

SBU KARTLÄGGER • RAPPORT 273/2017

Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring

En kartläggning av kunskap och kunskapsluckor
utifrån systematiska översikter

Rapportserie Denna rapport hör till serien SBU Kartlägger. Rapportserien baseras på systematiska litteraturgenomgångar av forskningsartiklar. Rapporten har utarbetats av en grupp sakkunniga inom ämnesområdet. De sakkunniga har bland annat preciserat frågeställningen, bedömt forskningens kvalitet och diskuterat de sammanvägda resultat som framkommit. Frågeställningen belyses ur ett etiskt perspektiv. Rapporten har granskats såväl internt inom SBU som av externa granskare inom området.

ISSN 1400-1403

Innehållsdeklaration

Utvärdering av ny/etablerad metod	✓ Framtagen i samarbete med sakkunniga
✓ Systematisk litteratursökning	✓ Patienter/brukare medverkat
✓ Relevansgranskning	✓ Etiska aspekter
✓ Kvalitetsgranskning	Ekonomiska aspekter
Sammanvägning av resultat	Sociala aspekter
Evidensgradering gjord av SBU	✓ Godkänd av SBU:s kvalitets- och prioriteringsgrupp
Evidensgradering gjord externt	Godkänd av SBU:s nämnd
✓ Baseras på en systematisk litteraturoversikt	
Konsensusprocess	

Nyckelord Samverkan, Hälso- och sjukvård, Socialtjänst, Skola, Sjukskrivning, Psykisk ohälsa, Intervention, Systematisk kartläggning, Systematisk översikt

Utgiven December 2017

Giltighetstid Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller begränsat

Beställ Denna rapport (nr 273) kan beställas från Strömberg distribution.
Telefon: 08-779 96 85 • Fax: 08-779 96 10 • E-post: sbu@strd.se

Produktion Grafisk produktion av Anna Edling, SBU. Omslagsfoto: Shutterstock

Diarienummer SBU2017/323

Citera denna rapport SBU. Samverkan vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt socialförsäkring. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU-rapport nr 273. ISBN 978-91-88437-15-0

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	5
1 Syfte och avgränsning	11
Vetenskapliga kunskapsluckor om psykisk ohälsa i SBU:s databas	12
— Kända vetenskapliga kunskapsluckor om psykisk ohälsa och samverkansinsatser	13
2 Bakgrund	15
Psykisk ohälsa som begrepp	16
Psykisk hälsa i arbetsliv och social kontext	16
Komplexitet driver samverkansbehov	18
Uppdrag för olika aktörer	18
Samverkan	21
— Samverkan som begrepp	21
— Kända former av samverkan och internationellt använda begrepp	21
— Möjligheter och risker med samverkan	21
— Klassificerad som samverkan i denna kartläggning	22
— Inte klassificerad som samverkan i denna kartläggning	22
— Svenska satsningar på samverkan	22
— Samordningsförbund – exempel på statlig samverkan	23
— Exempel på regional och lokal samverkan	23
— Lagstiftning och reglering	24
3 Metod för kartläggningen	25
Frågeställning	25
— Frågeställning enligt PICO	25
Avgränsningar	27
— Exklusionskriterier	27
Områden och domäner	28
— Samverkan på organisationsnivå	28
— Domäner inom Hälsa	28
— Domäner inom Arbete	29
— Domäner inom Välfärd	29
— Särskilda problemområden	29
Litteratursökning	33
Metod för urval av systematiska översikter	33
Metod för bedömning av kvalitet	33
Metoder för sammanställning av resultat	34
4 Resultat	35
Flödesschema över ingående studier	36
Domäner	37
Vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor	38
— Kunskap finns	38
— En systematisk översikt behövs	38
— Fler primärstudier behövs	38
Otydlig utvärdering av samverkan i vissa fall	39

Sammanfattning av kunskapsläget	39
— Hälsa	39
— Arbete	40
— Välfärd	40
— Särskilda problemområden och domäner	40
5 Diskussion	57
Huvudsakliga fynd	58
— Hälsa	58
— Arbete	58
— Välfärd	58
Övergripande iakttagelser om kunskapsluckor	59
Genomgång av de systematiska översikternas resultat	59
— Hälsa	60
— Arbete	61
— Välfärd	63
Metodologisk diskussion	64
Tillförlitlighet, kontext och teoretisk förankring	65
Oönskade effekter av samverkan	66
Etiska reflektioner	66
Överväganden för forskning, policy och praktik	67
Vad denna kartläggning tillför	68
6 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd	69
Projektgrupp	69
— Sakkunniga	69
— SBU	69
Externa granskare	70
Bindningar och jäv	70
SBU:s vetenskapliga råd – Brage	70
SBU:s nämnd	71
7 Ordförklaringar	73
8 Referenser	75
Bilaga 1 Study characteristics of included systematic reviews, knowledge exists	81

Sammanfattning och slutsatser

Syfte

SBU har i regleringsbrevet för 2017 fått i uppdrag att kartlägga det vetenskapliga kunskapsläget om insatser vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och sjukskrivning. Den kartläggning som vi redovisar här har avgränsats till samverkansinsatser, det vill säga insatser som överskrider gränser mellan organisationer eller mellan nivåer inom samma organisation (exempelvis primärvård och specialistvård).

Det övergripande syftet har varit att utifrån väljorda och relevanta systematiska översikter kartlägga var det finns vetenskaplig kunskap respektive kunskapsluckor för effekten av olika samverkansinsatser. Syftet har däremot inte varit att bedöma olika samverkansinsatserns nytta, risker eller kostnader eftersom det kräver en mer omfattande vetenskaplig utvärdering.

Bakgrund

Effektiv samverkan mellan hälso- och sjukvård, skola, arbetsgivare och socialtjänst kan behövas för att förebygga, upptäcka och behandla psykisk ohälsa på bästa sätt. Det kan särskilt gälla för utsatta grupper som barn och unga och för patienter med särskilda behov. Samverkan kan också vara nödvändig i sammanhang där flera inblandade organisationer har olika roller och uppdrag gentemot en individ som vid sjukskrivning eller arbetslivsinriktad rehabilitering vid psykisk ohälsa.

Metod för kartläggningen

Sökstrategin i kartläggningen utgick från tre områden: Hälsa, Arbete och Välfärd. Syftet med den uppdelningen var att finna systematiska översikter av samverkansinsatser som omfattar aktörer från hälso- och sjukvård, socialförsäkring respektive socialtjänst. Inom varje område identifierades ett antal domäner, totalt 14 stycken, för att avgränsa olika typer av samverkansinsatser.

Sökningen efter systematiska översikter gjordes i 12 elektroniska databaser. Två oberoende granskare gallrade bland abstrakter och två oberoende bedömare kvalitetsgranskade de artiklar som var relevanta. Två sakkunniga bedömde var för sig om en översikt var relevant för kartläggningens frågeställning. Det fanns ingen avgränsning vad gäller typ av psykisk ohälsa, och flera möjliga utfallsmått ansågs relevanta både på individ- och organisationsnivå.

Endast systematiska översikter som utvärderat studier där samverkansinsatser jämförs med en kontrollbetingelse har inkluderats eftersom det krävs för att bedöma effekter.

Resultaten har sammanställts i tabeller utifrån var det finns kunskap respektive var det finns vetenskapliga kunskapsluckor. Översiktsförfattarnas resultat redovisas även kortfattat i tabellform, men SBU har inte bedömt tillförlitligheten i enskilda slutsatser eller giltigheten för svenska förhållanden. Eftersom ämnet för kartläggningen är brett har vi utgått från befintliga systematiska översiktsslutatsatser för att bedöma var kunskap respektive kunskapsluckor finns. Kartläggningen täcker därför inte samtliga tänkbara relevanta kunskapsluckor.

Huvudresultat

Inom området Hälsa finns det aktuell kunskap om effekterna av samverkan på organisations- och individnivå, både vid vanligt förekommande psykisk ohälsa och vid psykisk ohälsa med samtidig somatisk sjukdom. Inom området Arbete finns det kunskap framför allt om metoden SE/IPS (supported employment/ individual placement and support) vid allvarlig psykisk ohälsa. I området Välfärd saknas det relevanta och aktuella systematiska översikter av studier av samverkansinsatser. Inga systematiska översikter har sammanställt och särredovisat resultat om effekt av samverkansinsatser utifrån personernas kön.

Resultaten presenteras i tabellform utifrån område, domän och även problemområde (typ av psykisk ohälsa eller population). Tabell 1A–1C visar om kunskap finns eller om det finns vetenskapliga kunskapsluckor. När kunskapsluckor föreligger har vi bedömt om det behövs mer primärforskning eller en systematisk översikt.

Sammanlagt 47 systematiska översikter bedömdes vara både relevanta och tillräckligt bra, det vill säga av hög eller medelhög kvalitet. Av dessa fördelar sig 26 systematiska översikter inom området Hälsa, 16 inom Arbete och 5 inom Välfärd.

Översikterna skiljer sig betydligt åt vad gäller frågeställning, typ av samverkansinsats, aktörer och populationer. Vissa handlar huvudsakligen om samverkan medan andra översikter omfattar även andra insatser. De slutsatser vi lyfter gäller dock endast samverkan.

Vad tillför denna kartläggning?

Kartläggningen visar att det finns befintlig kunskap om effekter för personer med psykisk ohälsa främst vid samverkan inom hälso- och sjukvården samt samverkan vid åtgärder i arbetsliv och vid sjukskrivning. Men kartläggningen visar också på flera vetenskapliga kunskapsluckor inom områdena Hälsa, Arbete och Välfärd. Trots att samverkan har bedömts vara viktigt och trots att hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola enligt svensk lag ska samverka för att ge stöd till individer med komplexa behov så har effekterna av samverkansinsatser inte utvärderats tillräckligt.

Rapporten utgör ett kunskapsunderlag och ska inte ses som någon rekommendation.

Area	Domain	Evidence exists. Sufficient and current evidence is found	A systematic review is needed. Evidence needs to be updated	Primary studies are needed. Additional original research is needed
Health	Inter-institutional or intra-institutional collaboration			
	Depression			
	• Adults		Yes	
	Common mental illness			
	• People of all ages		Yes	
	Severe mental illness			
	• People of all ages		Yes	
	Mental health in the elderly			
	• Elderly		Yes	
	Mental illness with somatic comorbidity			
	• Adults with specific chronic disease	Yes		
	Collaboration in patient-oriented health care			
	Depression			
	• Adults	Yes		
Common mental illness				
• Adults	Yes			
Severe mental illness				
• Adults referred to psychiatric services		Yes		
• Adults			Yes	
• Adults with chronic mental and/or somatic conditions			Yes	

Table 1A
Summation of results, presented as Knowledge exists, A systematic review is needed or Primary studies are needed, in the area Health/Work/Welfare based on domain and problem area.

The table continues on the next page

Table 1A
continued

Area	Domain	Evidence exists. Sufficient and current evidence is found	A systematic review is needed. Evidence needs to be updated	Primary studies are needed. Additional original research is needed
Health	Mental health in the elderly			
	• Elderly with dementia, nursing home		Yes	
	• Elderly with dementia, community dwelling			Yes
	Mental illness with somatic comorbidity			
	• Adults with depression and cancer/ coronary heart disease/diabetes	Yes		
• Adults with depression and stroke		Yes		
• Adults with depression and any disease (multimorbidity)			Yes	
Collaboration in patient-oriented health care when providing psychosocial interventions and psychoeducation for the patient				
	Severe mental illness			
	• People with schizophrenia		Yes	

Area	Domain	Evidence exists. Sufficient and current evidence is found	A systematic review is needed. Evidence needs to be updated	Primary studies are needed. Additional original research is needed
Work	Inter-institutional or intra-institutional collaboration			
	Depression			
	• Workers		Yes	
	Bullying in the workplace			
	• People in employment			Yes
	Collaborative interventions at the workplace directed to the individual			
	Depression			
	• Workers	Yes		
	Common mental illness			
	• Workers with sickness absence due to mental disorders		Yes	
	• Adults with common mental health conditions		Yes	
	• Workers with occupational stress		Yes	
	Severe mental illness			
	• Adults	Yes		
	Bullying in the workplace			
• People in employment		Yes		
Prevention				
• Teachers, undiagnosed			Yes	
Collaboration between organisations on individual level				
Depression				
• Workers		Yes		
Common mental illness				
• Workers on sick leave		Yes		
• Employees with work absence due to mental disorders		Yes		
• Workers suffering from occupational stress		Yes		
Collaboration regarding change of work and re-training for the individual				
Autism spectrum disorder				
• Adolescents			Yes	

Table 1B
Summation of results, presented as Knowledge exists, A systematic review is needed or Primary studies are needed, in the area Health/Work/Welfare based on domain and problem area.

Table 1C
Summation of results, presented as Knowledge exists, A systematic review is needed or Primary studies are needed, in the area Health/Work/Welfare based on domain and problem area.

Area	Domain	Evidence exists. Sufficient and current evidence is found	A systematic review is needed. Evidence needs to be updated	Primary studies are needed. Additional original research is needed
Welfare	Inter-institutional or intra-institutional collaboration			
	No relevant systematic reviews of good quality were found			
	Collaboration between social welfare and health care with focus on the individual			
	Homelessness – children in transition • Children in homelessness or foster care		Yes	
	Collaboration between social welfare and school with focus on the individual			
	No relevant systematic reviews of good quality were found			
	Collaboration between social welfare and other organisations with focus on the individual			
	Emotional and behavioural problems • Children and adolescents		Yes	
	Homelessness – supported housing • Adults with any severe mental disorder		Yes	
	Collaboration between health care and school			
	No relevant systematic reviews of good quality were found			
	Collaboration regarding habilitation of the individual			
	No relevant systematic reviews of good quality were found			
	Collaboration regarding housing status and support			
Homelessness – case management • Homeless persons, of all ages		Yes		
Homelessness – collaborative care • Homeless families			Yes	

1 Syfte och avgränsning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, fick i uppdrag att göra en kartläggning av kunskapsluckor vid insatser för psykisk ohälsa i regleringsbrevet för 2017 (dnr S2016/07779/RS). Uppdraget lyder:

”SBU ska kartlägga kunskapsluckor inom området insatser inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och sjukskrivning, samt samverkan vid psykisk ohälsa och psykiatrisk problematik. Kartläggningen ska belysa olika målgrupper såsom barn och unga samt äldre och dem som har behov av insatser inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessutom ska kartläggningen belysa eventuella kunskapsluckor kopplade till kön.”

I samråd med Forte (februari 2017) avgränsade SBU uppdraget till att kartlägga samverkansinsatser vid psykisk ohälsa. Skälet var att det inte bedömdes vara sig görligt eller ändamålsenligt att kartlägga samtliga metoder och insatser som används vid psykisk ohälsa inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för alla grupper av människor. En sådan kartläggning skulle överlappa frågeställningar inom området psykisk ohälsa som redan tidigare undersökts av andra myndigheter och av SBU, exempelvis inom nationella riktlinjer för depression och ångest, schizofreni, missbruk och beroende från Socialstyrelsen samt tidigare kunskapsluckor som SBU identifierat inom psykisk ohälsa (tillgängliga på SBU:s webbplats). Vid SBU pågår en kartläggning av sammanställd forskning inom socialtjänstens verksamhetsområden, bland annat om missbruk. Avgränsningen till samverkansinsatser inom områdena Hälsa, Arbete och Välfärd motiverades utifrån uppdragets beskrivning samt av Fortes uppdrag att planera kommande utlysningar av forskningsmedel inom dessa områden. En systematisk kartläggning av kunskap och kunskapsluckor om samverkansinsatser bedömdes viktig då detta inte tidigare har gjorts.

Samverkan kan definieras och förstås på olika sätt. Utgångspunkten för hur SBU har avgränsat den här kartläggningen är en definition av samverkan från Socialstyrelsen [1]. Med samverkan avses därför här en insats som överskrider gränser, antingen mellan aktörer i minst två organisationer eller mellan aktörer på minst två nivåer inom samma organisation, exempelvis primärvård och specialistvård. Sedvanligt samarbete inom vården, till exempel i multiprofessionella vårdteam på en enhet, anses däremot inte vara samverkan i denna kartläggning, såvida detta samarbete inte sker över någon gräns eller nivå i en organisation.

SBU levererade en preliminär sammanfattning av resultaten till Forte den 15 september 2017.

Vetenskapliga kunskapsluckor om psykisk ohälsa i SBU:s databas

I den här rapporten granskar SBU sammanställd forskning i form av systematiska översikter för att kartlägga vilken forskning som finns om samverkan inom området psykisk ohälsa. Denna kartläggning visar också på kunskapsluckor som SBU har identifierat när det antingen saknas systematiska översikter inom en domän eller när författarna till de inkluderade systematiska översikterna har kommit fram till att evidens saknas inom ett område.

Utöver de kunskapsluckor som kartläggningen sammanställt finns också redan kända kunskapsluckor inom området psykisk ohälsa i SBU:s databas. De allra flesta kunskapsluckor i databasen har identifierats genom SBU:s och Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer och är hämtade från rapporter och riktlinjer publicerade under åren 2009–2016. Innehållet i databasen återspeglar därmed främst de områden där SBU och Socialstyrelsen har sökt kunskap. I Bilaga 2 som finns tillgänglig på www.sbu.se/273 redovisas tillvägagångssätt och resultat från SBU:s databas över vetenskapliga kunskapsluckor mer utförligt.

Kända vetenskapliga kunskapsluckor om psykisk ohälsa och samverkansinsatser

Vid tidpunkten för analysen av de vetenskapliga kunskapsluckorna i SBU:s databas fanns totalt 1 988 vetenskapliga kunskapsluckor, varav 482 inom kategorin psykiatri och psykologi, det vill säga motsvarande 21 procent. Endast 3 av dessa vetenskapliga kunskapsluckor handlade om psykisk ohälsa och samverkansinsatser. Dessa var:

- Care manager i svensk primärvård vid depression [2]
- Samordnade individuella vårdplaner vid psykisk funktionsnedsättning [3]
- Samverkande eller integrerade team som ger samordnade behandlingar och psykosociala åtgärder för både missbruk och schizofreni [4]

Att det fanns så pass få kunskapsluckor för samverkansinsatser och psykisk ohälsa ska dock inte tolkas som att kunskapsläget är gott, utan som att samverkansaspekten tidigare inte har uppmärksamats i någon större grad. Samverkan är därför ett område inom psykisk ohälsa som är relevant att belysa ytterligare.

2 Bakgrund

Folkhälsan i Sverige är generellt god men under de senaste decennierna har man kunnat se en oroande ökning av psykisk ohälsa, framför allt inom gruppen barn, ungdomar och unga vuxna. I den yrkesverksamma befolkningen speglas den ökade psykiska ohälsan i form av ökad sjukfrånvaro där ungefär dubbelt så många kvinnor som män är sjukskrivna. Att det finns en könsskillnad i psykisk ohälsa speglas också av befolkningsundersökningar där 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen i åldern 18–84 år uppgav att de har haft besvär med ångslan, oro eller ångest [5]. Men bara en mindre del av dem som upplever psykisk ohälsa söker sig till hälso- och sjukvården.

Psykiatriska diagnoser är sedan 2014 den vanligaste diagnosgruppen i Försäkringskassans sjukskrivningsstatistik. I september 2016 utgjorde de 44 procent av alla pågående sjukfall. De vanligaste psykiatriska diagnoserna är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress (cirka 50 procent av alla fall) och depressiva episoder (drygt 25 procent av alla fall). Andra typer av ångestsyndrom, panikångest och återkommande recidiverande depressioner utgör drygt 15 procent. Svåra psykossjukdomar som schizofreni utgör ungefär 1 procent av alla sjukfall. Utmärkande för sjukfrånvaro vid psykiatriska diagnoser är att man riskerar att få längre sjukfrånvaro och har högre risk för nya sjukfall än genomsnittet för alla [6].

Psykisk ohälsa som begrepp

Psykisk ohälsa är ett brett begrepp som omfattar många olika tillstånd. Det kännetecknas av någon form av dysfunktion i individens psykosociala funktioner eller utveckling, leder till en subjektiv upplevelse av lidande och har en negativ inverkan på individens livskvalitet. Men medan vissa former av psykisk ohälsa utgörs av psykiatriska diagnoser (som depression eller schizofreni) finns det också psykisk ohälsa som inte täcks av diagnoser (som oklar smärta eller kombinationen stress, sömnsvårigheter och relationsproblem).

