatoriske ændringer herunder CC og CM	Studier vedr. organisatoriske ændringer: 8 fra USA, 4 fra England og 1 fra Canada
Adli 2006, Tyskland	Emne: effekt af brugen af behandlingsalgoritmer ved behandling af depression Søgning: MEDLINE. Andet ikke angivet.	13 studier, heraf 6 CC studier	Ikke angivet
Bower 2006a, England	Emne: identifikation af aktive virkemidler i CC. Søgning: En opdatering af søgning Gilbody 2003b frem til november 2005. Metaregression vedr. de enkelte interventioner og hhv. brug af antidepressiva (28 studier) og depressive symptomer (34 studier).	34 studier	27 fra USA, 4 fra England, 1 fra Chile, 1 fra Sverige og 1 fra Holland
Gensichen 2006, Tyskland	Emne: effekten af case management i almen praksis på medicin adhærens og symptomer. Søgning: i MEDLINE (1966-maj 2003), EMBASE (1980-maj 2003) og Cochrane Library (2003, 2nd edition). Hånd søgning og kontakt til eksperter. Inkluderede studier: RCT. Metaanalyse vedr. effekt på medicinadhærens og på depressive symptomer.	13 RCT studier 1 metaanalyse vedr. medicinadhærens n = 5306 og vedr. depressive symptomer n = 4320	Ikke angivet
Gilbody 2006a, England	Emne: CC. Søgning: i MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, the Cochrane Library og DARE. Periode: før februar 2006. Metaanalyse vedr. effekt på depression efter hhv. 6 mdr. og efter længere tid op til 57 mdr.	37 studier med 12.355 patienter	Ikke angivet

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
Gilbody 2006b, England	Emne: studier vedr. omkostningseffektivitet af forstærkede behandling af depression i almen praksis. Søgning: I MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycLIT, EconLIT, the Cochrane Library, the NHS Economic Evaluations Database, the Health Economic Evaluations Database and the Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness. Periode: før november 2005. Hånd søgning og kontakt til forfattere. Inkluderede studier: RCT.	11 RCT studier med 4757 patienter	Ikke angivet
Kessing 2006, Danmark	Emne: MTV-rapport vedr. ambulans behandling af patienter med svær affektiv lidelse, der også omhandler organisation. Søgning: i The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO. Periode: ikke angivet, men sidste søgning foretaget december 2004.	Uoplyst	Ikke angivet
Videbech 2007, Danmark	Emne: referenceprogram for unipolar depression hos voksne, der også omhandler organisation. Søgning: i PUBMED, EMBASE, Cochrane Library og for de fleste emner kombineret med søgning i PsycINFO og CINAHL. Periode: ikke angivet, men søgning foretaget foråret 2006. Dette er suppleret med anden litteratur på området, herunder en rapport fra NICE, SBU og MTV-rapport fra Kessing 2006.	Uoplyst	Ikke angivet
Williams 2007, USA	Emne: multifacetterede interventioner til depressionsbehandling. Søgning: i MEDLINE, HealthSTAR, CINAHL, PsycINFO og et specielt register med studier vedr. depression. Restriktion af sprog: engelsk. Periode: fra 1966 til februar 2006. Hånd søgning og kontakt til eksperter. Inkluderede studier: RCT	28 RCT	23 fra USA, 1 fra Latin Amerika, 4 fra Vesteurpoa
Christensen 2008, Australien	Emne: effektive elementer i behandlingen af depression i almen praksis. Søgning: i PUBMED, PsychINFO og Cochrane Library. Periode: ikke angivet men søgning foretaget oktober 2005. Hånd søgning.	55 studier	Ikke angivet

Tabel 1b. Systematiske oversigtsartikler, metaanalyser og metareviews vedr. shared care ved depression - resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Freudenstein 2001	7 opfyldte udvælgelseskriterierne, men kun 2 artikler opfyldte også alle metodiske kriterier. Begge undersøgte effekten af psykiatrisk team care, som gav en forbedring på 40-50 % mod TAU 20-30 % forbedring. Ingen studier af psykologbehandling. Modsat psykiater team behandling viste medicinsk antidepressiv behandling højere rater af bedring på 54-81 %. Dette kunne være pga. udelukkelse af co-morbiditet.	+	+	+	-
Badamgarav 2003	Metaanalyse med følgende resultater: Symptomer: signifikant bedre effekt Funktion: NS Kompliance: signifikant bedre Patienttilfredshed: signifikant bedre Sundhedsydelse: signifikant færre Sundhedsøkonomi: NS	+	+	+	+
Gilbody 2003a	Undervisning af læger alene og guidelines alene. Interventioner med flere behandlingselementer, herunder undervisning af den praktiserende læge, case management og CL var effektive. Rådgivning om den medicinske behandling ved sygeplejerske eller counsellor var også effektiv (case management)	Kan ikke vurderes	Kan ikke vurderes	Kan ikke vurderes	-
Gilbody 2003b	Komplekse interventioner (undervisning af praktiserende læge, case-management, og consultation-liaison) var effektive, mens uddannelse, case management, liaison simple studier med guidelines og uddannelse var NS	+	+	+	-

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Vergrouven 2003	3 studier vedr. patientundervisning: alle NS mht. adhærens, 1 bedre mht. depressionssymptomer. 11 studiet vedr. CC: bedre mht. adhærens, dog viste en undersøgelse NS. CC bedre mht. depressionssymptomer, dog viste en undersøgelse NS. Konklusion: CC med patientuddannelse og aktiv praksissygeplejerske, længere og hyppigere konsultationer kombineret med telefonkonsultationer, evt. involvering af psykiater er effektiv i forhold til adhærens og depressionssymptomer.	+	+	-	-
Gilbody 2004	Uddannelse: NS i kvalitetsstudier CC: signifikant bedre effekt over 6 og 12 mdr. vedr. udfald og adhærens QI: signifikant bedre effekt over 6 og 12 mdr., men ikke 24 måneder CM: signifikant bedre effekt over 6 og 12 mdr. Guidelines: kun effekt hvis kombineret med andre interventioner Stepped care: signifikant bedre effekt 6 mdr. Forebyggelse af tilbagefald: signifikant bedre effekt	-	-	-	-
Neumeuyer-Gromen 2004	Signifikant bedring af symptomer, adhærens og livskvalitet. 1 undersøgelse finder CC bedre er i stand til at bevare deres arbejde. 6 undersøgelser med omkostning. I alle øgede CC udgifterne, men der ses kun på korttidseffekt	+	+	+	+
Barrett 2005	Det var ikke muligt at identificere den intervention, der var mest omkostningseffektiv	+	+	-	-
Adli 2006	Behandlingsalgoritmer og CC giver signifikant bedre behandlingseffekt.	-	-	-	-
Bower 2006a	Ingen prædiktorer i forhold til brug af antidepressiv medicin, men brug af antidepressiv medicin havde ikke betydning udfald mht. depressive symptomer. Prædiktorer i forhold til depressive symptomer var systematisk identificering af patienter, case manager med en psykiatrisk baggrund, og supervision ved specialist	+	+	+	+
Gensichen 2006	Metaanalyserne viste effekt af case-management mht. både medicinadhærens og depressive symptomer efter 6-12 mdr.	+	+	+	+

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Gilbody 2006a	Depression signifikant bedre efter 6 mdr. behandling, og evidens af langtidseffekt i op til 5 år. Effekten direkte relateret til: 1) medicin compliance 2) professionel baggrund 3) supervisionsmetode anvendt af case manager Konklusion: CC mere effektiv end standard behandling, men behov for studier uden for USA	+	+	+	+
Gilbody 2006b	Flest i USA og er baseret på CC 2 undersøgelser fra UK evaluerede effekten af undervisning 9 ud af 11 CC viste øget effekt af behandling og øgede behandlingsudgifter 2 undersøgelser ren uddannelse: NS behandling, men øgede udgifter Det er her endelig vist at undervisning alene ikke har effekt.	+	+	+	+
Kessing 2006	Undervisning NS CC signifikant bedre Klinisk vejledning afgørende (udvælgelse, monitorering, psykoedukation, behandling af komplicerede patienter)	+	-	-	-
Videbech 2007	Angiver at der er evidensniveau Ib for ShC og CC	+	-	-	-
Williams 2007	20 studier viste effekt. Alle havde care management, 2/3 havde telefon monitorering. De mest almindelige interventioner var: patient undervisning, selv management, monitorering af symptomer og adhærens, støtte i beslutning vedr. medicinadministration, patientregister og supervision af care manager fra psykiatrien. 8 studier omhandlede økonomi, men uden sammenfatning	+	+	+	-
Christensen 2008	Guideline NS, træning NS. Effekt af case management, og effekt bedst hvis psykiatrisk baggrund. Programmer med psykoterapi i gruppe og workshops med uddannelse efter selvhenvielse havde effekt.	+	+	+	-

Tabel 2a. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved depression – metode og målgruppe

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Corney 1984	7 GP England	Socialrådgiver vs. TAU	6 mdr. behandling uden yderligere specifikation	Socialrådgiver	80	Kvinder mellem 18-45 år vurderet som depressive ved psykiater	Gns. alder: 30 år Med børn: 70 % I arbejde: 62 %
Magruder-Nabib 1990	Veteraner Seattle USA	Depression screening + feedback til GP vs. TAU	Depression screening med efterfølgende feedback om score på depressionsskala til GP	-	100	Alle patienter med få undtagelser	100 mænd Gns. alder: 58 år Race: 69 % hvide Gifte: 73 % Arbejde: 77 % pens.
Wilkinson 1993	3 klinikker England	Sygeplejerske træning vs. TAU	Sygeplejerske træning vs. TAU adhærence	Sygeplejersker	61	Inviteret	45 kvinder, 16 mænd Gns. alder 46 år
<u>The Gospel Oak depression study</u> Waterreus 1994 Blanchard 1995 Blanchard 1999	England	GP sygeplejerske vs. TAU 3, 14,4 mdr. f/up (gns.)	GP sygeplejerske i 3mdr i et samarbejde med et tværfagligt psykiatrisk team	Sygeplejerske	96	Screening med DPDS	82 kvinder og 14 mænd Gns. alder: 75,8 år

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
To studier ved <u>Katon et al.</u> Studie 1: 100 Katon 1995	1 GP klinik i Washing- ton med 22 læger USA	CC vs. TAU 7 mdr. f/up	Patientundervisning med hæfte og video. GP undervisning. GP og psykiater ser ptt. alternerende med 7-10 dages interval over 4-6 uger. GP konsultation udvidet fra 15 min til 30 min. Psykiater besøg på hhv. 50 og 30 min. Compliance ved besøg og telefon Psykiater supervision mdl.	Ingen	217 (91 med MDD, 126 med minor DD)	Henvist, screening SCL-20 \geq 0,75, og villige til AD	77 % kvinder Gns. alder: MDD 42 år. Minor depression: 51 år Gifte: 53 % I arbejde: 64 %
Studie 2: 101 Katon 1996		CC vs. TAU 7 mdr. f/up	Patientundervisning med hæfte og video. Psykolog med CBT og opfølgning af psykolog med telefon. GP undervisning. Telefoninterview 1, 4 og 7 mdr. Supervision ved psykiater	Psykolog	153	SCL screening og villig til AD	74 % kvinder Gns. alder: MDD 42 år Minor DD: 51 år Race: 86,4 % hvide Gifte: 45,1 % I arbejde: 77,5 %
Studie 1 + 2: Katon 1997 Simon 1998 Von Korff 1998 Lin 1999 Bush 2004		CC (to former) vs. TAU 19 mdr. f/up	De to overstående studier		156		

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Mann 1998	20 klinikker England	Sygeplejerske vs. TAU f/up 4 mdr.	To naturalistiske studier vedr. sygeplejerske i GP vs. TAU naturalistisk	Sygeplejerske	577	GP henviser egnede	Gns. alder: 43 år Kvinder: 78 % I arbejde: 59 % Gifte kvinder: 54 % Gifte mænd: 69 %
Coleman 1999	9 praksis Washington USA	Chronic care clinics vs. TAU 24 mdr. f/up	Chronic care clinics ½ dag hver 3 til 4 mdr. og en gruppe i self-management. Interventionen var rettet mod kroniske sygdomme generelt, herunder depressive symptomer	-	255	Patienter over 65 år med højrisko for at blive hospitaliseret eller falde i funktion	Gns. alder: 77 år Kvinder: 48 % Gifte: 57 %
Katon 1999 Walker 2000 Lin 2000 Simon 2001a Katon 2002a	4 klinikker Washington USA	CC vs. TAU 3, 6,9,12, 28 mdr. f/up		-	228	18 til 80 år med depression og i risiko for vedvarende depression vurderet ved SCID og SCL-90	Kvinder: 75 % Gns. alder: 47 år I arbejde 68,7 % Race: Hvide 80 %
Llewellyn-Jones 1999	Ældre på plejehjem i Sydney Australien	CC vs. TAU 9,5 mdr. f/up	GP undervisning, undervisning af personale på plejehjem & patient kursus vs. TAU	-	220	65 år og over på plejehjem vurderet ved GDS	Kvinder: 93 % Civilstand: Gifte: 11 %, Enker: 76 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Ludman 2000 Simon 2002 Katon 2001	4 klinikker Washington USA	CC mht. at hindre tilbagefald vs. TAU 3,6,9,12 mdr. f/up	Patientuddannelse med hæfte og video Specialist i depression: psykoedukation, shared- decision making, monitorering af medicinadhærence og depressive symptomer, tegn på tilbagefald og udarbejdelse af en plan ved tegn på tilbagefald Specialist regelmæssig kontakt med GP Supervision af specialist og GP ved psykiater	Specialist i depression	386	18 til 80 år, der havde tilbagevendende depression eller dysthymi og var i neutral fase vurderet ved SCID og SCL-90	Kvinder: 75 % Gns. alder: 46 år I arbejde: 78 % Race: Hvide 92 %
Worrall 1999	42 GP Canada	Kursus + adgang til psykiater 6 mdr. f/up vs. TAU	3t kursus og adgang til psykiater	-	147	Patienter diagnosticerede som havende depression ved den praktiserende læger	Kvinder: 71 % Gns. alder: 44 år
Hunkeler 2000	2 klinikker USA	Tele-health Care vs. Tele-Health Care og støtte ved "ligemand" vs. TAU	Telefonisk støtte og råd ved sygeplejerske + for nogle støtte ved tidligere patient, der var blevet undervist	Sygeplejerske Tidligere ptt. med depression	302	Ptt. som af GP blev diagnosticeret til at have depression eller dysthymi og fik udskrevet recept på AD (SSRI)	Gns. alder: 55 Kvinder: 69 % Hvide: 63 % Samlevende: 56 % Fuldtidsarbejde: 49 %
Katzelnick 2000 Simon 2001	163 klinikker 3 organisatio- ner USA	CC vs. TAU	Patientkursus Lægekursus Telefon monitorering AD ved GP	Sygeplejerske	407	Hyppige brugere med depressive symptomer ved telefon screening	Kvinder: 77 % Gns. alder: 45 år Hvide: 82 % Gifte: 68 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
<u>Quest studiet:</u> Hele populationen 479 ptt.: Rost 2000 Smith 2000 Rost 2001	12 klinikker USA	Forstærket behandling vs. TAU 6, 12, 24 mdr. f/up Hele populatione n: MDD	Træning af personale i GP Telefonsessions ved sygeplejerske i samlet 78 minutter Farmakoterapi og/eller psykoterapi efter patientvalg Guidelines ved psykiater	Sygeplejerske	479	18 år, CIDI positiv for depression med mindst 5 af 9 kriterier ved interview	Kvinder: 84 % Gns. alder: 43 år Minoriteter: 15,7 % I arbejde: 62 %
Subpop. 211 ptt.: Rost 2002 Pyne 2003a Pyne 2003b Pyne 2005 Rost 2005		Subpop. 211 ptt. = ptt. uden behandlingsrestsient depression			211		
Subpop. 200 ptt. Keeley 2004 Dickinson 2005		Subpop. 200 ptt. Analyser vedr. ptt. med hhv. fysiske eller psykiske symptomer			200		

