

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2022;184:V10210814

# Collaborative care ved angst og depression

Lene Falgaard Epløv<sup>1</sup>, Nadja Kehler Curth<sup>1</sup>, Nicole Rosenberg<sup>2</sup> & Merete Nordentoft<sup>1</sup>

1) CORE – Copenhagen Research Center for Mental Health, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Psykoterapeutisk Klinik, Københavns Universitetshospital – Psykiatrisk Center København

Ugeskr Læger 2022;184:V10210814

### HOVEDBUDSKABER

- Der er behov for at optimere behandlingen af mennesker med depression og angst i almen praksis.
- Collaborative care er en evidensbaseret model. I Danmark har en sådan model vist lovende resultater.
- En igangværende sundhedsøkonomisk evaluering vil vise omkostningerne ved implementering.

De fleste mennesker med angst og depression bliver behandlet i almen praksis [1]. For at optimere behandlingen af denne målgruppe i almen praksis er der udviklet tre kvalitetsforbedrende modeller: undervisning af praktiserende læger, konsultations-liaison og collaborative care. Man har ikke kunnet påvise overbevisende effekt af undervisning eller konsultations-liaison, men der er fundet effekt ved collaborative care (CC) [2, 3]. CC er en organisatorisk model, der kræver samarbejde mellem den praktiserende læge og psykiatrien. CC er udviklet i USA af *Katon et al* med baggrund i »The Chronic Care Model« [4, 5]. Modellen er siden blevet afprøvet ud fra forskellige definitioner og i forskellige udformninger [6]. Der er efterhånden konsensus om, at CC omfatter nedenstående elementer [3, 7], hvorved CC opfylder kriterierne for en kompleks intervention [8]: 1) en multiprofessionel tilgang med involvering af den praktiserende læge og minimum én anden fagperson i behandlingen af patienterne, 2) en struktureret behandlingsplan, der udarbejdes med udgangspunkt i evidensbaserede guidelines eller manualer, 3) struktureret opfølgning for at undersøge patientens fremskridt, 4) forstærket kommunikation mellem de involverede fagpersoner, som f.eks. patientspecifik feedback og supervision ved specialist. Desuden er et gennemgående element i CC ansættelse af en caremanager, f.eks. en sygeplejerske, der hjælper den praktiserende læge. I et systematisk review er der fundet belæg for, at dette øger kvaliteten af behandlingen af patienter med depression i almen praksis [9].

Herudover er der i tre andre review set på, hvilke modelementer der er forbundet med effekt af collaborative care for depression. Det blev påvist, at systematisk opsporing af patienter, f.eks. ved brug af screeningsinstrumenter [10, 11], psykoterapi [11], regelmæssig/planlagt supervision af caremanager ved psykiatrisk specialist [10, 11, 12] og at caremanageren har psykiatrisk erfaring [10, 12], prædikerer forbedring i effektmål for depression.

### FORSKNING I COLLABORATIVE CARE

#### Effekten af collaborative care

Effekten af CC på både depression og angst blev undersøgt i et Cochranereview fra 2012 [3]. Resultaterne viste en større effekt af CC end af standardbehandling med hensyn til depressionssymptomer hos patienter med

depression: Ved 0-6 mdr. var standardiseret gennemsnitlig forskel (SMD)  $-0,34$ , ved 7-12 mdr. var SMD  $-0,28$  og ved 13-24 mdr. var SMD  $-0,35$ . Hos patienter med angst fandt man tilsvarende en større effekt mht. angstsymptomer ved CC sammenlignet med standardbehandling: ved 0-6 mdr. var SMD  $-0,30$ , ved 7-12 mdr. var SMD  $-0,33$  og ved 13-24 mdr. var SMD  $-0,20$ . Reviewet omfattede i alt 79 randomiserede kontrollerede studier, hvoraf størstedelen omhandlede depression (94%) og var udført i USA (76%). Et review med metaanalyse fra 2014 på europæiske studier [13] viste, at CC er en mere effektiv intervention end standardbehandling for mennesker med depression: ved 3 mdr. var SMD  $0,19$ , ved 4-11 mdr. var SMD  $0,24$ , og ved  $\geq 12$  mdr. var SMD  $-0,21$ .

