



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Sjuksköterskan som “Care Manager”

- Behandlingsresultat vid vård av depression inom primärvården

Författare

Enja Kronlid & Monika Urbonaité

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt/2019
Handledare:	Lars Olof Persson
Examinator:	Lilas Ali

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Vi vill tacka våra anhängiga för tålamod och stöd. Vi vill även tacka varandra för ett fint samarbete där vi kunnat erkänna brister och lyfta fram styrkor.

Ett särskilt stort tack ger vi till vår handledare Lasse för sin positivitet, konstruktiva kritik och betryggande stöd.

Titel (svensk)	Sjuksköterskan som “Care Manager” - Behandlingsresultat vid vård av depression inom primärvården
Titel (engelsk)	Nurse Care Management in Primary Health Care - Treatment outcomes for patients with depression
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Vt//2019
Författare	Enja Kronlid & Monika Urbonaité
Handledare:	Lars Olof Persson
Examinator:	Lilas Ali

Sammanfattning

Depression behandlas huvudsakligen inom primärvård, forskning visar att vårdens organisatoriska utformning och bristande resurser orsakar otillräcklig behandling. Vårdmodellen "Care Management" har påvisat förbättra behandling och kliniska effekter för patienter med depression och somatisk sjukdom. Care Managers kan utgöras av olika professioner inom hälso- och sjukvård. Brister i forskning sågs gällande behandlingsresultat av grundutbildade sjuksköterskor som Care Managers. **Syftet** med denna studie var att undersöka behandlingsresultat vid "Nurse Care Management" för patienter med depression inom primärvården. **Metoden** var strukturerad litteraturstudie och informationssökningen genomfördes i tre databaser. Urvalet bestod av studier som utvärderade behandlingsresultat av "Care Management" utfört av grundutbildade sjuksköterskor vid vård av depression inom primärvården. **Resultatet** bestod av behandlingsresultat i 11 studier varpå fem kategorier kunde urskiljas. I jämförelse med vanlig vård sågs "Care Management" resultera i större förbättringar gällande depressionssymtom, risk för mortalitet och suicid, nöjdhet med vården, livskvalité, funktionsnivå, läkemedelsföljsamhet samt återgång till arbete. "Care Management" är en vårdmodell som resulterade i bättre behandlingsresultat än vanlig vård oavsett om vården avsåg enbart depression eller samtidig somatisk sjukdom. Positiva behandlingsresultat sågs oavsett om grundutbildade sjuksköterskor eller andra professioner var Care Managers.

Nyckelord: Nurse care management, treatment outcome, depression, primary health care

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Depression	2
Vård vid depression	3
Primärvård	3
Utmaningar i vården	3
Personcentrerad vård	4
Omvårdnad vid depression	4
Care Manager	5
Problemområde	6
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	6
Urval	7
Analys och forskningsetiska överväganden	8
Resultat	9
Behandlingsresultat av sjuksköterskan som Care Manager	9
Depressionssymtom	9
Mortalitet och Suicidrisk	10
Nöjdhet med “Care Management”	10
Läkemedelsanvändning	10
Övriga behandlingsresultat	11
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Datainsamling och urval	11
Analys och etiska ställningstaganden	12
Resultatdiskussion	12
Depressionssymtom	13
Mortalitet och suicidrisk	13
Nöjdhet med “Care Management”	14
Läkemedelsanvändning	14
Övriga behandlingsresultat	15
Implikationer för omvårdnad och vidare forskning	15
Referenslista	17
Bilagor	24
Bilaga 1.	24
Bilaga 2.	26

Inledning

Enligt World health organization (WHO) lider mer än 300 miljoner människor av depression världen över (WHO, 2018) och beräknas 2030 vara den enskilt största orsaken till sjukdomsburda i världen (WHO, 2012). Depression är en folkhälsosjukdom som drabbar människor oavsett ålder, kön, etnicitet, geografiskt område och socioekonomiskt tillstånd (WHO, 2012). I Sverige har var 5:e person diagnostiserats med depression någon gång under livet (Socialstyrelsen, 2017). Enligt internationell forskning tillgodoses inte patienternas önskemål och behov vid behandling av depression. Behandlingen anses vara otillräcklig på grund av bristande finansiella resurser samt brist på utbildad personal (WHO, 2012). Vården för depression är ofta komplex där multiprofessionellt samarbete är viktigt för framgångsrik behandling (Skärsäter, 2006). Inom primärvård har "Care Management" visat på god effekt vid vård av depression som är en del av teambaserad vård kallad 'Collaborative Care' (Gilbody, Bower & Whitty, 2006; Coventry, Hudson, Kontopantelis, Archer, Richards, Gilbody & Bower, 2014; Rödhalm, Wählstedt & Damberg, 2018). Enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) existerar en forskningslucka gällande "Care Management" inom svensk primärvård (SBU, 2012; SBU, 2013). Det finns ingen specifik yrkeskategori internationellt, som är given för rollen som Care Manager, det varierar mellan professioner inklusive sjuksköterskor (Overbeck, Davidsen & Kousgaard, 2016). Eftersom sjuksköterskan har en viktig roll vid behandling av patienter med depression inom all hälso- och sjukvård (Skärsäter, 2014^b), uppkom intresset att undersöka behandlingsresultat av "Nurse Care Management" för patienter med depression inom primärvård.

Bakgrund

Depression

Depression, även benämnt egentlig depression, är ett tillstånd av sjuklig nedstämdhet (Skärsäter, 2014^a). Depression tillhör diagnosgruppen förstämningssyndrom vilket är ett samlingsnamn för tillstånd av förändrat stämningsläge och delas in i bipolär och unipolär depression. Unipolär depression utgörs av egentlig depression, dystymi och kronisk depression (Skärsäter, 2014^a). Symptom som generellt kännetecknar depression är nedstämdhet, minskad energi samt förlust av intresse för aktiviteter som tidigare gett glädje eller tillfredsställelse (WHO, 1992; Skärsäter, 2014^a). Ytterligare symptom som kan förekomma vid depression är koncentrationssvårigheter, sömnstörningar, minskad aptit, suicidtankar, agitation, skuld, skam, nedsatt självkänsla eller självförtroende (WHO, 1992). Det vanligaste klassificeringssystem för diagnostik för depression utgörs av WHO's *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD – 10) (Skärsäter, 2014^a). Enligt ICD-10 klassificeras depression som mild, måttlig, svår eller svår med psykotiska symptom. Graden av nedstämdhet, symptomens styrka och antalet ytterligare symptom avgör vilken typ av depression patienten har (WHO, 1992; Skärsäter, 2014^a). Ytterligare kriterier för diagnosen egentlig depression är frånvaro av mani samt närvaro av depressionssymtom i minst två veckor (Socialstyrelsen, 2017). Vid mild depression ses viss nedsatt förmåga att klara av sociala aktiviteter och sysselsättning. Vid måttlig depression är förmågan ytterligare nedsatt och vid svår depression ytterst påtaglig eller avsaknad. Depressioner kan vara tillfälliga, rekurrenta eller övergå i kronisk karaktär (WHO, 1992).

Bakomliggande orsaker till depression är ofta flertalet, där psykosociala faktorer som livskriser och traumatiska upplevelser ses som vanliga. Även ärftlighet och biologiska faktorer som hormonrubbingar, läkemedelsbiverkningar eller alkoholmissbruk ökar risken att drabbas (Skärsäter, 2014^a). Människor har olika grad av psykisk sårbarhet som avgör risken för att drabbas av depression. Faktorer som ligger till grund för denna sårbarhet är förmågan att hantera motgångar, stress och belastningar i livet (Skärsäter, 2014^a). Tidigare episoder av depression ökar risken för återfall. Efter första episoden föreligger cirka 50 procent och efter andra episoden 80 procent risk för återfall (Skärsäter, 2014^a). Somatisk sjukdom och depression är ofta sammankopplat. Kronisk lungsjukdom, stroke, hjärtinfarkt och demens är några somatiska sjukdomar som kan leda till depression (Skärsäter, 2014^b; Skärsäter, 2014^a). Långvarig depression ökar även risken för somatisk sjukdom eftersom patienter ofta har svårigheter att upprätthålla hälsosamma vanor gällande kost och motion samt läkemedelsföljsamhet (Cassano & Fava, 2002; Skärsäter, 2014^b; Skärsäter, 2014^a).

Vård vid depression

Primärvård

I Sverige söker de flesta vuxna med depression- och ångestsyndrom, vård inom primärvårdens vårdcentraler, 70 procent behandlas inom primärvården och 20 procent remitteras vidare till psykiatriska kliniker (Socialstyrelsen, 2017). Primärvården ansvarar generellt för patienter med lätt och medelsvår depressiv episod och psykiatrin för de med svåra tillstånd som inte kan behandlas inom primärvården (Rinander & Strömbäck, 2015). Generellt vårdförlopp vid depression i Sverige inleds med läkarkontakt inom primärvård för diagnostik, därefter eventuell behandling med antidepressiva läkemedel och psykoterapi beroende på depressionens svårighetsgrad. Kontinuitet, personcentrerat arbetssätt och tillgänglighet är grundläggande faktorer för att uppnå god vård vid depression (Socialstyrelsen, 2017). Hälso- och sjukvårdspersonalens viktigaste uppgifter är att förebygga återfall och arbeta suicidpreventivt. Önskat behandlingsresultat är att patienterna tillfrisknar från symtom, återfår livskvalité, god funktionsnivå samt återgår till tidigare sysselsättning (Socialstyrelsen, 2017). Icke farmakologiska behandlingar som fysisk aktivitet och psykologisk behandling har visat på god effekt vid behandling av depression (Velehorsch, Bleau, Vermani, Furtado & Klassen, 2014). Generellt ser behandling vid depression ut på samma sätt internationellt som i Sverige (Cassano & Fava, 2002). Metoderna för diagnostik och screening för depression varierar internationellt och gör det därför svårt att jämföra nivåerna i olika länder (WHO, 2012; Socialstyrelsen, 2017). En studie av (Wang et al., 2017), som jämförde data från 83 länder, visade att 27 procent av de som vårdades inom öppenvård led av depression eller depressiva symptom och att nivåerna av depression generellt var högre i utvecklingsländer än utvecklade länder (WHO, 2012; Wang et al., 2017). Prevalensen av depression varierar mellan världens länder med ett genomsnitt på 8 - 12 procent (WHO, 2012).