Två snarlika begrepp som används i internationell litteratur är "common mental illness" och "common mental disorders". Medan det engelska ordet illness främst syftar på en persons upplevelse av nedsatt välbefinnande används ordet disorder istället för att beskriva ohälsa som kan klassificeras som en diagnos. Vilka diagnoser som ingår i begreppen common mental illness och common mental disorder kan variera, men oftast handlar det om depression, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifika fobier, social fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom. Ibland ingår även somatoforma syndrom, det vill säga tillstånd där en person har fysiska symtom som inte bedöms bero på kroppslig skada eller sjukdom utan istället har psykiska orsaker. De diagnoser som ingår i begreppen common mental illness och common mental disorder är vanligt förekommande i alla åldersgrupper, inte minst hos den yrkesverksamma befolkningen där de även utgör vanliga orsaker till sjukfrånvaro. Ibland översätts begreppen till svenska som "lättare psykisk ohälsa". Det betyder dock inte att tillstånden inte kan ge upphov till stort lidande och betydande funktionsnedsättningar. I den här kartläggningen har vi valt att benämna common mental illness och common mental disorder som *vanligt förekommande psykisk ohälsa*.

Andra begrepp i internationell litteratur är "severe mental illness" och "severe mental disorder". De begreppen omfattar svårare återkommande eller långvariga depressioner, bipolära tillstånd och psykostillstånd, inklusive schizofreni. Dessa tillstånd är av allvarlig karaktär och skapar betydande lidande och funktionsnedsättningar som ofta kräver behandling från hälso- och sjukvård i kombination med andra stödjande insatser.

Psykisk hälsa i arbetsliv och social kontext

Psykisk ohälsa är en samlingsbeteckning på en rad olika tillstånd som varierar i symtom, funktionsnedsättning och hur de påverkar arbetsförmågan. Flera tillstånd varierar också i intensitet och svårighetsgrad över tid och i olika situationer. Sammantaget ger det en komplex bild, men gemensamt för alla dessa tillstånd är att de påverkar sociala kontakter och dagliga aktiviteter i form av arbete eller annan sysselsättning. Det betyder att exempelvis arbetsgivare och skola har en viktig roll i samhället för personer som lider av psykisk ohälsa.

För personer i yrkesverksam ålder har arbetsplatsen stor betydelse för välbefinnandet. Arbetet skapar en struktur i vardagen och ger inkomst och sociala kontakter. Ett väl fungerande arbetsliv kan därför bidra till att förebygga psykisk ohälsa. Men arbetsplatsen kan å andra sidan även utgöra en psykosocial arbetsmiljörisk. Det finns väl belagda samband mellan olika typer av arbetsmiljöer och symtom på depression respektive utmattningssyndrom [7]. Arbetet har alltså en central men dubbel roll för den psykiska hälsan. Vanligt förekommande psykiska sjukdomar hos den yrkesverksamma befolkningen är depressionssjukdomar, ångestsjukdomar, utmattningssyndrom, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar. De kan uppstå som en följd av en stressig arbetsmiljö men kan också bero på faktorer utanför arbetslivet. I en norsk studie fann man att sömnproblem ökade risken för framtida förtidspension på liknande nivå som depressions- och ångestsjukdomar gjorde [8]. Arbetslivet är därför en viktig arena för att kunna hantera psykiska problem antingen genom kortsiktig anpassning av arbetsuppgifter eller genom en god rehabilitering för återgång i arbete.

Den psykiska ohälsan ökar bland **barn och unga**, framför allt hos flickor [9]. Det är därför särskilt angeläget att den ökade psykiska ohälsan bland barn och ungdomar uppmärksammas inom skola, vård och omsorg. Unga personer med ovanliga psykiska tillstånd som psykosjukdom, tvångssjukdom eller svårare neuropsykiatriska tillstånd som autism och adhd har en nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga. För dessa ungdomar är övergången från skola till arbete ofta en utmaning. Där kan olika former av förberedelser för arbetslivet vara av stor betydelse. Unga vuxna i åldern 19–29 år med en psykisk funktionsnedsättning som ger upphov till nedsatt arbetsförmåga kan till exempel få så kallad aktivitetsersättning. I dagsläget får omkring 38 000 ungdomar och unga vuxna denna ersättning.

För såväl **unga som vuxna med allvarliga psykiska störningar** har en speciell form av understödd anställning och individuell placering och stöd utvecklats (supported employment/individual placement and support, SE/IPS) för att underlätta introduktion eller återgång i arbete. Tanken med SE/IPS är att personen ska komma i gång med ett arbete redan innan full symtomfrihet uppnåtts. Det görs tillsammans med en arbetsstödare som kan finnas med i förberedelsefasen, underlätta sociala kontakter med arbetsgivare och fungera som en stödperson under en längre period. Arbetsstödjarens roll är att stödja i faktorer som är kopplade till arbetet snarare än sådana som ska behandla individens tillstånd och symtom. Arbetsstödjaren bidrar med kunskap om psykisk sjukdom till arbetsgivaren eller chefen och kan ge råd kring hur stor arbetsbelastning som kan vara rimlig. Metoden SE/IPS har främst stöd i internationell forskning, men det finns också forskning på implementering i svenska förhållanden [10,11].

Metoden SE/IPS har även föreslagits som en effektiv metod för unga vuxna som får aktivitetsersättning [12]. I en randomiserad kontrollerad svensk studie där drygt 1 000 personer med aktivitetsersättning fick stöd med antingen SE, case management (CM) eller förstärkt samarbete (FS) hade 26 procent gått ut i någon form av arbete eller studier efter 15 månader i gruppen som fick SE jämfört med 20 procent för CM och 18 procent för FS [13].

Depression hos **äldre** är ett allvarligt sjukdomstillstånd som kan leda till en betydande försämring av livskvalitet och även en ökad risk för att dö i förtid. Idag lider cirka 20 procent av alla äldre av psykisk ohälsa – en siffra som Socialstyrelsen har bedömt kommer stiga. Äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område, där många landsting idag saknar specifik äldrepsykiatrisk verksamhet, boendestöd och daglig verksamhet för personer över 65 år. Det finns brister i samverkan mellan huvudmännen (framför allt primärvård, psykiatri, geriatrik och socialtjänst) och även om detta område har förbättrats återstår mycket utvecklingsarbete enligt Socialstyrelsen [14].

Andra grupper i samhället som har eller löper stor risk att utveckla psykisk ohälsa är bland annat hemlösa, personer med en beroendeproblematik, migranter och nyanlända. Den psykiska ohälsan i dessa grupper samvarierar ofta med andra problem som ekonomisk utsatthet, sociala problem och svårigheter att komma in på arbetsmarknaden eller behålla ett jobb. Mellan 20 och 30 procent av de asylsökande och flyktingar som kommer till Sverige antas lida av någon form av psykisk ohälsa [15].

Många av dessa människor har en kombination av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem och har därför ofta behov av flera olika samhällskontakter. En uppskattning är att cirka 300 000 personer i Sverige kan ha sådana behov [16].

Komplexitet driver samverkansbehov

Ett ökat behov av samverkan vid psykisk ohälsa inom välfärdsområdena har uppstått av flera skäl. Ett är psykiatrireformen år 1995 [17] som förändrade samhällets sätt att arbeta med delaktighet och gav kommunerna ett större ansvar kring vård och omsorg för människor med komplexa problem. Reformen ställde större krav på kommunerna att ordna boendeformer och meningsfull sysselsättning för människor som lider av svår psykisk ohälsa. Kommunerna fick därmed ett ökat behov av att samverka med hälso- och sjukvård och skola.

Ett annat skäl är att vård- och serviceorganisationer har blivit mer specialiserade, men även fragmenterade [18]. Det kräver samverkan för att förhindra att människor faller mellan stolarna [19]. Samverkan förordas också för att möta den växande komplexiteten i patienternas och brukarnas behov, vilket ökar efterfrågan i form av sammansatt stöd från olika huvudmän eller professioner [20].

Uppdrag för olika aktörer

Det svenska välfärdssystemet är väl utbyggt och det finns en hög specialisering. Utmärkande är att olika aktörer har olika huvudmän, som staten, landsting, regioner eller kommuner. Inom vissa områden finns det också utförare som är privata eller ideella organisationer, till exempel inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Hälso- och sjukvården har en central roll genom sitt ansvar att förebygga psykisk ohälsa och att ge effektiv, god och jämlik vård och behandling till personer som har drabbats av symtom, sjukdom eller skador. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kapitel 7 § 7 ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Enligt lagen finns också möjligheter att samverka med andra landsting, kommuner, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan för att de tillgängliga resurserna ska användas effektivare. En särskild möjlighet gäller finansiell samverkan inom rehabiliteringsområdet (hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), svensk författningssamling (2017:30)). Hälso- och sjukvården har också i sin organisation blivit så pass komplicerad (till exempel genom uppdelning av primärvård och specialistvård eller vård för barn och ungdomar kontra vuxna och äldre) att den anses förutsätta hög grad av samverkan.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att enskilda personer får den hjälp och det stöd de behöver. Det ansvaret är till för att undvika att enskilda individer hamnar mellan välfärdssystemets olika delar, men ska samtidigt inte ta ifrån andra myndigheter deras ansvar. Det är kommunen som har ansvaret för socialtjänsten. Även om man inte är bosatt i en kommun utan bara vistas där har kommunen ett ansvar för att ge hjälp och stöd åt enskilda personer. Socialtjänstlagen framhåller att verksamheten ska bedrivas i samarbete med individ, hem och familj och i samverkan med andra samhällsorgan. Lagen nämner särskilt möjligheten att ingå överenskommelser om samarbete med landstinget kring personer som missbrukar till exempel alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Lagen framhåller också vikten av att ge brukarorganisationer, som skulle kunna vara en samverkansaktör, möjlighet att inkomma med synpunkter (socialtjänstlagen (2001:453)).

Försäkringskassans huvuduppgift är att administrera och ansvara för utbetalningar från socialförsäkringen. Vid sjukskrivning handlar det om att bedöma rätten till ersättning och ansvara för utbetalningar till personer som har nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom. Försäkringskassan administrerar även ersättningar som omfattar barn, familjer och funktionsnedsättningar. I relation till psykisk ohälsa är det framför allt den ökande andelen sjukskrivna med en psykiatrisk diagnos som är relevant. Som stöd för bedömning av sjukskrivningslängd har Socialstyrelsen utvecklat ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Psykiatriska diagnoser utgjorde ett särskilt problem när Försäkringskassan tog fram beslutsstödet eftersom sambandet mellan diagnosen eller sjukdomen i sig och de funktionsnedsättningar och begränsningar i aktivitetsförmåga som den medför är svagt. En person med diagnosen depression kan i princip ha full arbetsförmåga medan en annan person med samma diagnos kan ha en nedsatt funktions- och aktivitetsförmåga som påverkar dennes arbetsförmåga. Enligt socialförsäkringsbalken kapitel 30 § 3 ska rehabiliteringsåtgärder planeras i samråd med den sjukskrivne och utgå från individuella förutsättningar och behov. I rehabiliteringen har Försäkringskassan samordnings- och tillsynsansvar för de insatser som behövs. Försäkringskassan ska vidare, efter medgivande från den sjukskrivne, samverka med arbetsgivare och arbetstagarorganisation, hälso- och sjukvård, socialtjänst, arbetsförmedling och andra myndigheter som berörs. Inom den här ramen för rehabiliteringsansvaret har Försäkringskassan en långtgående skyldighet till samverkan (socialförsäkringsbalken (2010:110)).

Arbetsförmedlingen är en statlig myndighet med ett arbetsmarknadspolitiskt uppdrag som den utför i form av platsförmedling, vägledning, arbetsmarknadspolitiska program, arbetsplatsintroduktion, arbetslivsinriktad rehabilitering och verksamhet för unga med funktionsnedsättning. En del av verksamheten gäller också vissa anställningsfrämjande åtgärder, arbetstillstånd och arbetslöshetsförsäkringen. Arbetsförmedlingens verksamhet regleras i olika lagar och förordningar varav de viktigaste är förordningen om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten, instruktion för Arbetsförmedlingen och myndighetsförordningen. I delar av Arbetsförmedlingens verksamhet framhålls att samråd ska ske med arbetsgivare och arbetstagarorganisationer. För unga med funktionsnedsättning ska Arbetsförmedlingen samverka med skolan och Försäkringskassan för att underlätta övergången från skola till arbete. Inom det arbetsmarknadspolitiska området har Arbetsförmedlingen även ett sektorsansvar för handikappfrågor och ska samla, stödja och driva på övriga berörda parter. Ett liknande samordningsansvar har Arbetsförmedlingen enligt lagen (2010:97) om etableringsinsatser för nyanlända invandrare. När det gäller nyanlända invandrare ska Arbetsförmedlingen stödja och driva på andra parter för att underlätta för nyanlända att etablera sig på arbetsmarknaden.

Enligt Arbetsförmedlingens instruktion ska man särskilt samverka med Försäkringskassan, Arbetsmiljöverket och Socialstyrelsen för att använda de tillgängliga resurserna effektivare inom rehabiliteringsområdet. Arbetsförmedlingen ska även samverka med Försäkringskassan samt kommuner och landsting enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (förordningen om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten (2000:628), instruktion för Arbetsförmedlingen (2007:1030)).

Arbetsgivare har en viktig roll för det samlade stödet i samhället för personer med psykisk ohälsa. Eftersom arbetsmiljön också kan bidra till att man utvecklar psykiska problem har arbetsgivaren ett ansvar för att tillhandahålla en arbetsmiljö som minimerar de riskerna. Arbetsgivarnas skyldigheter regleras bland annat i arbetsmiljölagen (1977:1160). Där framgår att arbetsgivare och arbetstagarare ska samverka för att skapa en god arbetsmiljö. Vidare ska en arbetsgivare efter samråd med en sjukskriven anställd lämna de upplysningar som behövs för att genomföra rehabilitering (arbetsmiljölagen 1977:1160). En viktig aktör på den svenska arbetsmarknaden är arbetstagarorganisationer som fungerar som en resurs i arbetet för att främja en god psykosocial arbetsmiljö och bidra till rehabilitering.

Redan 2006 fastslogs i en statlig utredning att det finns stora svårigheter för samverkan mellan hälso- och sjukvård och andra huvudmän. Man lyfte särskilt fram behovet av fungerande samverkan för personer med psykisk sjukdom och samtidig beroendeproblematik samt barn och ungdomar med omfattande psykosocial problematik [17].

Samverkan

Samverkan som begrepp

I följande stycke ger vi en bakgrund av hur begreppet samverkan normalt används och vilka definitioner som används. Vad vi menar med samverkan i denna kartläggning framgår under rubriken Klassificerad respektive Inte klassificerad som samverkan nedan.

År 2011 nyanserade Socialstyrelsen i samråd med Terminologicentrum begreppet samverkan för vård- och omsorgsorganisationer som "ett övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte". Definitionen förtydligades ytterligare som att "samverkan kan ske inom och mellan enheter, myndigheter och samhällsaktörer och t.ex. gälla aktivitet, utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter". Ett syfte med att ta fram en sådan samverkansdefinition var att identifiera särskiljande kännetecken från närliggande begrepp som samarbete, samordning, samråd och synkronisering [21].

Socialstyrelsen och Arbetsförmedlingen har inom ramen för ett regeringsuppdrag (S2014/3701/FST) kartlagt och sammanställt exempel på samverkansformer mellan socialtjänsten och Arbetsförmedlingen. De identifierade då centrala aspekter av vad samverkan är och när den är befogad. Samverkan beskrivs där som ett sätt att lösa utmanande uppgifter som den egna organisationen inte klarar av på egen hand. En tumregel som lades fram var att det är lämpligt att samverka när en situation kräver samordnade insatser från flera aktörer samtidigt, men inte annars. I samma rapport fastslås att samverkan kan ske på olika vis: interorganisatorisk – mellan organisationer – eller intraorganisatoriskt – inom en organisation. Samverkan kan även ske interprofessionellt, det vill säga mellan olika professioner.

Resultatet av detta uppdrag återfinns på webbplatsen www.godsamverkan.se.

Kända former av samverkan och internationellt använda begrepp

Ett flertal interventioner som är att betrakta som eller bygger på samverkan var kända för projektgruppen vid arbetets början och används också i Sverige. Det är namngivna interventioner som exempelvis collaborative care, SE/IPS, ACT (assertive community treatment), intensive case management case manager, integrated care, shared care och housing first. Dessa typer av interventioner är mer eller mindre formaliserade och manualbaserade och uppvisar viss variation i olika studier och sammanhang. I denna kartläggning har vi valt att använda de engelska benämningarna.

Möjligheter och risker med samverkan

Samverkan är något av ett honnörsord för organisationer som barn- och ungdomspsykiatri (BUP), skola och socialtjänst. Det finns ett antagande om att samverkan ska öka tillgängligheten av vård och stöd, minska dubbelarbete för

vårdgivare och göra insatsen mer effektiv [19]. Vidare beskrivs samverkan som en metod som kan bryta hierarkiska strukturer och överbrygga sektorisering inom välfärdssystemet, och även vara mer effektiv eller kostnadseffektiv. Andra skäl till att samverka är att det kan överföra kunskap mellan de samverkande organisationerna.

Men även om det finns många exempel på framgångsrik samverkan har det visat sig att samverkan är en svår konst. I många fall har det varit besvärligt eller till och med omöjligt att få samverkan att fungera [22].

Det lyfts även potentiella risker med samverkan, exempelvis att myndigheter får ett starkare övertag på bekostnad av individens integritet [23].

Klassificerad som samverkan i denna kartläggning

I denna kartläggning definieras en insats som samverkan om något av följande är uppfyllt:

- Minst två aktörer från olika organisationer eller verksamheter ingår, med eller utan direkt kontakt med de personer (patienter) vilka insatsen syftar till att främja
- Interventionen är gränsöverskridande inom en organisation

Insatser av multidisciplinär eller multiprofessionell karaktär bedöms också vara samverkan om något av ovanstående krav är uppfyllt. Insatser som involverar anhöriga i vård av vuxna personer bedöms vara samverkan om även andra aktörer ingår.

SBU:s kartläggning inkluderar forskning som studerar samverkansinsatser (program eller modeller) och som är sammanställd i systematiska översikter.

Inte klassificerad som samverkan i denna kartläggning

I denna kartläggning definieras en insats inte som samverkan om den utgör något av följande:

- Etablerat samarbete inom en enhet (som teamarbete) eller gängse samarbete i form av sedvanligt informationsutbyte eller remissförfarande
- En situation där ett barn får någon insats tillsammans med sina föräldrar eller vårdnadshavare

Svenska satsningar på samverkan

I Sverige finns ett flertal modeller för samverkan, både mellan och inom organisationer. Samverkan mellan kommuner och landsting sker i flera former och på flera olika nivåer, bland annat genom kommunalförbund, gemensamma nämnder och så kallade samordningsförbund. Samverkan är också aktuellt på nationell nivå. Exempel ges i nästa avsnitt.

Samordningsförbund – exempel på statlig samverkan

Ett exempel på lagstiftad grund för samverkan är FINSAM som innebär möjligheter till finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser och är lagstadgat sedan 2004. Lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2003:1210) gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan samt kommuner och landsting eller regioner att samverka finansiellt inom välfärds- och rehabiliteringsområdet. Tillsammans bildar de fyra parterna ett lokalt eller regionalt samordningsförbund som beslutar hur samarbetet ska utformas och bedrivas utifrån lokala förutsättningar och behov. I dagsläget finns 82 sådana förbund. Hittills har inte effekten av samordningsförbundens verksamhet utvärderats fullständigt. Samordningsförbunden har dock studerats i avhandlingar med avseende på organisatoriska aspekter (till exempel Andersson 2016 [24] och Ståhl 2010 [25]).

Det finns även uppföljningsstudier av samordningsförbundens satsningar där mindre grupper har följts över tid. Ett exempel är en studie av unga med aktivitetsersättning, varav många hade psykiska problem. I studien jämfördes insatser via samordningsförbund med en referensgrupp. Resultatet tyder på att individer som har deltagit i insatser finansierade av samordningsförbunden befinner sig närmare arbetsmarknaden i något större utsträckning än referensgruppen, även om resultaten inte är helt entydiga [26].