Størstedelen af de inkluderede studier var fra England og Holland, og der var ingen studier fra skandinaviske lande. Der er, foruden de danske Collabri-studier (se senere), kun et studie fra Skandinavien – et svensk cluster-RCT vedrørende depression [14]. Her fandt man en større reduktion i depressive symptomer i interventionsgruppen på et af de to primære effektmål (på Montgomery-Asberg Depression Score-Self var den gennemsnitlige depressionsscore  $2,17$  lavere ( $p = 0,009$ ) ved 3 mdr. og  $2,27$  lavere ( $p = 0,008$ ) ved 6 mdr. På Beck Depression Inventory-II var den gennemsnitlige depressionsscore  $0,44$  lavere ( $p = 0,67$ ) ved 3 mdr. og  $1,96$  lavere ( $p = 0,07$ ) ved 6 mdr.). Efter Cochranereviewet har et enkelt review fra 2016 syntetiseret den sparsomme litteratur om effekten af CC for angst [15]. Forfatterne medtog i alt syv studier og fandt en SMD på  $0,35$  for angst samlet set og en SMD på  $0,59$  i en subgruppeanalyse for panikangst.

Der er også viden om CC's effekt på andre mål end symptomer. I Cochranereviewet fandt man effekt på sekundære effektmål, herunder bl.a. en positiv effekt på medicinforbrug, livskvalitet og patienttilfredshed [3]. I et review med metaanalyse fra 2016 [16] fandt man, at CC forbedrede funktionsevnen hos voksne med depression målt på seks forskellige bedømmelsesskalaer ( $\leq 6$  mdr.: SMD =  $0,23$ .  $\geq 7$  mdr.: SMD =  $0,19$ ). Hos mennesker, der ud over depression også havde en kronisk fysisk sygdom, fandt man i et review fra 2017 [17], at CC var forbundet med større effekt end standardbehandling, når man så på den samlede sygdomsbyrde (SMD =  $0,27$ ), effektmål for den fysiske tilstand (SMD =  $0,21$ ) og depression (SMD =  $0,35$ ) hver for sig. Dette var især tilfældet for patienter med hypertension, hiv, KOL, kræft, arthritis og akut koronart syndrom.

## Forskning i patientperspektivet

I et Cochranereview fandt man, på tværs af mere end 30 studier, at patienter i et CC-forløb for depression og angst var mere tilfredse, end patienter, som modtog standardbehandling [3]. Ligeledes har man i et systematisk review med metaanalyse undersøgt patienternes oplevelse af CC ved behandling for depression. Resultaterne viste en større tilfredshed med behandling i interventionsgruppen [18].

## Sundhedsøkonomisk vurdering

I et review fra 2015 [19], der inkluderede 19 studier, fandt man, at otte af studierne estimerede omkostninger i et samfundsmæssigt perspektiv, mens 11 studier var afgrænset til omkostninger i sundhedssektoren. I de 11 studier, hvor quality adjusted life years (QALYs) blev målt, varierede omkostningseffektiviteten af CC målt som omkostninger pr. vundet QALY fra dominans, dvs. billigere og bedre til  $153.299$  USD (2012-priser) pr. vundet QALY set fra et sundhedssektorperspektiv og fra dominans til  $874.562$  USD (2012-priser) pr. vundet QALY set fra et samfundsmæssigt perspektiv. Forfatterne efterlyste imidlertid større studier på området med en tidshorisont på minimum et år set i et samfundsmæssigt perspektiv medregnende indirekte omkostninger.

## Viden om implementering

I et review fra 2016 undersøgte *Overbeck et al* [20], hvilke faktorer der virkede hhv. fremmende og hæmmende for implementeringen af CC for angst og depression. Forfatterne inkluderede 17 studier og konkluderede, at man bl.a. skulle være opmærksom på følgende ved implementering af CC: effektive uddannelsesprogrammer, specielt til caremanager, forhold i forbindelse med refusion til praktiserende læge, gode it-systemer med henblik

på kommunikation og monitorering og at fremme face to face-interaktion mellem caremanager og den praktiserende læge, optimalt ved samlokation. Der er herudover gennemført et review fra 2017, der ligeledes identificerede fremmende og hæmmende faktorer for implementering af CC for depression [21]. Her fandt man følgende fremmende og hæmmende faktorer for implementering, som ikke allerede var identificeret af *Overbeck et al* [20]. Fremmende elementer var stærkt lederskab, positive holdninger til indsatsen blandt de professionelle, strukturerede behandlingsplaner lavet ud fra materiale af høj kvalitet, regelmæssig supervision af caremanagere samt regelmæssig og planlagt patientopfølgning med én, der er ansvarlig herfor. Forfatterne fandt bl.a., at de involverede professionelles negative holdninger til modellen var en potentiel barriere for implementeringen, ligesom manglende finansiering af indsatsen efter forskningsperioden blev identificeret som en barriere for vedligeholdelse af indsatsen.