Utmaningar i vården

Internationell forskning visar att behandling vid depression inom primärvården inte möter patienternas behov och önskemål (WHO, 2012). När behandling ges är den ofta otillräcklig, även för patienter som diagnostiseras av läkare inom primärvården. Detta beror på avsaknad av hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens, finansiella barriärer, vårdens organisatoriska utformning och stigmatisering av psykisk ohälsa (WHO, 2012). Bristande tillgång till psykoterapi eller annan likvärdig behandling anses vara orsaken till att läkemedel utgör den vanligaste behandlingsmetoden, åtminstone i Storbritannien (Barley, Murray, Walters & Tylee, 2011). I en litteraturstudie av Cassano och Fava (2002) avbröt 50 procent av patienterna antidepressiv läkemedelsbehandling inom en månad på grund av bristande uppföljning i primärvården. Enligt Pence, O'Donnell & Gaynes (2012) litteraturstudie var patienter med svår depression underbehandlade inom amerikansk primärvård. Endast 24 procent sågs påbörja behandling inom ett år efter fastställd diagnos. Brister i vården ger sig även uttryck i patienternas upplevelser. De som lider av depression känner sig ofta nonchalerade och förminskade på grund av personalens tidsbrist (Barley et al., 2011; Rödholt et al., 2018). Ett sätt att främja patientens känsla av att bli sedd och hörd kan vara ett

personcentrerat arbetssätt (Kristensson Ugglå, 2014), vilket även kan ge patienten en känsla av kontroll i sin situation (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad vård

Enligt Eldh (2014) innebär personcentrerad vård att utforma vården efter personen, inte enbart sjukdomen. Patienten bör ses som en samarbetspartner i vården vilket innebär att vården utformas tillsammans med patienten baserat på dennes behov och förutsättningar, såväl fysiska som psykosociala och existentiella (Fransson Sellgren, 2014). Vidare menar Fransson Sellgren (2014) att information är en viktig byggsten i personcentrerad vård då patienten behöver erhålla rätt kunskap om sin sjukdom och vård för att kunna vara delaktig i beslut. Patientens rätt till delaktighet och autonomi ses även i Patientlagen som påvisar att hälso- och sjukvården med beaktande av detta ska utforma vården i samråd med patienten (SFS, 2014:821). Ekman et al. (2011) menar att en förutsättning för personcentrerad vård är att initiera partnerskap med patienten. Grunden till detta partnerskap är att lyssna till patientens berättelse. I berättelsen finns information om patientens situation, dess behov och förutsättningar för hantering av sin sjukdom och är således även en kunskapskälla för vårdpersonalen. Ett personcentrerat förhållningssätt främjar förtroendet mellan patient och vårdgivare vilket kan öka patientens följsamhet till behandling, livskvalité samt nöjdhet med vården (Fransson Sellgren, 2014).

Omvårdnad vid depression

Omvårdnaden vid depression bör bestå av insatser utformade efter ett personcentrerat förhållningssätt (Fransson Sellgren, 2014). Sjuksköterskans roll vid behandling av patienter med depression är viktig inom all hälso- och sjukvård (Skärsäter, 2014^b). En av de viktigaste omvårdnadsinsatser är att bidra med känslomässigt stöd genom att lyssna och hjälpa patienten sätta ord på sina känslor. Följaktligen kan stödjande insatser för egenvård, kost, fysisk aktivitet, sociala relationer, läkemedelsföljsamhet samt involvering av närstående vara adekvat. Eftersom patienter med långvarig depression löper högre risk för somatiska åkommor bör regelbundna hälsokontroller även vara en given del i omvårdnaden (Skärsäter, 2014^b). En förutsättning för god omvårdnad är en god vårdrelation mellan patient och sjuksköterska som bygger på tillit, respekt och autonomi (Skärsäter, 2006). All hälso- och sjukvårdspersonal har ett etiskt ansvar att tillgodose patienternas behov av kontinuitet, trygghet och integritet (SFS, 2017:30). Enligt International Council of Nurses (ICN) bör sjuksköterskor bidra till jämlik och rättvis fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Komplexiteten och variationen i diagnosen depression kräver emellertid ofta ett multiprofessionellt samarbete för att ge patienten bästa möjliga vård och minska risken för återfall. Omvårdnad är en viktig del i vården och kan i kombination med andra adekvata behandlingsmetoder göra majoriteten av patienter med depression symptomfria (Skärsäter, 2006).

Care Manager

”Care Management” är en evidensbaserad modell för att främja hälsa, behandla och följa upp patienter över en längre tid för att förbättra dess sjukdomstillstånd. En Care Manager ansvarar för patientens vård och utför riskbedömningar, upprättar vårdplan, utbildar patient samt närstående gällande sjukdom och läkemedelsbehandling. Hen arbetar även återfallspreventivt genom att hjälpa patienten identifiera tidiga tecken, upprätta en åtgärdsplan vid försämring och göra kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar tillsammans med patienten (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009; Holm & Severinsson, 2012). Care Manager är en central yrkesroll inom den vedertagna modellen ’Collaborative Care’ som innebär att flera professioner samarbetar med vård- och omvårdnadsinsatser för att stödja patienter med depression (Rödholm et al., 2018; Girard, Ellefsen, Roberge, Carrier & Hudon, 2019).

Ursprungligen utformades ”Care Management” för vård vid kroniska sjukdomar som astma och diabetes men har under de senaste åren implementerats inom andra områden, exempelvis depression (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009). Vem som arbetar som Care Manager varierar internationellt och kan utgöras av bland annat socionomer, läkare eller sjuksköterskor med eller utan specialistutbildning (Overbeck et al., 2016). I litteraturstudien av Overbeck et al. (2016) såg man att Care Managers sociala och professionella förmågor var avgörande för möjligheten att implementera vårdmodellen inom primärvård vid vård av depression. Viktiga egenskaper var klinisk erfarenhet, förmåga att bygga en bra vårdrelation och engagemang. Inom ’Collaborative Care’ kan även en Case Manager ha den centrala rollen, beroende på vilken diagnos som vården riktar sig till (Coventry et al., 2014; Gilbody et al., 2006). I tidigare forskning beskrivs de två rollerna ofta som likställda trots att de skiljer sig åt i praktiken (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009). En Case Manager har likt Care Manager en samordnande roll men avser främst patienter med psykosjukdom och beroende (Socialstyrelsen, 2019). Case management innebär samordnad vård, främst i syfte att främja patientens kognitiva och sociala förmåga efter slutenvård. Det kan exempelvis inkludera kontakt med socialtjänst och arbetsterapeut för att stötta patienten i att återgå till sysselsättning (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009).

Den svenska motsvarigheten till Care Manager är vårdsamordnare (Rödholm et al., 2018) vars uppgift är att samordna vården för personer med depression eller ångestsyndrom. I nuläget finns inte vårdsamordnare tillgängligt på alla vårdcentraler i Sverige (Västra götalandsregionen, 2018^a), trots att implementering i vissa län visat positiva effekter för patienternas hälsa (Rödholm et al., 2018). För att bli vårdsamordnare i Sverige krävs en vidareutbildning på 7,5 högskolepoäng för personal som är anställda eller har erfarenhet av att arbeta på vårdcentral (Västra götalandsregionen, 2018^b). Förkunskapskraven är en yrkesexamen eller kandidatuppsats inom hälsovetenskap, socialt arbete eller motsvarande (Västra götalandsregionen, uå). Care Managers arbetsuppgifter är likställda med sjuksköterskors kärnkompetenser eftersom modellen bygger på personcentrerad- och evidensbaserad vård, teamarbete, informatik, säker vård och kvalitetsförbättring. Dessa kärnkompetenser ingår i alla hälso- och sjukvårdsutbildningar internationellt för att öka vårdyrkets kvalitet (Kajermo, Johansson & Wallin, 2014). Forskning finns gällande

grundutbildade sjuksköterskor som Care Managers vid depression med fokus på läkemedelsföljsamhet, vilket visar positiva effekter jämfört med standardiserad vård (Heise & van Servellen, 2014). Även "Care Management" vid depression och somatisk samsjuklighet har studerats och resulterat i minskade depressionsnivåer hos patienterna. I dessa studier utförs "Care Management" inte enbart av grundutbildade sjuksköterskor utan även andra professioner (Baker, Grant & Gopalan, 2018).