Det finns också möjlighet för parterna att följa upp och utvärdera samverkan inom rehabiliteringsområdet genom SUS (sektorsövergripande system för uppföljning av samverkan). Det här gemensamma systemet syftar till att underlätta lokal, regional och nationell uppföljning av samverkan.

Ett aktuellt exempel där samverkan är central är den statliga satsningen på nationella samordnare. Syftet med satsningen är att främja samverkan på nationell, regional och lokal nivå. I uppdraget ingår även att öka kvaliteten i insatser samt att utveckla former för ett samordnat stöd för unga som varken arbetar eller studerar [27].

Exempel på regional och lokal samverkan

Exempel på regionala och lokala initiativ är VÄSTBUS, Norrtäljemodellen och Södertäljemodellen.

VÄSTBUS är en förkortning av barn- och ungasamverkan i Västra Götaland och är en överenskommelse om samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunerna i Västra Götalandsregionen. Målgruppen är barn och unga upp till 20 år med komplex psykisk, psykiatrisk och social problematik som behöver tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter [28].

Norrtäljemodellen är ett exempel på samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten kring äldre med komplexa vårdbehov [29].

Södertäljemodellen är ett samarbete mellan kommun och landsting vid psykiatrisk problematik [30].

Lagstiftning och reglering

I Sverige regleras myndigheters samverkan i olika lagar för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst och skola. Lagstiftningen rör i första hand ansvarsfördelning mellan olika aktörer, men även vilken typ av insatser som bör göras och när de ska göras enligt lag. I Tabell 2 presenteras de lagar och regler som SBU har bedömt är mest centrala för kartläggningen.

Tabell 2
Lagar, föreskrifter och allmänna råd som reglerar samverkan för hälso- och sjukvård, arbetsliv, socialtjänst, socialförsäkring och skola.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL
Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL
Patientlagen (2014:821)
Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612) (gäller från 2018)
Socialförsäkringsbalken (2010:110)
Lag om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2003:1210)
Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), LPT
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer
Socialtjänstlagen (2001:453), SoL
Offentlighet och sekretesslagen (2009:400), OSL
Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS
Lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU
Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (1988:70), LVM
Skollagen (2010:800)
Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

År 2010 trädde nya bestämmelser i kraft kring personer med psykisk funktionsnedsättning i både hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen. Det innebär att kommuner och landsting ska komma överens om former för samarbete. Dessutom ska landsting och kommuner tillsammans med patienten och dennes närstående upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när det behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Exempel som berör samverkan inom psykiatri och socialtjänsten på individnivå är samordnare (case managers) och personliga ombud [31].

En fast vårdkontakt kan också utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen och 6 kap. 2 § patientlagen). En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan.

3 Metod för kartläggningen

Den här rapporten bygger på en systematisk kartläggning. I en systematisk kartläggning utgår man ifrån redan sammanställd forskning i form av systematiska översikter. Resultaten av dessa vägs däremot inte samman. Kartläggningen resulterar heller inte i någon slutsats, till exempel om vilka effekter en viss insats har. I metoden ingår att man strukturerar frågeställningen i domäner. En domän utgör ett område inom vilket det är relevant att undersöka om kunskap finns eller om det finns vetenskapliga kunskapsluckor.

Frågeställning

Kartläggningens frågeställning formulerades som:

- För vilka samverkansinsatser vid psykisk ohälsa finns det vetenskaplig kunskap respektive vetenskapliga kunskapsluckor?

Frågeställning enligt PICO

Den frågeställning och även sökstrategi som SBU använder enligt PICO är framtagen utifrån Fortes indelning av forskningsområden – Hälsa, Arbete och Välfärd. Hälsa innefattar insatser inom hälso- och sjukvård, Arbete handlar om insatser för arbetsåtergång samt sjukskrivning och Välfärd innefattar insatser inom socialtjänst och skola. Dessa områden innefattar såväl barn och unga som vuxna och äldre. Ingen begränsning görs avseende kön, om personerna är i arbete, går i skolan, är pensionerade, arbetslösa, sjukskrivna eller uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning.

Population

Kartläggningen innefattar flera populationer. Vi har inkluderat individer med psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik oavsett ålder, kön, diagnos, svårighetsgrad, orsak till psykisk ohälsa, sysselsättning (i arbete eller utbildning) eller socialförsäkringsstatus (pensionerad, sjukskriven, uppbär aktivitetsersättning, a-kassa eller sjukersättning). Vid preventiva insatser kan populationen också utgöras av personer som inte har en diagnostiserad eller känd ohälsa men som riskerar att få en försämrad psykisk hälsa. Systematiska översikter där personer med demenssjukdom eller beroendeproblematik har ingått har endast tagits med om personerna samtidigt haft annan rapporterad psykiatrisk problematik. SBU gör också en separat kartläggning om insatser för personer med missbruks- eller beroendeproblem och deras anhöriga där samverkan också uppmärksammas, som kommer att publiceras under 2018. Översikter av personer med somatisk sjukdom har endast inkluderats om det samtidigt funnits psykisk ohälsa hos dessa individer.

Intervention

Vi har bedömt att en insats eller intervention är relevant för kartläggningen om den överskrider gränser, antingen mellan aktörer i minst två organisationer eller mellan aktörer på minst två nivåer inom samma organisation och syftar till att

- påverka hälsa
- påverka arbetsnärvaro eller arbetsåtergång
- skapa förbättrad delaktighet i samhället (inklusive skola eller sysselsättning)
- förhindra uppkomst av ohälsa.

Kontroll

Insatserna ska ha utvärderat effekten av samverkan jämfört med ett kontrollalternativ.

Utfall

I kartläggningen har vi redovisat utfall och effektmått både på organisationsnivå och för patient- eller brukargrupper. Utfall särredovisade på kön har eftersökts.

Exempel på utfall och effektmått är:

- Effekt av insats på hälsa eller ohälsa, funktionsförmåga, aktivitet, skolgång, avhopp från skolgång, studier, vårdkonsumtion, delaktighet i samhället eller livskvalitet
- Antal insatser, tillförsel eller utökning av andra insatser

- I fallet arbetsnärvaro och arbetsåtergång:
 - Sjukskrivning
 - Sysselsättning
 - Anställningsbarhet
 - Arbetsförmåga
 - Sysselsättningsgrad, tid i arbete
- Konsekvenser och ogynnsamma utfall

Studiedesign

Vi inkluderade systematiska översikter och HTA-rapporter (en HTA-rapport, Health Technology Assessment, är en systematisk översikt som innefattar etiska och ekonomiska aspekter) om de var baserade på kvantitativa studier. De systematiska översikterna kunde ha inkluderat randomiserade kontrollerade kliniska studier eller andra studiedesigner som utvärderat en insats mot en kontroll- eller jämförelsegrupp.

Avgränsningar

Vi har enbart inkluderat systematiska översikter eller HTA-rapporter publicerade år 2000 eller senare i kartläggningen. Vi har däremot inte inkluderat primärstudier eller systematiska översikter som enbart utvärderat hälsoekonomiska aspekter. Vi har också avgränsat oss till enbart översikter skrivna på engelska, svenska, norska eller danska.

Exklusionskriterier

Vi har exkluderat systematiska översikter

- om enbart promotionsperspektivet har undersökts, det vill säga studier som huvudsakligen fokuserar på att främja ett hälsosamt leverne hos friska individer
- om samverkansinsatserna enbart har varit riktade till anhöriga och avser deras psykiska hälsa eller situation
- om frågeställningen enbart rört implementering eller genomförbarhet (eng. feasibility)
- som rör effekter på personal och deras arbete, till exempel utbildning.

En lista över exkluderade artiklar finns i Bilaga 4 på www.sbu.se/273.

Områden och domäner

Frageställningen för kartläggningen delades in i tre områden – Hälsa, Arbete och Välfärd (eng. Health, Work and Welfare) – efter forskningsrådet Fortes forsknings- och kunskapsområden. De benämns fortsättningsvis “områden” i rapporten. Varje område strukturerades sedan i domäner. Domänerna togs fram tillsammans med projektgruppens sakkunniga genom en diskussion om hur samverkan kan vara utformad mellan aktörer och inom organisationer. Domänerna beskrivs i text nedan samt återges i Tabell 3.

SBU har eftersträvat att placera den systematiska översikten inom det område (Hälsa, Arbete, Välfärd) och den domän som bäst beskriver det huvudsakliga syftet med samverkansinsatsen.

En förteckning över samtliga domäner och deras benämning på svenska och engelska inom respektive område finns i Tabell 3. I Tabell 4.1 framgår hur systematiska översikter med hög eller medelhög kvalitet har fördelat sig mellan de olika områdena och domänerna. Observera att domänerna inte är exklusiva i den bemärkelse att en systematisk översikt bara kan placeras i en domän. I de fall inga systematiska översikter har hittats för en domän saknas kunskap för denna typ av samverkan inom det området.

Samverkan på organisationsnivå

Inom vart och ett av de tre områdena skapades en domän för samverkan som sker på organisationsnivå, det vill säga samverkansinsatser som sker mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer, *utan att denna samverkan involverar kontakt med någon patient eller den individ som insatsen riktar sig till*. Inom denna domän faller insatser där organisationer samverkar kring mål, processer, vårdkedjor eller organisation. Denna typ av samverkan kan ha flera syften, även sådana som kan utvärderas på individnivå.

Domäner inom Hälsa

I området Hälsa finns tre domäner. Utöver *Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer* finns domänerna *Patientfokuserad samverkan genom vårdstruktur eller organisering* samt *Samverkan kring psykosociala och psyko-educativa insatser för patienten*. Den förra omfattar samverkansinsatser inom hälso- och sjukvården kring organisationen, processen och insatser som konstrueras utifrån den enskilde patientens behov. Den senare omfattar insatser där hälso- och sjukvården samverkar med andra aktörer kring utbildningsinsatser och sociala eller psykosociala insatser.

Domäner inom Arbete

I området Arbete finns fyra domäner. *Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer* omfattar hälso- och sjukvårdens organisatoriska samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering. Organisatorisk samverkan omfattar roll- och ansvarsfördelning när en patient utöver medicinsk rehabilitering även får andra rehabiliteringsinsatser specifikt inriktade mot återgång i arbetslivet. Det finns även en domän för samverkansinsatser som involverar en arbetsplats eller arbetsgivare, *Samverkan vid arbetsplatsnära interventioner på individnivå*, och en som omfattar samverkansinsatser mellan flera organisationer, *Samverkan mellan organisationer på individnivå*, men där arbetsplatsen eller arbetsgivaren inte spelar en central roll. Slutligen finns en domän kring samverkansinsatser vid arbetsbyte eller omskolning, *Samverkan vid arbetsbyte och omskolning på individnivå*.

Domäner inom Velfärd

I området Velfärd finns sju domäner. Förutom domänen om samverkan på organisationsnivå, *Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer*, är domänerna uppdelade efter organisationer som huvudsakligen samverkar med varandra inom ramen för det som studerats: *Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård*, *Samverkan mellan socialtjänst och skola*, *Samverkan mellan socialtjänst och övriga organisationer* samt *Samverkan mellan hälso- och sjukvård och skola*, *Samverkan vid habilitering* och *Samverkan kring boende och stöd*.

Särskilda problemområden

De identifierade domänerna utgjorde en grund för litteratursökningen. Efter att resultatet av litteratursökningen sammanställts strukturerades varje domän utifrån problemområden som huvudsakligen utgår från typ av psykisk ohälsa.

Table 3
List of domains.

Area	Domain (Swedish)	Domain (English)	Description (Swedish)
Health/ Hälsa	Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	<p>Samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra organisationer, eller mellan nivåer inom hälso- och sjukvården som inte direkt berör enskilda individer</p> <p>Exempel: samverkan kring vårdorganisation, vårdkedjor, vårdprogram eller samverkan i kontakt med t.ex. kommun eller andra vårdgivare, samverkan mellan primärvård och specialiserad vård</p> <p>Exempel på insatser: organisation of care, models of care, community mental health service, "planning of" shared or collaborative care</p>
	Patientfokuserad samverkan genom vårdstruktur eller organisering	Collaboration in patient-oriented health care	<p>Samverkan mellan hälso- och sjukvården och andra organisationer, eller mellan nivåer inom hälso- och sjukvården som direkt involverar vård och handläggning av enskilda individer</p> <p>Exempel: samverkan kring handläggning och behandling av individer</p> <p>Exempel på insatser: collaborative care, coordination of care, disease management programs, assertive community treatment (ACT), case manager, integrated care, multi-disciplinary care m.fl.</p>
	Samverkan kring psykosociala och psykoedukativa insatser för patienten	Collaboration in patient-oriented health care when providing psychosocial interventions and psychoeducation for the patient	<p>Samverkan mellan organisationer eller mellan nivåer inom en organisation som direkt berör enskilda personer och som involverar psykosociala och psykoedukativa insatser för enskilda personer, det vill säga insatser som hälso- och sjukvården normalt inte själva utför</p> <p>Exempel: stöd och utvidgad information och utbildning till enskilda personer</p> <p>Exempel på insatser: health education, information dissemination, discharge planning, supported education</p>

The table continues on the next page

Table 3
continued.

Area	Domain (Swedish)	Domain (English)	Description (Swedish)
Work/ Arbete	Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	<p>Samverkan mellan organisationer eller mellan nivåer inom en organisation som inte direkt berör enskilda individer</p> <p>Exempel: samverkan mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, kommun/socialtjänst och Arbetsförmedlingen kring vårdorganisation, ansvarsfördelning, patientflöde, sjukskrivningspraxis, kunskapsöverföring med mera</p> <p>Exempel på insatser: policy and system integration, improving sick leave practice, return-to-work practice, sharing of information</p>
	Samverkan vid arbetsplatsnära interventioner på individnivå	Collaborative interventions at the workplace directed to the individual	<p>Samverkan mellan organisationer eller mellan nivåer inom en organisation som direkt berör enskilda individer och som involverar ett engagemang på arbetsplatsen</p> <p>Exempel: samverkan mellan hälso- och sjukvården och arbetsgivare och eventuellt andra aktörer för att främja anställning och varaktigt arbete</p> <p>Exempel på insatser: workplace interventions, supported employment/ individual placement and support (SE/IPS), sheltered employment/ work, work absence management, workplace support and education, coordinated work rehabilitation, prevention of workplace bullying</p>
	Samverkan mellan organisationer på individnivå	Collaboration between organisations on individual level	<p>Samverkan mellan organisationer eller mellan nivåer inom en organisation som direkt berör enskilda individer och i mindre utsträckning fokuserar på arbetsplatsen</p> <p>Exempel: samverkan inom arbetslivsinriktad rehabilitering till exempel mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, kommun/socialtjänst</p> <p>Exempel på insatser: vocational rehabilitation, work rehabilitation, multimodal/multidisciplinary rehabilitation, coaching, health support programs, work programs, train-and-place, sick leave prevention, disability prevention</p>
	Samverkan vid arbetsbyte och omskolning på individnivå	Collaboration regarding change of work and re-training for the individual	<p>Samverkan kring arbetsbyte och omskolning som direkt berör enskilda individer</p> <p>Exempel: samverkan mellan Arbetsförmedling och arbetsgivare eller skola</p> <p>Exempel på insatser: re-training, re-education, re-employment, transition support, school to work transition, counseling</p>

The table continues on the next page

Table 3
continued.

Area	Domain (Swedish)	Domain (English)	Description (Swedish)
Welfare/ Välfärd	Samverkan mellan organisationer eller på olika organisatoriska nivåer	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	Samverkan mellan organisationer eller mellan nivåer inom en organisation som ej direkt berör enskilda individer Exempel: samverkan mellan socialtjänst och andra myndigheter som hälso- och sjukvård, skola och Arbetsförmedlingen kring organisation, ansvarsfördelning, kunskapsöverföring med mera Exempel på insatser: policy and system integration, sharing of information
	Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård på individnivå	Collaboration between social welfare and health care with focus on the individual	Samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård som direkt involverar enskilda individer Exempel på insatser: samordnad individuell planering (SIP), case management
	Samverkan mellan socialtjänst och skola på individnivå	Collaboration between social welfare and school with focus on the individual	Samverkan mellan socialtjänst och skola som direkt involverar enskilda individer Exempel på insatser: handling of school problems, preventing and reducing bullying, prevention
	Samverkan mellan socialtjänst och övriga organisationer på individnivå	Collaboration between social welfare and other organisations with focus on the individual	Samverkan mellan socialtjänst andra aktörer som direkt involverar enskilda individer Exempel på insatser: föräldraprogram, fosterföräldrar, stöd- och patientorganisationer, trossamfund
	Samverkan mellan hälso- och sjukvård och skola på individnivå	Collaboration between health care and school	Samverkan mellan hälso- och sjukvård, skola och andra aktörer, som direkt involverar enskilda individer Exempel på insatser: samverkan mellan hälso- och sjukvård, Försäkringskassan, kommun/socialtjänst, BUP (child psychiatric services)
	Samverkan vid habilitering	Collaboration regarding habilitation of the individual	Samverkan vid habilitering Exempel på insatser: familjestöd, vårdprogram, dagliga aktiviteter, boendestödjare, stödperson, kontaktfamilj
	Samverkan kring boende och stöd	Collaboration regarding housing status and support	Samverkan kring boende och stöd som direkt involverar enskilda individer Exempel på insatser: supported housing, housing support, sheltered housing, case management

Litteratursökning

Litteratursökningar har gjorts i 12 elektroniska databaser: Medline, PsycInfo, Cinahl, Cochrane, Campbell, IBSS & ASSIA, Socindex, Prospero, Trip, CRD, Epistemonicos. Sökstrategin var bred för att täcka in både begreppen psykisk (o)hälsa och samverkan. Sökningen genomfördes under februari–maj 2017. Totalt erhöles 9 127 träffar för samtliga tre områden, Hälsa, Arbete och Välfärd. Sökstrategierna finns i helhet i Bilaga 3 på www.sbu.se/273.

SBU har utöver litteratursökningarna även eftersökt litteratur som inte indexerats i litteraturdatabaser, så kallad grå litteratur. Rapporter om svenska satsningar på samverkan som inte publicerats i vetenskapliga tidskrifter är exempel på detta.

Metod för urval av systematiska översikter

För att de systematiska översikterna skulle bedömas som relevanta för frågeställningen ställde projektgruppen följande krav:

- Insatsen skulle uppfylla projektets definition av samverkan.
- Åtminstone en av studierna i den systematiska översikten skulle uppfylla samtliga delar av PICO. Dessa beskrivs i avsnittet “Frågeställning enligt PICO”.

Anställda vid SBU och sakkunniga gjorde en första bortgallring av irrelevanta träffar utifrån abstrakter så att 622 artiklar kvarstod. Dessa beställdes och lästes i fulltext. Därefter bedömde två sakkunniga per område oberoende av varandra om en systematisk översikt skulle anses relevant med hänsyn till PICO. Vid tveksamheter eller olika bedömningar fällde huvudansvariga projektledare i samråd med sakkunniga det slutgiltiga avgörandet, men konsensus har eftersträvat.

Metod för bedömning av kvalitet

Bedömning av den systematiska översiktens kvalitet, det vill säga hur väl den har genomförts, gjordes av två oberoende bedömare vid SBU utifrån granskningsmallen AMSTAR. Om bedömningarna skilde sig åt tog bedömarna hjälp av en tredje bedömare som fällde avgörandet. De primärstudier som ingick i de systematiska översikterna granskades däremot inte.

SBU har bedömt kvaliteten på den systematiska översikten utifrån sju frågor:

1. Förutbestämd metod
2. Att minst två oberoende personer valde ut relevanta primärstudier
3. Litteratursökningens omfattning
4. Listor över inkluderade primärstudier
5. Beskrivning av inkluderade primärstudier
6. Att författarna har bedömt primärstudiernas vetenskapliga kvalitet
7. Att författarnas slutsatser är rimliga utifrån de resultat som presenterats

Totalt bedömdes 47 systematiska översikter vara relevanta och ha hög eller medelhög kvalitet. Dessa 47 systematiska översikter utgör kartläggningens material där området Hälsa är störst med 26 systematiska översikter följt av Arbete med 16 systematiska översikter och Välfärd med 5 systematiska översikter. Ett flödesschema över hur urvalet har gått till presenteras i Figur 1.