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Simon 2000	Klinikker i Seattle USA	Feedback vs. feedback + Care manager vs. TAU 6 mdr. f/up	Feedback: Feedback ved hjælp af algoritme. Care manager: monitorering ved telefoninterview	Care manager	613	Ny ordination af AD	Kvinder: 46 % Gns. alder: 46 år
Simpson 2000	9 klinikker, Derbyshire England	Korttids-counselling vs. TAU 6, 12 mdr. f/up	Counselling (CBT & psykodynamisk) vs. TAU	Counsellor	181	BDI > 13 & depression ≥ 6 mdr.	Kvinder: 80 % Gifte: 65 % I arbejde: 77 %
Simpson 2003	7 klinikker, Derbyshire England	Counsellors vs. TAU 6, 12 mdr. f/up	6-12 x psykodynamisk terapi vs. TAU	Counsellor	145	Screening BDI 14 - 40 år evt. comorbid angst	Kvinder: 80 % Gns. alder: 43 Gifte: 66 %
<u>Quality Improvement (QI) studiet</u> Wells 2000 Schoenbaum 2001 Sherbourne 2001 Unutzer 2001a Koike 2002 Schoenbaum 2002 Miranda 2003 Wells 2004 Wells 2005 Wells 2007	46 klinikker i 6 organisationer USA	QI-medicin vs. QI-terapi vs. TAU 6, 12, 24, 57 mdr. f/up.	QI-medicin vs. QI-terapi vs. TAU Alle 3 grupper kunne få AD, terapi eller begge dele. Sygeplejerske støtte til adhærence ved mdl. telefonkontakt Psykoterapeuter trænet i CBT	Medicin uddannet eller CBT-uddannet sygeplejerske	1356 I nogle analyser indgår et mindre antal, dog ikke under 900	Depressive patienter, screenet med CIDI, alle over 16 år.	Kvinder: 71 % Gns. alder: 44 år Race: hvide 57 % I arbejde: 63 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Atherton-Naji 2001	5 GP England	Computer uddannelse vs. TAU 6 mdr. f/up	Computer uddannelse Personlig information x 3	-	61	Ny AD ordinationer Alle patienter over 16 år	Kvinder: 84 %
<u>IMPACT studiet:</u> Unützer 2001b Unützer 2002 Hegel 2004 Areán 2005 Callahan 2005 Harpole 2005 Katon 2005 Levine 2005 Unützer 2006 Hunkeler 2006 Steffens 2006 Areán 2007 Thielke 2007 Thompson 2008	18 klinikker i 8 organisationer i 5 stater USA	CC vs. TAU 3, 6, 12, 24 mdr. f/up	Care manager superviseret af psykiater og GP Patientkursus Monitorering Problem-løsningsterapi AD efter en algoritme Behandling i 12 mdr.	Sygeplejerske	1750	Ældre over 60 depressive patienter henvist af GP med MDD eller dysthymi. Screening med Prime-MD spørgsmål. Derefter diagnose med SCID (depression, PTSD, panik)	Gns. alder: 71 år Kvinder: 64 % Gifte: 46 % Hvide: 77 %
Subpop. + arthrititis: Lin 2003					1001		Gns. alder: 72 år Kvinder: 68 % Gifte: 44 % Hvide: 76 %
Subpop. + diabetes Williams 2004 Katon 2006a					417		Gns. alder: 71 år Gifte: 46 % Hvide: 77 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Subpop. med 4 års opfølgingsdata vedr. udgifter Unützer 2008					551		Gns. alder: 73år Kvinder: 72 % Gifte: 47 % Hvide: 91 %
Arthur 2002	1 klinik Leicester- shire England	Community mental health team (CMHT) vs. TAU 18 mdr. f/up	Efter interview af sygeplejerske blev depressive ældre mennesker henvist til (CMHT), der efter udredning kom med råd til GP om videre behandling	-	93	Ældre GDS \geq 5	Gns. alder: 80år Kvinder: 76 %
Emmanuel 2002	4 klinikker i London England	CL vs. TAU 6 mdr. f/up	Information til GP per besøg Møde med patient hos GP Møde med GP mindst to gange per patient Evt. fælles patientjournal Diskussion med GP om andre områder, hvor GP kunne inddrages	-	43	Nyhenvist fra GP til psykiatrisk behandling	På de 34: Gns. alder 44 år Kvinder: 61 % Hvide: 70 % Gifte: 9 % I beskæftigelse: 16 %
Araya 2003 Araya 2006	Socialt underprivilegerede kvinder tilknyttet 3 klinikker i Santiago, Chile	SC (sv.t CC jf. beskrivelse) vs. TAU 3, 6 mdr. f/up	Psykoedukation Monitorering AD efter strukturerede manual Kort uddannelse af GP	Socialrådgivere og sygeplejerske	240	18-70-årige kvinder	Gns. alder: 43 år Gifte: 55 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
PROSPECT- studiet Bruce 2004 Bogner 2007 Subpop. med MDD Alexopoulos 2003	20 klinikker i New York, Philadelphia og Pittsburgh, USA	CC vs. TAU 4,8,12, 18 mdr. f/up, data vedr. overlevelse ved 5 år.	Care manager AD ved guidelines Monitorering, adhærence og respons Hvis minus AD psykoterapi ved care manager Supervision ved psykiater	Socialrådgivere, sygeplejersker og psykologer	598 heraf 584 med data vedr. diabetes ved baseline 215	60 år eller ældre med MDD eller Minor DD, dvs. 4 depressive symptoms, en HAMD score på 10 eller over 10 og varighed på mindst 4 uger Subpop. med MDD (HAMD > 18) og deltaget i 4 mdr. f/up	Kvinder: 72 % Hvide: 67 % Gifte: 37 % -
Datto 2003	35 klinikker i Pennsylva- nia USA	CC vs. TAU 16 ugers f/up	Træning af sygeplejerske F/up ved sygeplejerske hver 3 uge per telefon med monitorering og psykoedukation Rapportering til GP Supervision ved psykiater	Sygeplejerske	61	Depression vurderet ved GP	Gns. alder: 47 år Kvinder: 61 % Hvide: 80 %
Finley 2003	En klinik i San Rafael, Californien USA	CC vs. TAU	F/up ved farmaceut mhp. monitorering af AD behandlingen. Rapportering til GP Supervision ved psykiater	Farmaceut	125	Nystartet AD pga. depression	Gns. alder: 54 år Kvinder: 85 %
RESPECT- D- studiet: Dietrich 2004 Lee 2007, Kroenke 2008	60 klinikker ved 5 organisatio- ner USA	CC vs. TAU 3, 6 mdr. f/up	Træning af care manager, GP og psykiater F/up ved care manager efter 1 uge og dernæst hv. mdr. til remission i form af monitorering og støtte til håndtering af egen sygdom Rapportering til GP Supervision ved psykiater	Care manager	405	Over 18 år DSM-IV MDD eller dysthymi og SCL-20 på 5 eller over	Gns. alder 44 år Kvinder: 59 % Hvide: 83 % Gifte: 56 % I arbejde: 62 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Hedrick 2003, Liu 2003	4 klinikker USA	CC vs. CL 9 mdr. f/up	CC: behandling efter patientønske: AD med monitorering, CBT, evt. begge dele CL: supervision evt. henvisning til psykiater	Psykiater, psykolog, socialrådgiver	354	Depression vurderet ved PRIME-MD og DSM- IV	Gns. alder: 57 år Mænd: 95 %
Oslin 2003	Veteraner med depression USA	CC vs. TAU	Træning af sygeplejerske Sygeplejerske: udredning, monitering, uddannelse og støtte ved 7 x telefon på 24 uger GP primær behandler Supervision af sygeplejersker ved psykiater	Sygeplejersker	97	Over 18 år Depression eller dysthymi (DSM-IV- kriterier) vurderet ved MINI og/eller med et alkoholproblem i form af risikodriking	Gns. alder: 61 år Mænd: 96 % Hvide: 49 %
Swindle 2003	2 klinikker USA	CC vs. TAU	Udarbejdelse af behandlingsplan og monitorering ved sygeplejerske. Behandlingsplan konfereret med GP Supervision ved psykiater	Sygeplejersker	268	Prime-MD screening for MDD	Gns. alder: 56 år Mænd: 96 %
Adler 2004	9 klinikker i Boston USA	CC vs. TAU 6 mdr. f/up	Behandling ud fra guidelines ved farmaceut med min. 9 kontakter over 18 mdr. Rapportering til GP Supervision ved psykiater	Farmaceut	533	Over 18 år Depression eller dysthymi (DSM-IV- kriterier) vurderet ved PC-SAD	Gns. alder: 42 år Kvinder: 72 % Hvide: 72 %
Capoccia 2004	1 klinik i Washington USA	CC vs. TAU 1 år f/up	Udannelse og monitorering ved farmaceut ved kontakt per telefon x 4 ugl., dernæst hver anden uge i 3 mdr. så 1 x mdr. Samarbejde med GP Supervision ved psykiater	Farmaceut	74	Ny diagnose med depression ved Prime- MD, intet misbrug	Gns. alder: 38 år Kvinder: 77 % Hvide: 88 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
PATHWAYS - studiet Katon 2004 Kinder 2006 Simon 2007 Kenton 2008a	9 klinikker i Washington USA	SC (CC) vs. TAU 3,6,12 mdr. f/up samt udgifter efter 5 år	Patienter med diabetes og depression eller dysthymi Træning af sygeplejersker Sygeplejerske: 1t intro, ½t telefon x 2 mdl. med monitorering og 1) problemløsningsterapi eller AD 2) begge dele AD behandling ved GP 3) psykiater efter 3 mdr. uden respons Supervision ved psykiater	Sygeplejersker	329 (313 med diabetes type 2)	Diabetes Screening for depression i flg. PHQ-9	Gns. alder: 58 år Kvinder: 65 % Gifte: 56 % Hvide: 78 %
Simon 2004	7 klinikker USA	Tele care managemen t vs. tele care managemen t + CBT vs. TAU 6 mdr. f/up	Tele care management: monitorering ved min. tre telefon opkald ved care manager. + CBT: + x 8 sessioner Feedback til GP Supervision ved psykiater	Care manager	578	Ny ordination af AD Modtog ikke psykoterapi	Gns. alder: 44 år Kvinder: 72 % Hvide: 79 % Gifte: 51 %
Brook 2005	Holland	Farmaceut vs. TAU 6 mdrs. f/up	Farmaceut baseret rådgivning x 3 + udlevering af videobånd	Farmaceut	147	Ny ordination af non- tricyklisk AD	Gns. alder: 43 år Kvinder: 70 %
Dobscha 2006	5 klinikker med 41 GP USA	Depression støtte team 6, 12 mdr. f/up	Sygeplejerske monitorering gennem 1-2 uger mhp. adhærence, Materiale per post, 1x kursus Team møde regelmæssig og rapporterede til GP	Team med psykiater sygeplejerske (care manager)	375	Screening: PHQ-9 mellem 9-25 Dernæst igen PHQ-9 mellem 9-25 eller SCL- 20 > 1.0	Gns. alder: 57 år Mænd: 93 % Hvide: 89 % Gifte: 51 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
TEAM-studiet Fortney 2006, Fortney 2007	7 klinikker på landet USA	SC vs. TAU	Stepped care med 4 trin med bl.a. 1) patientuddannelse og monitorering 2) AD og medicin management ved farmaceut 3) telekonsultation med psykiater 4) henvisning til psykiatrisk behandling.	Sygeplejerske, Farmaceut	395	Depression med PHQ-9 >11 og ikke allerede i behandling hos psykiater	Gns. alder: 59 år Mænd: 92 % Hvide: 74 % Gifte: 62 %
PRIDE studiet Chew-Graham 2007	43 klinikker England	CC vs. TAU 16 uger f/up	GP og sygeplejerske (care koordinator via besøg og telefon), psykiater supervision af GP og sygeplejerske, patientkursus	Sygeplejersker	105	Over 60 år samt GDS >5	Gns. alder: 76 år Kvinder: 72 % Gifte: 22 %
Loh 2007	30 GP Südbaden regionen Tystland	Træning af GP+ skriftligt materiale vs. TAU 6-8 ugers f/up	Træning af GP i depressions behandling og shared decision making + guidelines Skriftlig information til pt.	-	405	Over 18 år Depression vurderet ved GP	Gns. alder: 46 år Kvinder: 74 % Gifte: 46 %
McMahon 2007	England	CM vs. TAU 12, 24 uger f/up	CM x 6, evt. per tlf.: støtte, AD adhærens, ingen psykoterapi Ugl. supervision af psykiater	Case manager	62	Database med alle i AD MINI: depression HAMD > 13	Ikke beskrevet
Richards 2007	England	CC vs. TAU 3 mdr. f/up	Care manager kursus Care management bestående af: AD plan + CBT depressionsterapi + monitorering med max. 10 f/up Patientspecifik feedback til GP Supervision hos psykiater ugl.	Care manager (sygeplejersker, counsellors og ergoterapeuter)	114	GP depression diagnose bekræftet af SCID	Gns. alder: 42 år Kvinder: 77 % Gifte: 54 % Hvide: 86 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Interventionen	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Hansson 2008	46 klinikker Sverige	Patientkursus vs. TAU	Patientkursus med 6 lektioner om depression samt vanlig behandling	Diskussionsgrupper ledet af sygeplejerske/socialrådgiver	319	18-69 år Depression vurderet ved GP "gruppe egnet"	Gns. alder: 44 år Kvinder: 76 %
Rahman 2008	40 landlige kommuner i Parkistan	CBT ved lady health workers (LHW) vs. sammen opfølgning uden CBT 6, 12 mdr. f/up	LHW trænede i CBT intervention gav 16 sessioner fra 1 mdr. før fødsel til 10 mdr. efter fødsel. Supervision til begge grupper.	Lady health workers (LHW)	903	Gravide i 3. trimester SCID screening: MDD	Gns. alder: 27 år Kvinder: 100 %

Tabel 2b. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved depression – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Corney 1984	Depression (Standardized Psychiatric Interview) Social funktion (SAS)	Alle mål: NS	+ Niveau: Patient	-	+	-
Magruder- Nabib 1990	Diagnosticering	Signifikant øget diagnosticering og behandling især ved depression med somatiske symptomer	+ Niveau: Praksis	+	+	-
Wilkinson 1993	Medicinadhærence	NS	- Niveau: Patient	-	-	-
Blanchard 1994 Blanchard 1999	Depression (DPDS)	Intervention signifikant bedre ved 3 mdr. f/up men ikke ved 14,4 mdr. f/up	- Niveau: Patient	+	-	+
<u>To studier af Katon et al.:</u> Studie 1: Katon 1995	Depression (SCL-20 efter 1 og 3 mdr.) Patienttilfredshed	Svær depression: signifikant større kompliance Respons SCL-20 NS patienttilfredshed NS	+ Niveau: Patient	+	+	-
Studie 2: Katon 1996	Respons Kompliance Patienttilfredshed	Signifikant bedre compliance ved 4 mdr. f/up Svær depression: signifikant større respons og compliance ved 4 mdr. og 7 mdr. Moderat depression: signifikant større effekt på symptomerne	+ Niveau: Patient	+	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Studie 1 og 2: Katon 1997 Simon 1998 Von Korff Lin 1999 Bush 2004	Effekt på depression Kompliance Patient tilfredshed Respons Somatiske symptomer Arbejdsevne Symptomer Omkostning	Svær depression: signifikant bedre compliance, signifikant hurtigere respons og signifikant større patienttilfredshed med behandlingen i begge CC grupper Moderat depression havde respons på de samme parametre, men forskellen NS Begge bedre effekt: svær depression var forbedringen 40 % ved TAU, 70 % ved CC x 2 Somatiske symptomer NS Arbejdsevne NS CC depressionsbehandling betragtelig dyrere Svær depression lidt dyrere behandling Moderat depression dyrere, ikke mere omkostningseffektiv 19 mdr. opfølgning: De patienter der havde fået CC havde ingen bedring i sammenligning med standardbehandling. Det er ikke muligt på diagnosetidspunktet at afgøre hvem der har mest gavn af CC				
Mann 1998	Depression (BDI)	BDI NS	+ Niveau: Patient	-	+	-
Coleman 1999	CES-D	CES-D NS	+ Niveau: Praksis	-	+	+

