

Shared care mellem almen praksis og psykiatri

Morten Birket-Smith

Merete Lundsteen

Lene Eplov

Overlæge dr. med. Morten Birket-Smith

Liaisonpsykiatrisk Enhed, Psykiatrisk Center Bispebjerg

Merete Lundsteen

Speciallæge i almen medicin

Overlæge ph.d. Lene Falgaard Epløv

Projektenehed for psykiatrisk rehabilitering, Psykiatrisk Center Ballerup

Shared care mellem almen praksis og psykiatrien for depression er velundersøgt, herunder effektivitet og økonomi. Inden resultaterne heraf gennemgås, bør enkelte forhold ved depression og behandling heraf fremhæves. En depression bliver sværere at behandle, jo længere tid den er ubehandlet (Keller et al 1992). Således vil mere end 50 % kunne komme i fuld remission (recovery), hvis der behandles inden 6 måneder, mens sandsynligheden falder drastisk til 16 %, hvis der går op til et år, og blot 1 % hvis der samlet er gået 5 år med ubehandlet depression. For hver depression øges risikoen for at få én til fra mindre end 2 (Odds Ratio) efter én depression til mere end 6 efter adskillige (Kendler et al 2000). Ved optimal behandling kan remission opnås efter 12 til 18 uger (Karp et al 2005), og først herefter opnås normal funktion og arbejdsevne (Miller et al 1998). Ved behandling til remission vil kun 18 % få tilbagefald inden for to år, mens 65 % vil få tilbagefald ved manglende remission (Pintor et al 2003). For angstlidelser og somatoforme tilstande foreligger der færre undersøgelser, men de tilgængelige undersøgelser viser samme tendens som for depression.

Det gælder om at være proaktiv med behandling, sikre at behandlingen er effektiv og monitorere til der er opnået remission.

Collaborative care

En systematisk litteraturgennemgang viser, at der foreligger et stort antal randomiserede undersøgelser af shared care og depressionsbehandling, en del vedrørende behandling af angstlidelser og færre om behandling af somatoforme tilstande. Der har været afprøvet mange modeller, fra en enkelt undervisningssession til omfattende modeller med manualer, undervisning af både læger og patienter, supervision ved psykiater samt sygeplejersker eller ”counsellors” med psykiatrisk uddannelse, ansat i almen praksis.

Samlet er det vist, at den mest effektive shared care model er ”collaborative care”, en relativt kostbar model, der omfatter en række af de nævnte interventioner. Uden væsentligt at miste effektivitet, kan i stedet anvendes ”stepped care”, hvor man giver flertallet af patienterne en mindre omfattende, men effektiv behandling og reserverer det mere komplekse tilbud til de, der har størst behov. De fleste undersøgelser sammenligner shared care, ofte collaborative care, med vanlig

behandling i almen praksis. Undersøgelserne har primært været udført for at finde den mest effektive behandlingsmodel, men der er ofte også udført økonomiske analyser.

Den mest effektive model for shared care er collaborative care.

Effektivitet og økonomi

Et hyppigt anvendt mål for effekten af shared care for psykiske lidelser er antallet af “ekstra sygdomsfri dage” som den forbedrede behandling giver i forhold til almindelig behandling (tabel 1). I litteraturen er fundet 10 undersøgelser af shared care for depression, hvor dette opgøres. I gennemsnit opnås 36 (13,9 – 58) ekstra depressionsfri dage om året. Udgiften per symptomfri dag er udregnet både for depression og angstlidelser, og er i gennemsnit 38,5 US\$ per depressionsfri dag, og 6,2 US\$ per angstfri dag (tabel 1). I en undersøgelse af 1356 depressive patienter blev det beregnet at selve behandlingen kunne koste 454 US\$ over 12 måneder, men på grund af mindre behov for anden behandling kan man opnå besparelse på de totale sundhedsudgifter (£280, £367 og \$325) ved collaborative care.

Samlet har Collaborative care vist sig mest effektiv og kan give 36 flere dage om året uden depression for en behandlingsudgift på omkring 200 kr. per depressionsfri dag. Tilsvarende er Collaborative care den mest effektive model for behandling af angstlidelser i almen praksis. Behandlingen er ofte billigere end for depression og kan give et mindreforbrug af sundhedsudgifter, der langt overstiger udgifterne.