Metoder för sammanställning av resultat

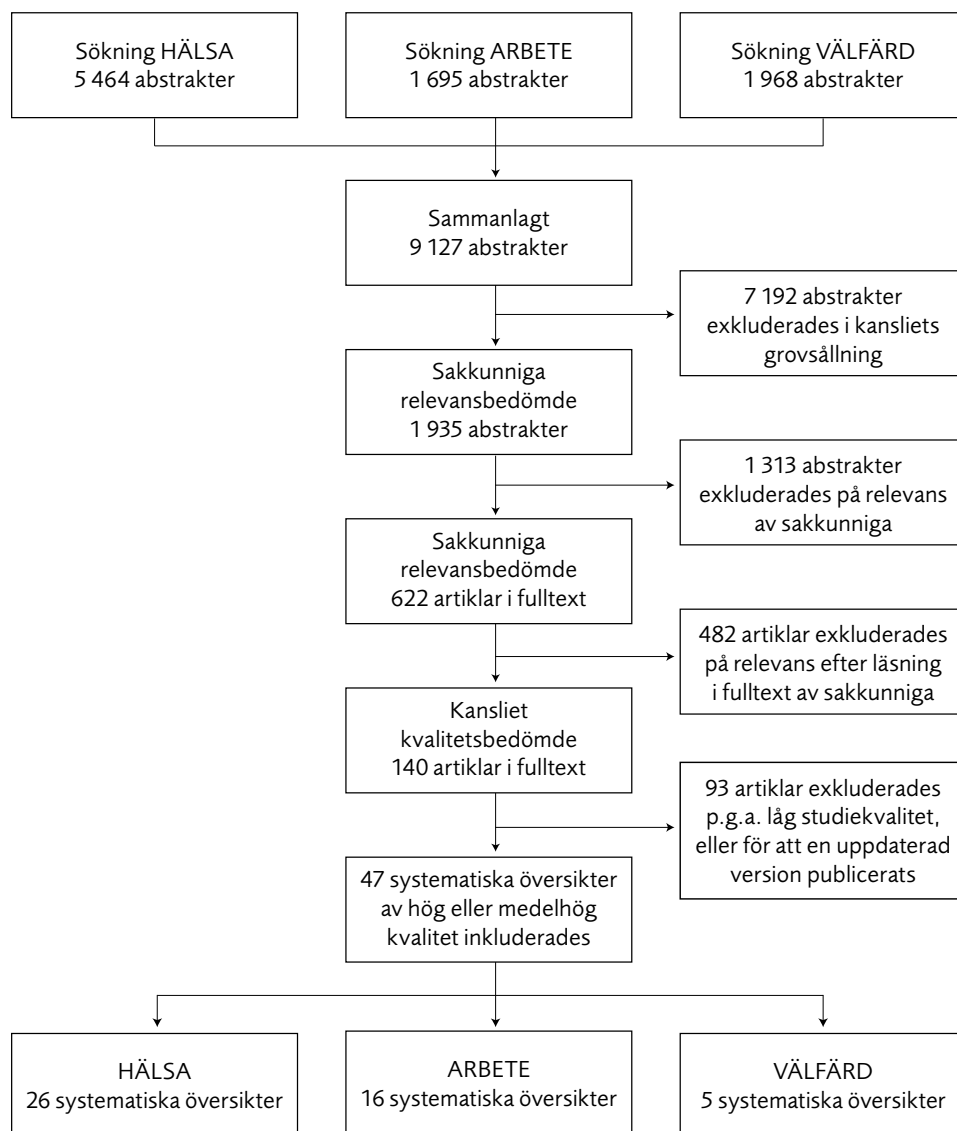
För att tydliggöra inom vilka domäner det finns vetenskaplig kunskap respektive vetenskapliga kunskapsluckor sammanfattades resultaten i tabeller (se Tabell 4.2–4.10). Tre tabeller per område (Hälsa, Arbete, Välfärd) sammanställdes utifrån vilken evidens författarna till den systematiska översikten har identifierat och vilket år den systematiska översikten var publicerad.

Vetenskapliga kunskapsluckor identifierades i enlighet med SBU:s kriterier för en vetenskaplig kunskapslucka, det vill säga att det saknas aktuella systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet, eller att en eller flera systematiska litteraturöversikter visar på osäker effekt av en insats med inga, få eller motsägelsefulla resultat eller med primärstudier av låg kvalitet.

4 **Resultat**

Flödesschema över ingående studier

Figur 4.1
Flödesschema över sökta, exkluderade och inkluderade systematiska översikter uppdelat på område.



Domäner

Inom området Hälsa finns tre domäner, inom Arbete fyra och inom Valfärd finns sju domäner. Observera att domänerna inte är exklusiva i den bemärkelse att en systematisk översikt bara kan placeras i en domän.

Hur systematiska översikter med hög eller medelhög kvalitet fördelade sig mellan de olika områdena och domänerna framgår i Tabell 4.1. I de fall där inga systematiska översikter har hittats i en domän saknas kunskap för denna typ av samverkan.

Area	Domain	Number of systematic reviews of high or moderate quality
Health	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	5
	Collaboration in patient-oriented health care	20
	Collaboration in patient-oriented health care when providing psychosocial interventions and psychoeducation for the patient	1
Work	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	2
	Collaborative interventions at the workplace directed to the individual	11
	Collaboration between organisations on individual level	4
	Collaboration regarding change of work and re-training for the individual	1
Welfare	Inter-institutional or intra-institutional collaboration	0
	Collaboration between social welfare and health care with focus on the individual	1
	Collaboration between social welfare and school with focus on the individual	0
	Collaboration between social welfare and other organisations with focus on the individual	2
	Collaboration between health care and school	0
	Collaboration regarding habilitation of the individual	0
	Collaboration regarding housing status and support	2

Table 4.1
Number and allocation of included systematic reviews.

Vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor

Nedan redogör vi för hur vi har klassificerat kunskapsläget, det vill säga om kunskap finns respektive om någon av de två typerna av kunskapsluckor finns.

Kunskap finns

SBU bedömer att kunskap finns när en aktuell (publicerad år 2013 eller senare) systematisk översikt av hög eller medelhög kvalitet visar på ett tydligt resultat.

SBU baserar sin bedömning av om kunskapsläget är tillräckligt eller inte på den bedömning som författarna till den systematiska översikten har gjort. Vi har dragit gränsen för vad som är en aktuell översikt vid översikter som är publicerade år 2013 eller senare. Systematiska översikter som faller under denna kategori rapporteras i tabellerna som heter Knowledge exists (Tabell 4.2–4.4). I de fall där systematiska översikter är publicerade före år 2013 och utvärderar samma problemområde som en senare publicerad systematisk översikt som visat på ett tydligt resultat står de dock ändå med i tabellerna över “Kunskap finns” för att visa den samlade kunskapen. Totalt finns det kunskap inom 3 domäner och 6 problemområden som hämtats ur 17 systematiska översikter.

En systematisk översikt behövs

SBU bedömer att det finns en kunskapslucka i fall där det helt saknas systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet eller när det finns behov av en uppdaterad bild av kunskapsläget.

Det behövs en systematisk översikt eller en uppdaterad bild av kunskapsläget om den systematiska översikten är inaktuell (det vill säga publicerad före år 2013). Översikter som faller under denna kategori rapporteras i tabellerna som heter A systematic review is needed (Tabell 4.5–4.7).

Fler primärstudier behövs

SBU bedömer att det finns en kunskapslucka i fall där en aktuell systematisk översikt (publicerad år 2013 eller senare) av medelhög eller hög kvalitet har visat på att det behövs mer primärforskning inom en domän eller ett problemområde.

Anledningen kan vara att det saknas forskning av god kvalitet, alternativt att den forskning som finns visar motstridiga resultat. Det är då i första hand fler primärstudier som behövs för att på sikt kunna fylla kunskapsluckan. Översikter som faller under denna kategori rapporteras i tabellerna som heter Primary studies are needed (Tabell 4.8–4.10).

Otydlig utvärdering av samverkan i vissa fall

Vissa av de systematiska översikter som vi har inkluderat i kartläggningen har utvärderat metoder som är samverkansinsatser per definition. I flera inkluderade systematiska översikter har emellertid frågeställningen inte fokuserat på samverkansaspekten eller samverkansformer, även om de har inkluderat primärstudier av samverkansinsatser. Det finns även systematiska översikter som inkluderar populationer med såväl psykisk som somatisk ohälsa. I dessa fall baseras slutsatser i kartläggningen endast på de resultat som rör samverkansaspekten respektive gruppen med psykisk ohälsa. De behöver därför inte vara liktydiga med de resultat och slutsatser som den systematiska översikten presenterar i sin helhet. Det förekommer även att systematiska översikter har inkluderat studier av samverkansstyp, men att effekten av dessa inte har redovisats på ett tillfredsställande sätt. I dessa fall har vi inkluderat den systematiska översikten och redovisat resultaten som en kunskapslucka, eftersom det inte går att avgöra vilken evidens som finns för samverkansinsatsen. För de aktuella systematiska översikterna där vi inte har kunnat avgöra innehållet i samverkan har vi använt formuleringen *The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated*. Rekommendationen är där i första hand att det genomförs en ny systematisk översikt som specifikt adresserar den samverkansform och population som är av intresse.

Sammanfattning av kunskapsläget

Kartläggningens resultat för vetenskaplig kunskap och kunskapsluckor presenteras i sin helhet i Tabell 1A–1C. För respektive område följer sedan tre tabeller. Tabellerna beskriver var det finns kunskap (*Knowledge exists*), var det behövs mer primärstudier (*Primary studies are needed*) och var en systematisk översikt behöver göras (*A systematic review is needed*).

Resultaten i tabellerna är uppdelade utifrån områden och domäner samt problemområden som utgår från typ av psykisk ohälsa.

Hälsa

Inom området Hälsa redovisas 11 systematiska översikter som kunskap finns (Tabell 4.2), vilka handlar om samverkan på organisations- och individnivå vid vanligt förekommande psykisk ohälsa samt vid psykisk ohälsa och somatisk samsjuklighet. Det finns även kunskapsluckor med behov av både nya och uppdaterade systematiska översikter, 8 stycken (Tabell 4.5), och av primärforskning, 7 stycken (Tabell 4.8).

Arbete

Inom området Arbete redovisas kunskap från 6 systematiska översikter (Tabell 4.3), vilka framför allt handlar om metoden supported employment/ individual placement and support vid allvarlig psykisk ohälsa. Det finns även kunskapsluckor om effekt av samverkan som involverar arbetsplats och arbetsgivare som både innefattar behov av nya och uppdaterade systematiska översikter, 8 stycken, och av primärforskning, 3 stycken (Tabell 4.6 och Tabell 4.9).

Välfärd

Inom området Välfärd saknas kunskap från relevanta, aktuella (publicerade år 2013 eller senare) och tillräckligt bra systematiska översikter om samverkansinsatser (Tabell 4.4). Det finns kunskapsluckor som rör effekten av samverkan kring insatser vid hemlöshet, som både innefattar behov av nya och uppdaterade systematiska översikter, 4 stycken kunskapsluckor, och av mer primärforskning, 1 kunskapslucka (Tabell 4.7 samt Tabell 4.10).

Särskilda problemområden och domäner

Samverkan med koppling till organisationsnivå är överlag sparsamt belyst i systematiska översikter. Det gäller också för populationer som barn, unga och äldre. För invandrare och nyanlända noterar vi inga data på systematisk översiktsnivå. I SBU:s uppdrag ingick att belysa eventuella kunskapsluckor kopplade till kön. De inkluderade översikterna har dock inte särredovisat effekterna av samverkan utifrån ett könsperspektiv varför denna frågeställning överlag är en kunskapslucka inom alla områden, domäner och populationer. De systematiska översikterna har inte heller särredovisat effekt för särskilda grupper, som exempelvis populationer med olika socioekonomiska förhållanden, eller studier som genomförts i en skandinavisk kontext.

Nedan följer tabeller utifrån område, domän och problemområde där kunskap och kunskapsluckor finns. Där finns också uppgifter om populationen, interventionen, vilka utfall som mätts och vilka resultat eller slutsatser som författarna till den systematiska översikten har kommit fram till.

Tabell 4.2 Health – Knowledge exists.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Inter-institutional or intra-institutional collaboration					
Mental illness with somatic comorbidity – depression	People or populations with a specified chronic disease(s) who were enrolled in a defined, shared care service provided by primary and specialty care practitioners.	Shared care, all types of structured interventions that involved continuing collaborative clinical care provided by primary and specialist care physicians for treatment of patients with a prespecified chronic disease.	Physical and mental health (such as blood pressure and depression score).	"Shared care leads to improvement in mental health outcomes for depression, with improvement in the proportions of shared care patients responding to depression treatment and achieving remission or recovery."	Smith et al 2017 [32]
Collaboration in patient-oriented health care					
Depression	Adults, ≥18 years, with a primary diagnosis of depression.	Collaborative care: primary care involving at least one other external health professional.	Participative social functioning in: community, social and civic involvement; taking part in education, work and economic actions; interpersonal relationship; domestic life.	"Collaborative care improves depression and can also improve participative social functioning, but the effects are small (and appear to diminish after 6 months), and the mechanism is unclear."	Hudson et al 2016 [33]
	Adult primary care patients who met criteria for major depression, depressive episode or mixed anxiety–depression disorder according to ICD-10.	Collaborative care: a multi professional approach involving a primary care provider and at least one other health professional or paraprofessional such as mental health specialist or case manager. Support from psychiatry/ psychology/ case management.	Remission rate of depression categorized as short term (within 3 months), medium term (within 4 and 11 months) and medium–long term (12 months or over).	Collaborative care was more effective compared to the primary care physicians' usual care, even when adapted and implemented in a range of healthcare systems with different primary care services.	Sighinolfi et al 2014 [34]
	Patients with a diagnosis of either depression or anxiety.	Collaborative care defined by four key criteria: a multi-professional approach to patient care, structured management plan, scheduled patient follow-ups, and enhanced inter-professional communication.	Depression score and HbA _{1c} level.	"Collaborative care is associated with significant improvement in depression and anxiety outcomes compared with usual care, and represents a useful addition to clinical pathways for adult patients with depression and anxiety."	Archer et al 2012 [35]

The table continues on the next page

Table 4.2 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Depression continues	Patients with depressive conditions (minor depression, major depressive disorder, dysthymia and double depression).	The Chronic Care Model involving physicians, nurses, care managers, pharmacists, social workers.	Depression, medication, medication adherence, interference with family etc.	There is strong evidence supporting the short-term benefits of care management for depression; critical elements for successful programs are emerging. Comment: Heterogeneous studies.	Willams et al 2007 [36]
	Adult patients with depression as a main diagnosis.	Disease management programs (evidence-based guidelines, patient/provider education, collaborative care, reminder systems, and monitoring).	Depression, quality of life, treatment adherence.	"Complete disease management programs significantly improve depression outcome quality performed on highest level of evidence."	Neumeyer-Gromen et al 2004 [37]
Common mental illness	Adult patients in primary care with an anxiety disorder.	Collaborative care: The primary care physician is supported by at least one other professional with a different field of expertise (e.g. care manager, consultant psychiatrist), and they work together in providing care for the patient.	Changes in anxiety symptoms: validated continuous anxiety scale or dichotomous interview. Standardized scales or interviews could measure general anxiety or measure a specific type of anxiety (e.g. panic disorder severity).	"Collaborative care is more effective than usual primary care at twelve months follow-up, with a small effect size for all anxiety disorders combined [...] and a moderate effect size for patients with panic disorder."	Muntingh et al 2016 [38]

The table continues on the next page

Table 4.2 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Mental illness with somatic comorbidity	Cancer patients with depression.	Collaborative care (active collaboration between psychiatry specialist and primary care providers, assisted by a care manager who provides psychological interventions and monitor treatment compliance and outcomes).	Depression score.	A meta-analysis demonstrated that collaborative care interventions were significantly more effective than usual care. Depression reduction was maintained at 12 months. "Collaborative care models suggest that integration of depression treatment into the oncology setting may improve outcomes."	Li et al 2016 [39]
	Adults (18 years and older) with comorbid depression and coronary heart disease.	Collaborative care: coordinated model of care involving multidisciplinary healthcare providers including at least one health professional (eg. nurse, psychiatrist, psychologist) in addition to the primary care physician.	Changes in depression and anxiety symptoms, quality of life and cost-effectiveness.	"Collaborative care was associated with a significant reduction in anxiety symptoms and an improvement in mental quality of life. The findings did not suggest a significant benefit for physical quality of life or healthcare costs."	Tully et al 2015 [40]
	Adults with diabetes and depression.	Collaborative care: defined as a multi-professional patient care, a structured management plan, scheduled patient follow up, enhanced inter-professional communication.	Depression treatment response, depression remission, diabetes clinical outcome (such as depression score and HbA _{1c} levels).	"Collaborative care significantly improved depression outcomes, as well as adherence to antidepressant medication."	Huang et al 2013 [41]
		Collaborative care (coordinated multidisciplinary model of care).	Depression and diabetes clinical outcome (such as depression score and HbA _{1c} levels).	"The limited evidence from short-to-medium term RCTs predominantly conducted in USA suggests that collaborative care for depression significantly improves depression [...] outcome [...] in people with comorbid depression and diabetes."	Atlantis et al 2014 [42]

Tabell 4.3 Work – Knowledge exists.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Collaborative interventions at the workplace directed to the individual					
Depression	Workers (>17 years) with depression.	Work-directed interventions in combination with clinical interventions (involving clinicians, occupational physicians, employer etc.).	Days of sickness absence.	"Work modification or coaching in addition to regular care reduced sickness absence to a moderate extent".	Nieuwenhuijsen et al 2014 [43]
Severe mental illness	Adults (range 16–70 years) with severe mental illness (schizophrenia or schizo-phrenia-like disorder, bipolar disorder or depression with psychotic features, psychosis).	SE/IPS (clinicians and workplace, place and train).	Employment (proportion in competitive employment and time to and in employment).	"Individual placement and support is an effective intervention across a variety of settings and economic conditions and is more than twice as likely to lead to competitive employment when compared with traditional vocational rehabilitation."	Modini et al 2016 [44]
			Functioning, mental health, quality of life.	"Re-employment programmes have a modest positive effect on the quality of life. No evidence was found for any effect of these re-employment programmes on functioning and mental health."	van Rijn et al 2016 [45]
			Duration of employment, earnings, time to employment.	"Supported employment increases the length and time of people's employment; [...] people on supported employment find jobs quicker. Limited information on measurable effects of SE on the other outcomes."	Kinoshita et al 2013 [46]
			Employment (proportion in open employment).	"There is promising evidence, including from a high quality RCT, that IPS is more effective than conventional training and place vocational rehabilitation in placing people into competitive employment. However, the quality of the evidence was generally weak."	Heffernan and Pilkington 2011 [47]
			Competitive employment, any form of employment or education, earnings, clinical outcomes.	"Supported employment is more effective than Pre-vocational Training in helping severely mentally ill people to obtain competitive employment."	Crowther et al 2001 [48]

Tabell 4.4 Welfare – Knowledge exists.

No relevant systematic reviews of good quality were found.