Problemområde

Depression är ett folkhälsoproblem vars prevalens förväntas öka internationellt. Trots att vård vid depression bör genomsyras av kontinuitet, tillgänglighet och personcentrerat arbetssätt är primärvårdens behandling ofta otillräcklig. Missnöjdhet och upplevelser av att bli förbisedda inom vården ses hos patienter med depression. Detta orsakas av hälso- och sjukvårdens organisatoriska utformning, finansiella brister och avsaknad av personal med kompetens inom området. "Care Management" är en vårdmodell som syftar till att förbättra vården vid depression. Brist på utvärdering av behandlingsresultat vid "Care Management" utförd av grundutbildade sjuksköterskor bedömdes saknas vilket därmed la grunden till studiens syfte.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka behandlingsresultat vid "Nurse Care Management" för patienter med depression inom primärvård.

Metod

En strukturerad litteraturstudie valdes som metod i syfte att kartlägga kunskapsläget objektivt (SBU, 2018). Med metoden menas att formulera en fråga och utefter den systematiskt söka, göra urval, kritiskt granska vetenskaplig litteratur och därefter analysera resultatet från dessa (Kajermo et al., 2014).

Datansamling

Datansamlingen bestod av strukturerad informationssökning i databaserna Pubmed, Cinahl och PsycINFO. Eftersom Cinahl och PubMed publicerar artiklar inom omvårdnadsvetenskap och PsycINFO inom beteendevetenskap och psykologi (Karlsson, 2017), ansågs dessa databaser relevanta för studiens syfte. En inledande sökning gjordes för att få en bred översikt över forskning inom ämnet (Karlsson, 2017) "depression" och "Care Management". Syftet strukturerades utefter PICO-systemet (P = population, I = intervention, C = comparison och O = outcome) eftersom studiens syfte var att utvärdera en effekt och inte en upplevelse (SBU,

2017). Enligt SBU (2017) identifieras tydliga inklusionskriterier genom att strukturera syftet utefter detta system. Detta resulterade därför i inklusionskriterierna/sökorden; P = Patienter med depression, I = "Care Management", C = Ej tillämpat, O = Behandlingsresultat. PICO kan kompletteras med inklusionskriteriet (Setting) S = miljö (SBU, 2017), vilket resulterade i ett ytterligare inklusionskriterium; S = primärvård.

För att hitta engelska motsvarigheter och synonymer till sökorden från PICO-systemet söktes de upp i Svensk MeSH vilket är PubMeds egna uppslagsverk (Karlsson, 2017). För att anpassa sökorden efter Cinahl och PsycINFOs uppslagsverk kontrollerades även sökorden där (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). De MeSH termer som inkluderades var "Treatment outcome", "depressive disorder, major" och "primary health care". Relevanta "Key words" och ämnesord som "nurse care manager" och "depression care manager" hittades i artiklar från den inledande sökningen som sedan inkluderades i den specifika sökningen.

Därefter gjordes specifika sökningar i databaserna genom att använda frassökning (""), trunkering (*), välstrukturerade sökblock och de booleska sökoperatorerna OR/AND (Karlsson, 2017). Sökningarna specificerades ytterligare genom att söka i Title/Abstract. Sökningarna gjordes genom följande termer; *"care manager" OR "nurse care manager" OR "depression care manager" OR DCM OR NCM AND "primary health care" OR "primary care" depression* OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "major depression" OR "severe depression" OR "mild depression" OR "moderate depression" OR "mild depressive episode" OR "moderate depressive episode" OR "severe depressive episode" AND evaluation* OR effect* OR evaluate OR impact* OR result* OR consequence* OR outcome OR "patient-relevant outcome" OR "treatment effectiveness" OR "treatment, efficacy" OR "treatment outcome"*. Sammanställning av sökningarna kan ses i bilaga 1. Peer review användes som avgränsning i databaserna Cinahl och PsycINFO (Henricson, 2017). Då PubMed inte hade en sådan avgränsning kontrollerades att de valda artiklarna var peer reviewed genom att granska tidskrifterna som de publicerats i.

Urval

Sökningarna resulterade i 209 sökträffar i de tre databaserna. Flera artiklar återkom i databaserna vilket även kallas dubbelpublikation (Rosén, 2017). Studiernas titlar granskades och valdes utefter relevans för syftet. Därefter granskades artiklarnas abstrakt och de som stämde överens med studiens syfte granskades i fulltext (Rosén, 2017). Som tidigare nämnt var inklusionskriterierna utformade efter PICO-systemet utan "comparison". Artiklar som exkluderades var de som undersökte somatisk sjukdom och depression eftersom det inte ansågs som en huvudkomponent i studien syfte, trots insikten om att depression är vanligt förekommande vid somatisk sjukdom (Skärsäter, 2014^b). Andra exklusionskriterier var artiklar som inte hade sjuksköterskor i rollen som Care Managers för att lättare kunna besvara syftet, artiklar utan tillgång till fulltext samt barn och ungdomar. Barn och ungdomar exkluderades på grund av skillnader i diagnostik och symtom, eftersom utvecklingsnivå och ålder kan påverka dessa faktorer (Jarbin, 2016).

Efter vidare granskning upptäcktes att studier som jämförde "Care Management" och vanlig vård hade mest relevans för att besvara studiens syfte. Denna insikt bidrog till ett ytterligare exklusionskriterium; studier som inte jämförde "Care Management" med vanlig vård. Detta resulterade i tre funna artiklar som hade enbart grundutbildade sjuksköterskor som Care Managers, vilket bedömdes som otillräcklig mängd. Beslutet togs därför att inkludera sex studier där Care Managers, förutom grundutbildade sjuksköterskor, även utgjordes av socionomer, psykologer, medicinska assistenter och specialistsjuksköterskor. Detta resulterade i totalt 9 artiklar. I syfte att hitta fler relevanta artiklar gjordes en sekundärsökning som bestod av att läsa de valda artiklarnas referenslistor (Willman et al., 2016). Detta resulterade i inkludering av ytterligare två artiklar från databasen PubMed med grundutbildade sjuksköterskor som Care Managers. Totalt resulterade det i 11 kvantitativa artiklar av randomiserad kontrollerad design. En slutlig kontroll av de valda artiklarna från PubMed gjordes för att säkerställa att dessa var peer reviewed vilket framkom tydligt i tidskrifternas kriterier för publicering.

Analys och forskningsetiska överväganden

De 11 utvalda artiklarna sammanställdes enligt ett schema föreslaget av Segesten (2017). Detta är en hjälp vid analys av valda artiklar då artiklarna sammanställs utefter författare, land, år, syfte, metod, urval och huvudsakligt resultat. Artiklarna granskades vid flertalet tillfällen och övervägdes i relation till syftet (Segesten, 2017). De valda artiklarna kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2017) kvalitetskriterier för kvantitativa studier. En jämförelse gjordes av de 11 studiernas design utefter likheter och skillnader för att få tydliga kategorier för resultatet (Friberg, 2017). Studiernas etiska ställningstaganden- och godkännanden granskades. Eftersom forskningsetik är en viktig del som syftar till att skydda individer som medverkar i studier. Vid forskning bör självbestämmande av medverkan, att inte riskera att fara illa, ingående information om studien, konfidentialitet och rätten till anonymitet vara självklara faktorer. Det är viktigt att värna om dessa personers rättigheter och lika värde för att inte begå övergrepp (Kjellström, 2017). Alla 11 artiklar som inkluderades i studien hade fått etiskt godkännande.

Resultat

Behandlingsresultat av sjuksköterskan som Care Manager

Depressionssymtom

Sex studier följde nivåerna av depression under behandlingens gång genom olika mätinstrument i syfte att undersöka skillnader mellan intervention- och kontrollgrupp (Unützer et al., 2002; Adams, Xu, Dong, Fortney & Rost, 2006; Hunkeler et al., 2006; Bogner, Morales, Reynolds, Cary & Bruce, 2012; Huijbregts et al., 2013; Björkelund et al., 2018). I studien av Björkelund et al. (2018) påvisades större minskning hos interventionsgruppen vid behandlingsavslut och uppföljning jämfört med kontrollgruppen. Vid tre och sex månader minskade nivåerna i interventionsgruppen med 2.2 respektive 2.3 poäng enligt MADRS-S (0 - 54 poäng) mer än i kontrollgruppen. Även Huijbregts et al. (2013) redogör för större förbättring hos patienter i interventionsgrupp jämfört med patienter i kontrollgrupp. Efter tre månaders behandling hade 11 procent av patienterna i kontrollgruppen och 46 procent i interventionen minskat i PHQ-9 poäng med 50 procent eller mer jämfört med initial mätning. Minskning i PHQ-9 sågs fortsättningsvis under behandling i båda grupper men långsammare i kontrollgruppen. Vid 9 månaders uppföljning skattade 61 procent av interventionsgruppen och 26 procent av kontrollgruppen 50 procent lägre PHQ-9 än vid behandlingens start.

Unützer et al. (2002) och Hunkeler et al. (2006) mätte nivåer i depression genom The Symptom Checklist (SCL-20) som skattar depression från noll till fyra, där högre poäng indikerade svårare depression. Författarna visade större minskning i interventionsgruppen vid 3, 6 och 12 månader samt vid behandlingens slut. Enligt Hunkeler et al. (2006) var även långtidseffekten mer positiv för patienter som fick "Care Management" än de som fick vanlig vård. Större förbättring enligt SCL-20 sågs hos interventionsgruppen vid behandlingens slut samt 6 och 12 månader efter. Störst skillnad mättes vid 12 månader då kontrollgruppen skattade 1.4 poäng och interventionsgruppen 0.97. Adams et al. (2006) jämförde patienternas mentala hälsa genom indexet Mental Component Summary (MCS) i mätinstrumentet FS36. Interventionen hade en signifikant positiv påverkan på patienternas symptom jämfört med kontrollgruppen efter 12 och 18 månaders behandling. Mest positivt behandlingsresultat av interventionen sågs hos patienter i storstäder. Skillnaden i förbättring enligt MCS mellan kontroll- och interventionsgrupp inom landsbygd var däremot minimal. Bogner et al. (2012) såg att "Care Management" var mest effektivt för patienter med högt skattad nivå av depression eftersom störst förbättring i depressionssymtom sågs hos dessa. I studien undersökte man hur mycket patienterna förbättrades jämfört med initial mätning av depressionsnivå för att se om tydliga mönster i förbättring fanns och vilken typ av vård de fått. Det mönster som associerades med "Care Management" var patienter med initialt högt skattad depressionsnivå som förbättrades snabbt och signifikant. Patienter med högt skattade

depressionsnivåer som i jämförelse förbättrades minimalt sågs i större del tillhöra gruppen som fick vanlig vård.