## STATUS I DANMARK

I 2004 udgav en arbejdsgruppe under Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Almen Medicin rapporten »Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter« [22]. En af konklusionerne var, at man skulle satse på shared care og andre samarbejdsformer mellem almen praksis og psykiatrien. Forfatterne til et senere dansk litteraturstudie vedrørende shared care-interventioner fra 2009 fremhævede, at der internationalt var evidens for CC ved angst og depression, og anbefalede, at der blev iværksat en stor multicenter-, randomiseret undersøgelse af CC i dansk almen praksis for patienter med angst og depression med følgende indhold af CC: a) casemanagement, b) patientkursus, c) medicinsk og psykoterapeutisk behandling med vægt på patientens ønsker og d) supervision og undervisning af caremanager og praktiserende læge ved psykiater [6].

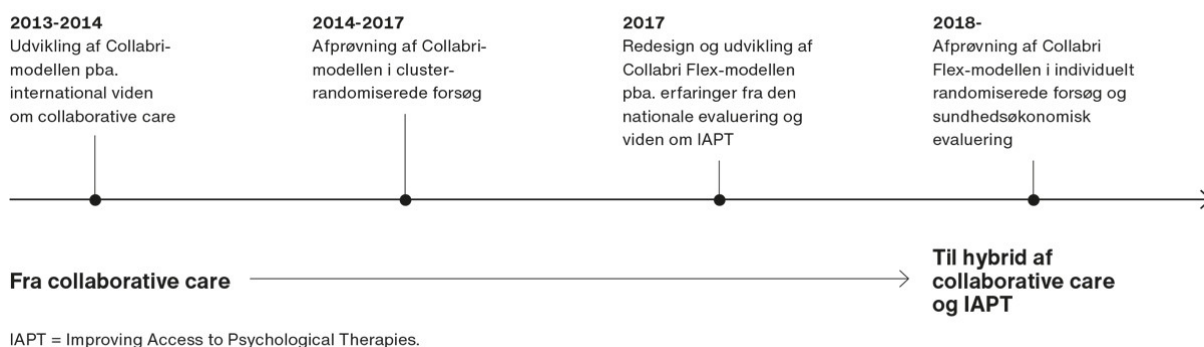
Anbefalingen om at gennemføre et randomiseret forsøg på trods af den eksisterende evidens blev fremsat, fordi CC er en organisatorisk model, og derfor kan man ikke direkte overføre denne viden til danske forhold. Efterfølgende afsatte Sundhedsministeriet med Satspuljen 2012-2015 en ansøgningspulje på 100 mio. kr. i perioden 2012-2015 til støtte af initiativer, som styrker samarbejdet mellem behandlingspsykiatrien og praksissektoren om behandling af patienter med f.eks. ikkepsykotiske lidelser inden for rammerne af shared care. Midlerne ville efter projektfasen på fire år blive tilført regionerne som en permanent bevilling med henblik på fastholdelse af indsatsen. Regionerne blev enige om fælles kriterier for CC, så der kunne gennemføres en samlet national evaluering af indsatserne i de fem regioner.