Tabell 4.5 Health – A systematic review is needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Inter-institutional or intra-institutional collaboration					
Depression	Patients with depression.	System level interventions (multi-professional approach, enhanced inter-professional communication, scheduled patient follow-up, structured management plan). Primary care involving at least one other external health professional.	Recovery from depression.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Gunn et al 2006 [49]
Common mental illness	Patients of all ages with anxiety, managed in primary or ambulatory care.	Collaborative care: Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care. Professional-directed, provider-oriented organisational interventions, and patient-oriented organisational interventions.	Depressive and anxiety symptoms, hospital care, resources, self-rated health assessments.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Smolders et al. 2008 [50]
Severe mental illness	Patients with first diagnosis within schizophrenia spectrum, elderly adults with dementia, patients with chronic neurotic illness in primary care practice, patients with first episode psychosis, dementia patient and carer dyad.	Collaborative care, continuity of care. Described as intensive early intervention programme of Assertive Community Treatment, family treatment and social skills training; intensive case management scheme with structured care plans; multidisciplinary coordination and evaluation of patients' care; specialist integrated teams delivered an Early Detection; health and community agency staff collaborated to provide support to patients with dementia and their carers.	Reduction in psychotic symptoms, reduction in depression, change in psychiatric rating, duration of untreated first episode psychosis, health-related quality of life for patients and carers.	Analysis of five studies (with high heterogeneity) looking at the effect of collaboration on mental health resulted [...] a small effect favouring the intervention.	Hayes et al 2012 [51]

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Mental health in the elderly	Elderly patients (≥60 years) with major depression, dysthymia, or both.	Collaborative Care Interventions (CCIs) (including mental health providers and primary care providers).	Depression symptom level and thoughts of suicide.	<p>“Collaborative care interventions are more effective for depression in older people than usual care and are also of high value. Antidepressant medication is a definitely effective component of CCIs, but communication between primary care providers and mental health providers seems not to be an effective component of CCIs. The effect of psychotherapy in CCIs should be further explored.”</p> <p>Comment: All included studies from the US.</p>	Chang-Quan et al 2009 [52]
Collaboration in patient-oriented health care					
Severe mental illness	People presenting to, or being referred to, adult psychiatric services with severe mental illness.	Community Mental Health Team: management of care from a multi-disciplinary, community-based team. Multidisciplinary assessments of each person, monitoring and prescribing medication, different forms of psychological intervention with special focus on continuity of care.	Death rate, satisfaction with service, health and social care consumption, mental health state, social functioning.	<p>“Community mental health team management is not inferior to non-team standard care in any important respects and is superior in promoting greater acceptance of treatment [...]. The evidence for [community mental health team] based care is insubstantial considering the massive impact the drive toward community care has on patients, carers, clinicians and the community at large.”</p>	Malone et al 2007 [53]

The table continues on the next page

Table 4.5 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Mental health in the elderly	Nursing home patients (55 years or older) suffering from either somatic illness or dementia combined with psychiatric disorders or severe behavioral problems.	All studies used individualized treatment plans with integrated tailored psychosocial, nursing, medical and pharmacological interventions. Individual or group psychotherapy was offered in three studies.	General psychiatric symptoms (especially depression and agitation or aggression), global functioning (cognitive and functional status).	Seven studies reported positive effects on reducing agitation and physical aggression at the last follow-up after the intervention. Comment: Poor narrative synthesis of outcomes.	Collet et al 2010 [54]
Mental illness with somatic comorbidity	Adult stroke patients at risk of depression.	Poorly described, but typically education, information and different kinds of support in a post stroke situation.	Subjective health status, daily activities, mental health (general, depression, anxiety).	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Ellis et al 2010 [55]
Collaboration in patient-oriented health care when providing psychosocial interventions and psychoeducation for the patient					
Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Reference
Severe mental illness	Patients with schizophrenia.	Family psychosocial interventions, with or without educational component, with the aim of improving family atmosphere and reduce relapse of schizophrenia (when stated).	Global functioning, symptoms, social ability, coping, behavior, quality of life.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Pharoah et al 2010 [56]

Tabell 4.6 Work – A systematic review is needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Inter-institutional or intra-institutional collaboration					
Depression	Workers with depression.	Enhanced psychiatric care (out-patient psychiatric treatment enhanced by occupational therapy) and systems integration and care management (psychiatrist, occupational therapist).	Sickness absence, employment, functioning. Prevention and management perspective.	"No recommendation can be made for systems integration and care management because [...] the grade of the evidence to support this intervention is 'very low' and [...] there were mixed findings (positive and equal)."	Furlan et al 2011 [57]
Collaborative interventions at the workplace directed to the individual					
Common mental illness	Workers with medically certified sickness absences related to mental disorders.	Work-focused problem-solving skills combined in some studies with work place adjustment or meetings/dialogue with management/supervisor.	Return-to-work rates and duration of sickness absence.	Some interventions involve workplace and some are other collaboration approaches, but neither approach was sufficiently described or evaluated.	Dewa et al 2015 [58]
	Adults with common mental health conditions.	Access to treatment, workplace-based high/low-intensity psychological intervention, case management (psychiatrist, GP, worker, occupational physician, employer).	Absence, work function, quality of life, job satisfaction, satisfaction with life, cost.	"Workplace-based WDP [work disability preventions] interventions appear to have the potential to improve work absence duration, work functioning, quality of life and economic outcomes."	Pomaki et al 2012 [59]
	Workers with occupational stress.	Interventions on the organisational and/or individual level(s) involving the employer and healthcare professionals. Interventions are not described in detail.	Absence, sickness, turnover and retention, mental wellbeing.	"Two interventions of good methodological quality were associated with significant reductions in employee stress. [...] Five interventions were associated with significant reductions in employee burnout. [...] Psychological wellbeing: Seven interventions were associated with significant improvements in psychological wellbeing. [...] Sickness absence and absenteeism: Seven interventions were associated with reductions in absenteeism, three of which statistical significance was reported."	Bergerman 2009 [60]

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Bullying in the workplace	People in employment.	<p>1) Organisation/ employer level interventions: cultural change intervention.</p> <p>2) Individual/job interface level interventions: educational programme.</p> <p>3) Multilevel intervention: educational intervention programme operating at three levels: organisation/employer level, job/task and individual/ job interface levels.</p>	Civility, victimization.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Gillen et al 2017 [61]
Collaboration between organisations on individual level					
Depression	Workers with depression.	Enhanced psychiatric care (out-patient psychiatric treatment enhanced by occupational therapy) and systems integration and care management (psychiatrist, occupational therapist).	Prevention and management of work disability/ sickness absence, work functioning, employment.	"No recommendation can be made for enhanced psychiatric care with occupational therapy because [...] the grade of the evidence to support this intervention is 'very low' and [...] there were mixed findings (positive and neutral)."	Furlan et al 2011 [57]

The table continues on the next page

Table 4.6 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Common mental illness	Adult workers on sick leave.	Coordinated and individualised intervention.	Employment (return-to-work), mental health (depression and anxiety).	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Vogel et al 2017 [62]
	Employees (>18 years) with work absence due to common mental disorders including depressive disorders, anxiety disorders, OCD, PTSD or adjustment disorders.	Clinical or work focused interventions aimed at return to work.	Return-to-work.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Nigatu et al 2016 [63]
	Sick-listed workers with mental health problems.	Changes in the workplace, work organisation (including working relationships), and occupational case management with active stakeholder involvement of (at least) the worker and the employer (clinicians, worker, work place, insurer).	Employment, sick leave, functional status, quality of life, general health, depression, indirect cost of disability.	<p>"The effectiveness of workplace interventions on sickness absence was not evident for workers with mental health problem [...]."</p> <p>Comment: 5/14 studies included people with mental illness.</p>	van Vilsteren et al 2015 [64]

Tabell 4.7 Welfare – A systematic review is needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Collaboration between social welfare and health care with focus on the individual					
Homelessness – children in transition	Children in homelessness or foster care.	Mental and psychosocial health services and case management services (clinical staff, case workers, psychologists, social workers).	Mental health, caregivers functioning, stabilisation of family situation, behaviour, welfare service, health care access.	<p>“Surprisingly, this systematic literature search uncovered very few promising practices at all, and the studies all targeted children or youth in either foster care or homeless situations, not both.”</p> <p>Comment: Most of the included studies have weak design.</p>	Zlotnik et al 2012 [65]
Collaboration between social welfare and other organisations with focus on the individual					
Emotional and behavioural problems	Children (2 to 17 years) with emotional and behavioural problems.	The Fostering Individualized Assistance Program: Variable actors, can involve parents/ foster parents, teachers, case managers, therapists etc.	Behaviour and emotional status, escape attempts.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Ziviani et al 2012 [66]
Homelessness – supported housing	Adults with any severe mental disorder, living with/without partner/children.	Supported housing schemes, self-contained accommodation on one site with professional support staff for social support information, assistance etc.	Service utilization, tenancy, health, mental health, wellbeing, criminality, social functioning, quality of life, employment, satisfaction.	No studies included in the systematic review.	Chilvers et al 2006 [67]
Collaboration regarding housing status and support					
Homelessness – case management	Homeless persons.	Case management: ACT, integrated program (case manager).	Health related, social outcomes, neuropsychological functioning, quality of life, housing stability, time in institutions.	Coordinated treatment programs for homeless adults with mental illness or substance abuse usually result in better health outcomes than usual care. Research is lacking on interventions for youths, families, and conditions other than mental illness or substance abuse.	Hwang et al 2005 [68]

Tabell 4.8 Health – Primary studies are needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Collaboration in patient-oriented health care					
Common mental illness	Medical inpatients with psychiatric disorders, aged 18 years or more.	Integrated models of care: Often psychiatrists and general medical physicians, either in isolation or in combination with other allied health staff, were integrated within a single team to provide care to an entire inpatient population.	Psychiatric, medical and health service outcomes.	There is preliminary evidence that integrated models of care may improve a number of outcomes for medical inpatients with psychiatric disorders. Comment: Studies with heterogenous interventions.	Hussain et al 2014 [69]
Mental health in the elderly	Community-dwelling patients of any age with any type of dementia and/or their informal caregivers. Mean age 79 years, in studies of case management.	Case management (CM): A close collaboration between case managers (nurses specialized in care of the elderly), responsible for the coordination of treatment plans and for providing services, and family physicians.	Access to health, meaningful activities, cognition, behavior, depression.	Fully establishing the value of CM is difficult given the small number of studies of CM in primary care. Comment: Main research question was to assess needs of the patient caregiver dyad.	Khanassov et al 2016 [70]
Mental illness with somatic comorbidity	Adult patients with multimorbidity.	Complex interventions based in primary care and community settings. Interventions included care delivered by family doctors, nurses, or other primary care professionals.	Clinical outcomes, mental health outcomes, patient reported outcome measures, health service utilisation, medication use and adherence, health-related patient behaviours, provider behaviour.	"There were modest improvements in mental health outcomes from seven studies that targeted people with depression [...]. Overall, we judged that the certainty or confidence we can have in the results from this review is moderate but due to small numbers of studies and mixed results we acknowledge the uncertainty remaining and the potential that future studies could change our conclusions." Comment: Heterogenous studies.	Smith et al 2016 [71]
		Multiprofessional and multi-agency cooperation.	Depression, health related quality-of-life, emotional wellbeing, mortality, medication adherence, cost effectivity, HbA _{1c} .	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated. Comment: Heterogenous interventions, only studies from USA.	Lemmens et al 2015 [72]

The table continues on the next page

Table 4.8 continued

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Severe mental illness	Adults with bipolar disorders, aged 36–55 years.	Collaborative care with physical health focus: self-management, psychoeducation, disease (cardiovascular) prevention strategies and a care manager/team who advocates the service user interests.	Depressive symptoms, mania symptoms, relapse, hospital admission.	<p>"Although there is insufficient evidence to recommend one specific treatment over the others, the best evidence is for individual structured psychological interventions, and there is weaker – but still promising – evidence for group and family interventions and for collaborative care."</p> <p>Comment: Few studies with collaborative care, poorly described interventions.</p>	Oud et al 2016 [73]
	Adults with serious mental illness and chronic general medical conditions.	Integrated general medical and psychiatric self-management.	Self-management skills and behaviours, self-management attitudes, biological outcomes, service use and functional status.	<p>Clinical effectiveness could not be established in most studies because of methodological limitations.</p> <p>Comment: Heterogenous interventions.</p>	Whiteman et al 2016 [74]
	People with severe mental illness (schizophrenia, schizoaffective disorders, bipolar affective disorders or psychosis), aged 18 years or more.	Collaborative care (as defined by the trialists): Integrating mental health and primary care services.	Mental health, health, death/suicide, quality-of-life, social functioning.	<p>"The review did not identify any studies relevant to care of people with schizophrenia and hence there is no evidence available to determine if collaborative care is effective for people suffering from schizophrenia or schizophreniform disorders."</p>	Reilly et al 2013 [75]

Tabell 4.9 Work – Primary studies are needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Inter-institutional or intra-institutional collaboration					
Bullying in the workplace	Not specified.	Society/policy level interventions.	n.a.	"None of the included studies reported on interventions at the society/policy level."	Gillen et al 2017 [61]
Collaborative interventions at the workplace directed to the individual					
Prevention	Teachers, undiagnosed.	Preventive interventions on an organisational level.	Subjective measures (work stress, wellbeing), objective measures (retention rates and sickness absence), biological measures.	The collaborative approach was not sufficiently described or evaluated.	Naghieh 2015 [76]
Collaboration regarding change of work and re-training for the individual					
Autism spectrum disorder	14–22 years, with autism spectrum disorder.	School-to-work transition programs to obtain employment after graduation.	Employment (duration), employment (competitive, integrated or supported).	"This review intended to identify elements of a school-to-work transition program that implemented interventions designed to meet the specific transition needs of individuals with ASD [autism spectrum disorder]. The available data for drawing a 'what works' conclusion did not serve as a foundation for the authors to determine the effectiveness of interventions in approaching job searching, job placement, or on-the-job supports such as job coaching to achieve successful employment outcomes for transition program participants with ASD." Comment: No studies were included in the review.	Westbrook et al 2015 [77]

Tabell 4.10 Welfare – Primary studies are needed.

Problem area	Population	Intervention	Outcomes	Evidence	Author Year Reference
Collaboration regarding housing status and support					
Homelessness – collaborative care	Homeless families.	Collaborative care. Housing programmes or housing support with case management.	Housing status, employment, parental trauma, parental mental health and parental substance use, children's behavioural and academic status, and family reunification.	"Substantial limitations in research underscore the insufficiency of our current knowledge base for ending homelessness".	Bassuk et al 2014 [78]

5 Diskussion

Den övergripande frågeställningen i denna kartläggning var att undersöka för vilka samverkansinsatser vid psykisk ohälsa det finns vetenskaplig kunskap respektive vetenskapliga kunskapsluckor sammanfattade i systematiska översikter inom områdena Hälsa, Arbete och Vårld. Resultatet av de totalt 47 inkluderade systematiska översikterna som bedömts ha medelhög eller hög kvalitet är uppdelade på 26 inom området Hälsa, 16 inom området Arbete och 5 inom området Vårld. Kunskapsluckor kan bestå i att översikten

- inte är aktuell (publicerad före år 2013)
- inte tillräckligt väl har beskrivit eller utvärderat samverkansinsatsen för psykisk ohälsa.

I dessa fall bör man först överväga att göra en systematisk översikt.

En kunskapslucka kan även föreligga när en systematisk översikt

- är aktuell (publicerad år 2013 eller senare), men har funnit att det vetenskapliga underlaget inte är tillräckligt för att stödja en slutsats om insatsen.

I dessa fall behövs fler primärstudier.

Huvudsakliga fynd

Nedan sammanfattar vi huvudresultaten från de inkluderade systematiska översikterna inom respektive område. Under rubriken Genomgång av de systematiska översikternas resultat gör vi en djupare genomgång.

Hälsa

Både på organisatorisk nivå och på individnivå finns det vetenskaplig kunskap, men det finns också betydande kunskapsluckor utifrån de systematiska översikter som SBU har identifierat. De systematiska översikternas slutsatser visar på effekt för samverkan vid vanligt förekommande psykiska störningar (till exempel ångest och depression) och vid psykisk ohälsa i samband med somatiska sjukdomar som cancer och diabetes. Översikterna ger få exempel på samverkan specifikt runt neuropsykiatrisk problematik. Samverkan i form av collaborative care har prövats vid svårare psykiska störningar men kartläggningen visar att det behövs fler välgjorda primärstudier som undersöker effekten av denna samverkansform innan man kan dra några slutsatser.

Arbete

Det finns en variation i hur samverkan definieras i de systematiska översikter som belyser effekten av samverkan inom arbete och sjukskrivning vid psykisk ohälsa. Det saknas kunskap från systematiska översikter som undersöker samverkan inom detta område på organisationsnivå. Däremot finns det flera systematiska översikter som framför allt rör samverkansmetoden SE/IPS med fokus på individer med olika typer av allvarlig psykisk ohälsa. Kunskap saknas dock om samverkan vid vanligt förekommande former av psykiska ohälsa. Det saknas även kunskap om hur samverkan kan appliceras på fenomen som mobbning på arbetsplatsen, för att förebygga sjukskrivning och vid insatser för personer med autismspektrumstörningar.

Välfärd

Det saknas systematiska översikter som bidrar med kunskap om samverkansinsatser inom området Välfärd. Det finns flera kunskapsluckor gällande samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården samt mellan socialtjänst och andra organisationer med fokus på individen för frågor om hemlöshet för barn och ungdomar såväl som vuxna. Här behövs nya systematiska översikter såväl som primärstudier. Här kan SBU:s pågående kartläggning om insatser för personer med missbruks- eller beroendeproblem och deras anhöriga komma att bidra med mer information om såväl kunskap som kunskapsluckor rörande samverkan för dessa grupper.

Övergripande iakttagelser om kunskapsluckor

- Generellt saknas systematiska översikter som inkluderar svenska studier. Därför är det viktigt att tolka evidensen med försiktighet och beakta kontextuella faktorer för de studier som ingår i respektive systematisk översikt när man bedömer hur överförbara resultaten från dessa är på svenska förhållanden.
- I SBU:s uppdrag ingick att belysa eventuella kunskapsluckor kopplade till kön. Men de inkluderade översikterna har inte särredovisat effekterna av samverkansinsatser vid psykisk ohälsa utifrån ett könsperspektiv varför denna frågeställning överlag utgör en kunskapslucka. Socioekonomiska och demografiska faktorer som ålder, etnicitet, klass och utbildning utgör andra viktiga bestämningsfaktorer för hälsa, men analyser om effekt av samverkan utifrån dessa faktorer saknas generellt.
- Det saknas generellt översikter där långsiktiga effekter av samverkan vid psykisk ohälsa presenterats.
- Effekter av samverkan på organisationsnivå är överlag sparsamt belyst i systematiska översikter.
- Det finns begränsad kunskap om effekterna av samverkan vid psykisk ohälsa för specifika populationer som barn, unga och äldre. Det saknas helt systematiska översikter som har undersökt effekter av samverkansinsatser för invandrare och nyanlända.
- Det finns begränsad kunskap om effekterna av samverkan vid psykisk ohälsa i form av neuropsykiatriska störningar.

SBU har inte gjort någon prioritering mellan de olika kunskapsluckorna efter hur angelägna de är för framtida forskning. Ett framtida projekt skulle kunna omfatta en sådan rangordning genom att använda en särskild prioriteringsmetod framtagen av brittiska James Lind Alliance [79], där kunskapsluckor prioriteras i samverkan mellan profession och brukare.

Genomgång av de systematiska översikternas resultat

Nedan följer en utförligare redogörelse för en del resultat från de inkluderade systematiska översikterna inom respektive område. Resonemanget förs utifrån de enskilda översiktsförfattarnas slutsatser. SBU har inte bedömt tillförlitligheten i de slutsatserna eller hur giltiga de är för svenska förhållanden.

Hälsa

Inom domänen för samverkansinsatser på organisatorisk nivå fanns en systematisk översikt [32]. Den studerade om samverkan leder till förbättrad psykisk hälsa (som minskat depressionsdjup) och till bättre fysisk hälsa (mätt med blodtryck). På organisatorisk nivå används också det vanligare begreppet för samverkan, collaborative care. Det kan omfatta ett multiprofessionellt samarbete, utökad interprofessionell kommunikation, schemalagd uppföljning samt gemensamt arbete med att förbättra följsamheten till en strukturerad vårdplan.

Definitionerna av vad collaborative care är och innehåller varierar och är många gånger otillräckligt beskrivna. I vissa översikter listas ett flertal kriterier och ett minimiantal som ska uppfyllas för att de ingående studierna ska anses studera denna typ av samverkan. Det finns dock en betydande variation i valet av och antalet kriterier samt hur kriterierna tolkats i olika översikter. Tolkningen av effekten kompliceras av att variationer i graden av följsamhet till collaborative care-modellen väsentligt kan påverka behandlingseffekten.

Vad gäller insatser på individnivå fanns ett flertal systematiska översikter som utvärderat om olika former av samverkan har effekt på den psykiska ohälsan. För vuxna med depression finns studier av collaborative care där primärvården har samarbetat med minst en annan professionell representant från en annan vårdnivå kring stödet av patienterna. I några systematiska översikter har flera professionella kategorier samverkat med till exempel en case manager. En case manager är en vårdsamordnare som har en koordinerande funktion med ansvar för att adekvata insatser planeras, genomförs och följs upp genom kommunikation mellan de professionella aktörerna. Vårdinnehållet kan alltså variera mellan olika primärstudier och systematiska översikter vilket påverkar resultatet som collaborative care ger.