Mortalitet och Suicidrisk

”Care Management” resulterade i lägre nivåer av suicidtankar än vanlig vård enligt Unützer et al. (2006). Vid interventionens start såg man att 58 procent hade tankar på döden och att 13 procent haft tankar på suicid den senaste månaden i kontrollgruppen. I interventionsgruppen motsvarade detta ca 56 procent och 15 procent. Mellan 6 och 12 månaders uppföljning skattade kontrollgruppen tankar på döden 38 - 51 procent och tankar på suicid 12 - 16 procent och interventionsgruppen 27 - 42 procent och 8 - 10 procent (Unützer et al., 2006). Gallo, Morales, Bogner, Raue, Zee, Bruce och Rynolds III (2013) mätte mortalitet hos patienter i intervention och kontrollgrupp för att jämföra risken att dö relaterat till vilken vård patienten fått. En jämförelse med patienter utan depression gjordes även för att se på skillnader eller likheter i mortalitet med dessa. I kontrollgruppen hade patienter med depression högre risk att dö än de utan depression. I interventionen såg man att risken för att dö sjönk signifikant för patienterna med depression, till den grad att risken var likställd mellan dessa patienter och de utan depression. Patienter i interventionsgruppen med depression hade 24 procent mindre risk för att dö jämfört med patienter med depression i kontrollgruppen. Ingen signifikant påverkan på dödlighet sågs för mild depression oavsett om dessa patienter erhållit ”Care Management” eller vanlig vård (Gallo et al., 2013).

Nöjdhet med “Care Management”

Flera studier mätte “patient satisfaction” efter behandling för att jämföra hur nöjda patienterna var i respektive grupp (Unützer et al., 2002; Hunkeler et al., 2006; Björkelund et al., 2018). Unützer et al. (2002) och Hunkeler et al. (2006) såg större självskattad nöjdhet hos patienterna som vårdats av en Care Manager än patienter som vårdats enligt standardiserad vård. I kontrast såg Björkelund et al. (2018) ingen signifikant skillnad mellan grupperna, både intervention- och kontrollgrupp visade genomsnittlig högt skattad nöjdhet med vården.

Läkemedelsanvändning

Två studier redovisade jämförelser gällande användning och/eller följsamhet av läkemedel (Hunkeler et al., 2006; Björkelund et al., 2018). Björkelund et al. (2018) såg att interventionsgruppen hade bättre följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel under hela behandlingen medan fler avbrott sågs i kontrollgruppen. Även Hunkeler et al. (2006) såg stabilare följsamhet till läkemedelsbehandling i interventionsgruppen. Båda studierna rapporterade att procentuellt fler patienter i kontrollgrupp behandlades med antidepressiva läkemedel vid varje uppföljning. Hunkeler et al. (2006) mätte vid 12 månaders uppföljning 18 procent skillnad samt vid 24 månader 14 procent skillnad avseende följsamhet. Björkelund et al. (2018) såg vid 3 och 6 månaders uppföljning procentuella skillnader på 17 procent respektive 10 procent gällande patienternas följsamhet till läkemedelsbehandling.

Övriga behandlingsresultat

Björkelund et al. (2018) utvärderade efter tre månaders behandling andelen patienter som återgick till arbete och jämförde mellan intervention- och kontrollgrupp. De såg att interventionsgruppen hade procentuellt signifikant fler som återgick till arbete.

“Self management” var en effekt som utvärderas i studien av Hunkeler et al. (2006), vilket beskrivs som patientens förmåga att själv hantera sin depression och behandling. Patienterna i interventionsgruppen uppvisade högre nivå “self management” än kontrollgruppen.

Livskvalitet mättes som en effekt av ”Care Management” i studierna av Unützer et al. (2002), Hunkeler et al. (2006) och Pyne, Fortney, Prakash Tripathi, Maciejewski, Edlund och Williams (2010). Studierna visade på en högre skattad livskvalitet efter behandling hos patienterna i interventionsgruppen än kontrollgruppen. I studien av Adams et al. (2006) såg man också större positiv effekt på social och emotionell funktionsnivå hos interventionsgrupp än kontrollgrupp i storstäder. Ingen signifikant skillnad sågs mellan kontroll- och interventionsgrupp på landsbygden.

Diskussion

Metoddiskussion

Strukturerad litteraturstudie valdes som metod eftersom ingen litterär sammanställning hittades gällande behandlingsresultat vid vård av depression av en “Nurse Care Manager”. Ämnet ansågs intressant och användbart i framtida yrke. Denna metod var effektiv eftersom syftet var att överblicka forskning inom ett valt ämne för evidensbaserad vård (Rosén, 2017). En empirisk studie hade varit svårt att utföra eftersom “Care Management” ännu inte är implementerat inom all primärvård i Sverige (Västra Götalandsregionen, 2018). Genom att följa upplägget för en systematisk litteraturstudie beaktades risken för att slumpen och personliga åsikter kunde påverka studien (Rosén, 2017). Bristande kunskap om “Care Management” innan studiens start minimerade risken för att basera valet av artiklar utifrån förförståelse, vilken enligt Rosén (2017) kan annars öka risken för att vinkla forskning utifrån egna åsikter och därför ses som en styrka.

Datainsamling och urval

Tre databaser användes vid sökning av artiklar för det valda syftet. Enligt Henricson (2017) ökade detta chansen till upptäckt av fler relevanta artiklar, vilket lägger grunden för högre trovärdighet/validitet. Enligt Östlundh (2017) bör en väl utförd sökning vara sensitiv och specifik. Sensitiviteten ökar ju fler relevanta sökträffar fås och specificiteten ökar ju fler irrelevanta sökträffar utesluts. Användandet av Svensk MeSH bidrog till fynd av artiklar som benämnde ett visst område med olika ord (Karlsson, 2017). Detta anses minimerat risken för att gå miste om relevanta artiklar i sökningen (Willman & Stolts, 2017). En styrka i studien var använd-

ning av de sökverktyg som rekommenderas enligt Karlsson (2017). Genom att använda booleska sökoperatörer, fräsökning, trunkering, och Title/abstract bidrog det till att sökorden utformades i hänsyn till att göra sökningen mer sensitiv (Karlsson, 2017). För att öka sensitiviteten ytterligare inkluderades MeSH-termer, ämnesord samt nyckelord i sökningen för att täcka det litterära område som undersöktes (Karlsson, 2017). För att öka specificiteten kontrollerades sökorden i databasernas respektive uppslagsverk (Henricson, 2017). Reproducerbarheten i sökprocessen ökade genom tydlig redovisning av vilka sökord som formulerats enligt fritext och Svensk MeSH (Willman et al., 2016).

Sökningen i studien anses ha låg specificitet eftersom av 209 sökträffar blev endast 9 artiklar valda. Detta anses bero på antagandet om att C = comparison inte var tillämpligt i PICO-systemet. Efter de specifika sökningarna uppkom insikten om att "Care Management" inte enkelt jämfördes med vanlig vård, vilket antogs av författarna. Studier som jämförde exempelvis telefonbaserad och platsbaserad "Care Management" upptäcktes och exkluderades för att enklare kunna besvara syftet. Genom att inkludera C = vanlig vård hade sökningen med stor sannolikhet resulterat i färre antal sökträffar i databaserna och varit mer specifik (SBU, 2017). Enligt Östlundh (2017) värderas sensitivitet högre än specificitet i sökningen eftersom det är en naturlig del att förkasta studier i sökprocessen. Att endast inkludera artiklar som blivit Peer Reviewed ökade validiteten i studien enligt Henricson (2017) eftersom dessa bedömts som vetenskapliga.

Analys och etiska ställningstaganden

De 11 studierna kvalitetsgranskades enligt Friberg (2012) granskningsmall för kvantitativa studier. Artiklarna granskades var för sig och jämfördes tillsammans av artikelförfattarna, vilket enligt Henricson (2017) stärker reliabiliteten. En styrka med denna litteratursammanställning var att alla inkluderade artiklar var av samma design vilket ökar studiens validitet (Henricson, 2017). Forskning genom randomiserade kontrollerade metoder är även, enligt Henricson (2017), den säkraste typen av studier eftersom åtgärder och inte olikheter utvärderas. Ingen avgränsning gällande länder utfördes i sökningen, syftet med detta var att överblicka behandlingsresultat av "Nurse Care Management" oberoende av geografiskt område. Av de 11 valda artiklarna var två genomförda i Sverige, en i Nederländerna och 8 i USA. Överförbarheten för behandlingsresultat av sjuksköterskan som Care Manager hade varit mer generaliserbar om den geografiska bredden varit större. Hänsyn togs till de etiska principerna enligt Källström (2017) genom att granska om artiklarna erhållit etiskt godkännande samt dess tillvägagångssätt gällande studiedeltagarnas medverkan.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att undersöka behandlingsresultat av "Nurse Care Management" för patienter med depression inom primärvården. Studien resulterade i fyra kategorier gällande behandlingsresultat och inkluderade följande; Depressionssymtom, nöjdhet med behandling, läkemedelsanvändning, risk för mortalitet och suicidtankar samt övriga behandlingsresultat. Övriga behandlingsresultat inkluderade aspekterna livskvalité, förmåga att hantera depression, återgång till arbete samt funktionsnivå.