Arbejde og sygefravær

Forbedringen i arbejdsevne ved collaborative care for depression er undersøgt, men der synes ikke at være konsensus om måden at præsentere resultaterne på (tabel 1 - 4). To undersøgelser angav at 19 % og 5 % flere kom i ordinært arbejde inden for 12 hhv. 6 måneder, mens en anden undersøgelse viste at 24,6 % fik arbejde inden for 4 måneder. Andre har beskrevet at 5 % flere forblev i arbejde, havde 22,8 % færre sygedage og var 19,5 flere dage i arbejde over 2 år. De der fik shared care var 6,1 % mere produktive og andre viste at mellem 53 % og 75 % opnåede sufficient arbejdsevne. Fuldtidsansatte kostede 1982 US\$ mindre om året i sundhedsudgifter end ved vanlig behandling.

Ved angstlidelser er collaborative care også mest effektiv. Op mod 15 % flere beholder arbejdet, der arbejdes flere timer om ugen og der ses mindre sygefravær end ved almindelig behandling.

Ved collaborative care kan opnås lavere sygefravær, 10 % til 20 % flere i arbejde samt øget produktivitet.

Førtidspension og psykiske lidelser

I 2008 fik godt 7.500 med psykisk sygdom tilkendt førtidspension, hvilket var en stigning på 60 % fra 2001 til 2008. Heraf havde 90 % en ikke-psykotisk lidelse og 16 % var under 30 år gamle (Birket-Smith & Eplov 2007).

Grundlaget for førtidspension for psykisk lidelse er ikke altid til stede. I en rapport fra Ankestyrelsen (2007) fandtes i 50 sager, at 30 % havde utilstrækkeligt grundlag, heraf 4 % med helt utilstrækkeligt grundlag, 14 % uden dokumentation for psykisk lidelse og 16 % med fortsat behandlingsmuligheder. Blandt 101 ansøgere til førtidspension i Schweiz kunne en psykisk lidelse, der kunne påvirke arbejdsevnen kun påvises hos 83 %, og kun 64 % heraf modtog relevant psykiatrisk behandling (Apfel & Riecher-Rössler 2005). I en senere undersøgelse havde 73 % en psykisk lidelse, der kunne give funktionsnedsættelse, og kun 37 % fik behandling i adækvate doser målt ved serumkoncentration (Apfel & Riecher-Rössler 2008). Mere end 50 % af personer, der ansøgte om førtidspension for psykisk lidelse, var hverken ordentlig diagnosticerede eller havde modtaget tilstrækkelig behandling (Lang & Hellweg 2006).

I befolkningsundersøgelser i både ind- og udland er der påvist en øget dødelighed af både kvinder og mænd efter pensionstildeling end et tilsvarende udsnit af befolkningen. Overdødeligheden bestod selv efter der var taget højde for socioøkonomiske forhold, den pensionsgivende lidelse, og var især udpræget blandt de, der tidligt fik pension (Olsen & Jeune 1980, Quaade et al 2002, Wallman et al 2006). En svensk undersøgelse viste blandt 215 mænd, der havde fået tildelt førtidspension i 1986, et mere end 7 gange større forbrug af ydelser i primærsektoren samt 2–3 gange flere hospitalsindlæggelser end normalbefolkningen. Der var sket en yderligere forringelse af helbredstilstanden efter pensionstildeling end svarende til den pensionsgivende lidelse (Wallman et al 2004).

Grundlaget for førtidspension for psykiske lidelser er ikke sjældent mangelfuldt. Helbredet kan forværres efter pension uafhængigt af den pensionsgivende sygdom.

Shared care modeller

Kendetegnet ved shared care er at behandlingen foregår i almen praksis af personale, der er tilknyttet almen praksis. Det vil først og fremmest være den alment praktiserende læge, men i højeste grad også praksissygeplejersker eller andre, der er ansat i eller tilknyttet almen praksis. Dette personale har et vedvarende samarbejde med sygeplejersker og læger i psykiatrien, der primært står for uddannelsen, og senere løbende tilbyder rådgivning, konferencer mv. Omfanget og ressourceforbrug vil afhænge af projektets omfang. Der skal ydes en større indsats fra psykiatrien i en introduktionsperiode, hvorefter en mere begrænset indsats fra speciallæger i psykiatri skal bistå med rådgivning, deltagelse i konferencer, mv. Supervision vil kunne varetages af psykiatrisk sygeplejerske eller psykolog.