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Katon 1999 Walker 2000 Lin 2000 Simon 2001a Katon 2002a	Depression (SCL-90) Funktion (Sheehan Disability Scale, SF-36) Kompliance Tilfredshed Omkostning	Signifikant større tilfredshed ved 3 og 6 mdr. Signifikant færre depressive symptomer ved 3 mdr., ikke ved 6 mdr. Signifikant flere uden depression ved 3 og 6 mdr. Signifikant bedre SDS score ved 3 mdr., men ikke 6 mdr., SF-36 score NS. 16.7 flere depressionsfri dage ved 6 mdr. 21,44\$ mere per depressionsfri dag. Opdelt på sværhedsgrad: Mild og moderat depression signifikant bedre ved 6 mdr. NS ved svær depression. NS SDS efter 28 mdr. Signifikant bedre compliance ved svær depression 6 og 12 mdr., men ikke 18 mdr. Mild til moderat depression havde signifikant bedre compliance 6 mdr., men ikke 12 og 18 mdr. Ambulante udgifter NS ved 28 mdr.	+ Niveau: Patient	+	+	+
Llewellyn- Jones 1999	Depression (GDS)	Signifikant effekt af intervention	+ Niveau: Patient	+	+	+
Ludman 2000 Katon 2001 Simon 2002	Depression (SCL-90) Medicinforbrug Depressionsfrie dage Omkostning behandling Omkostning total/ydelser	Signifikant færre episoder med svær depression NS depressionsfri dage Omkostninger højere -273\$- i interventionsgruppen Totalomkostninger ved ydelser usikkert	+ Niveau: Patient	+	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Worrall 1999	Depression (CES-D) Diagnose Ordinationer Adhærence Henvisninger til psykiater	CES-D: signifikant større bedring Diagnose NS Ordinationer NS Signifikant bedre adhærence (6 mdr.) Flere henvisninger til psykiater	+ Niveau: GP	-	+	-
Hunkeler 2000	Depression (HAMD, BDI) Funktion: SF-12 Medicinadhærence Patient tilfredshed	Ved Telecare Health: Signifikant bedring af symptomer og tilfredshed, men ikke medicin adhærence Ved Tele Health Care + Støtte ved "ligemand": ingen yderligere bedring	+ Niveau: Patient	-	+	-
Katzelnick 2000 Simon 2001	Depression (HAMD) Funktion (SF-20) Konsultationer Udgifter	HAMD signifikant bedre 6 uger, 6 mdr. og 12 mdr. SF-20 signifikant bedre 12 mdr. Konsultationer NS Udgifter NS Udgift per DAILY: intervention signifikant højere	+ Niveau: Patient	+	+	+
<u>Quest-studiet</u> Hele populationen: Rost 2000 Rost 2001 Smith 2000	Depression (CES-D)	Hele populationen ved 6 mdr. f/up: Signifikant effekt af intervention i den gruppe, der er begyndte en ny behandlingsperiode og den gruppe, der accepterede medicinsk behandling, men ikke i de øvrige grupper	+ Niveau: GP	+	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Subpop. 211 ptt.: Rost 2002 Pyne 2003a Pyne 2003b Rost 2005 Pyne 2005	Depression (CES-D) Behandlingsomkostninger Depressionsfri dage QALY	Intervention: signifikant effekt på depressionssymptomer ved 24 mdr. med en øget remission på 33 % Interventionen: omkostningseffektiv Behandling af kvinder mere effektiv og dyrere end for mænd Signifikant flere depressionsfri dage (23,0 flere 1. år, 36,4 flere 2. år) QALY: signifikant bedre Udgifter: signifikant mindre Interventionen er kun omkostningseffektiv for den gruppe af ptt., der vil have AD				
Subpop. 200 ptt.: Keeley 2004 Dickinson 2005	Depression (CES-D) Behandlingsomkostninger	Kun signifikant effekt af intervention hos ptt. der præsenterede psykiske symptomer, men ikke hos dem, der kun præsenterede fysiske symptomer Intervention er omkostningseffektiv hos ptt. med psykiske symptomer, men ikke hos ptt. med fysiske symptomer				
Simon 2000	Depression (SCL) Behandlingsomkostninger	Feedback alene: NS Feedback + care manager: signifikant effekt Feedback + care manager kostede \$80 per patient	+ Niveau: Patient	+	+	-
Simpson 2000	Depression (BDI, BSI) Social funktion (SAS) Behandlingsudgifter	Counselling vs. TAU NS CBT vs. psykodynamisk terapi NS Totale udgifter NS	+ Niveau: Patient	+	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Simpson 2003	Depression (BDI, BSI) Social funktion (IIP, SAS, DSSS) Udgifter	Score på BDI, BSI, IIP, SAS, DSSS: alle NS Antal med depression: signifikant færre ved intervention Udgift NS	+ Niveau: Patient	+	+	+
<u>Quality Improvement (OI) studiet</u> Wells 2000 Schoenbaum 2001 Sherbourne 2001 Unützer 2001a Koike 2002 Schoenbaum 2002 Miranda 2003 Wells 2004 Wells 2005 Wells 2007	Depression (CES-D, CIDI) Beskæftigelse Omkostning QALY	6 mdr. + 12 mdr.: Signifikant færre med depression i den samlede interventionsgruppe Også effekt ved + somatisk sygdom ved 12 mdr. Udgifter: NS Flere QALY men øget omkostning, dog omkostningseffektiv: -\$ 2.028 for tærskeldepression, -\$ 53.716 for MDD Flere depressionsfri dage Flere i arbejde De fleste effektmål NS ved 2 år, men færre havde en depression efter 5 år	+ Niveau: Klinik	-	+	+
Atherton-Naji 2001	Ordinationsregister Depression (HADS) Ydelser, henvisninger	Ved 6 mdr.: Ordnationer NS HADS NS Ydelser, henvisninger NS	+ Niveau: Patient	-	+	+

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
<p><u>IMPACT-</u> <u>studiet</u> Unützer 2001b Unützer 2002 Hegel 2004 Areán 2005 Callahan 2005 Harpole 2005 Katon 2005 Levine 2005 Unützer 2006 Hunkeler 2006 Steffens 2006 Areán 2007 Thielke 2007</p>	<p>Symptomer (SCL-20) Tilfredshed Funktion (SF-12 og Shehan Disability Scale) Livskvalitet (QOL) Udgifter (Cornell Service Index) Kognitiv function Smerter (ved skala)</p>	<p>Efter 12 mdr.: Depressive symptomer signifikant bedre ved intervention Signifikant større tilfredshed Signifikant bedre funktion Signifikant større livskvalitet Comorbiditet af PTSD og panikangst bedret med CC Ingen forskel i effekt i forskellige etniske grupper Ingen forskel i effekt mellem fattig og ikke- fattig Uanset antal af somatiske kroniske sygdomme havde interventionspatienterne signifikant færre depressive symptomer Mange smerter betød nedsat effekt</p> <p>Efter 12mdr. og 18 mdr.: Signifikant bedre mht. depressive symptomer, remission fra depression, funktion, livskvalitet og tilfredshed Signifikant færre selvmordstanker efter 12 mdr. (behandlingsafslutning) og ved 18 mdr. opfølgningen</p> <p>Efter 24 mdr.: Ikke dyrere end standardbehandling Ikke nedsat omsorgsbyrde Indenfor interventionsgruppen: Kognitive deficits ingen betydning for effekt, mens dem med et fald i kognitiv funktion over de 2 år havde ringere effekt</p>	<p>+ Niveau: Patient</p>	<p>+</p>	<p>+</p>	<p>+</p>

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Subpop. 1001 ptt. + arthritis Lin 2003	+ Smerte (skala ved arthritis) + funktionsnedsættelse grundet arthritis	Depressive symptomer signifikant bedre ved intervention Funktion signifikant bedre Livskvalitet signifikant bedre Signifikant færre smerter og signifikant bedre funktion				
Subpop. 417 ptt. + diabetes Williams 2004 Katon 2006a	+ hæmoglobin A	Depressive symptomer signifikant bedre ved intervention Funktion signifikant bedre Hæmoglobin A niveauet NS Ved 24 mdr. f/up: Ikke dyrere end standardbehandling				
Subpop. 551 ptt. med 4 års opfølgingsda ta vedr. udgifter Unützer 2008		Forskel til fordel for intervention: Intervention total: \$ -677 Indlagte patienter: \$ -2578 Samlet total udgift: \$ -3363 (-9282 til 2557)				
Arthur 2002	Depression (GDS)	GDS NS	+ Niveau: Patient	-	+	+
Emmanuel 2002	Symptomer, angst depression (CPRS, MADRS, BAS, HADS) Social funktion (GAF)	Alle mål NS	? Niveau: Klinik?	-	+	-
Araya 2003 Araya 2006	Depression (HADS) Funktion (SF-36) Depressionsfrie dage Omkostninger 3 og 6 mdr. f/up	Signifikant bedring HAMD og SF ved 6 mdr. f/up 50 ekstra depressionsfrie dage over 6 mdr. Intervention marginalt dyrere	+ Niveau: Klinik	+	+	+

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
<u>PROSPECT</u> studiet: Bruce 2004 Bogner 2007 Subpop med MDD Alexopoulos 2003	Depression (HAMD) Selvmord (The Scale for Suicidal) 5 års mortalitet (alle årsager)	Signifikant hurtigere færre selvmordstanker og signifikant hurtigere færre depressionssymptomer ved intervention 5 år overlevelse for DM med depression bedre ved intervention Signifikant hurtigere remission ved intervention	+ Niveau: Klinik	-	+	+
Datto 2003	Depression (CES-D)	Signifikant flere havde CES-D < 16 ved intervention	+ Niveau: Klinik	-	+	-
Finley 2003	Kompliance Patienttilfredshed Ydelser Effekt på depressive symptomer (BIDS) Funktion (WSDS)	Kompliance signifikant bedre Tilfredshed signifikant bedre Ydelser NS Depressive symptomer NS Funktion NS	+ Niveau: Patient	-	+	Kun mht. kompliance
<u>RESPECT- D -</u> <u>studiet</u> Dietrich 2004 Lee 2007 Kroende 2008	Sværhedsgrad af depression, behandlingsrespons (50 % fald i score) og remission (score < 0,5) (SCL-20) SF-36 smerter Brug af model efter 12 mdr. og 3 år	Alle mål signifikant bedre ved intervention Høj grad af smerte ved baseline betød dårligere respons. Ingen forskel i smerte mellem intervention og kontrolgruppe. 3 organisationer brugte stadig modellen efter 3 år	+ Niveau: Klinik	+	+	+

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Hedrick 2003 Liu 2003	Depressive symptomer (SCL-20) Funktion (SF-36, Sheehan disability scale) Behandlingsudgifter	Depressive signifikant bedre ved 3 mdr., ikke ved 9 mdr. Funktion signifikant bedre ved 3 mdr., ikke ved 9 mdr. CC 4,6 depressionsfri dage på 9 mdr. Den gns. ekstra udgift til depressionsbehandling var \$237 svt. \$24 pr. depressionsfri dage	+ Niveau: Klinik	+	+	+
Oslin 2003	Respons (>50 % symptom reduktion) Depression (CES-D og HAMD)	Signifikant bedre respons CES-D NS Signifikant bedre HAM-D reduktion	+ Niveau: GP	-	+	-
Swindle 2003	Depression (BDI) Tilfredshed Udgifter	BDI NS Tilfredshed NS Udgift NS	+ Niveau: Klinik	-	+	+
Adler 2004	Ordnationer Adhærence 6 mdr. BDI	Signifikant flere ordinationer Signifikant bedre adhærence 6 mdr. BDI NS	+ Niveau: Patient	-	+	+
Capoccia 2004	Depression (SCL-20) Funktion (SF-12) Adhærence Ydelser	SCL-20 NS SF-12 NS Adhærence NS Ydelser NS	+ Niveau: Patient	-	+	+
<u>PATHWAYS - studiet</u> Katon 2004 Kinder 2006 Simon 2007 Katon 2008a	Depression (SCL-90) Patient tilfredshed med behandling Hba1c Omkostningseffektivitet ved 24 mdr.	Ved 12 mdr. f/up Depression signifikant bedre Tilfredshed signifikant bedre Hba1c NS 24 mdr.: 61 flere depressionsfri dage (11-82) sundhedsudgifter \$314 mindre (-1007 - +379) \$ 952 per behandlet patient 5 års sundhedsudgifter: - \$ 3.907 per 5 år i interventionsgruppen 17 vs. 21 døde	+ Niveau: Patient	+	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Simon 2004	Depression (SCL-20, PHQ)	Tele care management: NS Tele care management + CBT: signifikant bedre	+ Niveau: Patient	+	+	-
Brook 2005	Adhærence Depression (SCL-13)	Adhærence: NS SCL-13: NS	- Niveau: Patient	? selvrapporte- ring	+	+
Dobscha 2006	Depression (SCL-20) Helbredsrelateret QoL (SF-36)	SCL-20: NS SF-36: NS	+ Niveau: Klinik	+	+	+
<u>TEAM-studiet</u> Fortney 2006 Fortney 2007	AD adhærence Respons og remission (SCL-20) Helbred: SF 12 Mental og fysisk komponent QoL	Adhærence signifikant bedre Respons signifikant bedre ved 6 mdr., men NS ved 12 mdr., mens remission NS ved 6 mdr., signifikant bedre ved 12 mdr. SF-12 Fysisk komponent: NS SF-12 Mental komponent: signifikant bedre QoL signifikant bedre ved 6 mdr., NS 12 mdr.	+ Niveau: Klinik	+	+	+
<u>PRIDE studiet</u> Chew-Graham 2007	Antal med MDD (SCID) Depression (SCID, SCL-20) Smerte og handicap (The Health Assessment Questionnaire)	Signifikant færre med MDD ved og signifikant lavere score på SCL-20 ved intervention The Health Assessment Questionnaire: NS	+ Niveau: Patient	+	+	+
Loh 2007	Depression (Brief PHQ-D) Behandlingsadhærence Tilfredshed	Depression: NS Adhærence: NS Tilfredshed: signifikant større ved intervention	+ Niveau: GP	-	+	-
McMahon 2007	Depression (BDI, HAMD, MADRS) Social funktion (SASS) Tilfredshed (CSQ)	Alle mål: NS	+ Niveau: Patient	+	+	+

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok? +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Richards 2007	Depression (PHQ-9) Generelt velvære (CORE-OM) Livskvalitet (SF-36 Mental komponent, SF-36 Fysisk komponent)	PHQ-9: signifikant effekt, mere ved cluster- end patientrandomisering CORE-OM: signifikant bedre SK-36 MCS: signifikant bedre SK-36 PCS: signifikant bedre	+ Niveau: Både praksis (cluster) og patient	+	+	+
Hansson 2008	Depression (HADS) Funktion (GAF)	Patienter med HADS >10 havde signifikant HADS reduktion ved 6 uger Patienter med HADS >10 havde signifikant GAF reduktion ved 6 uger	- Niveau: Klinik	? (self- rapportering)	+	-
Rahman 2008	Depression (SCID, HAMD)	Signifikant færre opfyldte kriterierne for depression ved 6 og 12 mdr. f/up	+ Niveau: Kommune	+	+	-

Tabel 3a. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved depression – beskrivelse af metode og målgruppe