Ett par systematiska översikter undersökte om ett utökat samarbete vid psykisk ohälsa kan vara mer effektivt än en insats som enbart ges av läkaren i primärvården samt om denna effekt kvarstod efter 6–12 månader [33,34]. För depressionstillstånd fanns gynnsamma effekter i några systematiska översikter, men storleken på effekten varierade liksom varaktigheten. Former för samverkan mellan primärvård och specialiserad vård finns också i svensk sjukvård, men det är osäkert i vilken utsträckning resultaten i de systematiska översikterna är överförbara till svenska förhållanden.

För diagnoser av typen vanligt förekommande psykisk ohälsa, det vill säga tillstånd som inkluderar ångest, depression och stressrelaterade tillstånd, fanns systematiska översikter som i något fall visade bättre resultat för collaborative care än för vanlig primärvård [38].

Några systematiska översikter rörde collaborative care vid samsjuklighet mellan somatisk sjukdom och depression. Vid cancer som följdes av depression har collaborative care resulterat i förbättrad effekt på depressionsutfall [39]. Vid hjärt- och kärlsjukdom och samtidig depression och ångest har multiprofessionella samarbeten kunnat visa bättre effekt på de psykiska besvären än med enbart primärvårdsläkare [40]. Likaså har man undersökt depressionstillstånd vid diabetesjukdom och sett en förbättring av depressionen vid collaborative

care [42] och på följsamheten till antidepressiv läkemedelsbehandling [41]. Vid depression hos äldre finns en äldre systematisk översikt från år 2009 som har utvärderat collaborative care och visade en minskning av depressionssymtom och suicidtankar. Men det finns osäkerhet kring överförbarheten eftersom samtliga studier i översikten var utförda i USA [52].

Som framgått i resultatredovisningen var vissa av de inkluderade systematiska översikterna publicerade före år 2013. Det kan innebära att det har tillkommit relevant primärforskning varför det kan finnas anledning att överväga en uppdaterad systematisk översikt för att få en aktuell bild av kunskapsläget. I flera systematiska översikter var antalet inkluderade primärstudier för få, för heterogena eller av för låg kvalitet för att man ska kunna dra någon slutsats om effekten av collaborative care. Det gällde några systematiska översikter vid svår psykisk sjukdom som bipolär affektiv sjukdom [73] och schizofreni och andra psykoser [75]. SBU har tidigare utvärderat behandlingsformen med integrerade team för patienter med schizofreni och psykos [80].

Arbete

För samverkan inom arbete och sjukskrivning vid psykisk ohälsa fanns det främst systematiska översikter som undersökt effekten av insatser på individnivå. Vid allvarlig psykisk ohälsa, som psykosjukdom, bipolära tillstånd, allvarliga depressionstillstånd och grava funktionsstörningar, finns relativt många systematiska översikter som studerat samverkan kring SE/IPS vid arbetslivs- inriktad rehabilitering.

Flera systematiska översikter har undersökt samverkansmetoden SE/IPS hos personer med olika typer av allvarlig psykisk ohälsa, framför allt vid psykosjukdom, bipolär sjukdom och allvarliga funktionsstörningar [44–48]. SE, supported employment, står för understödd anställning och IPS, individual placement and support, för individanpassad arbetsplacering. Men även om dessa ansatser inte är identiska så har flera systematiska översikter behandlat dessa två metoder som en enda metod. I den här rapporten räknar vi dem därför som en metod. SE/IPS är en rehabiliteringsmetod som utvecklades i USA och som sedan har prövats i andra delar av världen. Metoden utmärker sig genom principen att personen ska placeras i arbete redan innan denne fått utbildning och stöd, en så kallad “place and train”-modell, till skillnad från rehabiliteringsinsatser som syftar till att först öka en persons anställningsbarhet innan denne söker arbete eller arbetsplatsplacering, så kallad “train and place”-modell.

Ett antal systematiska översikter har också fokuserat på arbetsplatsnära samverkansinsatser, framför allt med syfte att främja arbetsåtergång och hälsa för personer med vanligt förekommande psykisk ohälsa. Ett antal systematiska översikter har en liknande frågeställning, men utvärderar istället samverkan som inte nödvändigtvis involverar arbetsplatsen eller arbetsgivaren utan bygger på extra stöd från psykiatriker, arbetsterapeut, samordnare eller liknande. Effekten av samverkan inom förebyggande insatser utvärderades även i ett par systematiska översikter, främst med avseende på minskad stress, minskad uppkomst av psykisk ohälsa och lägre förekomst av mobbing på arbetsplatsen. Med

undantag av studierna om SE/IPS uppvisade även systematiska översikter inom området Arbete stor variation vad gäller hur insatserna var utformade.

Inom domänen samverkansinsatser på organisatorisk nivå fanns två systematiska översikter varav en undersökte om det går att förebygga mobbning på arbetsplatsen genom samverkan på systemnivå [61]. Den andra systematiska översikten undersökte om integrerade insatser hade någon effekt på sjukfrånvaro och funktion hos personer med depression [57]. I båda dessa fall drog författarna inte någon slutsats kring effekten av samverkan och därmed föreligger kunskapsluckor.

Rehabiliteringsprogram där man arbetar utifrån SE/IPS är ofta manualbaserade och följer ett antal grundprinciper. De systematiska översikter som undersökt effekten av SE/IPS har alla kommit fram till slutsatsen att metoden har effekt i olika sammanhang och för olika typer av utfall, framför allt mätt som andel personer som får och stannar kvar i arbete. Men eftersom metoden är beroende av kontextuella faktorer är det inte säkert att resultaten är överförbara till svenska förhållanden. Metoden SE/IPS har dock rönt uppmärksamhet även i Sverige och det finns primärforskning på området i svenska förhållanden. Ett exempel är en randomiserad studie med 15 månaders uppföljning där understödd anställning (SE) visade ge högre andel personer som gick till arbete eller studier jämfört med andra insatser. Denna effekt tycks dock begränsats till män [13].

En fråga där det saknas tillförlitlig kunskap är hur effekten av SE/IPS påverkas av hur långt arbetstagaren står från arbetsmarknaden, det vill säga om den kan anpassas så att den blir effektiv även för personer som är sjukskrivna. Utifrån de systematiska översikterna är det också oklart hur väl metoden fungerar för personer med vanligt förekommande psykisk ohälsa.

Inom arbetsplatsnära insatser på individnivå som involverar arbetsplatsen återfinns även ett antal systematiska översikter som undersökt en samling olika metoder som på något vis involverar arbetsgivare och arbetsplats, ofta i kombination med andra individriktade insatser som coaching och psykoterapi [58–60]. Effekterna av dessa insatser har främst undersökts i populationer med vanligt förekommande psykisk ohälsa. Resultaten varierar, men eftersom samverkansinsatserna inte utvärderats specifikt och två av översikterna bedöms vara relativt gamla [59,60] finns det behov av uppdaterade översikter med mer precist formulerade frågeställningar. En sådan översikt borde vara angelägen mot bakgrund av att vanligt förekommande psykisk ohälsa, och framför allt stressrelaterad ohälsa, ökat kraftigt som orsak till sjukskrivning i Sverige under de senaste två decennierna.

Det saknas kunskap om samverkansinsatser där man försöker optimera psykiatrisk vård, koordinering av vård eller kliniska insatser i syfte att främja arbetsrehabilitering [57,62,63]. En systematisk översikt undersökte samverkansinsatser som syftar till att främja övergången mellan skola och anställning hos ungdomar och unga vuxna med autismspektrumstörning [77]. Den fann inga bra primärstudier som undersökt denna fråga. Frågeställningen borde vara relevant för svenska förhållanden, med tanke på att en stor andel unga vuxna med funk-

tionsnedsättning eller psykisk utvecklingsstörning inte kommer in på den svenska arbetsmarknaden utan hamnar i aktivitetsersättning.

Välfärd

Området Välfärd omfattar systematiska översikter om samverkan mellan framför allt socialtjänst och andra aktörer. Det fanns endast fem systematiska översikter inom detta område. Det fanns ingen systematisk översikt av tillräcklig kvalitet som undersökt samverkan på organisationsnivå. Flera svenska forskare har påtalat att det behövs gemensamma samhällsliga insatser för till exempel barn som behöver stöd och hjälp från socialtjänst, BUP och skola [81–83]. Men forskningen om samarbete för individer i utsatta livssituationer är begränsad enligt Willumsen [84] och i vår genomgång av systematiska översikter på välfärdsområdet hittade vi endast ett begränsat antal. Det saknas helt systematiska översikter som undersökt samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvård, skola eller andra aktörer.

Fyra av de funna systematiska översikterna adresserar på något sätt stöd vid hemlöshet för vuxna eller för barn till vuxna med boendeproblem. En systematisk översikt undersökte evidensen för stödande insatser till hemlösa familjer [78]. Men kvaliteten på de inkluderade studierna bedömdes som låg och det finns därför behov av fler primärstudier.

Hwang och medarbetare [68] har undersökt program som syftar till att förbättra hälsan för hemlösa. Samverkansaspekten i interventionerna handlar om case management, det vill säga att en stödperson fungerar som samordnare för hemlösa med psykiska problem. Enligt författarna förbättrar case management psykiska problem och minskar psykiatrisk slutenvård. För hemlösa med beroendeproblematik har case management minskat alkoholmissbruk, och en annan typ av samverkan, coordinated treatment programs, uppvisade positiva utfall på psykisk hälsa. En ny översikt behövs dock eftersom forskningen på området har utvecklats sedan 2005.

Detsamma gäller för den systematiska översikt som har undersökt stöd vid boende (supported housing) hos personer med allvarlig psykisk störning [67]. Där kunde inga primärstudier identifieras. Sedan dess har framför allt studier av så kallade "housing first-program" publicerats vilket är en typ av program som till stor del bygger på samverkan i form av kvalificerade case management team (så kallade ACT-team), som i Sverige involverar socialtjänsten (se också Hwang och medarbetare ovan [68]). I denna kartläggning hittade vi inte någon aktuell systematisk översikt av tillräckligt god kvalitet på detta område. Men SBU publicerade nyligen ett underlag till nationella riktlinjer där ACT jämfördes med CM (mindre intensiv case management) för vuxna med allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni [85].

Två översikter rör barn i familjehem och i båda fallen behövs en uppdaterad systematisk översikt eftersom ny primärforskning kan ha tillkommit. Zlotnick och medarbetare [65] fokuserar på interventioner riktade till barn som är hemlösa och som under en period har placerats i fosterhem. Närmare hälften av barn och unga som hamnar i familjehemsplaceringar kommer från hemlösa

föräldrar [65]. Detta överlappande problemområde mellan hemlöshet och placeringar i familjehem riskerar att fortsätta. Många hemlösa ungdomar som har placerats i familjehem har senare i livet erfarenheter av övergrepp [86,87] och cirka 20 procent av de ungdomar som har vuxit ur familjehemssystemet riskerar att bli hemlösa senare i livet [88–90]. Man fann ingen primärstudie av barn som både var hemlösa och familjehemsplacerade. Ziviani och medarbetare [66] utvärderade insatser riktade till familjehemsplacerade barn med utmanande beteende eller funktionsnedsättning. Författarna fann dels mycket få studier inom området med tillräckligt hög kvalitet, dels att de studier som fanns inte berörde barn och unga som både har funktionsnedsättning och som bor i familjehem eller fosterhem.

Metodologisk diskussion

En svårighet i denna kartläggning är att flera inkluderade systematiska översikter inte har haft som primär frågeställning att utvärdera samverkan, utan har inkluderat primärstudier som undersöker såväl samverkansinsatser som andra metoder. De slutsatser som lyfts fram från de systematiska översikterna baseras därför bara på de resultat som rör samverkan, vilket inte behöver vara samma resultat eller slutsats som översikten presenterar i sin helhet. I vissa systematiska översikter finns heterogenitet i insatserna i de inkluderade primärstudierna. Detta kan medföra en osäkerhet när resultaten slås samman i översikten.

Vi har avgränsat rapporten till samverkan vid psykisk ohälsa där insatsen har utvärderats gentemot ett kontrollalternativ vilket har begränsat urvalet till kvantitativa data. Samverkansinsatser är komplexa och kan därför behöva studeras ur flera synvinklar och med olika metoder. Kvalitativa synteser där upplevelser och erfarenheter av samverkan ingår dock inte i den här kartläggningen men skulle kunna ge värdefull information, exempelvis förståelse om vad som är viktigt vid samverkan för den individ det gäller. Vi har heller inte tagit med någon forskning om samverkan utifrån personalens perspektiv. I några nya kvalitativa svenska studier analyseras professionellas erfarenheter av samverkan [18,91]. Det finns också studier som berör kvalitativa aspekter av samverkan, dess förutsättningar och resultat samt konceptuella studier av hur samverkan kan studeras och analyseras [24,25].

Individer med beroendeproblematik har ofta en underliggande psykisk ohälsa. Det är därför ett område med relevans för samverkan. Beroendeproblem och samverkan ingår i en annan pågående kartläggning vid SBU som publiceras under år 2018, därför ingår inte beroendeproblem i denna kartläggning om det inte har specificerats i den systematiska översikten att personen även har en annan form av psykisk ohälsa. *Gambling disorder* (som faller under MeSH-terminen mental health) är enligt lagstiftningen en fråga för både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten från och med år 2018, men vi har inte hittat några systematiska översikter om detta. Ett annat område som rör psykisk ohälsa är våld i nära relationer, men inga systematiska översikter hittades i ämnet vilket kan bero på att insatserna inte har utgjort någon form av samverkan. SBU har

uppmärksammat systematiska översikter om våld i nära relationer i en serie publikationer år 2016 [92–101].

Kartläggningen har täckt ett mycket omfattande område som går att dela upp i en stor mängd kunskapsluckor efter tillstånd, population, samverkansaktörer, intervention, utfall etcetera. För många av de möjliga kombinationerna har vi inte hittat någon systematisk översikt. Vilka av dessa som utgör en relevant kunskapslucka beror på vilken specifik frågeställning som ska besvaras. Vi kan dock konstatera att materialet är begränsat för vissa, särskilt utsatta, grupper som migranter, nyanlända, barn, ungdomar samt äldre. När det gäller möjliga aktörer är samverkan som involverar ideella föreningar och trossamfund frånvarande i materialet.

Sökningarna gjordes brett i flera databaser med olika inriktning. De fokuserade alla på populationen *mental health* i fritext eller MeSH-termen *mental disorder*. I sökstrategin ingick såväl söktermer för generella samverkansinsatser som specifika och namngivna insatser. Om en insats inte har beskrivits så att samverkan har tydliggjorts kan den systematiska översikten ha missats i sökningen. De flesta systematiska översikterna beskriver ett visst tillstånd eller en viss typ av intervention, inte nödvändigtvis samverkansaspekten i den aktuella interventionen. Om man vill studera ett specifikt område kan man därför behöva göra en riktad sökning efter primärstudier för att kunna förvissa sig om kunskapsläget.

Tillförlitlighet, kontext och teoretisk förankring

Denna kartläggning presenterar kunskapsläget för samverkan vid psykisk ohälsa som kunskap eller kunskapsluckor utifrån slutsatser i systematiska översikter. Det är sällsynt att översikterna har använt någon form av system för evidensgradering, exempelvis GRADE. Det innebär att översiktsförfattarna inte har gjort någon systematisk bedömning av resultatens tillförlitlighet. I de fall där författarna uttalar sig om evidens för de undersökta insatserna uttrycks den ofta som ”begränsad” vilket gör fortsatt forskning eller sammanställning önskvärd. SBU har inte gjort någon egen evidensgradering av resultatet.

Resultaten och slutsatserna från de systematiska översikterna baseras huvudsakligen på primärforskning som har utförts i andra länder än Sverige. Vid all forskning som utförts i ett annat sammanhang finns det anledning att beakta resultatens överförbarhet till svenska förhållanden. Det gäller särskilt samverkansinsatser, som ofta är komplexa och kontextberoende. Kontexten kan till exempel handla om hur samhället, hälso- och sjukvården eller skola och omsorg är organiserat och finansierat samt hur verksamheterna regleras och påverkas genom demografi, kultur, regelverk, lagar och politisk styrning. Dessa faktorer kan dels skilja sig mellan länder och regioner, dels vara föränderliga över tid. Det finns med andra ord skäl att reflektera över hur pass överförbar en systematisk översikts slutsats är till svenska förhållanden. Det kan behövas

svenska primärstudier och systematiska översikter för att avgöra om en metod är möjlig att implementera i Sverige.

Vissa inkluderade systematiska översikter har undersökt effekten av kända och väldefinierade samverkansinsatser som har en teoretisk förankring, det vill säga det finns en teoretiskt och empiriskt förankrad förklaringsmodell kring metodens eller insatsens mekanismer. Sådana insatser är ofta manualbaserade där innehåll, process och uppföljning följer en i förväg definierad struktur. Exempel på sådana insatser är varianter på collaborative care inom området Hälsa, men även SE/IPS är exempel på en manualbaserad metod för att förbättra möjligheterna till arbete för personer med svår psykisk ohälsa. En annan manualbaserad metod inom området Vårld är housing first. Andra samverkansinsatser är inte klart teoriförankrade utan utgår istället från ett pragmatiskt förhållningssätt. Insatser som inte är tydligt teoriförankrade tenderar att se olika ut vilket försvårar möjligheten till syntes (väga samman resultaten) av metodens effektivitet. Exempel på mindre tydligt teoriförankrade insatser återfinns i flera systematiska översikter kring samverkan vid arbetslivsinriktad rehabilitering för sjukskrivna.

Oönskade effekter av samverkan

Samverkan ses vanligtvis som något positivt och eftersträvänt. Utgångspunkten i forskning är ofta att samverkan kan tillföra något mer än sedvanliga insatser inom befintliga organisationer och strukturer. Men det finns systematiska översikter som kommer fram till att samverkan inte tillför något i jämförelse med sedvanliga insatser. Det går emellertid inte att utesluta att samverkan även kan ha negativa eller oönskade effekter utöver vad som studerats i både systematiska översikter och de inkluderade primärstudierna. Generellt har dock negativa aspekter av samverkan inte undersökts systematiskt i de inkluderade systematiska översikterna. Utöver oönskade effekter som direkt relaterar till de undersökta utfallsmåtten kan man tänka sig att samverkan skulle kunna ge upphov till att det dröjer innan en insats sätts in, att ansvarsfördelningen blir otydlig eller att personer förlorar sig i vårdkedjan.

Etiska reflektioner

Etiska aspekter har inte beaktats i de systematiska översikterna som ingår i den här kartläggningen, och en etisk analys ingår inte i en kartläggning från SBU. Men även om vi inte gör en etisk analys finns det anledning att reflektera över etiska aspekter på samverkan vid psykisk ohälsa.

Personer med psykiska problem kan ha nedsatt förmåga att värna sin integritet och stå upp för sitt självbestämmande. Det kan till exempel vara personer med psykostillstånd, autismspektrumstörning eller svåra affektiva sjukdomar, men också vissa grupper av hemlösa. De kan därmed vara extra sårbara vid just

samverkansinsatser om de tvingas interagera med flera aktörer där ansvarsfordelningen kan bli oklar.

Etiska problem kan även potentiellt uppkomma av samverkan i sig. Samverkan innebär ofta att många aktörer är inblandade. Det skulle kunna upplevas som en maktasymmetri av individen, där denne uppfattar sig numerärt underlägsen. De samverkande aktörerna kan även få ett informationsövertag på bekostnad av individens integritet och självbestämmande. Vad gäller informationsutbyte mellan samverkansaktörerna är det viktigt att den sker i samtycke med personen eller klienten och följer de regler som finns för sekretess. En annan etiskt problematisk situation är hur mycket information en arbetsgivare har rätt att få om en enskild arbetstagares hälsotillstånd när arbetsgivaren involveras.

Överväganden för forskning, policy och praktik

Samverkan är komplext, både som begrepp och fenomen. För att kunna visa en meningsfull sammanslagen effekt behöver den först brytas ner i olika former eller modeller som studeras i sig utifrån tydliga definitioner och exklusionskriterier som skapar tillräcklig homogenitet. Att slå samman studier med betydande variation i hur de definierar samverkan ger sannolikt inte robusta mått på vilka effekter samverkan har.

Den här kartläggningen visar att det finns flera vetenskapliga kunskapsluckor om samverkan. Men det faktum att det föreligger en vetenskaplig kunskapslucka är inte detsamma som att en samverkansinsats saknar effekt. Det innebär endast att det finns en vetenskaplig osäkerhet om effekten och att det behövs ytterligare studier för att kunna säkerställa den.