Minskning av depressionssymtom var det behandlingsresultat som framkom i flest studier. Minskning i symtom sågs i alla studier, både i interventionsgrupperna med "Care Management" och i kontrollgrupperna med "standardiserad vård". Däremot sågs större minskning av depressionssymtom hos patienter som deltog i interventionsgrupp oavsett mätinstrument för gradering av depression. Resultatet visade även att suicidtankar förekom i mindre grad hos interventionsgrupper som ett resultat av "Care Management". Mortalitetsrisken minskade signifikant för patienter med depression i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp i en studie, även då ingen signifikant skillnad sågs mellan patienter med mild depression. Patienternas nöjdhet med "Care Management" i jämförelse med vanlig vård visade sig variera. Större nöjdhet med behandling förekom i interventionsgrupper än i kontrollgrupper medan en studie påvisade ingen signifikant skillnad (Björkelund et al., 2018). Resultatet visar att följsamhet till läkemedelsanvändning ökade i interventionerna med "Care Management" där färre avbrott i läkemedelsanvändning förekom. Patienterna som deltagit i en intervention hade snabbare återkomst till arbetet och hade bättre förmåga att hantera sin depression än patienter i "standardiserad vård". Tre studier påvisade högre livskvalitet hos interventionsdeltagare och en annan studie påvisade även förbättringar i emotionell och social funktionsnivå.

Depressionssymtom

Enligt Skärsäter (2014^b) är symptomreduktion och lindring ett viktigt mål för hälso- och sjukvårdspersonal. Studiens resultat bekräftar att "Nurse Care Management" är en effektiv metod för detta. Skärsäter (2014^b) menar även att patienter med psykisk ohälsa kan ha svårt att ta till sig information, ta viktiga beslut och formulera behov i ett vårdmöte. Därför är kontinuitet och tillgänglighet grundförutsättningar för att kunna ge god vård till patienter med kommunikationssvårigheter (Carlsson & Björk Brämberg, 2014; Socialstyrelsen, 2017). En basal del i omvårdnad vid depression är förmågan att skapa en förtroendefull vårdrelation för att främja trygg dialog och för att lättare identifiera behov (Skärsäter, 2014^b). Enligt Snellman (2014) kan tidsbrist hos hälso- och sjukvårdspersonal försvåra möjligheten att bygga en god vårdrelation. Som tidigare beskrivet innebär en intervention med "Care Management" en tätare uppföljning av patienternas tillstånd i högre utsträckning än vid standardiserad vård. Detta anses kunna utgöra en anledning till varför standardiserad vård inte uppnår samma grad av symtomlindring som "Care Management". Forskning visar att "Care Management", utfört av grundutbildade sjuksköterskor, har visat positiv effekt på depressiva symtom i USA, Australien och Nederländerna. Studien undersökte de kliniska effekterna för patienter med depression och samtidig somatisk sjukdom och inte enbart depression (Ekers, Murphy, Archer, Ebenezer, Kemp & Gilbody, 2013). Som tidigare nämnt i bakgrunden ses även liknande resultat i studier där Care Managers utgjordes av olika professioner (Baker et al., 2018).

Mortalitet och suicidrisk

Enligt Skärsäter (2014^b) anses suicidrisk som den allvarligaste risken vid depression och tidig upptäckt av suicidtankar är centralt för vården. Resultatet påvisade en minskning av

suicidtankar hos de patienter som deltog i en intervention med "Care Management". Detta anses bero på att en central del av en Care Managers arbetsuppgifter inkluderar riskbedömningar (Bodenheimer & Berry-Millett, 2009; Holm & Severinsson, 2012). Depression beräknas förkorta livet med femton till tjugo år till följd av suicidrisk och risk för somatisk sjukdom (Skärsäter, 2014^b). I kategorin "Risk för mortalitet och suicid" presenterades minskad mortalitetsrisk som en effekt av "Care Management" för patienter med måttlig- och svår depression enligt studien av Gallo et al. (2013). Däremot sågs ingen effekt på mortalitetsrisk för mild depression oavsett om dessa patienter fått "Care Management" eller vanlig vård. Detta kan anses bero på att patienter med mild depression upplever suicidtankar i mindre utsträckning än patienter med måttlig- och svår depression (WHO, 1992).

Nöjdhet med "Care Management"

Två studier från USA påvisade större nöjdhet hos patienter som fick "Care Management" i jämförelse med patienter i vanlig vård. I kontrast till detta påvisade en studie från Sverige ingen signifikant skillnad i nöjdhet mellan kontroll- och interventionsgrupp, patienterna i båda grupperna skattade hög nöjdhet med vården. Modellerna för "Care Management" skiljde sig inte i studierna varpå detta inte bedöms orsakat skillnader i nöjdhet. En litteraturöversikt, med majoriteten av studier från USA, påvisade högre nöjdhet med 'Collaborative Care' än vanlig vård. Patienterna i denna litteraturöversikt fick "Care Management" avseende både depression och samtidig somatisk sjukdom (Watson, Amick, Gaynes, Brownley, Thaker, Viswanathan & Jonas, 2013). Orsaken till patienternas skilda upplevelser i nöjdhet i studien från Sverige och studierna från USA kan anses bero på geografiska och kulturella skillnader mellan USA och Sverige. kan anses vara orsaken till skilda upplevelser av nöjdhet i den standardiserade primärvården.

Läkemedelsanvändning

Studiens resultat visade även bättre följsamhet till läkemedelsanvändning med färre läkemedelsavbrott hos patienter i interventionsgrupper jämfört med kontrollgrupper. Orsaker till detta kan vara bristande uppföljning hos kontrollgrupperna då standardiserad vård inom primärvården inte innefattar uppföljningar med samma täta intervall som "Care Management". Bristande uppföljning har tidigare beskrivits som en orsak till att patienter väljer att avsluta antidepressiv läkemedelsbehandling (Cassano & Fava, 2012). Andra orsaker kan vara bristande samarbete hos vårdpersonal vilket kan leda till förlust av viktig information om patienten. Även otillräcklig tid för information och diskussion av det aktuella läkemedlet samt vikten av läkemedelsföljsamhet kan leda till avbrott i behandling (Ulfvarson & Bergqvist, 2014). Koordinerande och samverkan med andra professioner, uppföljning av behandlingsresultat, kontinuerligt stöd samt patientundervisning kan därför anses vara faktorer i "Care Management" som möjliggjorde en större förbättring i läkemedelsföljsamhet. Chong, Aslani och Chen (2011) bekräftar att bättre läkemedelsföljsamhet ofta ses som ett resultat av "Care Management", vilket sågs i studier med enbart sjuksköterskor som Care Managers men även i studier där professionerna varierade.

Övriga behandlingsresultat

Övriga behandlingsresultat som sågs i studiens resultat var att patienterna i interventionsgrupper med ”Care Management” skattade livskvalitet högre än patienter som hade fått standardiserad vård. Livskvalité är ett mångtydigt begrepp som inkluderar aspekter som påverkan av yttre omgivning, personens upplevelse av sin situation och vilka effekter det ger den berörda. Ohälsa behöver inte innebära låg livskvalitet men kan vara en orsak till sänkt livskvalitet (Willman, 2014). Liknande resultat framkom i studien av (Watson et al. 2013) där livskvalitén förbättrades av ”Care Management” vid depression och samtida somatiska sjukdom som artrit, diabetes, hjärtsjukdom, cancer och HIV. Baserat på detta kan slutsatsen dras att ”Care Management” kan vara lika effektivt för depressiva symtom oavsett om behandlingen enbart avser depression eller samtidig somatisk sjukdom. Det tyder på att modellen ”Care Management” är applicerbar inom flera behandlingsområden. Andra behandlingsresultat av ”Care Management” var snabbare återkomst till arbete, bättre förmåga att hantera depression samt förbättring i social- och emotionell funktionsnivå. Det bekräftas av Skärsäter (2014^b) att patienter som får lära sig olika strategier för hantering av depression lättare kan återfå sin normala funktion i vardagen, vilket är målet vid vård av psykisk ohälsa. Strategierna kan innefatta aspekter som tidig identifiering av skov samt stöd- och utbildning om depression vilket enligt Skärsäter (2014^b) har en god prognos för behandlingsutfall, funktionsnivå samt mindre sjukskrivningar.

Implikationer för omvårdnad och vidare forskning

Studiens resultat visar att mer effektiva metoder finns vid vård av depression inom primärvården. Studien visar även att vårdmodellen ”Care Management” inte bara är effektivt för depression utan även andra hälsorelaterade åkommor inom somatisk vård (Ekers et al., 2013; Baker et al., 2018). Detta anses lägga grunden till att nyttan av vidareutbildning inom ”Care Management” kan vara applicerbart och användbart inom all hälso- och sjukvård.