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Tutty 2000	En organisation i Washington USA	counselling	Patienter modtog undervisningsmateriale + 6 ugl telefon counselling og støttesamtaler ved terapeut	Terapeut	28 + 94 kontrol	Ny AD behandling	-
Callahan 2001	USA	Usystematisk litteratur studie vedr. behandling af ældre med depression	-	-	-	-	-
Solberg 2001	9 klinikker i Minnesota USA	SC ved depression QI team 3 mdr. f/up	4 former for care management: a: venteliste + telefon opkald x1 b: selvhjælp + f/up c: GP + ugl telefon d: CC inklusiv supervision af psykiater samt mulighed for henvisning til psykiatrisk behandling specialist	Care manager	257	18 år og opfyldte ICD-9 kriterier for depression	Gns. alder: 18-40 år =29 % 41-60 år =42 % >60 år =29 % I arbejde: 42 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Alexander 2007	USA	Usystematisk litteraturstudie vedr. CC, søgning i PUBMED og Cochrane Inkluderet studier: RCT, reviews, metareviews, evidensbaserede guidelines og evt. ikke RCT hvis ingen andre	-	-	-	-	-
Dillard 2007	1 klinik USA	CC	PHQ <10: gentage screening 1 år PHQ > 10 < 20: diagnose, dernæst information og tilbud om AD + AD: 2x telefonmonitorering og 1 konsultation - AD: dernæst 2 konsultationer PHQ > 20 eller suicidal: henvist til psykiatrisk behandling	Case manager	2534	PHQ >10 (PRIME-MD)	-
Toney 2007	En organisation USA	CM	12 mdrs. behandling med aktiv telefon monitorering, tilbud om patientkursus, brug af motiveringsteknik og målsætning	Care manager	1109	Via database ud fra ICD-9- CM og NCD (National Drug Code)	Kvinder: 75 %

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Knight 2008	15 områder USA	CM	Behandling af ældre bundet til hjemmet ved CM plan med patient og GP initialt CM 2x ugl, derefter 2x mdl., evt. oftere	Sygeplejerske	41 5 får ikke behandling	Nyhenviste over 65 år screening med HAMD eller GDS > 10	Gns. alder: 83 år Kvinder: 70 % Bor alene: 39 %
Gjerdingen 2008	USA	Usystematisk litteratursøgning i OVID, PUBMED, PsychInfo vedr. GP model for behandling af post-partum depression 1. Identifikation 2. diagnose 3. initial behandling 4. monitor	-	-	-	-	-
Katon 2008b	USA	Usystematisk oversigtsartikel vedr. historisk udvikling frem til CC.	-	-	-	-	-
Simon 2008	USA	Usystematisk oversigtsartikel omhandlende en historisk gennemgang af CC	-	-	-	-	-

Tabel 3b. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved depression – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Tutty 2000	Depression (SCL) Omkostning	Ved 6 mdr. f/up: SCL signifikant lavere sammenlignet med kontrolgruppe \$ 150 per behandling	Case-kontrol studie i et før efter design
Callahan 2001	Effekt af diverse metoder hos ældre med depression	Feedback – ringe effekt Behandlingsanbefalinger – ringe effekt C/L psykiater i almen praksis – ringe effekt Guidelines for diagnose og behandling – kun 1/3 gennemførte behandling Team management – kortvarig, men ikke langtidseffekt CC med care manager – god effekt, men 25 % - 30 % der stopper behandling	Usystematisk oversigtsartikel
Solberg 2001	Depression (CES-D, short form) Tilfredshed	Ved 3mdr. f/up: Depressionssymptomer NS Tilfredshed: NS	Case-kontrol studie i et før efter design Case-kontrol studie i et før efter design
Alexander 2007	-	Ingen konklusion på gennemgang	Usystematisk oversigtsartikel
Dillard 2007	Depression (PHQ)	Ca. 55 % havde en depression ved f/up	Tværsnitsundersøgelse
Toney 2007	Depression (HAMD) Indlæggelser Udgifter	HAMD reduceret fra 9.4 til 5.7 Somatiske indlæggelser reduceret 17 % Depressionsrelaterede indlæggelser reduceret 56 % Sundhedsudgifter reduceret 18.3 %	Case-studie
Knight 2008	Depression (HAMD, GDS) Funktion (OASIS)	HAMD signifikant (men ikke for de 5 ubehandlede) GDS signifikant (men ikke for de 5 ubehandlede) Funktion NS	Quasi-eksperimentel med kontrolgruppe
Gjerdingen 2008	-	SC model: 1) screening & diagnose, 2) initial behandling, 3) psykiatrisk konsultation i GP, 4) henvisning til psykiater, 5) monitorering af behandling	Usystematisk oversigtsartikel
Katon 2008	-	Beskrivelse af CC indhold Beskrivelse af SC indhold	Usystematisk oversigtsartikel

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Simon 2008	-	<p>CC er effektiv i metaanalyser</p> <p>CC kan generaliseres til andre lande og sundhedssystemer, inkl. 3. verden samt telemedicin og interventioner med lav intensitet</p> <p>Omkostningseffektivitet, korttid: mindre stigning i sundhedsudgifter, langtids (5år): usikkert, måske samme udgifter som TAU. Telefonmonitor vigtig, men ineffektivt i forbrug (1 time per patient pga. forgæves opkald)</p> <p>Permanentgørelse kræver lederskab, trænet personale, økonomi</p>	Usystematisk oversigtsartikel

Appendiks 2. Undersøgelser vedr. angst

Tabel 1a. Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser vedr. shared care ved angst – design, antal inkluderede studier og geografi

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
		n	Geografi
Heideman 2005, Holland	Emne: effektiviteten af interventioner der har til formål at bedre opsporing, diagnosticering og behandling af patienter med angst. Søgning: i MEDLINE (1966–januar 2003), EMBASE (1966–januar 2003), PsychINFO (1966–januar 2003) og the Cochrane Clinical Trials' Register (CCTR, Cochrane Library, 2003 Issue 1). Restriktion af sprog: engelsk. Hånd søgning. Inkluderede studier: RCT, kontrollerede før-efter studier og interrupted time series studier.	7 studier, heraf 3 vedr. organisatoriske interventioner	De tre studier vedr. organisatoriske ændringer: 2 fra USA og 1 fra England Øvrige studier: 2 fra USA og 2 fra Australien.
Rosenberg 2007, Danmark	Emne: Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, der også omhandler organisation. Søgning: i PUBMED, EMBASE, Cochrane Library og for de fleste emner kombineret med søgning i PsycINFO og CINAHL. Periode: ikke angivet, men søgning foretaget foråret 2006. Dette er suppleret med anden litteratur på området, herunder en rapport fra NICE.	Uoplyst	Ikke anført
Smolders 2008, Holland	Emne: Vidensdeling og bedring af behandling af angst i almen praksis og i ambulant regi. Søgning: En opdatering af søgningen i Heideman 2005 fra januar 2003 til december 2006. Restriktion af sprog: engelsk. Hånd søgning. Inkluderede studier: RCT, kontrollerede før-efter studier og interrupted time series studier.	24 studier, heraf 17 vedr. organisatoriske interventioner. 8 af disse studier indgik i en metaanalyse, dog ingen CC studier.	De 17 studier vedr. organisatoriske ændringer: 10 fra USA, 6 fra England og 1 fra Holland. Øvrige studier: 5 fra USA, 3 fra England og 2 fra Australien

Tabel 1b. Systematiske oversigtsartikler, metaanalyser og metareviews vedr. shared care ved angst – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Heideman 2005	Der var et studie vedr. audit og feedback, og 3 studier vedr. uddannelse af de praktiserende læger. Kun studiet vedr. audit med feedback havde angstsymptomer som effektmål: NS på en række kendte angst skalaer, men effekt på en global angst skala og patienterne egen vurdering. Af de tre studier vedr. organisatoriske ændringer var 2 CC og 1 studie havde sygeplejerske som hjælpeperson. Dette studie og et af CC studierne vidste effekt på angstsymptomer, mens det andet CC studie var NS	+	+	+	-
Rosenberg 2007	Ingen vurdering af evidensniveau, men angivelse af at enkelte undersøgelser viser effekt af CC og SC	+	-	-	-
Smolders 2008	Metaanalysen viste ingen effekt af diverse organisatoriske tiltag, men CC indgik ikke i metaanalysen. Udannelsesmæssige tiltag er kun effektive hvis de kombineres med organisatoriske tiltag og er multifacetteret. Selvhjælp interventioner kan være en relevant metode, men de fleste studier på området har metodologiske begrænsninger. CC er den mest effektive strategi. Der var 2 økonomiske studier vedr. CC og disse tyder på at CC er omkostningseffektiv.	+	+	+	+

Tabel 2a. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved angst - metode og målgruppe

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Roy-Byrne 2001 Katon 2002b	3 klinikker USA	CC ved panikangst vs. TAU 3,6,9,12 12mdr. f/up	Patientkursus med video 2 x psykiater i almen praksis mhp medicin (SSRI) 7 x telefon monitorering (3, 6, 9 og 12 mdr.)	Case manager Psykiater	115	18-65 år, mindst et ubehandlet panikanfald mdl., henvist eller screening i venteværelse	Gns. alder: 41 år Kvinder: 57 % Gifte: 80 % Hvide: 67 % I arbejde: 64 %
Rollman 2005	4 klinikker USA	CC ved panikangst og GAD vs. TAU 2,4,8 og 12 mdr. f/up	GP informeres om diagnosen og behandlingsaccept. Patienten vælger 1) bog om selvbehandling 2) guideline om farmakologisk behandling 3) henvisning til en psykoterapeut. ugl. 60-75 min. møde mellem psykoterapeut og GP	Psykoterapeut	191	Screening for panikangst og GAD med PRIME-MD	Gns. alder 44 år Kvinder: 81 % Gifte: 74 % I arbejde: 60 %
Roy-Byrne 2005 Katon 2006b	6 Klinikker USA	CC ved panikangst stratificeret efter comorbidite t 12 mdr. f/up	Undervisning af GP i diagnose/ behandling evt. råd fra psykiater. Patientkursus med video, oplysning til patienten 6 x CBT /3 mdr. 6 x telefon /9 mdr. Medicin (SSRI)	CBT terapeut Psykiater	232	18 til 70-årige med panikangst, der opfyldte DSM-IV kriterierne med mindst et anfald i den foregående uge	Gns. alder: 41 år Kvinder: 67 % Hvide: 66 %

Tabel 2b. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved angst - resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Roy-Byrne 2001 Katon 2002b	Adhærence Angst (PDSS, ASI, The Fear Questionnaire) Depression (CES-D) Handicap (SF-36) Omkostninger ved to behandlingsmetoder	Interventionen mere effektiv ved alle effektmål, CC betød gns. 74 flere angstfrie dage på 12 mdr. CC ikke dyrere end standard behandling inklusive totalomkostninger for ambulante patienter	+ Niveau: Patient	+	+	-
Rollman 2005	Angst (SIGH-A, PDSS) Livskvalitet Sygemelding Henvi sning til psykiater	Telefonbaseret CC er bedst mht. remission, livskvalitet, sygemelding og henvisning til psykiater	+ Niveau: Patient	+	+	+
Roy-Byrne 2005 Katon 2006b	Angst (+/- angst ud fra fastlagte kriterier, the Fear Questionnaire, ASI) Livskvalitet Totale omkostninger	Signifikant bedre effekt på panik, angst score Signifikant bedre livskvalitet Totale behandlingsomkostninger: billigere at behandle panikangst med CC end TAU	+ Niveau: Patient	+	+	+

Tabel 3a. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved angst – metode og målgruppe

Studie	Organisa tion	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Price 2000	En klinik USA	ShC ved GAD og angst som comorbiditet ved depression 3, 6 mdr. f/up	Patienter blev tilbudt medicinsk behandling, CBT eller en kombination efter vurdering ved patient, praktiserende læge og psykolog Mulighed for supervision ved psykiater	Psykolog	137	Over 18 år, screening og diagnosticering	Gns. alder: 49 år Kvinder: 80 % Hvide: 86 % Gifte: 70 % I arbejde: 60 %

Tabel 3b. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved angst – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Price 2000	Angst (SCL-90, QPD)	Signifikant større reduktion i angstsymptomer efter 6mdr. ved intervention end i kontrol	Kohorte undersøgelse med matchede kontroller

Appendiks 3. Undersøgelser vedr. somatoforme tilstande

Tabel 1a. Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser vedr. shared care ved somatoforme tilstande – design, antal inkluderede studier og geografi

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
		n	Geografi
Blankenstein 2007, Holland	Emne: effektivitet af behandling af somatoforme tilstande i almen praksis. Søgning: i Medline (1966-2000), PsycINFO (1966-2000), and EMBASE (1979-2000) og The Cochrane Controlled Trials Register. Restriktion i sprog: engelsk, fransk, spansk, italiensk, tysk og hollandsk. Hånd søgning og kontakt til forskere på området. Inkluderede studier: RCT	10 RCT	5 fra USA, 1 fra Tyskland, 1 fra England, 1 fra Sverige, 1 fra Sri Lanka og 1 fra Italien

Tabel 1b. Systematiske oversigtsartikler, metaanalyser og metareviews vedr. shared care ved somatoforme tilstande – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratursøgning ok +/-	Inklusionskriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Blankenstein 2007	Interventioner der udelukkende består af undervisning af praktiserende læger havde ikke effekt på patienterne. 4 studier med psykiatrisk konsultationsbrev: effekt på ydelsesforbrug, ikke på symptomer 2 studier vedr. farmakologisk behandling: lille effekt, dog uden klinisk relevans 4 studier med CBT (ikke GP): moderate til betydelig bedring, helbred samt ydelsesforbrug	+	+	+	-

Tabel 2a. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved somatoforme tilstande – metode og målgruppe

Studie	Organisation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Smith 1986a	USA	Liaison intervention	Brev til GP	-	38 (9 mdr. (crossover))	Somatization Disorder, ingen udvælgelse	-
Smith 1986b	51 GP Arkansas USA	C/L 18 mdr.	Psykiatrisk konsultation med efterfølgende brev til GP	-	38 (9 mdr. (crossover))	GP & intern medicin henviser, vurdering på basis af DSM-III	Gns. alder: 45 år Kvinder: 84 % Hvide: 64 %
Smith 1995	51 GP, Arkansas USA			-	56		Gns. alder: 43 år Kvinder: 75 % Hvide: 84 % Gifte: 63 %
Rost 1994	59 GP USA	Brev efter konsultation 1 år f/up	Psykiater konsultation brev før eller efter projekt perioden, fulgt hver 4 måned i 12 mdr.	-	73	Somatization Disorder ved DSM-III	Gns. alder: 44 år Kvinder: 84 % Hvide: 80 % Gifte: 70 %
Smith 2006	En organisation i Michigan USA	SC/CC 6, 12 mdr. f/up	Guideline Diverse behandlinger f.eks. AD, fysisk aktivitet, afslapning 12 besøg og telefonkontakt ved sygeplejerske	Sygeplejersker	206	Somatization Disorder	-
van der Feltz-Cornelis 2006	36 GP Holland	CC vs. TAU 6 uger og 6 mdr. f/up	Intervention + TAU: Undervisning af GP i CM og CBT Intervention: + konsultation ved psykiater i praksis med efterfølgende brev til GP	-	81	1. medicinsk uforklarede somatiske symptomer 2. ICD-10 somatoform tilstand	Gns. alder: 44 år Kvinder: 76 % Hvide: 84 % I arbejde: 49 %