Att hälso- och sjukvården och andra aktörer använder metoder eller insatser som saknar vetenskapligt stöd kan vara problematiskt. I brist på entydig vetenskaplig evidens för nyttan av nya metoder bör man hålla sig till etablerade behandlingar och insatser. Nya insatser bör motiveras utifrån såväl teori och beprövad erfarenhet där man särskilt beaktar eventuella risker. Inom svensk hälso- och sjukvård används bästa tillgängliga evidens (best available evidence) eftersom det inte är möjligt att invänta mer forskning när patienten behöver behandling i en akut situation. När en ny insats eller metod införs är det lämpligt att det görs uppföljning och utvärdering, helst i form av vetenskapliga studier.

För att bedöma vilka kunskapsluckor som man bör forska mer kring är det viktigt att de uppfyller något eller flera av följande kriterier:

- De har stor betydelse för hälsa och livskvalitet
- De berör många
- De har stor praxisvariation
- De får stora ekonomiska konsekvenser
- De har viktig etisk, social eller legal betydelse
- De har stor betydelse för organisation eller personal
- De är kontroversiella eller uppmärksammade

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta hänsyn till är patientens eller personens perspektiv. Det är också viktigt att kunskapsluckans område är praktiskt möjligt att forska kring samt att forskningen kan bedrivas på ett etiskt acceptabelt sätt. I all framtida forskning om samverkan behöver man också beakta om det kan finnas potentiellt negativa, oönskade effekter ("iatrogenic effects"), vilket underlättas av att man tillämpar ett patient- eller brukarperspektiv.

För de domäner där det överhuvudtaget inte fanns några systematiska översikter med hög eller medelhög kvalitet så behöver man i första hand få fram minst en sådan systematisk översikt. Där SBU har bedömt att det finns vetenskapliga kunskapsluckor för att aktuella systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet kommer fram till att det antingen saknas primärstudier eller att de inkluderade primärstudierna kommer fram till olika slutsatser är det i första hand fler primärstudier som behövs för att på sikt kunna fylla kunskapsluckan. Om den systematiska översikten är publicerad före 2013 behövs en uppdaterad systematisk översikt. En inventering för några år sedan visar att det finns svensk primärforskning om samverkan inom psykiatri, äldrevård och folkhälsoarbete, utsatta barn och ungdomar samt arbetslivsinriktad rehabilitering [102].

Översikter som presenterar synteser av kvalitativa studier ingår inte i denna kartläggning, men sådana finns. Ett exempel är en ny översikt rörande hemlöshet och processen att få ett hem [103]. Kvalitativa synteser om samverkan skulle kunna vara fokus i en framtida rapport.

Vad denna kartläggning tillför

SBU:s kartläggning visar att det finns kunskap om samverkans effekter för personer med psykisk ohälsa främst inom hälso- och sjukvården samt vid åtgärder i arbetsliv och sjukskrivning. Kartläggningen visar också att det finns flera vetenskapliga kunskapsluckor inom områdena Hälsa, Arbete och Välfärd. Trots att samverkan har bedömts vara viktigt och trots att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan enligt svensk lag ska samverka för att ge stöd till individer med komplexa behov har effekterna av samverkansinsatser inte utvärderats tillräckligt.

6 Projektgrupp, externa granskare, råd och nämnd

Projektgrupp

Sakkunniga

MATS BLID
fil dr i socialt arbete,
Mittuniversitetet Östersund,
Karolinska institutet Stockholm

INNA FELDMAN
fil dr i hälsoekonomi, Uppsala
universitet

ATA GHADERI
professor i klinisk psykologi,
Karolinska institutet, Stockholm

GUNNEL HENSING
professor i socialmedicin,
Sahlgrenska akademien, Göteborg

BO RUNESON
professor i psykiatri,
Karolinska institutet, Stockholm

SBU

GUNILLA FAHLSTRÖM
projektledare

PER LYTSY
projektledare, medicinskt sakkunnig

MALIN HÖISTAD
projektledare

ANN KRISTINE JONSSON
informationsspecialist

CAROLINE JUNGNER
projektadministratör

TANJA I. NÄSLUND
projektledare

MAJA KÄRRMAN FREDRIKSSON
informationsspecialist

HANNA OLOFSSON
informationsspecialist

MARTIN NORMAN
projektledare

CHARLOTTA RYK
projektledare

Externa granskare

SBU anlitar externa granskare av sina rapporter. Dessa har kommit med värdefulla kommentarer, som i hög grad bidragit till att förbättra rapporten. I slutversionen av rapporten är det möjligt att SBU inte kunnat tillgodose alla ändrings- eller tilläggsförslag från de externa granskarna, bland annat därför att de inte alltid varit samstämmiga. De externa granskarna står därför inte nödvändigtvis bakom samtliga slutsatser eller andra texter i rapporten.

Externa granskare har varit:

LARS JACOBSON
professor emeritus, Institutionen för
klinisk vetenskap, Umeå universitet

CHRISTIAN STÅHL
biträdande professor, docent,
Institutionen för medicin och hälsa,
Avdelningen för samhällsmedicin
Rehabilitering och arbetsliv
Linköpings universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU:s vetenskapliga råd – Brage

SBU:s vetenskapliga råd har granskat det vetenskapliga underlaget i rapporten.

LARS HANSSON
ordförande, professor,
vårdvetenskap, Lunds universitet

CHRISTEL BAHTSEVANI
leg sjuksköterska, med dr,
vårdvetenskap, Malmö Högskola

PER CARLSSON
professor, hälsoekonomi,
Linköpings universitet

BJÖRN-ERIK ERLANDSSON
professor, medicinteknik, KTH,
Stockholm

ARNE GERDNER
professor, socialt arbete,
Hälsöhögskolan i Jönköping

LENNART ISELIUS
docent, Hälso- och sjukvårdsdirektör,
Landstinget Västmanland

MUSSIE MSGHINA
docent, överläkare, psykiatri,
Karolinska Universitetssjukhuset

LARS SANDMAN
professor, vårdetik, Högskolan i Borås

BRITT-MARIE STÅLNACKE
professor/överläkare, rehabiliterings-
medicin, Umeå Universitet

SVANTE TWETMAN
professor, tandvård, Halmstad samt
Köpenhamns Universitet

SBU:s nämnd

SBU:s nämnd har fattat beslut om slutsatserna i rapporten.

KERSTIN NILSSON
ordförande, professor,
Örebro universitet

PETER ALLEBECK
huvudsekreterare, Forte

SUSANNA AXELSSON
generaldirektör, SBU

HEIKI ERKERS
förbundsordförande,
Akademikerförbundet SSR

EVA FRANZÉN
forsknings- och utvecklingschef,
Statens Institutionsstyrelse

VESNA JOVIC
verkställande direktör,
Sveriges Kommuner och Landsting

JAN-INGVAR JÖNSSON
huvudsekreterare för ämnesrådet
för medicin, Vetenskapsrådet

LARS-TORSTEN LARSSON
avdelningschef, Socialstyrelsen

LARS OHLY
ordförande, Funktionsrätt Sverige

LARS OSCARSSON
professor, Ersta Sköndal högskola

JENNY REHNMAN
avdelningschef, Socialstyrelsen

SINEVA RIBEIRO
förbundsordförande, Vårdförbundet

HEIDI STENSMYREN
ordförande, Sveriges läkarförbund

ANDERS SYLVAN
landstingsdirektör,
Västerbottens Läns Landsting

MAGNUS WALLINDER
förvaltningschef, Ljungby kommun

7 Ordförklaringar

AMSTAR

AMSTAR är en granskningsmall för att utvärdera kvaliteten på en systematisk översikt bestående av tolv olika frågor.

HTA-rapport

En HTA-rapport (health technology assessment) är en systematisk utvärdering av primärstudier, innefattande medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter av olika metoder för profylax, diagnostik och behandling inom hälso- och sjukvården.

Kartläggning av systematiska översikter

En systematisk kartläggning utgår från en bred databassökning efter befintliga systematiska översikter. De översikter som uppfyller urvalskriterierna kvalitetsgranskas med hjälp av AMSTAR granskningsmall [14,15]. De översikter som bedöms ha hög och medelhög kvalitet sorteras sedan in i på förhand utvalda domäner för att bedöma var det finns vetenskaplig kunskap och var det finns vetenskapliga kunskapsluckor. I projektet kvalitetsgranskas endast de systematiska översikterna, inte de primärstudier som ingår i översikten.

Metaanalys

En metaanalys är en metod för att göra en samlad bedömning av ett antal jämförande primärstudier genom att statistiskt sammanföra deras resultat. Metaanalysen redovisar samtliga resultat i form av ett jämförande resultatmått (t ex oddskvot) med tillhörande konfidensintervall samt, genom en statistisk sammanslagning av resultaten, ett samlat resultatmått med tillhörande konfidensintervall. Vanligen presenteras även ett skogsdiagram (forest plot). Proceduren ger en överblick över tillgängliga resultat och deras samstämmighet (homogenitet). De summerade jämförelsemåtten ger en sammanfattande uppfattning om huruvida publikationerna visat att en metod är bättre än en annan metod (eller bättre än ingen åtgärd alls).

PICO

PICO är en förkortning för population, intervention, control (jämförelse) och outcome (utfallsmått). Genom att definiera vilka studiepopulationer, behandlingar, kontrollbehandlingar och utfallsmått som är relevanta för frågan fastställer man de huvudsakliga inklusionskriterierna. För de flesta medicinska frågor är PICO-systemet användbart.

Primärstudie	En studie som innehåller nya resultat och inte bara bygger på redan publicerad forskning benämns primärstudie. Termen används för att särskilja mot sekundärstudier som innebär analyser av tidigare studier som till exempel en systematisk översikt eller en översiktsartikel.
Randomiserad kontrollerad studie (RCT)	En randomiserad kontrollerad studie (RCT) är en klinisk undersökning av effekten av en behandling. Studien kännetecknas av att patienterna fördelas slumpmässigt till att antingen få behandlingen man vill undersöka eller en kontrollbehandling. Randomisering innebär slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning.
Systematisk översikt	<p>En systematisk översikt är en kunskapssammanställning av primärstudier avseende en tydlig och avgränsad fråga. För att göra en systematisk översikt används en strukturerad och transparent metod för att finna, välja ut, kritiskt bedöma samt sammanfatta studier relevanta för frågeställningen. En bra systematisk översikt följer vissa principer som ska minimera riskerna för att slump eller godtycklighet påverkar slutsatserna. Hit hör:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en preciserad fråga/problem • reproducerbarhet: redovisning av urvalskriterier (inklusions- och exklusionskriterier) • systematisk sökning efter all relevant litteratur • kvalitetsgranskning av samtliga studier som uppfyller urvalskriterierna • extraktion av data och tabellering från de studier som har kvalitetsgranskats • sammanvägning av resultaten i till exempel en metaanalys • en bedömning av hur välgrundade resultaten är (evidensgradering).
Vetenskaplig kunskapslucka	<p>Enligt SBU föreligger en vetenskaplig kunskapslucka om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en eller flera systematiska översikter, med hög eller medelhög kvalitet, pekar på oklarhet kring en behandlingseffekt • systematiska översikter av hög eller medelhög kvalitet saknas.

8 Referenser

1. Socialstyrelsen. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Artikelnummer: 2008-126-4; 2008.
2. SBU. Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2012. SBU Utvärderar nr 211. Available from: <http://www.sbu.se/211>.
3. SBU. Samordnade individuella vårdplaner. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2012. SBU:s upplysningstjänst. Available from: <http://www.sbu.se/vardplaner>.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Remissversion. Artikelnummer: 2017-10-34; 2017.
5. Folkhälsomyndigheten. Folkhälsan i Sverige 2016: Årlig rapportering. Artikelnummer 16005; 2016.
6. Försäkringskassan. Psykiatriska diagnoser: Korta analyser; 2017. ISBN: 978-91-7500-398-6.
7. SBU. Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom: En systematisk litteraturoversikt. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2014. SBU Utvärderar nr 223. Available from: <http://www.sbu.se/223>.
8. Overland S, Glozier N, Sivertsen B, Stewart R, Neckelmann D, Krokstad S, et al. A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. SLEEP 2008;31:875-80.
9. Folkhälsomyndigheten. Skolbarns hälsovanor i Sverige 2013/14: Grundrapport. Stockholm; 2013. Artikelnummer: 201411-04.
10. Nygren U. Individual Placement and Support (IPS) i en socialpsykiatrisk kontext: En väg till arbete för personer med psykiskt funktionshinder? Umeå, Umeå University Medical Dissertations; 2012.
11. Markström U, Bejerholm U, Svensson B, Bergmark M. Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni – exemplet IPS och ACT; 2015.
12. Palmer E, Westerholm P, Helgesson M. Evidence-based methods for enhancing the labourforce entrance of people with mental disabilities: A systematic liter-

- ature review; 2015. Socialförsäkringsrapport 2015:15.
13. Försäkringskassan. Effektivvärdering av insatser för unga med aktivitetsersättning; 2017. Socialförsäkringsrapport 2017:5. ISBN: 1654-8574.
 14. Socialstyrelsen. Ökat stöd till äldre med psykisk ohälsa: Slutrapport. Artikelnummer: 2013-6-3; 2013. ISBN: 978-91-7555-070-1.
 15. Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter. Ett kunskapsunderlag för primärvården. Artikelnummer: 2015-1-19; 2015. ISBN: 978-91-7555-269-9.
 16. FINSAM Finansiell samordning. [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://www.finsam.se/omfinsam>.
 17. Nationell psykiatrisamordning. Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande. SOU 2006:100; 2006.
 18. Nordström E, Josephson I, Hedberg B, Kjellström S. Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan. Socialvetenskaplig tidskrift 2016;23.
 19. Bungler AC. Defining Service Coordination: A Social Work Perspective. *J Soc Serv Res* 2010;36:385-401.
 20. Axelsson R, Axelsson SB. Om s amverkan, Studentlitteratur. Artikelnummer: 37159-01; 2013. ISBN: 9789144085227.
 21. Socialstyrelsen. Resultat av remiss för begreppen samverkan, samarbete, samordning, samråd, synkronisering; 2011. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/terminologi/Documents/resultat-remiss-begrepp-samverkan-mfl.pdf>.
 22. Germundsson P. Forskningsprojekt kring samverkansöverenskommelse mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne om habilitering: Slutrapport; 2015.
 23. Socialstyrelsen, Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetskyddsstyrelsen, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket. Samverkan som organiseringsprocess: Påverkan på organisation och system. En studie av åtta olika områden. Artikelnummer: 2000-0-60; 2000.
 24. Andersson J. Locked-in collaboration. University of Gothenburg, School of Public Administration Göteborg; 2016. ISBN: 9789162900090.
 25. Ståhl C. In cooperation we trust: Inter-organizational Cooperation in Return-to-Work and Labour Market Reintegration. Linköping University, Linköping; 2010.
 26. Försäkringskassan. Samordningsförbunden och unga med aktivitetsersättning: En uppföljning av insatser finansierade av samordningsförbunden för unga med aktivitetsersättning; 2016. Socialförsäkringsrapport 2016:4. ISBN: 1654-8574.
 27. Samordnaren för unga som varken arbetar eller studerar. Det handlar om oss – unga som varken arbetar eller studerar. SOU 2017:9; 2017.
 28. Västbus. Västra Götalandsregionen. [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://epi.vgregion.se/sv/Vastbus/Undersida-1/>.
 29. Back MA, Calltorp J. The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *Int J Integr Care* 2015;15:e016.
 30. Södertäljemodellen. Psykiatricentrum Södertälje. [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://psykiatricentrum.sodertalje.se/vi-erbjuder/sodertaljemodellen/>.
 31. Liljegren A. Strategic collaboration councils in the mental health services: what are they working with? *Int J Integr Care* 2013;13:e009.
 32. Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;0.

33. Hudson JL, Bower P, Archer J, Coventry PA. 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.
34. Sighinolfi C, Nespeca C, Menchetti M, Levantesi P, Belvederi Murri M, Berardi D. Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;77:247-63.
35. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:CD006525.
36. Williams JW, Jr., Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29: 91-116.
37. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004;42:1211-21.
38. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2016;17:62.
39. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gerin-Lajoie C, Katz MR, Keshavarz H, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psycho Oncology* 2016;19:19.
40. Tully PJ, Baumeister H. Collaborative care for comorbid depression and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open* 2015;5:e009128.
41. Huang Y, Wei X, Wu T, Chen R, Guo A. Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013;13:260.
42. Atlantis E, Fahey P, Foster J. Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4:e004706.
43. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014;0:CD006237.
44. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang MJ, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *Br J Psychiatry* 2016;209:14-22.
45. van Rijn RM, Carlier BE, Schuring M, Burdorf A. Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2016;73:275-9.
46. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;0:CD008297.
47. Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health* 2011;20:368-80.
48. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001;0:CD003080.
49. Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. *BMC Health Serv Res* 2006;6:88.
50. Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* 2008;53:277-93.

51. Hayes SL, Mann MK, Morgan FM, Kelly MJ, Weightman AL. Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;10:Cd007825.
52. Chang-Quan H, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Yuan Z, Yu-Sheng P, Qing-Xiu L. Collaborative care interventions for depression in the elderly: a systematic review of randomized controlled trials. *J Investig Med* 2009;57:446-55.
53. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;0:CD000270.
54. Collet J, de Vugt ME, Verhey FR, Schols JM. Efficacy of integrated interventions combining psychiatric care and nursing home care for nursing home residents: a review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:3-13.
55. Ellis G, Mant J, Langhorne P, Dennis M, Winner S. Stroke liaison workers for stroke patients and carers: an individual patient data meta-analysis. In: John Wiley & Sons, Ltd, Food and Drug Toxicology Research Centre, National Institute of Nutrition, Hyderabad, India. DO - 10.1002/jat.2718 [doi] England; 2010.
56. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010.
57. Furlan A, Gnam W, Carnide N, Irvin E, Amick B, DeRango K, et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects* 2011.
58. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Joosen MC. The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review. *BMJ Open* 2015;5:e007122.
59. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 2012;22:182-95.
60. Bergerman L, Corabian P, Harstall C. Effectiveness of organizational interventions for the prevention of stress in the workplace (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database* 2009.
61. Gillen PA, Sinclair M, Kernohan WG, Begley CM, Luyben AG. Interventions for prevention of bullying in the workplace. In: John Wiley & Sons, Ltd, Food and Drug Toxicology Research Centre, National Institute of Nutrition, Hyderabad, India. DO - 10.1002/jat.2718 [doi] England; 2017.
62. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbunn T, Ebrahim S, de BWE, Busse JW, et al. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017.
63. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Rao S, Gillis K, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016;46:3263-74.
64. van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, Franche RL, Boot CR, Anema JR. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;0:CD006955.
65. Zlotnick C, Tam T, Zenger S. Common needs but divergent interventions for U.S. homeless and foster care children: Results from a systematic review. *Health Soc Care Community* 2012;20:449-476.
66. Ziviani J, Feeney R, Cuskelly M, Meredith P, Hunt K. Effectiveness of support services for children and young people with challenging behaviours related to or secondary to disability, who are in out-of-home care: a systematic review (Structured abstract). *Children and Youth Services Review* 2012;34:758-70.
67. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with

- severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006:N.PAG-N.PAG.
68. Hwang SW, Tolomiczenko G, Kouyoumdjian FG, Garner RE. Interventions to improve the health of the homeless: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005;29:311-9.
 69. Hussain M, Seitz D. Integrated models of care for medical inpatients with psychiatric disorders: a systematic review. *Psychosomatics* 2014;55:315-25.
 70. Khanassov V, Vedel I. Family Physician-Case Manager Collaboration and Needs of Patients With Dementia and Their Caregivers: A Systematic Mixed Studies Review. *Ann Fam Med* 2016;14:166-77.
 71. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;0.
 72. Lemmens LC, Molema CC, Versnel N, Baan CA, de Bruin SR. Integrated care programs for patients with psychological comorbidity: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2015;79:580-94.
 73. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;208:213-22.
 74. Whiteman KL, Naslund JA, DiNapoli EA, Bruce ML, Bartels SJ. Systematic Review of Integrated General Medical and Psychiatric Self-Management Interventions for Adults With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2016;67:1213-25.
 75. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;0:CD009531.
 76. Naghieh A, Montgomery P, Bonell CP, Thompson M, Aber JL. Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015;0:CD010306.
 77. Westbrook JD, Fong CJ, Nye C, Williams A, Wendt O, Cortopassi T. Transition Services for Youth With Autism: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice* 2015;25:10-20.
 78. Bassuk EL, DeCandia CJ, Tsertsvadze A, Richard MK. The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *Am J Orthopsychiatry* 2014;84:457-74.
 79. James Lind Alliance (JLA). Southampton: National Institute for Health Research, Evaluation, Trials and Studies Coordinating Centre (NETSCC). James Lind Alliance; [cited 2017 Dec 1]. Available from: <http://www.lindalliance.org/>.
 80. SBU. Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation: En systematisk litteraturöversikt. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2012. SBU Utvärderar nr 213. Available from: <http://www.sbu.se/213>.
 81. Andershed H, Andershed A-K. Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen? Stockholm, Gothia; 2005.
 82. Cederblad M. Från barndom till vuxenliv: En översikt av longitudinell forskning, Gothia; 2004.
 83. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och resultat. Stockholm, Gothia; 2000.
 84. Willumsen E. Interprofessionell samverkan och brukarmedverkan kring utsatta barn. In: *In: Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällstorer*. Malmö: Studentlitteratur; 2007.
 85. SBU. Vetenskapligt underlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och behandling vid schizofreni. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU Bereder nr 271. Available from: <http://www.sbu.se/271>.
 86. Greene JM, Ennett ST, Ringwalt CL. Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *Am J Public Health* 1999;89:1406-9.