Evalueringen blev planlagt gennemført som en medicinsk teknologisk vurdering med følgende delprojekter: 1) teknologisk (effekt)evaluering, 2) organisatorisk evaluering, 3) sundhedsøkonomisk evaluering og 4) patientoplevet evaluering. Delprojekt 1 blev i første omgang planlagt gennemført som et cluster-RCT, kaldet Collabri, men det var ikke muligt at gennemføre dette studie, da lægerne, som blev randomiseret til kontrolgruppe, henviste meget få patienter [23]. Derfor blev der igangsat et nyt individuelt randomiseret forsøg kaldet Collabri Flex [24]. Delprojekterne 2-4 blev afsluttet i 2018 med en national evalueringsrapport, der konkluderede, at modellerne for CC var implementerbare i Danmark, fordi de gav mening for fagpersonerne, og at patienterne udtrykte tilfredshed [25]. Der var sundhedsøkonomiske meromkostninger på kortere sigt, men det blev konkluderet, at der var behov for en sundhedsøkonomisk evaluering baseret på data fra et randomiseret forsøg og en længere opfølgingsperiode, for at undersøge om der er gevinster på sundhedsydelse og beskæftigelsesområdet på længere sigt [26]. Derfor blev Collabri Flex-forsøget suppleret med en sundhedsøkonomisk evaluering.

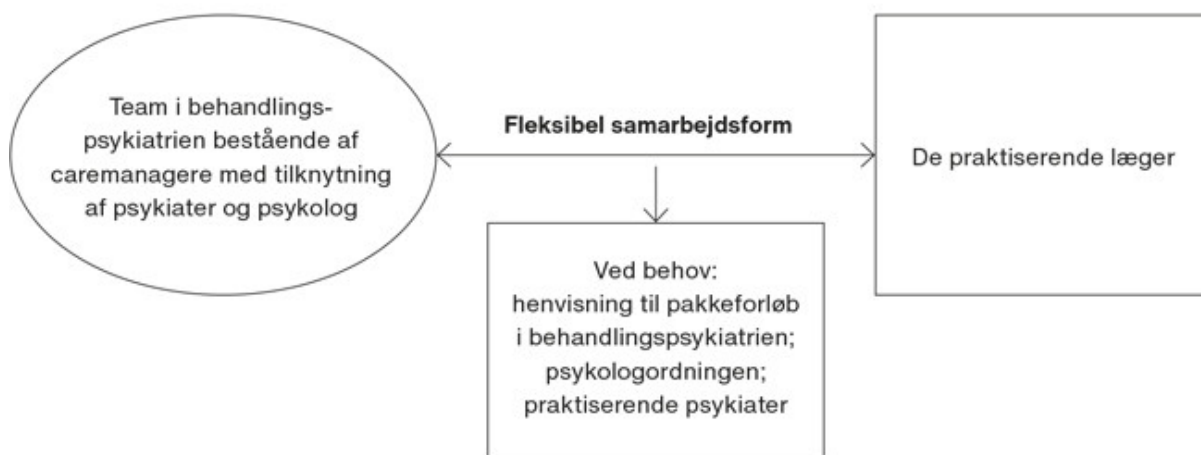
Fordi det var nødvendigt at gennemføre et nyt randomiseret forsøg, blev det muligt at benytte de indhentede erfaringer fra delprojekt 2-4 og videreudvikle CC-modellen (**Figur 1**). I dette arbejde inddrog man også viden fra den engelske model Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) [27], hvorfor det nu er muligt for den

praktiserende læge at vælge, at CC-indsatsen foregår i et team placeret uden for vedkommendes praksis. Collabri Flex er en mere fleksibel model end den første Collabri-model og kan kort organisatorisk skitseres som vist i **Figur 2**. Resultaterne fra seksmånedersopfølgningen i Collabri Flex er lovende. På baggrund af disse resultater har Sundhedsministeriet netop bevilliget midler til et implementeringsstudie.

**FIGUR 1** Udviklingen af Collabri Flex – en dansk collaborative care-model.



**FIGUR 2** Organisering af Collabri Flex-modellen.



## KONKLUSION

Der er behov for at optimere behandlingen af mennesker med depression og angst i almen praksis, og med udgangspunkt i den internationale litteratur på området vurderes CC at være den bedste model til at opnå dette. Siden 2012 har man udviklet og evalueret en dansk model for CC. Med Collabri Flex-modellen er det således lykkedes at udvikle en dansk CC-model, der er lovende for behandlingen af mennesker med depression og angst i almen praksis i Danmark. Den sundhedsøkonomiske evaluering er imidlertid endnu ikke tilendebragt, og et implementeringsstudie er netop iværksat. De samlede resultater vil afgøre, om der skal arbejdes videre med en national implementering.