Studien påvisar även att positiva behandlingsresultat av ”Care Management” vid depression sågs oavsett om grundutbildade sjuksköterskor eller annan hälso- och sjukvårdspersonal var Care Managers. Eftersom sex studier bestod av interventioner där ”Care Management” utfördes av psykologer, specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor, socionomer samt medicinska assistenter (Unützer et al., 2002; Unützer et al., 2006; Gallo et al., 2007; Bogner et al., 2012; Gallo et al., 2013; Björkelund et al., 2018). Författarna diskuterade inte skillnader i behandlingsresultat till följd av vem som utförde ”Care Management”. Därav kan resultatet antas gälla alla professioner. Även tidigare forskning påvisar goda kliniska resultat oberoende av vilken hälso- och sjukvårdspersonal som utförde ”Care Management” (Baker et al., 2018). Detta anses relevant för sjuksköterskeyrket eftersom såväl grundutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor har kompetens för att arbeta med ”Care Management” vid depression.

Vidare studier av ”Care Management” behövs för att utvärdera behandlingsresultat samt implementering i Sverige. Denna studie redogör för positiva behandlingsresultat av ”Care Management” i Sverige och vidare forskning gällande möjlig implementering efterfrågas

(SBU, 2012; SBU, 2013; Rödholm et al., 2018). Vidare interventionsstudier av "Care Management" inom svensk primärvård behövs för att undersöka dessa möjligheter. Då "Care Management" ses effektivt för vuxna och äldre patienter oavsett kön eller samsjuklighet väcks intresset att utvärdera dess effekt för ytterligare patientgrupper som barn och ungdomar. I denna studies inledande sökning sågs kraftig begränsning gällande kvalitativ forskning inom ämnet. Att studera patienternas upplevelser av att vårdas av Care managers och även personalens upplevelser av att vara Care Managers kan därför anses som en möjlighet för vidare forskning.

'Collaborative Care' inom primärvården har studerats för att undersöka dess kliniska effekt för patienten samt samhällskostnader, vilket har påvisat positiva effekter för patienter men ökade kostnader jämfört med vanlig vård (Gilbody et al., 2006; Coventry et al., 2014). Enligt Socialstyrelsen (2017) kan vårdsamordnande modeller vara effektivt för att uppnå Nationella riktlinjer för depressionsvård i Sverige och förväntas minska vårdkostnader på lång sikt. Dessa riktlinjer innebär bland annat hög tillgänglighet, aktiv bedömning och uppföljning av vårdbehov för patienterna, förebyggande behandling, bedömning av suicidrisk och främjande av läkemedelsföljsamhet (Socialstyrelsen, 2017). Tidigare beskriven forskning och studiens resultat påvisar att "Care Management" kan vara en effektiv modell för att uppnå dessa riktlinjer.

Referenslista

Artiklar markerade med * är inkluderade i studiens resultat.

*Adams, S. J., Xu, S., Dong, F., Fortney, J., & Rost, K. (2006). Differential Effectiveness of Depression Disease Management for Rural and Urban Primary Care Patients. *The Journal of Rural Health, 22*(4), 343 - 350. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2006.00056.x>

Baker, J. M., Grant, R. W., & Gopalan, A. (2018). A systematic review of care management interventions targeting multimorbidity and high care utilization. *BMC Health Services Research 18*(65). doi: 10.1186/s12913-018-2881-8

Barley, E. A., Murray, J., Walters, P., & Tylee, A. (2011). Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. *BMC Family Practice, 12*(47). doi: 10.1186/1471-2296-12-47

*Björkelund, C., Svenningsson, I., Hange, D., Udo, C., Pettersson, E. L., Ariai, N., Nejati, S., Wessman, C., Wikberg, C., André, M., Wallin, L., & Westman, J. (2018). *BMC Family Practice, 19*(28). doi: 10.1186/s12875-018-0711-z.

Bodenheimer, T. & Berry – Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs. *Syntesis Project. Research Synthesis Report 19*:917-925. doi: 52372

*Bogner, H. R., Morales, K. H., Reynolds, C. F., Cary, M. S., & Bruce, M. L. (2012). Prognostic factors, course, and outcome of depression among older primary care patients: The PROSPECT study. *Aging & Mental Health, 16*(4), 452 - 461. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.638904>

Carlsson, E., & Björk Brämberg, E. (2014). Kommunikationssvårigheter. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 471). Lund: Studentlitteratur.

Cassano, P. & Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic research, 53*(4), 849–857. doi: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00304-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00304-5)

Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2011). Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *The International Journal of Clinical Practice, 65*(9), 954 - 975. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02746.x.

Coventry, P. A., Hudson, J. L., Kontopantelis, E., Archer, J., Richards, D. A., Gilbody, S., Lovell, K., Dickens, C., Gask, L., Waheed, W., & Bower, P. (2014). Characteristics of Effective Collaborative Care for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-

Regression of 74 Randomised Controlled Trials. *PLoS One*, 9(9), e108114 doi: 10.1371/journal.pone.0108114. 2014.

Ekers, D., Murphy, R., Archer, J., Ebenezer, C., Kemp, D., & Gilbody, S. (2013). Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(1 - 3), 14 - 22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.032>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I-L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L-E., Rosén, H., Rydmark, M. & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-Centered Care – Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 10(4), 248 – 251. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningsätt* (s. 494). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141 – 152). Lund: Studentlitteratur.

Fransson Sellgren, S. (2014). Ledarskap och organisering av omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg, L. Wallin & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 267-269). Lund: Studentlitteratur.

*Gallo, J. J., Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E. P., Lin, J. Y., & Bruce, M. L. (2007). The Effect of a Primary Care Practice-Based Depression Intervention on Mortality in Older Adults: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 146(10), 689 - 698. doi: 10.7326/0003-4819-146-10-200705150-00002

*Gallo, J. J., Morales, K. H., Bogner, H. R., Raue, P. J., Zee, J., Bruce, M. L., & Rynolds III, C. F. (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ Journals*, 346:f2570 doi: 10.1136/bmj.f2570

Gilbody, S., Bower, P., & Whitty, P. (2006). Costs and consequences of enhanced primary care for depression. Systematic review of randomised economic evaluations. *The British Journal of Psychiatry*, 189(4), 297 - 308. doi: 10.1192/bjp.bp.105.016006

Girard, A., Ellefsen, E., Roberge, P., Carrier, J-D., & Hudon, C. (2019). Challenges of adopting the role of care manager when implementing the collaborative care model for people with common mental illness: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 369 - 389. doi: 10.1111/inm.12584

Heise, B. A., & van Servellen, G. (2014). The Nurse's Role in Primary Care Antidepressant Medication Adherence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(4), 48 - 57. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-08>

Henricson, M. (2017). Diskussion. I I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 414). Lund: Studentlitteratur AB.

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2012). Chronic care model for the management of depression: synthesis of barriers to, and facilitators of, success. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(6), 513 - 23. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00827.x

*Holst, A., Ginter, A., Björkelund, C., Hange, D., Petersson, E-L., Svenningsson, I., Westman, J., André, M., Wikberg, C., Wallin, L., Möller, C., & Svensson, M. (2018). Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Journals*, 8(11), 8:e024741. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024741

*Huijbregts, K. M., de Jong, F. J., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Adér, H. J., Hakkaart-van Roijen, L., Unützer, J., & van der Feltz-Cornelis C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. *Journal of affective disorders*, 146(3), 328 - 337. doi: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2012.09.015>

*Hunkeler, E. M., Katon, W., Tang, L., Williams, J. W. Jr., Kroenke, K., Lin, E. H., Harpole, L. H., Arean, P., Levine, S., Grympma, L. M., Hargreaves, W. A., & Unützer, J. (2006). Long term outcomes from the IMPACT randomized trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ Journals*, 332(7536), 259 - 263. doi: 10.1136/bmj.38683.710255.BE

Jarbin, H. (2016). *Behandling av depression hos barn och ungdomar*. Hämtad 2019-04-15, från https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/bakg_dok/Behandling_av_depression_hos_barn_och_ungdomar.pdf

Kajermo, K. N., Johansson, E., & Wallin, L. (2014). I A. Ehrenberg, L. Wallin, & A. Edberg (Red.), *Omvårdnadens grunder: Ansvar och utveckling* (s. 302, 304). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 82 - 83, 88 - 92). Lund: Studentlitteratur AB.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57 - 60). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristensson Uggla, B. (2014). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrerad inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrerad inom hälso- och sjukvård: från filosofi till praktik* (42 – 48). Stockholm: Liber.

Overbeck, G., Davidsen, A. S., & Kousgaard M. B. (2016). Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implementation Science*, 11(1):165. doi: 10.1186/s13012-016-0519-y.

Pence, B. W., O'Donnell, J. K., & Gaynes, B. N. (2012). The Depression Treatment Cascade in Primary Care: A Public Health Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 328 - 335. doi: 10.1007/s11920-012-0274-y

*Pyne, J. M., Fortney, J. C., Prakash Tripathi, S., Maciejewski, M. L., Edlund, M. J., & Williams, K. (2010). Cost-effectiveness Analysis of a Rural Telemedicine Collaborative Care Intervention for Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 67(8), 812 - 821. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.82

Rinander, H., & Strömbäck, M. (2015). *Omhändertagande vid depression och ångest, Norrbottens läns landsting*. Hämtad 2019-03-09, från https://www.norrboten.se/publika/ex/pwc/Rapporter/2015/1505_Depression_och_%C3%A5ngest.pdf

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 375 - 377, 382). Lund: Studentlitteratur AB.