Adskillige modeller for shared care er gennemprøvet, men kun enkelte er vist at være effektive (tabel 1 - 4):

Undervisningsprogrammer

Praktiserende læger tilbydes et eller flere kurser for at øge diagnosticering og behandling af psykiske lidelser i almen praksis.

- Der foreligger ingen evidens for effekt, hvis disse programmer står alene og ikke er en del af et mere omfattende tilbud. Er ofte en del af andre modeller

Kliniske retningslinjer

Der udformes retningslinjer i diagnosticering og behandling.

- Der foreligger ingen evidens for effekt af disse programmer, hvis de står alene og ikke er en del af et mere omfattende tilbud. Er ofte en del af andre modeller.

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, mulighed for henvisning til ”second opinion”, mens behandlingsansvaret forbliver i almen praksis.

- Der er evidens for en bedre effekt for patienter, der henvises til liaisonpsykiatrien og her modtager specialistbehandling, mens der ikke er tilstrækkelige mange undersøgelser til at dokumentere en vedvarende effekt efter behandlingsophør eller af den behandling, der gives i almen praksis under supervision af liaison psykiatri

Case 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 af den praktiserende læge iværksatte behandling.

- Der er evidens for bedre effekt ved case management ved 6 og 12 måneders efterundersøgelse.

Quality improvement

Et behandlingstilbud der omfatter øget diagnosticering ved screening og feedback, uddannelse af personale i almen praksis, telefonkontakt og korrespondance med patienterne, case management ved sygeplejersker samt øget integration med specialistfunktioner

- Der er evidens for bedre effekt af kvalitetssikring ved 6 og 12 måneders efterundersøgelse, mens der ses aftagende effekt efter 24 måneder.

Collaborative care

I collaborative care opfattes depression som en kronisk lidelse, hvorfor indsatsen indeholder en række interventioner, herunder retningslinjer, behandlingsalgoritmer, uddannelse af personale, aktiv opfølgning, case management, psykoedukation eller korttidsterapi samt mulighed for fælleskonsultation med specialist mv.

- Der foreligger flere undersøgelser af høj kvalitet, og samlet er der evidens for bedre behandlingsdeltagelse og -effekt ved 12 måneders efterundersøgelse.

Stepped care

Stepped care er en variation af collaborative care, hvor interventionen optrappes efter behov. 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.

- Der er evidens for bedre effekt ved stepped care ved 6 måneders efterundersøgelse.

Konklusion

Det fremgår af ovenstående, at korterevarende interventioner ikke medfører øget behandlingseffekt samt at en række interventioner synes at have en tidsbegrænset effekt. Flere muligheder kan overvejes, men collaborative care synes at være den mest effektive model (tabel 1 - 4). I en periode med begrænset lægekapacitet, kunne stepped care være en effektiv og rationel model.

Interventionerne skal i begge tilfælde være differentierede; for patienterne indeholde information, undervisning, psykoedukation, monitorering af medicin, rådgivning og mulighed for psykoterapi. For det behandelende personale bør et udvalg af følgende være etableret: information, retningslinjer, behandlingsprotokol, undervisning, supervision, konferencer, akut rådgivning, henvisning til specialist.

For angsttilstande og depression er der tilstrækkelig evidens til uden yderligere forskning at indføre collaborative care, men der bør dog udføres projekter for at belyse om collaborative care under danske forhold har lignende effekt som ved de udenlandske undersøgelser. En tilsvarende evidens foreligger ikke for de øvrige ikke-psykotiske tilstande, hvorfor der for disse tilstande bør iværksættes forskningsprojekter for at finde modeller for optimal behandling.

Litteratur

Ankestyrelsens praksisundersøgelser. Førtdispension til personer med en psykisk lidelse. Ankestyrelsen 2007.