Tabel 2b. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved somatoforme tilstande – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomise- ring ok +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Smith 1986a	Ydelsesforbrug og udgifter	To grafer, ingen resultater	- Niveau: Patient	-	-	-
Smith 1986b	Ydelsesforbrug	Ydelsesforbrug signifikant mindsket	- Niveau: Patient	-	-	-
Smith 1995	Ydelsesforbrug og udgifter	Ydelsesforbrug signifikant mindsket Alle sundhedsydelser reduceret \$289 (40-464)	- Niveau: Patient	-	-	-
Rost 1994	Fysisk kapacitet (RAND) Ydelsesforbrug	Fysisk kapacitet signifikant bedre (RAND) Ydelsesforbrug signifikant mindsket	+ Niveau: GP	-	-	-
Smith 2006	Bedring (SF-36 mental og fysisk komponent) Depression (CES-D) Angst (SSAS) Fysiske symptomer (PSC)	Signifikant bedring ved intervention	+ Niveau: Patient	+	+	+
van der Feltz-Cornelis 2006	Fysiske og psykiske symptomer fra liste/ SCL-90 Funktion (SIP) Ydelser	Signifikant bedring mht. symptomer og funktion Ydelser signifikant færre	+ Niveau: GP	+	+	+

Tabel 3a. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved somatoforme tilstande – metode og målgruppe

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Fink 2008	Danmark	Usystematisk litteratursøgning vedr. funktionelle lidelser i almen praksis	-	-	-	-	-

Tabel 3b. Øvrige studier på evidensniveau B eller C – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Fink 2008	-	GP uddannelse NS SC signifikant effekt	Usystematisk litteratursøgning

Appendiks 4. Undersøgelser vedr. personlighedsforstyrrelser

Der er ingen undersøgelser

Appendiks 5. Undersøgelser vedr. ikke-psykotiske sygdomme

Tabel 1a. Systematiske oversigtsartikler, metaanalyser og metareviews vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – design, antal inkluderede studier og geografi

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
		n	Geografi
Balistreri 1988, England	Emne: behandling ved psykiatriske specialister (socialrådgiver, sygeplejerske, counsellor, psykolog eller psykiater) ansat hos GP. Søgning: i MEDLINE, PsychINFO, Sociological Abstracts, Mental Health Abstracts og Health Planning and Administration. Periode: fra 1977 til ? (der står nu) suppleret med søgning i to litteraturlister: Mental Disorders and Primary Medical Care: an Analytical Review of the Literature og Mental Health Practices in Primary Care Setting: An annotated Bibliography 1977-1985. Hånd søgning. Inkluderede studier: kun studier omhandlende engelske almen praksis, og kun kontrollerede studier.	11 studier heraf 8 RCT	England
Bower 2000a, England	Emne: effekten af psykiatrisk personale (counsellors, sygeplejerske etc.) i almen praksis. Søgning: i MEDLINE (1966-98), PsycINFO (1984-98), EMBASE (1980-98), The Cochrane Clinical Trials' Register, The specialised register of the Effective Practice and Organisation of Care group og Counselling in Primary Care Trust Counsel.Lit database. Hånd søgning. Inkluderede studier: kontrollerede undersøgelser.	40 studier	Ikke angivet
Bower 2000b, England Cochrane review	Emne: effekten af psykiatrisk personale (counsellors, sygeplejerske etc.) i almen praksis. Søgning: i the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group specialised register (18-22 June 1998), the Cochrane Controlled Trials Register (18-22 June 1998), MEDLINE (1966 to 1998), EMBASE (1980 to 1998), PsychINFO (1984 to 1998), CounselLit (18-22 June 1998), NPCRDC skill-mix in primary care bibliography. Hånd søgning. Inkluderede studier: RCT, kontrollerede kliniske undersøgelser, kontrollerede før-efter undersøgelser og "interrupted time series" studier.	38 studier	29 fra England, 6 fra USA, 1 fra Australien, 1 fra New Zealand og en fra Vesttyskland.
Kroenke 2000, USA	Emne: interventioner mhp. at forbedre opsporing og behandling af psykiske sygdomme i almen praksis. Søgning i MEDLINE. Periode: 1966- maj 1998. Hånd søgning. Inkluderede studier: RCT og quasi-eksperimentelle studier.	48 studier (27 RCT, 21 quasi-eksperimentelle)	33 fra USA, 10 fra UK, 1 fra Canada, 1 fra Australien, 1 fra Indien, 1 fra Sverige, 1 fra Saudi Arabien
Rowland 2000, England	Emne: counselling i almen praksis. Søgning: i hht. til Cochrane Collaboration guidelines i ikke specificerede databaser, hånd søgning bl.a. i tidsskriftet Counselling og kontakt til eksperter. Inkluderede studier: RCT og kontrollerede "patient preference" undersøgelser.	4 studier	Alle fra England
Holmwood 2001, Australien	Emne: ScC i Australien. Søgning: i The Austhealth, MEDLINE, Health Star, PsychINFO, CINAHL, Cochrane bibliographic databases + andre kilder, herunder hjemmeside og frisøgning på Google. Periode: 1995-2000. Restriktion af sprog: engelsk.	Ikke angivet	Ikke angivet
Craven 2002, Canada	Emne: ShC. Søgning: i MEDLINE og PsychINFO. Periode: 1985-2000. Restriktion af sprog: Engelsk ved søgning i MEDLINE. Hånd søgning.	Ikke angivet	Ikke angivet

Studie	Design	Antal inkluderede studier og geografi	
		n	Geografi
Bower 2003, England	Emne: counselling i almen praksis. En opdatering af Cochrane reviewet Bower 2002 (ikke medtaget, da der er en opdatering af reviewet 2006, se nedenstående studie) med supplerende søgning i MEDLINE, EMBASE, PSYCLIT, CINAHL, the Cochrane Controlled Trials register, the Cochrane Collaboration on Depression, og Anxiety and Neurosis (CCDAN) trials register. Periode: ikke angivet. Ingen restriktion af sprog. Inkluderede artikler: RCT og kontrollerede undersøgelser.	7 studier	Ikke angivet
Bower 2006b, England Cochrane review	Emne: counselling i almen praksis. En opdatering af et Cochrane review fra 2002 (ikke medtaget grundet denne opdatering) med søgning i MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, the Cochrane trials register og the CCDAN trials register. Periode: opdatering frem til juni 2005). Inkluderede studier: RCT.	8 studier	Alle England
Craven 2006, Canada	Emne: CC . En opdatering af Craven 2002 med supplerende søgning i MEDLINE, EMBASE og CINAHL. Periode: søgning foretaget juni 2005. Hånd søgning og kontakt til forfattere og eksperter. Inkluderede studier: studier med et eksperiment design.	38 studier	24 fra USA, 13 fra England og 1 fra Australien
Bower 2007, England	Emne: modeller mhp. forbedring af behandling af almindelig psykisk sygdomme i almen praksis. Søgning: i Database of Abstracts of Reviews of Effects, the Cochrane Database of Systematic Reviews suppleret med søgninger i MEDLINE, EMBASE, CINAHL og PsycINFO for at få de nyeste oversigtsartikler med, der endnu ikke var inkluderet i de to primære databaser og suppleret med hånd søgning. Inkluderede artikler: oversigtsartikler.	17 oversigtsartikler: 2 om undervisning, 2 om CL, 5 om CC og 8 om anden behandler /henvisning	Ikke angivet
Smith 2007, Irland Cochrane review	Emne: effekt af shared care interventioner mellem GP og sekundær sektor ved kroniske sygdomme. Søgning: I Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) Specialised Register (and the database of studies awaiting assessment), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); MEDLINE (fra 1966); EMBASE (fra 1980) og CINAHL (fra 1982). Søgning foretaget i april 2006. Inkluderede studier: RCT, kontrollerede kliniske undersøgelser, kontrollerede før-efter undersøgelser og "interrupted time series" studier.	20 studier inkluderet, heraf 8 vedr. depression, alle RCT og 4 vedr. kronisk psykisk sygdomme, alle RCT	Ikke angivet

Tabel 1b. Systematiske oversigtsartikler, metaanalyser og metareviews vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Balistreri 1988	Metaanalyse viste 10 % bedre effekt	+	+	-	+
Bower 2000a	Konsultationer: NS Ordinationer: NS (tendens til færre) Henvisninger: NS	+	+	-	-
Bower 2000b Cochrane review	Psykoterapi ændrer ikke GP adfærd CL bedre medicinordination kortsigtet, næppe langsigtet	+	+	+	-
Kroenke 2000	Diagnosticering af psykisk sygdom bedre i 78 % af undersøgelserne og behandling i 70 % af undersøgelserne Klinisk bedring i 36 % af undersøgelserne Bedre funktion i 50 % af undersøgelserne	-	+	-	-
Rowland 2000	Metaanalyse viste, effekt af counselling mht. psykiske symptomer og recovery, men ikke social outcome, selvmord	-	+	-	+
Holmwood 2001	Undersøgelser beskrevet, men ikke med egentlige resultater, kun i relation til ShC i Australien	+	-	-	-
Craven 2002	GP og patienttilfredshed er stor, effekt NS Mindre effekt ved mindre alvorlige sygdomme, behov for flere effektundersøgelser CC øger næppe GP viden og håndtering af psykiske sygdomme; behov for flere studier. Få økonomiske studier, men psykiatriske ydelser i primær sektor koster formentlig tilsvarende eller lidt mindre end ambulant psykiatrisk behandling.	+	-	-	-
Bower 2003	Metaanalyse: Korttidseffekt signifikant bedre, men langtidseffekt NS	+	+	+	+
Bower 2006b Cochrane review	Beskeden korttidseffekt, ingen langtidseffekt Samme omkostninger	+	+	+	+

Studie	Resultater	Kvalitetsvurdering			
		Litteratur-søgning ok +/-	Inklusions-kriterier ok +/-	Validitet ok +/-	Meta-analyse +/-
Craven 2006	1) Samarbejde kræver forberedelse, struktur og støtte 2) Samme lokalitet er vigtigt for behandler og patient 3) Graden af samarbejde prædikterer ikke i sig selv udfaldet 4) Kombinere samarbejde og guidelines. 5) Samarbejde og guidelines: svær depression responderer bedre 6) Systematisk followup er vigtigt 7) Medicin adhærens bedres ved hjælpepersoner så som ved praksissygeplejerske 8) Samarbejde alene er ikke effektivt mht. at overføre færdigheder eller vedvarende ændringer hos den praktiserende læge 9) Patientundervisning er vigtigt 10) Samarbejde er svært at vedligeholde efter forsøgsperiode 11) Patientvalg af behandling er vigtigt for CC engagement	+	+	-	-
Bower 2007	Undervisning: Generelt set har undervisning ingen effekt, men intensiv træning kan have effekt CL: ingen evidens CC: signifikant effekt Udskiftning/henvisning: variabel effekt	+	-	-	-
Smith 2007	Overordnet er der ikke konsistent evidens for effekten af ShC ved kroniske sygdomme. Dog tyder resultater fra få studier på at ShC kan være mere effektiv end almindelig behandling ved specifikke patientgrupper, herunder patienter med depression og andre kronisk psykisk sygdomme	+	+	+	-

Tabel 2a. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – metode og målgruppe

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
The Leverhulme Counselling Project Ashurst 1983	England	Counselling (Rogereansk) vs. TAU 12 mdr. f/up	Counselling (Rogereansk)	Counsellors	726	Ikke-psykotiske + somatiske + sociale problemer	Der var flest i aldersgruppen 30- 39 år: 27 % Kvinder: 72 %
Ginsberg 1984 Marks 1985	20 GP London England	Terapi ved sygeplejers ke vs. TAU 2 års f/up	Adfærdsterapi ved sygeplejerske	Sygeplejerske	92	Neurotisk og terapiegnet	Gns. alder: 35 år Dobbelt så mange kvinder som mænd.
Katon 1992	2 klinikker med 18 GP i Washington USA	CL vs. TAU 6 og 12 mdr. f/up	Psykiater konsultation sammen med GP, medicin, behandlingsplan samt resume til GP, information (depression, panikangst, somatoform, alkoholmisbrug) igen efter 6 og 12 mdr.	-	251	18 - 75 år 10 % med størst ydelsesforbrug seneste 12 mdr.	Gns. alder: 47 år Kvinder: 61 %
Boot 1994	7 klinikker med 28 GP England	Counsellor vs. TAU 6 ugers f/up	Counsellor 1 time/ uge i 6 uger	Counsellor	192	Stress, angst, depression mv. GP udvalgte patienter	Gns. alder: 40 år Kvinder: 73 %
Gournay 1994 Gournay 1995	6 klinikker i London England	Psykiatrisk sygeplejers ke vs. TAU (venteliste 12 uger)	Intervention ved psykiatrisk sygeplejerske og fortsat behandling ved GP	Sygeplejerske	177	Hjælpsøgende med psykiske problemer	-
Roter 1995	69 GP Baltimore USA	Træning af GP i kommunika tion vs. TAU 3, 6 mdr. f/up	Træning af GP i kommunikation med hjemmeopgave	-	648	Alle patienter i venteværelset 311 GHQ-positive	Gns. alder: 48 Kvinder: 65 % Hvide: 80 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Hemmings 1997	3 praksis i East Sussex England	Counselling vs. TAU 4, 8 mdr. f/up	Grupper med 6 x 2½ time 3 counsellors	Counsellor	188	Psykiske problemer	Gns. alder: 39 år Kvinder: 70 %
Friedli 1997 Friedli 2000	14 praksis i Nordlondon, England	Counselling vs. TAU 3, 9 mdr. f/up	Counselling (Rogereansk) i form af 1-12 sessioner over 12 uger	Counsellor	136	Henvist med psykiske problemer	Gns. alder: 39 år Kvinder: 81 %
Harvey 1998	9 praksis England	Counselling vs. TAU 4 mdr. f/up	Counselling almindeligvis i form af 6 x 50 min sessioner	Counsellor	162	Over 16 år Emotionelle eller relationsmæssige problemer ved GP henvisning	Gns. alder: 37 år Kvinder: 74 % Gifte: 50 %
Warner 2000	28 praksis England	Shared care booklet vs. TAU 6, 12 mdr. f/up	Shared care booklet mellem Psykiater, GP, socialrådgiver og kontaktperson	-	90	Patienter < 65 år med en langvarende psykisk lidelse, heraf nogle med depression og personlighedsforstyrrelser inkluderet før udskrivning efter en psykiatrisk indlæggelse	Gns. alder: 39 år Kvinder: 51 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
<u>PRISM-E studiet</u> Barsels 2004 Aren 2008	10 klinikker USA	Integreret behandling vs. forstærket behandling efter henvisning 3, 6 mdr. f/up	Integreret behandling: 1) Psykiatrisk og misbrug behandling var placeret hos GP 2) Teamet bestod af socialrådgivere, psykologer, psykiatriske sygeplejersker, psykiater og counsellors 3) Der var mundtlig eller skriftlig kommunikation mellem teamet og GP omkring klinisk evaluering og behandlingsplan 4) En aftale med teamet i løbet af 2 til 4 uger efter GP kontakt Patienter, der var i risiko for et alkoholproblem fik en manualiseret kort intervention. Forstærket behandling efter henvisning: 1) Henvisning inden for 2-4 uger efter GP kontakt 2) Behandling ved fagfolk inden for psykiatri og misbrug fandt sted et andet sted end ved GP 3) Koordinering ved det psykiatriske og misbrug tilbud, hvis f.eks. pt. ikke mødte op til første aftale 4) Hjælp til transport 5) Hjælp til økonomisk dækning	Socialrådgivere, psykologer, psykiatriske sygeplejersker, og counsellors	2022 Depressio n: 1390 Angst: 70 Risiko for alkoholpr oblem: 414 Dobbelt agnose: 148	Patienter 65 år eller over med depression, angst eller i risiko alkoholproblem Vurderet ved MINI, CED-D, BAI, og en alkohol skala	Gns. alder: 74 år Kvinder: 26 % Hvide: 52 %
Subpop. med diabetes Krahn 2006					1531		Gns. alder: 74 år Kvinder: 31 % Gifte: 45 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Subpop. 1 klinik Ayalon 2007					183		Gns. alder: 74 år Kvinder: 54 % Gifte: 15 %
Byng 2004	23 GP og de tilhørende distrikts- psykiatriske centre England	Mental Health Link program vs. TAU 18-24 mdr. f/u	Interventionselementer: Initial udredning af organisation og patientunderlag Udvikling af SC aftaler Understøttende værktøjer	Tre forskere med kendskab til "facilitation"	335	Pt. med langvarig psykisk sygdom inkluderet af "blindet forskere" ud fra databaser og GP genkaldelse af pt.	Gns. alder: 42 år Kvinder: 71 % Gifte: 56 % 30 % med ikke- psykotiske lidelser
Kendrick 2006	UK Multicenter	Psykiatrisk sygeplejers ke vs. sygeplejers ke træned i problemløsn ingsterapi vs. TAU	1 times interview ved sygeplejerske samt max 5 sessioner vs. problemløsningsterapi ved sygeplejerske med samme tidsforbrug	Sygeplejerske	247	18 - 65 år Nu episode med angst, depression eller tilpasningsreaktion med symptomer 4- 6 mdr. og GHQ Egnede blev henvist af GP	Gns. alder: 35 år Kvinder: 71 % Gifte: 56 %
Liu 2007	1 klinik Taiwan	Problemløsn ingsterapi vs. CL vs. TAU 16 ugers f/up	Problemløsningsterapi med op til 6 sessioner CL med retningslinjer vedr. medicinsk behandling	Ved problemløsningster api: socialrådgiver, psykolog og sygeplejerske	254	GP henvist: MMD CISR > 11 18-70 år	Gns. alder: 44 år Kvinder: 81 % Gifte: 61 %