Rödholm, M., Wählstedt, S., & Damberg, M. (2018). *Samarbetsvård för psykisk hälsa på väg implementeras i Sverige*. Hämtad 2019-03-08, från <http://www.lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Temaartikel/2018/09/Samarbetsvard-for-psykisk-halsa-pa-vag-implementeras-i-Sverige/>

SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2012). *Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården*. Hämtad 2019-07-09, från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/implementeringsstod-for-psykiatrisk-evidens-i-primarvarden/>

SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2013). *Care manager i svenska primärvård vid depression*. Hämtad 2019-07-09, från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/kunskapsluckor/care-manager-vid-depression-i-svensk-primarvard--2-/>

SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2017). *Strukturera och avgränsa översiktens frågor*. Hämtad 2019-03-25 från, https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel03.pdf

SBU. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2018). *Metod för den systematiska översikten*. Hämtad 2019-03-01, från <https://www.sbu.se/sv/test/metod-for-den-systematiska-oversikten/>

SBU. Social beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Vår metod*. Hämtad 2019-04-12, från <https://www.sbu.se/sv/var-metod/#heading-1>

Segesten, K. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 122 - 126). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2014:821. Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.

Skärsäter, I. (2006). Återhämtning från depression. I I. Skärsäter & B. Arvidsson (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer* (s. 102 - 103). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014)^a. Förstämmningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå* (s. 102, 111). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014)^b. Psykisk ohälsa. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa* (s. 611, 618 - 637). Lund: Studentlitteratur.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (s. 441). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom*. Hämtad 2019-03-07, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2019). *Case management*. Hämtad 2019-03-24, från <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/casemanagement>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2019-03-25, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Ulfvarson, J., & Bergqvist, M. (2014) Omvårdnadsaspekter vid läkemedelsbehandling. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 741 - 742). Lund: Studentlitteratur.

*Unützer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W. Jr., Hunkeler, E., Harpole, L., Hoffing, M., Della Penna, R. D., Noël, P. H., Lin, E. H., Areán, P. A., Hegel, M. T., Tang, L., Belin, T. R., Oishi, S., Langston, C. (2002). Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288(22), 2836 - 2845. doi:10.1001/jama.288.22.2836

*Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W. Jr., Hunkeler, E., Hendrie, H., Lin, E. H. B., Levine, S., Grympa, L., Steffens, D. C., Fields, J., & Langston, C. (2006). Reducing Suicidal Ideation in Depressed Older Primary Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550 - 1556. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00882.x>

Velehorsch, C., Bleau, P., Vermani, M., Furtado, M., & Klassen, L. J. (2014). Understanding the role of adjunctive nonpharmacological therapies in management of the multiple pathways to depression. *Psychiatry Research*, 220(1), 34 - 44. doi: [https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-1781\(14\)70004-6](https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-1781(14)70004-6)

Västra götalandregionen. (2018)^a. *Bakgrund till funktionen vårdsamordnare*. Hämtad 2019-03-25, från <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling-uppfoljning/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/bakgrund/>

Västra götalandregionen. (2018)^b. *Utbildning 7,5 hp*. Hämtad 2019-03-25, från <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/utveckling-uppfoljning/vardsamordnare-psykisk-ohalsa/funktionen/utbildning-72.5-hp/>

Västra götalandregionen. (uå). *Institutionen för medicin*. Hämtad 2019-03-25, från <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/b77239b9-4051-47b9-beaf-c16672a98180/Kursplan%202017%20-%20MED889%20V%20c3%a5rdsamordnare%20f%20c3%b6r%20depression,%20c3%a5ngest%20och%20psykisk%20oh%20c3%a4lsa%207,5%20hp.pdf?a=false&guest=true>

Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(8):e017173. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017173

Watson, L., Amrick, H. R., Gaynes, B. N., Brownley, K. A., Thaker, S., Viswanathan, M., & Jonas, D. E. (2013). Practice-Based Interventions Addressing Concomitant Depression and Chronic Medical Conditions in the Primary Care Setting: A Systematic Review and Meta-

Analysis. *Journal of Primary Care & Community Health*, 4(4), 294 - 306. doi:
10.1177/2150131913484040

WHO. World health organization. (2018). *Depression*. Hämtad 2019-03-07, från
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>

WHO. World health organization. (2012). *Depression: A Global Crisis*. Hämtad 2019-03-07,
från
https://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.

WHO. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of Mental and
Behavioural disorders*. Hämtad 19-03-09, från
<https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1>

Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens
grunder, Hälsa och ohälsa* (s. 46 - 47). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). Litteratursökning. I A.
Willman (Red.), *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk praktik* (s.
69). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och
metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 402). Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning
för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 68). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1.

Pubmed

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
25/3	<p>((("care manager" OR "nurse care manager" OR "depression care manager"[Title/Abstract] OR DCM[Title/Abstract] OR NCM[Title/Abstract]))) AND (((("primary health care"[Title/Abstract] OR "primary care"[Title/Abstract])) OR primary health care[MeSH Terms])) AND</p> <p>((("depression"[Title/Abstract] OR "depressive disorder"[Title/Abstract] OR "depressive disorders"[Title/Abstract] OR "major depression"[Title/Abstract] OR "severe depression"[Title/Abstract] OR "mild depression"[Title/Abstract] OR "moderate depression"[Title/Abstract] OR "mild depressive episode"[Title/Abstract] OR "moderate depressive episode"[Title/Abstract] OR "severe depressive episode"[Title/Abstract])) OR depressive disorder, major[MeSH Terms])) AND</p> <p>((("evaluation"[Title/Abstract] OR effect*[Title/Abstract] OR evaluate[Title/Abstract] OR impact*[Title/Abstract] OR result*[Title/Abstract] OR consequence*[Title/Abstract] OR outcome[Title/Abstract] OR "patient-relevant outcome"[Title/Abstract] OR "treatment effectiveness"[Title/Abstract] OR "treatment, efficacy"[Title/Abstract] OR "treatment outcome"[Title/Abstract])) OR treatment outcome[MeSH Terms]))</p>		99	41	41	8 (Varav 2 var från sekundärsökning)

Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
25/3	<p>AB ("care manager" OR "nurse care manager" OR "depression care manager" OR DCM OR NCM) AND AB ("primary health care" OR "primary care") AND AB (depression* OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "major depression" OR "severe depression" OR "mild depression" OR "moderate depression" OR "mild depressive episode" OR "moderate depressive episode" OR "severe depressive episode") AND AB (evaluation* OR effect* OR evaluate OR impact* OR result* OR consequence* OR outcome OR "patient-relevant outcome" OR "treatment effectiveness" OR "treatment, efficacy" OR "treatment outcome")</p>	Peer Reviewed	6	4	4	2 (Dubletter från PubMed).

PsycINFO

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
26/3	ab("care manager" OR "nurse care manager" OR "depression care manager" OR DCM OR NCM) AND ab("primary health care" OR "primary care") AND ab(depression* OR "depressive disorder" OR "depressive disorders" OR "major depression" OR "severe depression" OR "mild depression" OR "moderate depression" OR "mild depressive episode" OR "moderate depressive episode" OR "severe depressive episode") AND ab(evaluation* OR effect* OR evaluate OR impact* OR result* OR consequence* OR outcome OR "patient-relevant outcome" OR "treatment effectiveness" OR "treatment, efficacy" OR "treatment outcome")	Peer Reviewed	104	74	74	8 (varav 5 var dubletter från PubMed)

Bilaga 2.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat av relevans	Kvalitet *Enligt Friberg, (2012)
Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Pettersson EL, Ariai N, Nejati S, Wessman C, Wikberg C, André M, Wallin L, & Westman J. 2018 Sverige	Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial.	Att studera den kliniska effektiviteten av Care management vid vård av primärvårdspatienter med depression i Sverige.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie. Intervention- vs. kontrollgrupp.	Patienter som sökte vård vid 23 primärvårdsenheter i Sverige, ≥ 18 år, med nydiagnostiserad mild eller måttlig depression (enl ICD-10*). Totalt 152 deltagare i interventionsgruppen och 172 i kontrollgruppen	Väsentlig minskning i depression (enligt MADRS-S*) i båda grupper, men signifikant större i interventionsgruppen. Mer procentuellt stabil läkemedelsföljksamhet i interventionsgruppen. Interventionsgruppen hade större antal återgång till arbete. Inga väsentliga skillnader mellan grupper avseende nöjdhet med behandling, generellt högt skattad nöjdhet.	Hög Etiskt godkänd, välformulerad, tydlig och sammanhängande. Redogör för blindning av patienter men ej vårdgivare, argumenterar och diskuterar detta väl.
Gallo J, Morales K H, Bogner H, Raue P, Zee J, Bruce M & Reynolds III C. 2013 USA	Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care.	Undersöka om en intervention för att förbättra behandling av depression hos äldre inom primärvården modifierade den höjda risken för död associerat till depression	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie. Långtidsuppföljning av PROSPECT* Intervention- vs. kontrollgrupp	Totalt 1226 deltagare identifierade mellan maj 99 och augusti 2001, på 20 primärvårdsenheter, i åldrarna 60 - 75 ≥ 75 med depression. Varav 627 deltagare utan depression. Vid slutgiltig uppföljning (2 år efter start) var 821 deltagare kvar pga 405 dödsfall.	Patienter med depression i kontrollgrupp hade högre risk att dö än de utan depression. I interventionen hade patienter med depression inte högre risk att dö än patienter utan depression. Patienter i interventionen med depression hade 24 % mindre risk för att dö jämfört med kontrollpatienter med depression. Ingen signifikant påverkan på dödlighet för mild depression.	Hög Strukturerad och välformulerad. Redogör tydligt för metod och intervention, dock något svårförståelig analys. Etiskt godkänd.
Hunkeler EM, Katon W, Tang L, Williams JW Jr, Kroenke K, Lin EH, Harpole LH, Arean P, Levine S, Grypma LM, Hargreaves WA, & Unützer J. 2006 USA	Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care.	Att fastställa långtidseffekten av CCM* för depression sent i livet.	Kvantitativ Randomiserad kontrollerad studie baserat på data från IMPACT* Intervention- vs. kontrollgrupp	1801 primärvårdspatienter ≥ 60 år med svår depression och dystymi eller båda. På 18 primärvårdsenheter.	Patienterna i interventionen hade bättre följksamhet till läkemedelsbehandling, större minskning av depression, högre skattad livskvalitet, högre skattad förmåga att hantera sin depression, lägre skattad funktionsnedsättning och upplevde större nöjdhet med vården.	Hög Strukturerad och välformulerad, relevant metod, bakgrund upplevs något kort och mer förankring i tidigare forskning hade varit önskvärt. Etiskt godkänd.

