

Samhandling ved behandling av depresjon og angst































JANINE ARCHER ET AL. SYSTEMATISK OVERSIKT. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2012, ISSUE 10. ART. NO.: CD00652

Behandling basert på samhandling er trolig effektivt for personer med angst og depresjon, i følge en ny systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet 2012.

Målet for Samhandlingsreformen er å forbedre helsetjenesten gjennom en bedre samhandling på tvers av nivåene og mellom ulike profesjoner på hvert nivå. Typiske nøkkelementer ved behandling basert på samhandling innen psykisk helse er: 1) integrering av profesjonelle innen psykisk helse inn i primærhelsetjenesten, 2) tett samarbeid mellom ulike fag og profesjoner og 3) fokus på å behandle hele mennesket og involvere familien.

En systematisk oversikt fra Cochrane-samarbeidet oppsummerer tilgjengelig forskning på effekter av samhandling i behandling av personer med depresjon og angst. I oversikten benyttes begrepet "Collaborative Care" om tiltaket som gis, et begrep vi på norsk oversetter til samhandling eller tverrfaglig samarbeid. Utfallene er målt på kort sikt (målt 0-6 måneder), middels lang sikt (7-12 mnd), lengre sikt (13-24 mnd) og på veldig lang sikt (over 25 mnd).

Totalt 79 studier ble inkludert og sammenstilt. Funnene viser at samhandling i depresjons- og angstbehandling sammenliknet med standard oppfølging:

- Reduserer depresjonssymptomer på kort sikt   samt på middels og lengre sikt  
- Reduserer antall deprimerte på kort og middels lang sikt   samt på lengre sikt  , men trolig ikke på veldig lang sikt  
- Reduserer angstsymptomer på kort, middels og lengre sikt  
- Reduserer antall personer med angst på kort, middels og lengre sikt  
- Øker den psykiske livskvaliteten noe på kort sikt   samt på middels og lengre sikt  , men ikke på veldig lang sikt  
- Øker graden av pasienttilfredshet   samt antall deltakere som er tilfredse med tiltaket  
- Gir ingen forandring i fysisk helse på kort  , middels lang   og lengre sikt  

Symbolforklaring

Kvalitet på dokumentasjonen:	Tilhørende symbol	Klinisk signifikans av effektestimert	Tilhørende symbol
Høy		Stor	
Middels		Moderat	
Lav		Liten	
Svært lav		Ikke klinisk signifikant	
		Ukjent	

Bakgrunnen for vurderingene

Ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS) har vi vurdert den samlede kvaliteten på dokumentasjonen for hvert av utfallene. Videre har vi vurdert hvor stor effekten er. Dette er ment å gi deg et mer helhetlig inntrykk av resultatene og hvor nyttig et tiltak er. Dokumentasjonen kan være av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. For de fleste relevante utfall har forfatterne presentert effekten i form av standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk Standard Mean Difference – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. SMD brukes for å sammenstille resultater der det er brukt kontinuerlig skala.

Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD, sier vi at

- SMD på 0,2 er en «liten effekt»
- SMD på 0,5 er en «moderat effekt»
- SMD på 0,8 er en «stor effekt»

Dikotomiserte utfall, som presenteres som relativ risiko, har vi omregnet til absolutt risikoreduksjon (ARR) og vurdert klinisk signifikans for. Vi vurderte størrelsen på effekten til å være liten dersom sjansen ("risikoen") for å bli bedre er mellom 10-20 % større i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen. Dersom absolutt risikoreduksjon er mellom 20-40 % er den kliniske signifikansen vurdert til å være middels, mens vi antar at den er stor hvis den er over 50 %. Dette er en meget grov inndeling og andre hensyn bør også tas før en total vurdering er settes.

Da kan vi kort oppsummert si at den gjennomsnittelige effekten for utfallet *fysisk helse* ikke er av betydning og dermed ikke er klinisk relevant (SMD<0,2) ved alle måletidspunkter. På kort sikt er effekten vurdert til å være liten for utfallene *depresjonssymptomer* (SMD:-0,34 (95 % KI; -0,41 til -0,27)), *antall deprimerte* (AAR:0,126 (95 % KI; 0,087 til 0,169)), *angstsymptomer* (SMD:-0,30 (95 % KI; -0,44 til -0,17)), *antall personer med angst* (AAR:0,18 (95 % KI; 0,076 til 0,313)) og *psykisk livskvalitet* (SMD:-0,26 (95 % KI; -0,13 til -0,38)). Stort sett vedvarer effekten på middels lang og lengre sikt. Det ser ut som effekten ikke vedvarer på de utfallene som er målt over veldig lang tid (*antall deprimerte* og *psykisk livskvalitet*). Effekten er vurdert til å være liten for utfallene *pasienttilfredshet* (SMD: 0,30 (95 % KI; 0,13 til 0,49)) og *antall deltakere som er tilfredse med tiltaket* (AAR:0,156 (95 % KI; 0,104 til 0,219)). Vi er usikre på effekten av dette tiltaket for ungdommer da det foreligger lite forskning.

*95 % KI betyr 95 % konfidensintervall, altså at man med 95 % sikkerhet kan si at effekten ligger et sted innenfor det oppgitte intervall (spennvidden).

Se lenken til Cochrane-oversikten:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006525.pub2/pdf>