Apfel T, Riecher-Rössler A. [Do psychiatric patients receive disability pension before adequate diagnostics and treatment? Evaluation of 101 psychiatric expertises done on behalf of Swiss Invalidity Insurance and the Psychiatric Outpatient Department Basel in 2002]. *Psychiatr Prax.* 2005;32:172-6.

Apfel T, Riecher-Rössler A. Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension – a challenge for all of us. *Swiss med weekly* 2008;138:348-354

Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am J Psychiatry* 2003;160:2080-2090

Birket-Smith M, Epløv LF. Psykiske lidelser og førtdispension. Socialministeriet 2007

Dickinson LM, Rost K, Nutting PA, Elliott CE, Keeley RD, Pincus H. 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.

Druss BG, Rohrbaugh RM, Levinson CM, Rosenbeck RA. Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: A randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58: 861-868.

Friedli K, King MB, Lloyd M. 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.

Gournay K & Brooking J. The community psychiatric nurse in primary care: an economic analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1995;22:769-778.

Karp JF, Scott J, Houck P, et al. Pain predicts longer time to remission during treatment of recurrent depression. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:591-597.

Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56:1109-15.

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 WJ, Roy-Byrne P, Russo J, Cowley D. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59:1098-104.

Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, Ludman E, Walker E. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2002;17:741-8.

Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J Jr, Hunkeler E, Harpole L, Zhou XH, Langston C, Unutzer J. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1313-20.

- Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan MY, Roy-Byrne P. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med.* 2006;36:353-63
- 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;49:809-816.
- Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1243-1251.
- Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Järvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity. *J Aff Disorders* 2008;107:95-106
- Kolbasovsky A, Reich L, Futterman R, Meyerkopf N. Reducing the number of emergency department visits and costs associated with anxiety: a randomized controlled study. *Am J Manag Care.* 2007;13:95-102.
- Lang UE, Hellweg R. Prevalence and role of psychiatric disorders in disability. *Versicherungsmedizin* 2006;58:164-9.
- Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55:645-51.
- Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr. Serv.* 2003;54:698– 704.
- Marks I. Controlled trial of psychiatric nurse therapists in primary care. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1985;290:1181-4.
- McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, Ilson S, Gray JA, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B, Tylee A. Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2004;185:55-62.
- Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occup Environ Med* 2003;60:3-9
- Miller IW, Keitner GI, Schatzberg AF, et al. The treatment of chronic depression, part 3: psychosocial functioning before and after treatment with sertraline or imipramine. *J Clin Psychiatry* 1998;59:608-619.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care.* 2004;42:1211-21.
- Nieuwenhuijsen K, Bültman U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven AC, Verbeek JH, Fritz-Cornelis CM. Interventions to improve occupational health in depressed people (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 1.
- Olsen J, Jeune B. The mortality experience of early old-age and disability pensioners from unskilled- and semiskilled labour groups in Fredericia. *Scand J Soc Med Suppl.* 1980;16:50-2.
- Pintor L, Gasto C, Navarro V, Torres X, Fananas L. Relapse of major depression after complete and partial remission during a 2-year follow-up. *J Affect Disord.* 2003;73:237-244.

Poersch M. [Return to work therapy in mentally ill employees: experiences with case management activities by private insurers.] *Versicherungsmedizin* 2006;58:174-80.

Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, Tylee A, Marks I, Gray JA. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185:46-54.

Pyne, J.M., Smith, J., Fortney, J., Zhang, M., Williams, D.K., Rost, K., 2003. Cost-effectiveness of a primary care intervention for depressed females. *J Affect Disorder* 2003;4:23–32.

Quaade T, Engholm G, Johansen AM, Møller H. Mortality in relation to early retirement in Denmark: a population-based study. *Scand J Public Health*. 2002;30:216-22.

Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, Houck PR, Zhu F, Gardner W, Reynolds CFIII, Schulberg HC, Shear M K. A Randomized Trial to Improve the Quality of Treatment for Panic and Generalized Anxiety Disorders in Primary Care. *Archives General Psychiatry*. 2005;62: 1332-1341.

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, Smith JL, Dickinson LM. The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity. A randomized trial. *Med Care* 2004;42:1202–10.