<p>Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Noël PH, Lin EH, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, & Langston C.</p> <p>2002 USA</p>	<p>Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care setting: A Randomized controlled trial.</p>	<p>Att fastställa effektiviteten av IMPACT* collaborative care-program för depression sent i livet.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Randomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Intervention- vs. kontrollgrupp</p>	<p>1801 patienter, ≥ 60 år med svår depression (17%), dystymi (30%) eller båda (53%) enligt screening för depression genom SCID*. På 18 primärvårdsenheter. Rekryterade mellan 1999 och 2001</p>	<p>Efter 12 månader hade 45 % av interventionsgruppen 50% eller mer minskning i depressiva symptom jämfört med vid start. Kontrollgruppen hade 19 % minskning jämfört med vid start. Interventionsgruppen skattade även lägre depressionsnivå, större nöjdhet med behandling och högre livskvalité än kontrollgruppen.</p>	<p>Hög</p> <p>Välformulerad bakgrund med anknytning i tidigare forskning. Tydlig röd tråd från bakgrund till diskussion. Etiskt godkänd.</p>
<p>Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, Hendrie H, Lin E, Levine S, Grypma L, Steffens D, Fields J, & Langston C.</p> <p>USA 2006</p>	<p>Reducing Suicidal Ideation in Depressed Older Primary Care Patients.</p>	<p>Att fastställa effekten av ett primärvårdsbaserad collaborative care program för depression på suicidtankar hos äldre vuxna</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Randomiserad kontrollerad studie baserat på data från IMPACT*.</p> <p>Intervention- vs. kontrollgrupp.</p>	<p>1801 patienter, ≥ 60 år med svår depression eller dystymi.</p>	<p>Interventionsgruppen hade signifikant lägre nivåer av suicidtankar än kontrollgruppen vid 6 månader och även efter interventionens slut vid 18 och 24 månader.</p>	<p>Hög</p> <p>Röd tråd genom studien, kort men koncis bakgrund väl kopplat till syfte. Tydligt urval, välformulerad diskussion. Etiskt godkänd.</p>
<p>Gallo J, Bogner H, Morales K, Post E, Lin J & Bruce M.</p> <p>USA 2007</p>	<p>The Effect of a Primary Care Practice-Based Depression Intervention on Mortality in Older Adults: A Randomized Trial.</p>	<p>Att testa om en intervention för att förbättra depressionsvård kan modifiera risken för död.</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Randomiserad kontrollerad studie baserat på data från PROSPECT*</p> <p>Intervention- vs. kontrollgrupp</p>	<p>1226 slumpmässigt valda patienter, ≥ 60 år med mild eller svår depression enligt DSM-IV*. Efter mittuppföljningen hade 223 patienter avlidit. På 20 primärvårdsenheter</p>	<p>Patienter i interventionsgruppen hade mindre risk för att dö än de i kontrollgruppen. Minskad risk för att dö sågs inte hos patienter med mild depression.</p>	<p>Hög</p> <p>Välstrukturerad, tydlig och rimligt resultat. Redogör för randomisering och väl genomförd diskussion. Kort bakgrund och resultat men ändå konsist. Etiskt godkänd.</p>
<p>Holst A, Ginter A, Björklund C, Hange D, Petersson E-L,</p>	<p>Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for</p>	<p>Utvärdera kosteffektiviteten av ett CM*-program i jämförelse med</p>	<p>Kvantitativ.</p>	<p>23 svenska primärvårdskliniker i Sverige. 276 patienter med nydiagnostiserad mild och måttlig depression.</p>	<p>Hälsöfördelarna var högre i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen avseende livskvalité. Vanlig vård dominerade gällande hälsovinster till lägre kostnad.</p>	<p>Hög</p> <p>Tydlig röd tråd, något svårförståelig analys men</p>

Svenningsson I, Westman J, André M, Wikberg C, Wallin L, Möller C & Svensson M. Sverige 2018	patients with depression in primary care: economic evaluation of pragmatic randomized controlled study.	vanlig vård vid vård av depression inom primärvården utifrån ett hälso- och samhällsperspektiv.	Randomiserad kontrollerad studie med ekonomisk analys. Intervention- vs kontrollgrupp.			välformulerad och strukturerad i övrigt. Bra diskussion gällande generaliserbarhet. Etiskt godkänd.
Pyne J, Fortney J, Prakash Tripathi S, Maciejewski M, Edlund M & Williams K. USA 2010	Cost-effectiveness Analysis of a Rural Telemedicine Collaborative Care Intervention for Depression	Att undersöka kostnadseffektiviteten av Collaborative Care för depression inom landsbygd.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie med ekonomisk analys. Intervention- vs kontrollgrupp.	395 patienter med depression enligt screening genom PHQ-9*. På 7 primärvårdssklinikerna som bedriver hälso- och sjukvård för veteraner.	Ingen signifikant effekt gällande depressionsfria dagar visade sig i interventionsgruppen. Större förbättringar i livskvalitet sågs i interventionen jämfört med kontrollgruppen.	Hög. Välformulerad och lättförståelig förutom resultatet som i vissa avsnitt var svårförståeligt. Välformulerad diskussion med koppling i annan forskning. Etiskt godkänd.
Bogner H, Morales K, Reynolds III C, Cary M & Bruce M. USA 2012	Prognostic Factors, Course, and Outcome of Depression among Older Primary Care patients: The PROSPECT Study.	Undersöka om det finns mönster för utveckling av depressionssymtom bland äldre primärvårdspatienter som är relaterade till prognostiska faktorer och långsiktiga kliniska effekter.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie. Interventions- och kontrollgrupp	20 primärvårdsenheter i USA. 597 patienter ≥ 60 år med svår depression och mild depression. Varav 391 patienter slutförde 12 månaders uppföljning	3 olika mönster identifierades som representerar utveckling av depression (minskning av symtom) under behandlingens gång. Mönster 2 var "högt fallande kurs" som var patienter med svår depression vid start och hade hög minskning av depressionssymtom under behandlingens gång. Patienterna i interventionsgruppen var associerade med detta mönster och innebär att CM* hade stor effekt på dessa patienter.	Medel Svårförståeligt problemområde och brett syfte som upplevdes något okonkret. I övrigt tydligt urval, intervention, resultat samt diskussion. Etiskt godkänd.
Huijbregts, K. M, de Jong F, van Marwijk HW, Beekman AT, Ader HJ, Hakkaart-van Roijen J, Unützer J & van der Feltz-Cornelis CM. Nederländerna 2013	A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative	Att fastställa effektiviteten av målinriktad Collaborative Care för svår depression inom nederländsk primärvård.	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie. Intervention - vs kontrollgrupp.	150 patienter med svår depression, på 18 primärvårdsenheter i Nederländerna.	Behandlingsvar avser minst 50 % minskning i PHQ-9 poäng jämfört med initial mätning. Minskning räknades som < 5 PHQ-9 poäng. Behandlingsvar och minskning tog längre tid för kontrollgrupp att uppnå än interventionsgrupp. Vid 9 månaders uppföljning hade 25,8% av patienterna i kontrollgruppen och 61 % av interventionsgruppen uppnått behandlingsvar.	Medel. Etiskt godkänd. Väl beskriven och röd tråd genom studien. Dock genomförs inte randomisering fullständigt, detta argumenterar författarna med förankring i en källa. Etiskt godkänd.

Adams SJ, Xu S, Dong F, Fortney J & Rost K. USA 2006	Differential effectiveness of depression disease management for rural and urban primary care patients.	Undersöka om ett behandlingsprogram för depression har klinisk effekt för patienter inom primärvård under två års tid. Samt om effekten är kopplad till evidensbaserad vård (interventionen).	Kvantitativ. Randomiserad kontrollerad studie. Intervention- vs kontrollgrupp.	479 patienter med svår depression från 12 primärvårdskliniker i 10 amerikanska delstater.	Inom urban primärvård hade interventionen hög effekt på mental hälsa enligt MCS* vid 6, 12, och 18 månader. Ingen signifikant effekt sågs hos intervention på landsbygden då obetydlig skillnad i behandlingsresultat sågs i jämförelse med kontrollgrupp.	Hög Strukturerad och lättförståelig, rimligt och tydligt syfte samt diskuterar generaliserbarhet. Etiskt godkänd.
--	--	---	--	---	---	--

**DSM-IV* = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*

**IMPACT* = *Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT) trial of collaborative care management of depression.*

**PHQ-9* = *Patient Health Questionnaire-9.*

**PROSPECT* = *Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial*

**SCID* = *Structured clinical interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.*

**CCM* = *Collaborative Care Model*

**CM* = *Care Manager*

**MADR-S* = *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale- Self assessment*

**MCS* = *Mental Component Summary. Mäter symptom och funktionell status.*

**ICD-10* = *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, den 10e versionen.*