Tabel 2b. Randomiserede kontrollerede studier vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomisering ok +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
The Leverhulme Counselling Project Ashurst 1983	Helbred (GHQ) Ordinationer Konsultationstid	GHQ NS Ordinationer NS Konsultationstid NS	- Niveau: Patient	-	+	-
Ginsberg 1984 Marks 1985	Problemer Angst Udgifter	Dårlig beskrivelse af resultater, se dog ud til signifikant bedret ved 1 år f/up Udgifter: små forskelle	- Niveau: Patient	-	-	-
Katon 1992	Psykiske symptomer og funktion (SCL-90) Ydelser	Alle mål: NS	+ Niveau: Patient	+	+	-
Boot 1994	Psykisk helbred (GHQ)	Signifikant bedre	+ Niveau: Patient	-	+	-
Gournay 1994 Gournay 1995	Psykisk helbred (SPI, GHQ, BDI STAI) Økonomi	Psykisk helbred, alle mål NS Bedre samlet økonomi pga. mindre sygefravær	+ Niveau: Patient	-	+	-
Roter 1995	Psykisk helbred (GHQ)	GHQ-pos signifikant bedret ved GP, der havde modtaget træning	+ Niveau: GP	-	+	-
Hemmings 1997	Symptomer (The Symptom Index) Interpersonelle problemer (Inventory of Interpersonal Problems) Henvisning til psykiater Medicinforbrug Ydelsesforbrug	Begge effektmål: NS Signifikant færre henvisninger til psykiatri Medicin forbrug NS Ydelsesforbrug NS	+ Niveau: Patient	-	+	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomisering ok +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Friedli 1997 Friedli 2000	Symptom: BDI, Brief symptom inventory, Revised clinical interview schedule Social funktion: Modified social adjustment scale Økonomi	Alle mål: NS Omkostninger ved 9 mdr. NS	+ Niveau: Patient	? Selvrapportering	+	+
Harvey 1998	COOP/ WONCA HADS DUKE social support SF-36 Omkostningseffektivitet	Alle mål NS Ikke klar forskel i omkostningseffektivitet	+ Niveau: Patient	? Selvrapportering	+	+
Warner 2000	Symptomer (BASIS-32, BPRS) Ydelsesforbrug	BASIS-32: NS BPRS: NS Ydelsesforbrug: NS	- Niveau: Praksis	-	+	+
<u>PRISM-E studiet</u> Bartels 2004 Areal 2008 Subpop. med diabetes Krahn 2006 Subpop. 1 center Ayalon 2007	Depression (CES-D) Angst (BAI) Alkohol (G-MAST) Fysisk funktion (SF-36) Behandlingsengagement Ydelsesforbrug (tilbud om behandling, deltagelse, ventetid, antal konsultationer)	Depression, Angst, Alkohol, fysisk funktion: NS Større behandlingsengagement ved integreret behandling Overordnet set inden forskel, men for personer med MDD var der en signifikant store reduktion i symptomer for dem, der fik forstærket behandling efter henvisning Hos sorte er behandlingsengagementet bedst ved den integreret model	+ Niveau: Patient	-	+	+
Byng 2004	Generel og psykiske helbred Behov (modificeret CAN) Patienttilfredshed Tilbagefald Økonomi	Helbred, behov og tilfredshed NS Færre tilbagefald Interventionen kostede 63£ ekstra per patient.	+ Niveau: Praksis	+	-	-

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering			
			Randomisering ok +/-	Blindet for allokering +/-	Standard effektmål +/-	ITT analyse +/-
Kendrick 2006	Psykiatriske symptomer (CIS-R, GHQ-12, HADS) Social funktion (SAS) Livskvalitet (EQ-5D) QALY Udgifter	Alle mål NS Ekstra omkostning £283 psykiatrisk sygeplejerske Ekstra omkostning £315 problemløsning ved sygeplejerske	+ Niveau: Patient	+	+	-
Liu 2007	Psykiatrisk sygdom (CISR) Remission (CISR < 12) Funktion (SF-36 fysisk og psykisk helbreds-komponent) Depression (HAM-D)	Alle mål NS	+ Niveau: Patient	+	+	-

Tabel 3a. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – metode og målgruppe

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Cooper 1975	England	CL vs. kontrol 12 mdr. f/up	Socialrådgiver intervention med støtte fra psykiater	Socialrådgiver	92 + 97 kontroller	Kronisk neurotisk GP henvist	Gns. alder: 42 år Kvinder: 74 % I arbejde: 54 %
Earll 1982	En praksis i Manchester UK	Psykolog i GP vs. TAU Ca. 7 mdr. f/up	Psykolog hos GP, ukendt type og længde af intervention	Psykolog	50	Over 15 år Ikke-psykotisk med behov vurderet af GP	-
Martin 1985	England	Counsellor vs. kontrol	Ansættelse af counsellor i praksis	Counsellor	87 + 87 kontroller	87 der havde opsøgt counsellor det seneste år	-
Katon 1994	USA	Usystematisk litteraturstudie vedr. RCT undersøgelse af CL i almen praksis	-	-	-	-	-
Friedli 1996	England	Usystematisk litteratursøgning vedr. Counselling i almen praksis	-	-	-	-	-
Carr 1997	8 klinikker Australien	CL	CL psykiatri (ikke beskrevet)	-	86 + 86 kontrol demografi + 58 kontrol symptom	86 der gns. en 12 mdr. periode var blevet henvist til CL	Kvinder: 85 % Gns. alder: 49 år
Kates 1997	13 klinikker med 45 GP Ontario Canada	Integreret psykiatrisk behandling i GP	Counsellor i GP og konsultation ved psykiater hver 1-3 uge, både counsellor og psykiater arbejder tæt sammen med GP	Counsellor	3085	Alle ptt.	Kvinder: 70 % Under 18 år: 12 % Over 65 år: 9 %

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Biderman 1999	1 klinik i byen Israel	CL	Psykiater besøger praksis 1 gang mdl. og ser patienter sammen med GP og socialrådgiver	Socialrådgiver	46	GP vurderet behov for psykiatrisk vurdering	Kvinder: 59 % Alder 21-40: 57 % Alder 41-60: 22 % Alder >61: 13 %
Berardi 2002	Bologna Italien	CL	CL servive med 2 psykiater og en psykolog der havde åben konsultation 2 gange per uge	Psykolog	82	-	-
Bijl 2004	4 klinikker 18 GP Australien	CL	Psykiaterkonsultation i GP	-	172	GP henvisning	Gns. alder: 41 år Kvinder: 73 % I arbejde/studerende: 40 %
McCrone 2004 Fitzpatrick 2004	50 praksis i London England	ShC	Vurdering af graden af ShC i praksis	-	349	Alle ptt.	Gns. alder: 43 år Kvinder: 46 % I arbejde: 15 % Uden arbejde: 49 % Enlige: 62 %
Horner 2005	27 GP Australien	ShC	ShC bestående af supervision af GP ved community mental health professional, et fælles møde og fælles behandlingsplan	Community mental health professional	19	Pt. over 18 år med en kronisk eller alvorlig psykisk sygdom i stabil fase, patient indsiget, fortsat behov for behandling	-
Cigrang 2006	3 militær-klinikker USA	CC	1 til flere konsultationer hos psykiater og psykolog trænet i CC	psykiater psykolog	234	Ved GP henvisning	Gens. alder: 50 år Kvinder: 67 %
Neufeld 2007	Californien USA	TeleCL	TeleCL til 10 GP på landet med konsultation og uddannelse	-	33	?	-

Studie	Organi- sation	Hvilken metode undersøges?			Målgruppe		
		Metode	Intervention	Hjælpepersonale?	n	Inklusionskriterier	Demografi
Tylee 2007	England	Usystematisk litteratursøgning vedr. angst og affektive sygdomme i almen praksis	-	-	-	-	-
Haggarty 2008	1 klinik i Ontario med 8-13 GP Canada	ShC	Mental Health Team i GP med psykiater og counsellors med uddannelse, supervision og konsultationer.	Counsellor	395	GP henvisning	Gens. alder: 39 år Kvinder: 72 %
Yonès 2008	Paris Frankrig	ShC	GP henviser til et consultationscenter, hvor psykiatrisk sygeplejerske visiterer til psykolog eller psykiater. Psykiater varetager konsultationer, shared follow-up besøg, supervision og uddannelse	Sygeplejerske Psykolog	349+360 kontroller	Personer med almindelige psykiske problemer i interventionsområde og i kontrolområdet fundet ved at de havde MDD eller GAD (CIDI-SF) eller psykologisk distress (SF-36 Mental helbred komponent)	Gns. alder: 44 år Kvinder: 69 % Gifte: 65 %

Tabel 3b. Øvrige studier på evidensniveau B eller C vedr. shared care ved ikke-psykotiske sygdomme – resultater og kvalitetsvurdering

Studie	Effekt mål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Cooper 1975	Psykiatrisk sygdom og social funktion	Begge mål signifikant bedre ved intervention	Case -kontrol studie
Earll 1982	Antal ydelser Selvrapportering ved personal disturbance scale DSSI/sAD og Life Satisfaction Ladder Scale og Locus of Control scale	Alle mål: NS	Ikke-randomiseret kontrollerede undersøgelse
Martin 1985	Ordinationer Konsultationer	Ordinationer: NS Konsultationer: NS	Retrospektivt studie med kønsmatchede kontroller
Katon 1994	-	GP ofte bedre til at diagnosticere Behandlingseffekt NS Varierende kvalitet af undersøgelserne	Usystematisk litteraturstudie
Friedli 1996	-	Intet konklusivt	Usystematisk litteraturstudie
Carr 1997	Symptomer (CIDI + SCL-90-R) Helbred Social funktion Funktion i dagligdagen	Alle mål NS sammenlignet med de symptommatchede kontroller	Case -kontrol studie
Kates 1997	Henvi sning til psykiatrisk behandling	Henvi sninger blev reduceret med 45 %	Deskriptiv undersøgelse
Biderman 1999	Henvi sning til psykiatrisk behandling	Med psykiater blev 35 % henvist mod at GP ville have henvist 45 %	Deskriptiv undersøgelse
Berardi 2002	Klinisk forbedring	GP vurderede at 75 % var klinisk bedret	Deskriptiv undersøgelse
Bijl 2004	Henvi sning til psykiatrisk behandling	GP vurderede at de ville have henvist signifikant flere	Deskriptiv undersøgelse
McCrone 2004 Fitzpatrick 2004	Sygdommens sværhedsgrad (CPRS) Helbredsmæssig funktion (SF-12, GAF) Social funktion (SFQ) Antal indlæggelser og dage på psykiatrisk afdeling Økonomi	Alle kliniske mål og antal indlæggelser og dage: Der var ingen signifikant forskel ved 12 mdr. f/up mellem praksis, der gav forskellig grader af ShC De gns. udgifter ved lav grad af ShC var signifikant mindre end ved medium grad af ShC, men ikke signifikant mindre end ved høj grad af ShC	Kohorteundersøgelse
Horner 2005	Effekt på patientniveau (HoNOS og LSP)	Ved 6 mdr. f/up HoNOS og LSP NS	Case-studie

Studie	Effektmål	Resultater	Kvalitetsvurdering ved beskrivelse af undersøgelsesform
Cigrang 2006	Psykiske symptomer (Outcome Questionnaire) ved hver konsultation	Flere konsultationer giver signifikant reduktion på OQ-45	Case-studie
Neufeld 2007	Effekt ved SF-12 fysisk og mental komponent	Ved 3-6 mdr. f/up Mental komponent signifikant bedre, fysisk NS	Case-studie
Tylee 2007	-	Kombination af "bottom-up" (uddannelse, implementere guidelines mv) og "top-down" (guidelines, kampagner, evidens) er mest lovende	Usystematisk litteraturstudie
Haggarty 2008	Helbred (GHQ) Funktion (WHO-DAS) Depressionsfri dage	Ved afslutning: GHQ og WHO-DAS signifikant bedre Signifikant flere depressionsfri dage	Case-studie
Yonès 2008	Remission (CIDI -SF) Funktion (SG-36) Tilfredshed (PSQ)	Remission og funktion NS Tilfredshed signifikant bedre	Kontrolleret quasi-eksperimentalt studie

Appendiks 6. Forkortelser benyttet i tabellerne

AD = Antidepressiv medicin

anx NOS = Anxiety disorder not otherwise specified (diagnose)

ASI = Anxiety Sensitivity Inventory (psykometrisk spørgeskema)

BAI = Beck Anxiety Inventory (psykometrisk spørgeskema)

BAS = Brief Anxiety Scale (psykometrisk spørgeskema)

BASIS-32 = Behaviour and Symptom Identification (psykometrisk spørgeskema)

BDI = Beck Depression Inventory (psykometrisk spørgeskema)

BDI = Beck Depression Inventory (psykometrisk spørgeskema)

BIDS = Brief Inventory for Depressive Symptoms (psykometrisk spørgeskema)

BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale (psykometrisk spørgeskema)

Brief PHQ-D = The short form of the patient health questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

BSI = Brief Symptom Inventory (psykometrisk spørgeskema)

BZD = Benzodiazapin (beroligende medicin)

CAN = Camberwell assessment of need (psykometrisk spørgeskema)

CBT = Cognitive Behavioural Therapy (Kognitiv adfærdsterapi)

CC = Collaborative care

CES-D = Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (psykometrisk spørgeskema)

CIDI = Composite International Diagnostic Interview (psykometrisk interview)

CIS-R = Clinical Interview Schedule (psykometrisk interview)

CL = Consultation/Liaison psykiatri

COOP/ WONCA = Dartmouth COOP/ WONCA Functional Health Assessment Charts (psykometrisk interview)

CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (psykometrisk spørgeskema)

CM = Care manager/management

CPRS = Comprehensive Psychopathological Rating Scale (psykometrisk spørgeskema)

CSQ = Client satisfaction questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

dep NOS = depressive disorder not otherwise specified (diagnose)

DPDS = Depression Diagnostic Scale of the Short-CARE (psykometrisk interview)

DSSI = Current Level of Emotional Distress (psykometrisk spørgeskema)

DSSS = Duke Social Support Scale (psykometrisk spørgeskema)

EPQ = Eysenck Personality Questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

EQ-5D = EuroQol ES-5D (psykometrisk spørgeskema)

F/up = Follow-up

GAD = Generaliseret Angst (Generalized Anxiety Disorders)