Rost K, Pyne JM, Dickinson LM, LoSasso AT. Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis. *Ann Fam Med* 2005;3:7–14

Roy-Byrne PP, Katon W, Cowley DS, Russo J. A randomized effectiveness trial of collaborative care for patients with panic disorder in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:869-76.

Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, Golinelli D, Sherbourne CD. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:290-8.

Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney MF, Wells K. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:1325– 1330.

Schoenbaum M, Unutzer J, McCagrey D, Duan N, Sherbourne C, Wells KB. The effects of primary care depression treatment on patients' clinical status and employment. *Health Serv Res*. 2002;37:1145-1158

Simon G, Manning W, Katzelnick D, Pearson S, Henk H, Helstad C. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:181–187.

Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC: Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314:1407–13.

Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, Grol R. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry*. 2008 ;53:277-93.

Von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EH, Simon GE, Saunders K, Ludman E, Walker E, Unutzer J. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med.* 1998;60:143-9.

Wallman T, Burel G, Kullman S, Svardsudd K. Health care utilisation before and after retirement due to illness. A 13-year population-based follow-up study of prematurely retired men and referents from the general population. *Scand J Prim Health Care.* 2004;22:95-100.

Wallman T, Wedel H, Johansson S, Rosengren A, Eriksson H, Welin L, Svardsudd K. The prognosis for individuals on disability retirement. An 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. *BMC Public Health.* 2006;6:103

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.

Williams, JW; Gerrity, M; Holsinger, T; Dobscha, S; Gaynes, B; Dietrich, A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *General Hospital Psychiatry* 2007;29:91-116.

Tabel 1. Shared care, effektivitet og økonomi ved depression

DEPRESSION	år	antal patienter	follow /up måneder	metode	antal ekstra dage i arbejde	antal ekstra dage fri for symptom, udgift per symptomfri dag	besparelse QALYs = quality-adjusted life years (kvalitetsjusterede leveår)
Neumayer-Gromen et al	2004	review	10 RCT	disease management	-	-	QALY: 9.051 \$ – 49.500 \$
Williams et al	2007	review	28 RCT		-	-	Totale sundhedsudgifter: fra ingen ekstra udgift til: 83 \$ per 6 mdr. og 454 \$ per 24 mdr. Totale sundhedsudgifter: NS Effect Size -1.03 (-2,62 – 0,54)
Badamgarav et al	2003	review 1148		3 undersøgelser vedrørende sundhedsøkonomi	-	-	
Katon et al	2005	1801	24		-	107 depressionsfri dage per 2 år	yderligere udgift per depressionsfri dag: 2.75 \$ (CI - 4,95 – 10,47)
Katon et al	2002	349	12	collaborative care	-		Totale sundhedsudgifter: collaborative care: 9192 \$ control: 9799 \$
Druss et al	2001	120		integrated care	-	-	ingen effekt på symptomer, function eller udgift
Friedli et al	2000	136	9	counsellors	-	-	counsellors: under behandling 162,09 £ per 3 måneder. Derefter -87,00 £/6 mths
Gournay et al	1995	95	6	CPN (psykiatrisk sygeplejerske)	-	-	total besparelse 193 £ per 6 måneder
Liu et al	2003	354	9	collaborative care	-	50,4 depressionsfri dage per 1 år 216 chilenian pesos pr depFD	-

Pyne et al	2003		12	collaborative care	-	13,9 depressionsfri dage per 1 år 24 depressionsfri dage per behandling 14 \$ per depressionsfri dag i sundhedsudgifter	CE ratio 15.463 \$ per QALY CE ratio mindre end for andre behandlinger af lignende tilstande
Wells et al, Schoenbaum et al	2000 2001	1356	12	Quality Improvement: QI-medicin or QI-psykoterapi	5 % flere bevarede arbejde (12 måneder) 5 % flere fik arbejde (6 måneder) 19.5 flere arbejdsdage (24 måneder)	-	Ugift: 454 \$ for 2 års behandling
Simon et al	2001	407	12	telefon psykoterapi og case management	-	47.4 depressionsfri dage per år 52 \$ per depressionsfri dag	-
Katon et al Von Korff et al	1998	370		Collaborative Care: psykiater eller psykolog	-	-	Cost effectiveness per år: moderat/svær depression: psykiatri: 1797 \$ versus 1941 \$ psykologi: 1679 \$ versus 2170 \$ lettere depression: begge behandling dyrere
Dickinson et al	2005	200	24	Case manager	-	-	psykiske klager: totale sundhedsudgifter: 3020 \$ versus 4000 \$ per år
Rost et al	2004	326	24	Enhanced care	22.8 % færre sygedage 6.1 % mere produktive	-	1982 \$ mindre per år for fuldtidsansatte
Rost et al	2005	211	24	Enhanced care	-	29.7 depressionsfri dage per år	350 \$ mere for 2 års behandling
Katon et al	1999	228	6	-	-	15.8 depressionsfri dage per år	-