Korrespondance *Lene Falgaard Epløv*. E-mail: [lene.falgaard.eploev@regionh.dk](mailto:lene.falgaard.eploev@regionh.dk)

Antaget 22. februar 2022

Publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk) 4. april 2022

Ugeskr Læger 2022;184:V10210814

Side 4 af 6

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Referencer** findes i artiklen publiceret på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2022;184:V10210814

## SUMMARY

### Collaborative care in treatment of anxiety and depression

Lene Falgaard Eplov, Nadja Kehler Curth, Nicole Rosenberg & Merete Nordentoft

Ugeskr Læger 2022;184:V10210814

This review summarises the current knowledge of the use of collaborative care (CC) in Denmark. CC is an evidence-based approach to the treatment of depression and anxiety in primary care services. An optimised treatment is needed in Denmark, and a Danish CC model called Collabri, later Collabri Flex, was developed and evaluated in randomised controlled trials. The evaluation in the randomised controlled trials was needed since CC is an organizational model primarily tested in countries outside of Scandinavia. The effect evaluated is promising, but the cost-effectiveness of the model still needs to be established (ongoing study).

## REFERENCER

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Common mental health problems: identification and pathways to care. Clinical guideline [CG123], 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123> (12. jun 2020).
2. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base. *BMJ*. 2005;330(7495):839-42.
3. Archer J, Bower P, Gilbody S et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525.
4. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-44.
5. Katon W. Collaborative depression care models: from development to dissemination. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):550-2.
6. Eplov LF, Lundsteen M, Birket-Smith M. Shared care for ikke-psykotiske sygdomme – anbefalinger på baggrund af en systematisk litteraturundersøgelse. Danske Regioner, 2009.
7. Gunn J, Diggins J, Hegarty K et al. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:88.
8. Skivington K, Matthews L, Simpson SA et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of medical research council guidance. *BMJ*. 2021;374:n2061.
9. 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(23):3145-51.
10. 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;189:484-93.
11. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(9):e108114.
12. 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(21):2314-21.
13. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M et al. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2014;77(4):247-63.
14. Björkelund C, Svenningsson I, Hange D et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):28.
15. Muntingh ADT, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HWJ et al. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2016;17:62.

16. Hudson JL, Bower P, Archer J et al. Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? the application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes. *J Affect Disord.* 2016;189:379-91.
17. Van Eck van der Sluijs JF, Castelijns H, Eijsbroek V et al. Illness burden and physical outcomes associated with collaborative care in patients with comorbid depressive disorder in chronic medical conditions: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018; 50:1-14.
18. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2012;42(5):525-38.
19. Grochtdreis T, Brettschneider C, Wegener A. Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. *PLoS One.* 2015;10(5):e0123078.
20. Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implement Sci.* 2016;11(1):165.
21. Wood E, Ohlsen S, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing collaborative care for depression? *J Affect Disord.* 2017;214:26-43.
22. Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin. Bedre patientforløb for patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, 2004. [https://www.dpsnet.dk/wp-content/uploads/2021/02/2004-11-10-rapport\\_bedreptforlob.pdf](https://www.dpsnet.dk/wp-content/uploads/2021/02/2004-11-10-rapport_bedreptforlob.pdf) (18. okt 2021).
23. Curth NK, Brinck-Claussen UØ, Hjorthøj C et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collabri trials. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):234.
24. Curth NK, Brinck-Claussen U, Jørgensen KB et al. Collaborative care vs consultation liaison for depression and anxiety disorders in general practice: Study protocol for two randomized controlled trials (the Danish Collabri Flex trials). *Trials.* 2019;20(1):607.
25. Eplov LF, Curth NK, Poulsen CH et al. Evaluering af Collaborative Care i Danmark – samlet national evalueringsrapport, 2018. <https://www.psykiatri-regionh.dk/om-hospitalet/udvikling/projektcollabri/Documents/Evaluering%20af%20Collaborative%20Care%20i%20Danmark%20%E2%80%93%20samlet%20national%20evaluering%20rapport.pdf> (18. okt 2021).
26. Bojesen AB, Halling C, Jakobsen M. Sundhedsøkonomisk undersøgelse af collaborative care for angst og depression i Danmark – omkostninger på kort og mellemlang sigt, 2018. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/sundhedsoekonomisk-undersogelse-af-collaborative-care-for-angst-og-depression-i-danmark-10897/> (08. okt 2022).
27. Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annu Rev Clin Psychol.* 2018;14:159-183.