GAF = Global Assessment of Functioning Scale (psykometrisk skala)

GDS = Geriatric Depression Scale (psykometrisk spørgeskema)

GHQ = General Health Questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

G-MAST = alkoholforbrug (psykometrisk spørgeskema)

Gns. = Gennemsnit

GP = General Practitioner (Almen praksis)

GSI = Global Severity Index (psykometrisk skala)

HASS = Highest Anxiety Subscale Score (score på skala)

HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale (psykometrisk spørgeskema)

HAMD, HADS = Hamilton Depressionsskala (psykometrisk interview)

HoNOS = Health of Nation Outcome Scale (psykometrisk spørgeskema)

IIP = Inventory of Interpersonal Problems (psykometrisk spørgeskema)

ITT = Intention to Treat (Statistisk analyse, hvor man medinddrager alle, der ved start blev inkluderet og ikke kun dem, der modtager behandlingen)

LSP = Life Skills Profile (psykometrisk spørgeskema)

MADRS = The Montgomery and Åsberg Depression Scale (psykometrisk interview)

MDD = Major Depressive Disorder (moderat/svær depression)

MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview (psykometrisk interview)

Minor DD = Minor Depressive Disorder (lettere depression)

NS = Not Significant (ikke signifikant)

PC-SAD = Primary Care Screener for Affective Disorders (psykometrisk spørgeskema)

PD = Panic Disorder (diagnose)

PDSS = Panic Disorder Severity Scale (psykometrisk spørgeskema)

Pens. = Pensionister

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

Prime-MD = Primary care Evaluation of Mental Disorders (psykometrisk spørgeskema og interview)

PSC = Physical Symptoms List (psykometrisk spørgeskema)

PSQ = Patient Satisfaction Questionnaire (psykometrisk spørgeskema)

Ptt = Patienter

QALY = Quality Adjusted Life Years (kvalitetsjusterede leveår)

QALY-DB = QALY - depression burden days (kvalitetsjusterede leveår)

QI = Quality Improvement

QOL = Quality Of Life (livskvalitet)

QPD = Shelder Quick Psychodiagnostics Panel (psykometrisk spørgeskema)

QWB = Quality of Well Being (psykometrisk spørgeskema)

RCT = Randomised Controlled Trial

SAS = Social Adjustment Scale (psykometrisk spørgeskema)

SASS = Social adaption self-evaluation scale (psykometrisk spørgekema)

SC = Stepped care

SCID = Structured Clinical Interview for DSM-II-R (psykometrisk interview)

SCL-90, SCL-20: Symptom Check List (psykometrisk spørgekema og uddrag heraf)

SDS = Self-rating Depression Scale (psykometrisk spørgekema)

SIP = Sickness Impact Profile (psykometrisk spørgekema)

SF-36, SF-20, SF-12 = Short Form 36, 20, 12, Health Survey (psykometrisk interview og uddrag heraf)

ShC = Shared care

SPI = The Standardised Psychiatric Interview (psykometrisk interview)

SSAS = Spielberger Anxiety Scale (psykometrisk spørgekema)

SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (antidepressiv medicin)

STAI = The Speilberger State Trait Anxiety Inventory (psykometrisk spørgekema)

Subpop. = Subpopulation

TAU = Treatment As Usual (vanlig behandling)

WHO-DAS = WHO short Disability Assessment Schedule (psykometrisk spørgekema)

WSDS = Work and Social Disability Scale (psykometrisk spørgekema)

Appendiks 7. Beregning af potentielle besparelser

Besparelse ved at få flere fra sygedagpenge i ordinær beskæftigelse

Tabel 1. Besparelse i udgifterne til sygedagpenge

2008								
Sygdomslængde (uger)	0-13	14-26	27-39	40-52	53-79	80-104	105 og derover	Total
Afsluttede dagpengesager	636.435	37.651	16.416	10.915	13.397	5.230	3.465	723.509
Med psykisk lidelse (50 %)	318.218	18.826	8.208	5.458	6.699	2.615	1.733	361.755
Med ikke psykotisk lidelse (2/3)	212.145	12.550	5.472	3.638	4.466	1.743	1.155	241.170
Normal arbejdsevne indenfor 6 mdr. (50 % af de ikke psykotiske) Opnår arbejde igen efter gns. 15 uge *	106.073	6.275	2.736	1.819	2.233	872	578	120.585
Gennemsnitlig sygdomslængde**	7	20	33	46	66	92	105	369
Antal sparede uger på dagpenge = gennemsnitlig sygdomslængde fratrukket 15 uger***	-	5	18	31	51	77	90	272
Besparelse (ved behandling inden 6 mdr.) (1.000 kr)****	0	95.445	149.812	171.551	346.406	204.174	158.108	1.125.497

Kilde: Danmarks statistik

* Ved optimal og hurtig behandling af personer med ikke psykotiske lidelser kan halvdelen opnå fuld funktionsevne/arbejdsevne efter ca. 15 uger.

** Der er her beregnet et gennemsnit for antallet af uger, personer er på dagpenge inden for hver kategori.

*** Her beregnes antallet af uger på dagpenge, der kan undgås hvis behandling igangsættes inden for de første 6 mdr. Dette beregnes ved den gennemsnitlige sygdomslængde fratrukket de 15 uger, der går, før den enkelte person kan komme i arbejde igen.

**** Besparelsen beregnes ved antallet af "besparede uger på dagpenge" ganget med antallet af personer med ikke-psykotisk lidelse samt den gennemsnitlige, ugentlige udgift pr. dagpengemodtager. Den ugentlige udgift pr. dagpengemodtager er beregnet til 3.042.

Besparelse ved at få flere fra førtidspension i ordinær beskæftigelse

I 2008 blev 7.900 personer førtidspensioneret pga. en psykisk lidelse. Det gav en årlig udgift på $7.900 \times 143.826 \text{ kr.} = 1.136 \text{ mio. kr.}$ (ca. 1 mia.). Ca. 2/3 led af en ikke-psykotisk lidelse. Af disse vil ca. 32 pct. kunne varetage et arbejde, hvis de modtager den rette psykiatriske behandling. Dette svarer til ca. 20 pct. af de personer, der tilkendes førtidspension begrundet med en psykisk lidelse.

Baseret på tal for 2008 betyder det, at ca. 1.685 personer på sigt ville kunne varetage et ordinært arbejde fremfor at blive førtidspensionister og en besparelse på pensioner på i alt ca. 240 mio. kr. årligt. Over en periode på tre år er besparelsen 727 mio. kr. jf. tabel 2.

Tabel 2: Besparelse i udgifterne til nytilkendelser af førtidspension

	Antal personer	Udgift 1 år (mio. kr)	Udgift 3 år (mio. kr.)
Alle	16.648	2.366	7.098
Psykisk sygdom	7.900	1.136	3.408
Ikke-psykotisk	5.267	757	2.271
Kan opnå normalt funktionsniveau/arbejde (50-18 = 32 pct.)	1.685	242	727

Kilde: Ankestyrelsen data vedrørende nytilkendelser af førtidspension i 2008

Besparelse ved at få flere fra sygedagpenge og førtidspension i ordinær beskæftigelse

Tabel 3: Besparelse i udgifterne til sygedagpenge samt nytilkendelser af førtidspension

2008	Antal i alt	Med psykisk lidelser (48 pct.)	Med ikke psykotisk psykisk lidelse (66 pct)	Besparelse ved 10 pct. i ordinært arbejde		Besparelse ved 15 pct. i ordinært arbejde		Besparelse ved 20 pct. i ordinært arbejde	
				antal	mia. kr	antal	mia. kr	antal	mia. kr
Førtidspensionister	250.000	120.000	79.200	7920	2,38	11.880	3,56	15.840	4,75
Sygedagpenge modtagere*	89.000	42.720	28.195	2820	0,84	4229	1,27	5639	1,69
Total					3,22		4,83		6,44

Kilde: Ankestyrelsen og Danmarks Statistik

*ca. 470.00 personer modtager sygedagpenge sammenlagt 4.606.000 uger. Det svarer til at ca. 89.000 personer modtager sygedagpenge i et helt år (52 uger).

Litteratur

- Adler DA, Bungay KM, Wilson IB et al. The impact of a pharmacist intervention on 6-month outcomes in depressed primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 199 –209.
- Adli M, Bauer M, Rush AJ. Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 1029-1038.
- Alexander JL, Richardson G, Grypma L et al. Collaborative depression care, screening, diagnosis and specificity of depression treatments in the primary care setting. *Expert Rev Neurother* 2007; 7(11 Suppl): S59-80.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML et al. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 718-724.
- Araya R, Rojas G, Fritsch R et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 995-1000.
- Araya R, Flynn T, Rojas G et al. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1379-1387.
- Areán PA, Ayalon L, Hunkeler E et al. Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Med Care* 2005; 43: 381-390.
- Areán PA, Gum AM, Tang L et al. Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1057-1064.
- Areán PA, Ayalon L, Jin CS et al. Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23 (10): 1086-1092.
- Arthur A, Jagger C, Lindsay J et al. Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 202–207.
- Ashurst P, Ward D. An evaluation of counselling in general practice: final report of the Leverhulme Counselling Project. London: Mental Health Foundation, 1983.
- Atherton-Naji A, Hamilton R, Riddle W et al. Improving adherence to antidepressant drug treatment in primary care: a feasibility study for a randomized controlled trial of educational intervention. *Primary Care Psychiatry* 2001; 7: 61-67.

- Ayalon L, Areán PA, Linkins K et al. Integration of mental health services into primary care overcomes ethnic disparities in access to mental health services between black and white elderly. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 906-912.
- Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM et al. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2080-2090.
- Balestrieri M, Williams P, Wilkinson G. Specialist mental health treatment in general practice: a meta-analysis. *Psychol Med* 1988; 18:711-717.
- Barrett B, Byford S, Knapp M. Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *J Affect Disord* 2005; 84: 1-13.
- Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1455-1462.
- Berardi D, Menchetti M, Dragani A et al. The Bologna primary care liaison service: First year evaluation. *Community Ment Health J* 2002; 38: 439- 445.
- Biderman A, Yeheskel A, Tandeter H et al. Advantages of the psychiatric liaison-attachment scheme in a family medicine clinic. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1999; 36: 115-121.
- Bijl D, van Marwijk W, de Haan M. et al. Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of depression in primary care: a review. *Eur J Gen Pract* 2004; 10: 6-12.
- Birket-Smith M, Eplov LF. Psykiske lidelser og førtidspension. København: Socialministeriet, 2007.
- Birket-Smith M, Lundsteen M, Eplov L. Shared care mellem almen praksis og psykiatri. København: Psykiatrisk Center Bispebjerg, Psykiatrisk Center Ballerup, Dansk Selskab for Almen Medicin, 2009.
- Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. The effect of primary care nurse intervention upon older people screened as depressed. *Int J Geriatr Psychiatry* 1995; 10: 289–298.
- Blanchard MR, Waterreus A, Mann AH. Can a brief intervention have a longer-term benefit? The case of the research nurse and depressed older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 733–738.
- Blankenstein AH, Horst van der HE, Schilte AF et al. Effectiveness of reattribution for somatization in general practice, a randomized controlled trial. *Somatizing*

patients in general practice (PhD thesis) - Amsterdam: AH Blankenstein, 2001:49-65.

- Blasinsky M, Goldman HH, Unützer J. Project IMPACT: a report on barriers and facilitators to sustainability. *Adm Policy Ment Health* 2006; 33: 718–729.
- Bogner HR, Morales KH, Post EP et al. Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care*. 2007; 30: 3005-3010.
- Boot D, Gillies P, Fenelon J et al. Evaluation of the short term impact of counselling in general practice. *Patient education and counselling* 1994; 121: 531-539.
- Bower P, Sibbald B. Systematic review of the effect of on-site mental health professionals on the clinical behaviour of general practitioners. *BMJ* 2000; 320:614-617. (Bower 2000a)
- Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (3):CD000532. (Bower 2000b)
- Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counseling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2003; 33: 203-215.
- Bower, P. & Gilbody, S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *BMJ* 2005; 330: 839-842.
- Bower P, Gilbody S, Richards D et al. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry* 2006;189: 484-493. (Bower 2006a)
- Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; Issue 3. Art. No.: CD001025. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2. (Bower 2006b)
- Brook OH, van Hout H, Stalman W et al. A pharmacy-based coaching program to improve adherence to antidepressant treatment among primary care patients. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 487-489.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd. et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291:1081-1091.
- Bush T, Rutter C, Simon G et al. Who benefits from more structured depression treatment? *Int J Psychiatry Med* 2004; 34: 247-258.
- Byng R, Jones R, Leese M et al. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract* 2004;54: 259-266. Erratum in: *Br J Gen Pract* 2004; 54: 948.

- Callahan CM. Quality improvement research on late life depression in primary care. *Med Care* 2001; 39: 772– 784.
- Callahan CM, Kroenke K, Counsell SR et al. Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 367-373.
- Capoccia KL, Boudreau DM, Blough DK et al. Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61:364-372.
- Carr VJ, Lewin TJ, Reid AL et al. An evaluation of the effectiveness of a consultation-liaison psychiatry service in general practice. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31:714-725.
- Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C et al. A randomised controlled trial test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people *Br J Gen Pract* 2007; 57: 364-370.
- Christensen M, Albæk J, Ankjær-Jensen A. Undersøgelse af angstsygdomme. Et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen af de behandlingstilbud, der gives til personer, der lider af angstsygdomme. DSI rapport 2007.01. København: DSI Dansk Institut for Sygehusvæsen 2007.
- Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A et al. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract* 2008; 9:25-34.
- Cigrang JA, Dobmeyer AC, Becknell ME et al. Evaluation of a collaborative mental health program in primary care: effects on patient distress and health care utilization. *Prim Care Community Psychiatr* 2006; 11: 121-127.
- Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N et al. Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1999; 47: 775-783.
- Cooper B, Harwin BG, Depla C et al. Mental health care in the community: an evaluative study. *Psychol Med.* 1975; 5: 372-380.
- Corney R. The effectiveness of attached social workers in the management of depressed female patients in general practice. *Psychol Med* 1984; (monograph suppl 6): 147.
- Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry.* 2002; 47(2 Suppl 1): iS-viiiS, 1S-103S.

- Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Can J Psychiatry* 2006; 51(6 Suppl 1):7S-72S.
- Dansk Psykiatrisk Selskab. Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Dansk Psykiatrisk Selskab 2001.
- Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin 2004.
- Datto CJ, Thompson R, Horowitz D et al. The pilot study of a telephone disease management program for depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 169-77.
- Davidsen A. Mentalization, Narrative and Time – a qualitative study about psychological interventions in general practice, Ph.D- afhandling. København: Københavns Universitet, 2008
- Dickinson LM, Rost R, Nutting PA et al. RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs. psychological complaints. *Ann Fam Med* 2005; 3: 15– 22.
- Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW Jr et al. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329:602-607.
- Dillard DA, Christopher D. The Southcentral foundation depression collaborative *Int J Circumpolar Health* 2007; 66 (Suppl 1): 45-53.
- Dobscha S, Corson K, Hickam DH et al. Depression decision support in primary care: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 145:477–487.
- Earll L, Kincey J. Clinical psychology in general practice: a controlled trial evaluation. *J R Coll Gen Pract* 1982; 32: 32-37.
- Emmanuel JS, McGee A, Ukoumunne OC et al. A randomised controlled trial of enhanced key-worker liaison psychiatry in general practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 261-266
- Fink P, Rosendal M.; Recent developments in the understanding and management of functional somatic symptoms in primary care. *Curr Opin Psychiatry.* 2008; 21:182-188.
- Finley P, Rens H, Pont J et al. Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy* 2003; 23:1175-1185.
- Fitzpatrick NK, Shah S, Walker N et al. The determinants and effect of shared care on patient outcomes and psychiatric admissions - an inner city primary care cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:154-163.

- Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ et al. Design and implementation of the telemedicine-enhanced antidepressant management study. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 18-26.
- Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1086-1093.
- Freudenstein U, Jagger C, Arthur A et al. Treatments for late life depression in primary care - a systematic review. *Fam Pract* 2001; 18: 321 –327.
- Friedli K, King M. Counselling in general practice – a review. *Prim Care Psychiatry* 1996; 2: 205-216.
- Friedli K, King MB, Lloyd M et al. Randomised controlled assessment of non-directive psychotherapy versus routine general practitioner care. *Lancet* 1997; 350: 1662-1665.
- Friedli K, King MB, Lloyd M. 2000. The economics of employing a counsellor in general practice: analysis of data from a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2000; 50, 276–283.
- Gensichen J, Beyer M, Muth C et al. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2006; 36: 7-14.
- Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM et al. Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 149–55. (Gilbody 2003a)
- Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J et al. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 3145-3151. (Gilbody 2003b)
- Gilbody S. What is the evidence on effectiveness of capacity building of primary health care professionals in the detection, management and outcome of depression? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
- Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2314-2321. (Gilbody 2006a)
- 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: 297-308. (Gilbody 2006b)
- Ginsberg G, Marks I, Waters H. Cost benefit analysis of a controlled trial of nurse therapy for neuroses in primary care. *Psychol Med* 1984; 14: 683-690.

- Gjerdingen D, Katon W, Rich DE. Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. *Womens Health Issues* 2008; 18: 44-52.
- Gournay K, Brooking J. Community psychiatric nurses in primary health care. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 231-238.
- Gournay K, Brooking J. The community psychiatric nurse in primary care: an economic analysis. *J Adv Nurs* 1995; 22: 769-778.
- Haggarty J, O'Connor B, Dubois S et al. A pilot study of a Canadian shared mental health care programme: Changes in patient symptoms and disability. *Prim Care Community Psychiatr* 2008; 13: 27-35.
- Hansson M, Bodlund O, Chotai J et al. Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2008; 105: 235-240.
- Harpole LH, Williams JW, Olsen MK et al. Improving depression outcomes in older adults with comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 4-12.
- Harvey I, Nelson S, Lyons R. et al. A randomised controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1043-1048.
- Hedrick SC, Chaney EF, Felker B et al. Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care *J Gen Int Med* 2003; 18:9-16.
- Hegel MT, Unutzer J, Tang L et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 48-58.
- Heideman J, van Rijswijk E, van Lin N et al. Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55:867-874.
- Hemmings A. Counselling in primary care: a randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 1997; 32: 219-30.
- Holmwood C, Groom C, Nicholson S. *Mental Health Shared Care in Australia 2001. Primary Mental Health Care Australian Resource Centre Department; General Practice, Flinders University; Australian Divisions of General Practice, 2001.*
- Horner D, Asher K. General practitioners and mental health staff sharing patient care: working model. *Australas Psychiatry*. 2005; 13: 176-180.
- Hunkeler E, Meresman J, Hargreaves W et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 700-708.

- Hunkeler EM, Katon W, Tang L et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care *BMJ* 2006; 332: 259-263.
- Kates N, Craven M, Crustolo AM et al. Integrating mental health services within primary care. A Canadian program. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19:324-332.
- Katon W, Von Korff M, Lin EH et al. A randomized trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 86–98.
- Katon W, Gonzales J. A review of randomised trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics* 1994; 35:268-278.
- Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 273:1026-1031.
- Katon W, Robinson P, Von Korff M et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:924-932.
- Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Collaborative management to achieve depression treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 1):20-23.
- Katon W, Von Korff M, Lin E et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1109-1115.
- Katon W, Rutter C, Ludman E, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 241–247.
- Katon W, Russo J, Von Korff M et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 741-748. (Katon 2002a)
- Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J et al. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:1098-1104. (Katon 2002b)
- Katon WJ, Von Korff M, Lin EH et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1042-1049.
- Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1313-1320.
- Katon W, Unützer J, Fan MY, Williams JW Jr, Schoenbaum M, Lin EH, Hunkeler EM. Cost-effectiveness and net benefit of enhanced treatment of depression for older adults with diabetes and depression. *Diabetes Care* 2006; 29:265-270. (Katin 2006a)

- Katon W, Russo J, Sherbourne C et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med* 2006; 36: 353-363. (Katon 2006b)
- Katon WJ, Russo JE, Von Korff M et al. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care* 2008; 31: 1155-1159. (Katon 2008a)
- Katon WJ, Seelig M. Population-based care of depression: Team care approaches to improving outcomes. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 459-467. (Katon 2008b)
- Katzelnick D, Simon G, Pearson S, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000; 9: 345–351.
- Keeley RD, Smith JL, Nutting PA et al. Does a depression intervention result in improved outcomes for patients presenting with physical symptoms? *J Gen Intern Med* 2004; 19:615-623.
- Keller MB, Lavori PW, Mueller TI et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*.1992; 49:809-16.
- Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L et al. Cost-effectiveness of referral for generic care or problem-solving treatment from community mental health nurses, compared with usual general practitioner care for common mental disorders - Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 50-59.
- Kessing LV, Hansen HV, Hougaard E et al. Forebyggende ambulant behandling ved svær affektiv lidelse (depression og angst)- en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2006. Medicinsk Teknologivurdering – puljeprosjekter 2006; 6(9).
- Kinder L, Katon W, Ludman E et al. Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 1036-1042.
- Knight MM, Houseman EA. A collaborative model for the treatment of depression in homebound elders. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29: 974-891.
- Koike AK, Unützer J, Wells KB. Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1738-1745. Erratum: *Am J Psychiatry* 2003; 160: 204.
- Krahn DD, Bartels SJ, Coakley E et al. PRISM-E: Comparison of integrated care and enhanced specialty referral models in depression outcomes. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 946- 953.

- Kroenke K, Taylor-Vaisey A, Dietrich AJ et al. Interventions to Improve Provider Diagnosis and Treatment of Mental Disorders in Primary Care. *Psychosomatics* 2000; 41: 39-52.
- Kroenke K, Shen J, Oxman TE et al. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. *Pain*. 2008; 134: 209-215.
- Larish A, Schweickhardt A, Wirsching M, Fritzsche K. Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioners: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2004; 57: 507-14.
- Lee PW, Dietrich AJ, Oxman TE et al. Sustainable impact of a primary care depression intervention. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20: 427-433.
- Levine S, Unutzer J, Yip JY et al. Physicians' satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 383-391.
- Lin E, Simon G, Katon W et al. Can enhanced acute phase treatment of depression improve long-term outcomes? A report of randomized trials in primary care. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 643-645.
- Lin EH, Von Korff M, Russo J et al. Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1052-1058.
- Lin EH, Katon W, Von Korff M et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003; 290: 2428-2429.
- Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF et al. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 698–704.
- Liu SI, Huang HC, Yeh ZT et al. Controlled trial of problem-solving therapy and consultation-liaison for common mental disorders in general medical settings in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 402-408.
- Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H et al. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomized controlled trial. *Br Med J* 1999; 319: 676-682.
- Loh A, Simon D, Wills CE et al. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Counc* 2007; 67: 324-332.
- Ludman E, Von Korff M, Katon W et al. The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30: 229-245.

- Magruder-Habib K, Zung WWK, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care: results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990; 28: 239-250.
- Mann AH, Blizard R, Murray J et al. An evaluation of practice nurses working with general practitioners to treat people with depression. *Br J Gen Pract* 1998; 48:875-879.
- Marks I. Controlled trial of psychiatric nurse therapists in primary care. *Br Med J* 1985; 290: 1181-1184.
- Martin E, Martin PM. Changes in psychological diagnosis and prescription in a practice employing a counsellor. *Fam Pract* 1985; 2: 241-243.
- McCrone P, Fitzpatrick NK, Mathieson E et al. Economic implications of shared care arrangements. A primary care based study of patients in an inner city sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 553-559.
- McMahon L, Foran KM, Forrest SD et al. Graduate mental health worker case management of depression in UK primary care: a pilot study. *Br J Gen Pract* 2007; 57:880-885.
- Miranda J, Duan N, Sherbourne C et al. Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Serv Res* 2003; 38:613-630.
- Neufeld JD, Yellowlees PM, Hilty DM et al. The e-Mental Health Consultation Service: Providing enhanced primary-care mental health services through telemedicine. *Psychosomatics* 2007; 48: 135-141.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K et al. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42: 1211-1221.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. Improving the recognition and management of depression in primary care. *Effective Health Care Bulletin* 2002; 7: 1-12.
- Nutting P, Gallagher K, Riley K et al. Implementing a depression improvement intervention in five health care organizations: experience from the RESPECT-Depression trial. *Adm Policy Ment Health*. 2007;34:127-37.
- Oslin DW, Sayers, Ross J et al. Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom Med* 2003; 65: 931-937.
- Price D, Beck A, Nimmer C et al. The treatment of anxiety disorders in a primary care HMO setting. *Psychiatr Q* 2000; 71: 31-45.

- Pyne JM, Rost KM, Zhang M et al. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 432– 441. (Pyne 2003a)
- Pyne JM, Smith J, Fortney J et al. Cost-effectiveness of a primary care intervention for depressed females. *J Affect Disord* 2003; 74: 23–32. (Pyne 2003b)
- Pyne JM, Rost KM, Farahati F et al. One size fits some: the impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary-care intervention. *Psychol Med* 2005; 35:839-854.
- Rahman A, Malik A, Sikander S et al. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 372: 902-909.
- Richards DA, Lovell K, Gilbody S et al. Collaborative care for depression in UK primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2008; 38: 279–287.
- Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S et al. A Randomized Trial to Improve the Quality of Treatment for Panic and Generalized Anxiety Disorders in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1332-1341.
- Rosendal M, Olesen F, Fink P. A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization in primary care: effects on patient outcome. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007;29: 364-73.
- Rost K, Kashner TM, Smith GR. Effectiveness of psychiatric intervention with somatization disorder patients: improved outcomes at reduced costs. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 381-387.
- Rost K, Nutting PA, Smith J et al. Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and outcome of care for major depression. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 66-77.
- Rost K, Nutting P, Smith J et al. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the QUEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming*. *J Gen Intern Med* 2001; 16:143-149.
- Rost K, Nutting P, Smith JL et al. Managing depression as a chronic disease: a randomized trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002; 325: 934-939.
- Rost K, Pyne JM, Dickinson LM et al. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Ann Fam Med* 2005; 3: 7-14.
- Roter DL, Hall JA, Kern DE et al: Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155:1877-1884.

- Rowland N, Godfrey C, Bower P et al. Counselling in primary care: a systematic review of the research evidence. *Br Guid Coun* 2000; 28: 217–231.
- Roy-Byrne PP, Katon W, Cowley DS et al. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 869-876.
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 290-298.
- Rubenstein LV, Parker LE, Meredith LS et al. Understanding team-based quality improvement for depression in primary care. *Health Serv Res* 2002; 37: 1009- 29.
- Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 286: 1325- 1330.
- Schoenbaum M, Unutzer J, McCaggrey D et al. The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. *Health Serv Res* 2002; 37: 1145-1158.
- Sherbourne CD, Wells KB, Duan N et al. Long-term effectiveness of disseminating *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 696-703.
- Simon GE, Katon W, VonKorff M et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. *Psychol Med* 1998; 28: 693-701.
- Simon G, Von Korff M, Rutter C et al. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000; 320: 550–554.
- Simon G, Manning W, Katzelnick D et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 181–187. (Simon 2001a)
- Simon GE, Katon WJ, Von Korff M et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1638-1644. (Simon 2001b)
- Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care* 2002; 40: 941-950.
- Simon GE, Ludman EJ, Tutty S et al. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment. *JAMA* 2004; 292: 935-942.

- Simon GE, Katon WJ, Lin EHB et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 65-72.
- Simon G. Collaborative care for mood disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 22: 37-41.
- Simpson S, Corney R, Fitzgerald P et al. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. *Health Technol Assess* 2000; 4, (36).
- Simpson S, Corney R, Fitzgerald P et al. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychol Med* 2003; 33, 229– 239.
- Smith GR Jr, Miller LM, Monson RA. Consultation-liaison intervention in somatization disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37:1207-1210. (Smith 1986a)
- Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314:1407-1413. (Smith 1986b)
- Smith GR Jr, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238-243.
- Smith JL, Rost KM, Nutting PA et al. A primary care intervention for depression. *J Rural Health*. 2000; 16:313-323.
- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006; 21:671–677.
- Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004910. DOI: 10.1002/14651858.CD004910. pub2.
- Smolders M, Laurant M, Roberge P et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry* 2008; 53: 277-293.
- Solberg LI, Fischer LR, Wei F et al. A CQI intervention to change the care of depression: a controlled study. *Eff Clin Pract* 2001; 4:239-249.
- Steffens DC, Snowden M, Fan MY et al. IMPACT Investigators. Cognitive impairment and depression outcomes in the IMPACT study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 401-409

- Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sekretariatet for Referenceprogrammer, Sundhedsstyrelsen, 2007.
- Swindle RW, Rao JK, Helmy A et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry* 2003; 33: 17-37.
- Thielke SM, Fan MY, Sullivan M et al. Pain limits the effectiveness of collaborative care for depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 699-707.
- Thompson A, Fan MY, Unützer J et al. One extra month of depression: the effects of caregiving on depression outcomes in the IMPACT trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 511-516.
- Toney SD. Identifying and managing depression in women. *J Manag Care Pharm.* 2007; 13 (9 Suppl A): S16-22.
- Tutty S, Simon G, Ludman E. Telephone counseling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system: a pilot study. *Eff Clin Pract* 2000; 4: 170–178.
- Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: Why does the problem exist and what can be done? *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 2: 27-30.
- Unützer J, Rubenstein L, Katon WJ et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 10: 935-942. (Unützer 2001a)
- Unützer J, Katon W, Williams J et al. Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Med Care* 2001; 39: 785-799. (Unützer 2001b)
- Unützer J, Katon W, Callahan CM et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. *JAMA* 2002; 288: 2836-2845.
- Unützer J, Tang L, Oishi S et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1550-1556.
- Unützer J, Katon WJ, Fan MY et al. Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care* 2008; 14: 95–100.
- van der Feltz-Cornelis CM, van Oppen P, Ader HJ et al. Randomised Controlled Trial of a Collaborative Care Model with Psychiatric Consultation for Persistent Medically Unexplained Symptoms in General Practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 282-289.

- Vergouwen AC, Bakker A, Katon WJ et al. Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1415-1420.
- Von Korff M, Katon W, Lin E et al. Treatment costs, cost offset and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med* 1998; 60: 143–149.
- Walker EA, Katon WJ, Russo J et al. Predictors of outcome in a primary care depression trial. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 859-867.
- Warner JP, King M, Blizard R et al. Patient-held shared care records for individuals with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 319–324.
- Waterreus A, Blanchard M, Mann A. Community psychiatric nurses for the elderly: well tolerated, few side-effects and effective in the treatment of depression. *J Clin Nurs* 1994; 3: 299-306.
- Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283:212-220.
- Wells K, Sherbourne C, Schoenbaum M et al. Five-year impact of quality improvement for depression - Results of a group-level randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (4): 378-386.
- Wells K, Sherbourne C, Duan N et al. Quality improvement for depression in primary care: Do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1149-57.
- Wells KB, Schoenbaum M, Duan N et al. Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1269-1278.
- Wilkinson G, Allen P, Marshall E. The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. *Psychol Med* 1993; 23: 229-237.
- Williams JW, Katon W, Lin EHB et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 2004; 140: 1015-1024.
- Williams JW, Gerrity M, Holsinger T et al. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 91-116.
- Worrall G, Angel J, Chaulk P et al. Effectiveness of an educational strategy to improve family physicians' detection and management of depression: a randomized controlled trial. *CMAJ* 1999; 161: 37-40.

- Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B et al. Impact of shared mental health care in the general population on subjects' perceptions of mental health care and on mental health status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:113-120.