Katon et al	2001	386	6	-	-	13.4 depressionsfri dage per år	-
Lave et al	1998	276	12	-	-	58 depressionsfri dage per år, 49 \$ per depressionsfri dag	-
Schoenbaum et al	2002	938	6	adækvat behandling (mest Quality Improvement)	72 % versus 53 % i ordinært arbejde efter 6 måneder	-	-

Tabel 2. Shared care, effektivitet og økonomi ved angsttilstande

ANGST	år	antal patienter	follow /up mdr	metode	antal ekstra dage i arbejde	antal ekstra dage fri for symptom, udgift per symptomfri dag	besparelse QALYs = quality-adjusted life years (kvalitetsjusterede leveår)
Smolders et al	2008	6 RCT	div	videnoverførelse & forbedret ambulans behandling	-	-	4 studier var cost-effektive 2 studier var ikke cost-effektive Collaborative care bedst
Kolbasovsky	2007	607	6	Stepped care	-	-	skadestuebesøg: 7.92 \$ mindre per patient/måned
Roy-Byrne et al Katon et al	2005 2006	232	9	Collaborative care	-	4 \$ mindre per angstfri dag	udgift per QALY svarende til behandling med statiner eller for hypertension
Roy-Byrne et al Katon et al	2001 2002	115	12	Collaborative care	-	4 \$ mindre per angstfri dag	Totale sundhedsudgifter per år: 325 \$ mindre for collaborative care
Rollman et al	2005	191	12	Collaborative care per telefon	94% versus 79% bevarede arbejde 5,7 flere arbejdstimer per uge 40.5 versus 31.7 arbejdstimer per uge sygedage: 4.8 versus 0.3 færre	-	-
Marks	1985	139	12	Psykotterapi ved sygeplejerske	NS	-	Totale sundhedsudgifter per år: 574£ ved intervention versus 854£ ved kontrol Samfundsgevinst > udgift
Proudfoot et al McCrone et al	2004 2004	167	6	Computer terapi med bistand ved sygeplejerske	tabt arbejdsindkomst: 407£ mindre	-	Behandlingsudgift: 40£ højere Totale udgifter per 6 måneder: 367£ mindre (123-586)

Tabel 3. Shared care, effektivitet og økonomi ved somatoforme tilstande

SOMATOFOR M	år	antal pt	follow /up måneder	metode	antal ekstra dage i arbejde	antal ekstra dage fri for symptom, udgift per symptomfri dag	besparelse QALYs = quality-adjusted life years (kvalitetsjusterede leveår)
Rost et al	1994	73	12	brev til egen læge	-	-	466 \$ mindre i forbrug af sundhedsydelser per år
Smith et al	1986	38	38	Liaison	-	-	sundhedsudgifter reduceret 49-53 % besparelse: 289 \$ per år (33 %)

Tabel 4. TTA projekter og psykiatri

TTA	år	antal patienter	follow/up måneder	metode	resultater
Knekt et al	2007	326	36	3 typer psykoterapi	53-75 % opnåede sufficient arbejdsvne
Poersch	2006			ikke randomiseret undersøgelse	24.6 % fik job i løbet af 16 uger
Michie & Williams	2009	review 76, 26, 26	3 RCT	TTA 1), 2) stress management 3) problemløsning, social støtte	25 versus 40 uger sygefravær under tidligere periode 28,2 % versus 6,4 % mindre sygefravær i efterfølgende 6 måneder
Nieuwenhuijsen et al	2009	Review 2556	11 RCT intet f/up		NS