87. Thompson S, Pollio D. Adolescent runaway episodes: Application of an estrangement model of recidivism. *Social Work Research* 2006;30:245-51.
88. Pecora PJ, Kessler RC, O'Brien K, White CR, Williams J, Hiripi E, et al. Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: Results from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Children and Youth Services Review* 2006;28:1459-81.
89. Kushel MB, Yen IH, Gee L, Courtney ME. Homelessness and health care access after emancipation: Results from the Midwest Evaluation of Adult Functioning of Former Foster Youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:986-93.
90. Dworsky A, Courtney M. Homelessness and the transition from foster care to adulthood. *Child Welfare* 2009;88:23-56.
91. Ek H, Isaksson J, Eriksson R. Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter: Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan 2017. *Socialvetenskaplig tidskr* 2017;24:59-77.
92. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – förebyggande åtgärder. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:12. Available from: http://www.sbu.se/2016_12.
93. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – val av läkemedel för sedering i akuta situationer. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2017. SBU Kommenterar 2017:02. Available from: http://www.sbu.se/2017_02.
94. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer för våld och aggression. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar 2016:10. Available from: http://www.sbu.se/2016_10.
95. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – skattning av risk för våld och aggressivitet. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:11. Available from: http://www.sbu.se/2016_11.
96. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer, riskbedömning och hanteringsstrategier för unga. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:14. Available from: http://www.sbu.se/2016_14.
97. SBU. Hantering av hot och våld inom psykiatri – interventionsstrategier vid pågående våldshändelser. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:13. Available from: http://www.sbu.se/2016_13.
98. SBU. Effekt av stödinsatser samt kognitiv beteendeterapi (KBT) för kvinnor som utsatts för partnervåld. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:09. Available from: http://www.sbu.se/2016_09.
99. SBU. Våld i ungas nära relationer – förebyggande åtgärder. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU Kommenterar nr 2016:06. Available from: http://www.sbu.se/2016_06.
100. SBU. Riskfaktorer för våld i nära relationer. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU:s upplysningstjänst. Available from: <http://www.sbu.se/ut201617>.
101. SBU. Insatser för våldsutövare och för individer utsatta för våld i nära relationer. Stockholm. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2016. SBU:s upplysningstjänst. Available from: <http://www.sbu.se/ut201603>.
102. Axelsson R. Forskning om samverkan – en inventering av det svenska forskningsläget. Sahlgrenska Akademin; 2012.
103. Jaquinta MS. A Systematic Review of the Transition from Homelessness to Finding a Home. *Journal of Community Health Nursing* 2016;33:20-41.

Bilaga 1

Study characteristics of included systematic reviews, knowledge exists

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Health</p> <p>Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions (Review)</p> <p>Smith [32]</p> <p>2017</p> <p>Ireland</p>	<p>Objectives To determine the effectiveness of shared care health service interventions designed to improve the management of chronic disease across the primary/specialty care interface.</p> <p>Settings Primary/specialty health care interface.</p>	<p>Caregiver Shared care service provided by primary and specialty care practitioners.</p> <p>Interventions Shared care, all types of structured interventions that involved continuing collaborative clinical care provided by primary and specialist care physicians for treatment of patients with a prespecified chronic disease.</p> <p>Outcomes Mental health outcomes including response to depression treatment, recovery from depression and depression score, Physical outcomes such as blood pressure). Quality of life related outcomes. Studies lasted from three months to three years, with the majority of studies lasting for one year.</p>	<p>Last search date October 2015</p> <p>Number of studies 18 studies reported on mental health outcomes. 42 studies included in total.</p> <p>Study design 39 RCTs, 2 CBAs and one NRCT.</p> <p>Country of origin The studies were carried out in 12 different countries: 8 in the United Kingdom, 13 in USA, 3 in Australia, 3 in New Zealand, 7 in the Netherlands, 2 in Denmark and Belgium and 1 each in Ireland, Sweden, Spain, Italy and Puerto Rico.</p> <p>Population People or populations with a specified chronic disease(s) who were enrolled in a defined, shared care service.</p> <p>Number of participants In total 18 859 participants. Studies with mental health outcomes included 6 243 participants.</p> <p>Participant age and sex Adults, 25–82% females.</p>	<p>"Shared care leads to improvement in mental health outcomes for depression, with improvement in the proportions of shared care patients responding to depression treatment and achieving remission or recovery."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? The application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes</p> <p>Hudson [33]</p> <p>2016</p> <p>the United Kingdom</p>	<p>Objectives</p> <p>We used the World Health Organisation's International classification of functioning, disability, and health (WHOICF) to robustly identify measures of social function and explored whether collaborative care interventions improve social functioning using metaanalysis.</p> <p>Settings</p> <p>Primary care or community setting.</p>	<p>Caregiver</p> <p>No information given.</p> <p>Interventions</p> <p>Collaborative care: primary care involving at least one other external health professional.</p> <p>Outcomes</p> <p>Participative social functioning in: community, social and civic involvement; taking part in education, work and economic actions; interpersonal relationship; domestic life. Follow-up: short term (≤6 months) and medium term (≥7 months).</p>	<p>Last search date</p> <p>December 2013</p> <p>Number of studies</p> <p>18</p> <p>Study design</p> <p>RCT or cluster RCT.</p> <p>Country of origin</p> <p>The studies were carried out in 4 different countries. 13 in USA, 3 in Chile, and 1 each in the United Kingdom and Puerto Rico.</p> <p>Population</p> <p>Adults (≥18 years) with a primary diagnosis of depression.</p> <p>Number of participants</p> <p>5 980</p> <p>Participant age and sex</p> <p>Mean min ≥18 years, max ≥65 or 71.2 years, 4–100% females.</p>	<p>"Collaborative care improves depression and can also improve participative social functioning, but the effects are small (and appear to diminish after 6 months), and the mechanism is unclear."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for depression in European countries: a systematic review and meta-analysis.</p> <p>Sighinolfi [34]</p> <p>2014</p> <p>Italy</p>	<p>Objectives This is a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials (RCTs) investigating the effectiveness of collaborative care compared to Primary Care Physician's (PCP's) usual care in the treatment of depression, focusing on European countries.</p> <p>Settings Trial participants could be identified in a variety of healthcare settings (excluding in-patient/specialist mental health), but the intervention had to be delivered in primary care settings.</p>	<p>Caregiver Primary care provider in combination with another health care professional or paraprofessional (e.g. mental health specialist or case manager). Studies not including a mental health specialist (psychiatrist, nurse, psychologist, graduate mental health worker) were excluded.</p> <p>Interventions Collaborative care for depression compared to usual care. Studies had to include a multiprofessional approach involving a primary care provider and at least one other health professional or paraprofessional.</p> <p>Outcomes Remission of depressive episode in the short term (within 3 months), medium term (between 4 and 11 months). Remission of depressive episode in the medium-long term (12 months and over).</p>	<p>Last search date March 2014</p> <p>Number of studies 17</p> <p>Study design 14 RCTs and 3 cluster-RCTs.</p> <p>Country of origin Germany (1 study), Italy (2 studies), the Netherlands (5 studies), Spain (1 study), the United Kingdom (8 studies).</p> <p>Population Trial participants met criteria for Major Depression (single or recurrent) according to DSM-III-R and DSM-IV, depressive episode (single or recurrent) or mixed anxiety–depression disorder according to ICD-10. Studies with patients with comorbid physical illness (diabetes, cancer, cardiovascular diseases, etc.) were excluded.</p> <p>Number of participants 3 240</p> <p>Participant age and sex Aged 18 or over, 5 studies only included patients aged 55 or older. No information about sex.</p>	<p>"The present review shows clear evidence that collaborative care is more effective than usual care against depression, even in the European primary care settings."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for depression and anxiety problems.</p> <p>Archer [35]</p> <p>2012</p> <p>the United Kingdom</p>	<p>Objectives "To assess the effectiveness of collaborative care for patients with depression or anxiety."</p> <p>Settings Primary care.</p>	<p>Caregiver Primary care provider (general practitioner, family physician, primary care physician or a specialist providing undifferentiated medical care) and at least one other health professional (e.g. nurse, psychologist, psychiatrist, or pharmacist) or paraprofessional is involved with patient care.</p> <p>Intervention Collaborative care comprised of a multi-professional approach to patient care, a structured management plan, scheduled patient follow-ups, and enhanced inter-professional communication.</p> <p>Outcomes Improvement in depression symptoms, medication use (antidepressant and anxiety medication), mental health quality of life, physical health quality of life, patient satisfaction. Follow-up: short term (≤6 months), medium term (≥7, ≤12 months), long term (≥13, ≤24 months), very long term (≥25 months).</p>	<p>Last search date February 2012</p> <p>Number of studies 79 studies (90 comparisons)</p> <p>Study design RCT (58 studies), cluster-RCT (21 studies).</p> <p>Country of origin USA (68 comparisons), the United Kingdom (10 comparisons); Germany and the Netherlands (5 comparisons); Canada, Chile, India and Puerto Rico (7 comparisons).</p> <p>Population Trial participants had a primary diagnosis of depression (including: acute, chronic, persistent, remitted, subthreshold and postnatal) or anxiety (including: generalised anxiety, panic, posttraumatic stress disorder (PTSD), phobias, social anxiety, health. Anxiety and obsessive compulsive disorder (OCD)). Any age, but the included studies were primarily on adults, adults (18–64 years of age, 79 comparisons), adolescents (2 comparisons), elderly (9 studies).</p> <p>Number of participants 24 308</p> <p>Participant age and sex Mean 15.3–78.1 years, 3–100% female.</p>	<p>"Collaborative care is associated with significant improvement in depression and anxiety outcomes compared with usual care, and represents a useful addition to clinical pathways for adult patients with depression and anxiety."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care.</p> <p>Williams [36]</p> <p>2007</p> <p>USA</p>	<p>Objectives "We performed a systematic review to determine to what extent multifaceted interventions improve depression outcomes in primary care and to define key elements, patients who are likely to benefit and resources required for these interventions."</p> <p>Settings Primary care.</p>	<p>Caregiver Physicians, nurses, care managers, pharmacists, social workers.</p> <p>Intervention Augmentation of usual care by incorporating at least one patient-directed element from the Chronic Care Model.</p> <p>Outcomes Improvement in depression symptoms, antidepressant medication adherence, patient satisfaction, functional status. Duration of follow-up: mean 7 months, range 3–60 months.</p>	<p>Last search date February 2006</p> <p>Number of studies 28</p> <p>Study design RCT (18 studies), cluster RCT (10 studies).</p> <p>Country of origin Not clearly described.</p> <p>Population Patients with a depressive disorder who were cared for in a primary care setting.</p> <p>Number of participants 10 910</p> <p>Participant age and sex Mean 38–76 years, 3–100% female.</p> <p>Comment Heterogeneous studies.</p>	<p>"There is strong evidence supporting the short-term benefits of care management for depression; critical elements for successful programs are emerging."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.</p> <p>Neumeyer-Gromen [37]</p> <p>2004</p> <p>Germany</p>	<p>Objectives "This study was a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials investigating the effectiveness of DMP for depression as compared with usual primary care."</p> <p>Settings Mainly primary care clinics of managed care organisations.</p>	<p>Caregiver Primary care practitioner in collaboration with psychiatrist, nurse social worker etc.</p> <p>Intervention Disease management programs (evidence-based guidelines, patient/provider education, collaborative care, reminder systems, and monitoring).</p> <p>Outcomes Depression severity, health-related quality of life, employment status, satisfaction, adherence to treatment and costs. Follow-up ranged from 6–24 months in the included studies.</p>	<p>Last search date August 2002</p> <p>Number of studies 10</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin No information available.</p> <p>Population Any type of depression as a primary diagnosis in adults above 18 years.</p> <p>Number of participants 4 196</p> <p>Participant age and sex Mean 43 years, 71% female.</p>	<p>"DMP significantly enhance the quality of care for depression."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis.</p> <p>Muntingh [38]</p> <p>2016</p> <p>the Netherlands</p>	<p>Objectives</p> <p>We performed a systematic review and meta-analysis to summarize results from randomised controlled trials about the effectiveness of collaborative care for anxiety disorders in adult primary care patients compared to care as usual. In addition, we evaluated the effects for specific anxiety disorders and the influence of several characteristics of study procedures and collaborative care interventions on the effectiveness of the collaborative care model.</p> <p>Settings</p> <p>Primary care.</p>	<p>Caregiver</p> <p>Primary care physician in collaboration with professionals with other expertise (e.g. care manager, consultant psychiatrist).</p> <p>Interventions</p> <p>Collaborative care interventions were defined by the application of criterion 1 in combination with criterion 2 and/or 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The primary care physician is supported by at least one other professional with a different field of expertise working together in providing care for the patient. 2. Evidence-based treatment is provided. 3. Process and outcome of treatment is monitored. <p>In all studies, a primary care physician and a psychiatrist were involved, while in five studies a care manager was introduced as well. One study used only medication management by a psychiatrist and one study evaluated counselling with CBT elements by a trained primary care physician. The other studies used more comprehensive programs with a choice between, or combination of, antidepressant medication and CBT.</p> <p>Outcomes</p> <p>Anxiety (12 months follow-up), subgroup analysis for patients with panic disorders. Various subgroup analyses: country, procedures and content of collaborative care intervention.</p>	<p>Last search date</p> <p>March 10, 2014</p> <p>Number of studies</p> <p>7</p> <p>Study design</p> <p>4 RCTs and 3 cluster-RCTs.</p> <p>Country of origin</p> <p>Germany (1 study), the Netherlands (2 studies), USA (4 studies).</p> <p>Population</p> <p>Anxiety disorder as established with a valid diagnostic interview, according to research diagnostic criteria, or with a cut-off score on a validated scale. Comorbid medical or psychiatric conditions were allowed, as long as the intervention focused on the anxiety disorder.</p> <p>Number of participants</p> <p>2 105</p> <p>Participant age and sex</p> <p>No information available.</p>	<p>"This meta-analysis indicates that collaborative care is more effective than usual primary care for adult patients with common anxiety disorders (small effect size), and panic disorder in particular (moderate effect size). Since it is difficult to improve primary care for anxiety disorders, this is a promising result. More research is needed to increase diagnostic precision, disentangle elements that make collaborative care most effective, and to evaluate the effectiveness of collaborative care in different anxiety disorders."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer.</p> <p>Li [39]</p> <p>2017</p> <p>Canada</p>	<p>Objectives This work aims to present the results of the systematic review and meta-analysis, synthesizing randomised controlled trials (RCTs) of interventions for depression in cancer patients, and providing the first meta-analysis of RCTs of collaborative care interventions for these patients.</p> <p>Settings</p>	<p>Caregiver Psychiatrist, primary care physician, oncologist.</p> <p>Interventions Collaborative care interventions (involving caregiver and a social worker, nurse care manager, nurse, clinical psychologist or depression care manager), psychological interventions, pharmacological interventions.</p> <p>Outcomes Effect sizes for response to collaborative care at 3, 6, and 12 months after initiation of treatment.</p>	<p>Last search date January 2015</p> <p>Number of studies 25 (8 of which were on collaborative care)</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin The studies on collaborative care came from the United Kingdom (3 studies) and USA (4 studies).</p> <p>Population Adult cancer patients with major depression or other nonbipolar depressive disorder.</p> <p>Number of participants 1 989</p> <p>Participant age and sex 70% >50 years old, no further information available, 90% female, no further information available.</p> <p>Comment 8 publications of 7 studies were reports of 4 collaborative care interventions. 8 studies were reports of pharmacological interventions. 8 studies were reports of psychological interventions. 1 study was of combined therapy.</p>	<p>"Collaborative care interventions were found to be effective for treating depression in cancer, and notably, the antidepressants employed were likely to be second-generation agents. Given the strength and sustained effectiveness of the collaborative care findings in this meta-analysis, future research to strengthen the evidence base for the management of depression in cancer may require alternate study designs, focusing more on comparative efficacy trials and delivery systems such as collaborative care where the individual components of combined treatments can be studied."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for comorbid depression and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.</p> <p>Tully [40]</p> <p>2015</p> <p>Australia, France and Germany</p>	<p>Objectives Systematically review the efficacy of collaborative care (CC) for depression in adults with coronary heart disease (CHD) and depression.</p> <p>Settings</p>	<p>Caregiver CC was managed by an allied health team in two trials, by nurses in two studies and by social workers in two studies.</p> <p>Interventions The CC intervention duration ranged from 3 to 12 months and the median duration was 6 months.</p> <p>CC intervention is defined as a coordinated model of care involving multidisciplinary healthcare providers, including:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. at least one health professional (eg, nurse, psychiatrist, psychologist) in addition to the PCP (primary care physician) 2. a structured patient management plan that delivers either a pharmacological or a non-pharmacological depression intervention; 3. scheduled patient follow-up and 4. enhanced interprofessional communication between the multiprofessional team. CC may include usual CHD care or blended depression-CHD care. <p>Outcomes All-cause and CHD-related mortality, major adverse cardiac events, self-reported depression symptoms by 6 months postintervention, anxiety symptom (≤ 6 months), mental QOL (≤ 6 months), physical QOL were non-significant (≤ 6 months), cost-effectiveness (≤ 6 months, and 6–12 months)</p>	<p>Last search date April 2014</p> <p>Number of studies 6</p> <p>Study design 5 RCTs, 1 cluster-RCT.</p> <p>Country of origin Australia (1 study) and USA (5 studies).</p> <p>Population Adults (18 years and older) with comorbid depression and CHD. The median proportion of participants with CHD in the trials was 78.9%.</p> <p>Number of participants: 1 284</p> <p>Participant age and sex Adults (18 years and older), 41.4–53.5% female.</p>	<p>"Collaborative depression care did not lead to a sustained reduction in the primary MACE end point. Small effects were observed for depression, depression remission, anxiety and mental QOL."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis.</p> <p>Huang [41]</p> <p>2013</p> <p>China</p>	<p>Objectives The aim of this systematic review was to examine whether collaborative care can improve depression and diabetes outcomes in patients with both depression and diabetes.</p> <p>Settings Primary care.</p>	<p>Caregiver Primary care providers (PCP).</p> <p>Interventions Collaborative care described as: a multi-professional patients care (PCP, nurse, psychologist). A structured management plan. Scheduled patient follow-up. Enhanced inter-professional communication.</p> <p>Collaborative care described as: a multi-professional patients care (PCP, nurse, psychologist). A structured management plan. Scheduled patient follow-up. Enhanced inter-professional communication.</p> <p>Outcomes Depression treatment response (at 6, 12 months follow-up and at last follow-up). Depression remission (at 6, 12 months follow-up and at last follow-up). Diabetes clinical outcomes, HbA_{1c} values, (at 6, 12 months and at last follow-up). Adherence to antidepressant medication and oral hypoglycaemic agent.</p>	<p>Last search date March 27, 2013</p> <p>Number of studies 8</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin USA (all 8 studies).</p> <p>Population Patients of any age with diabetes and a current prescription for an antidepressant and diagnosis according to International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9) code, Diagnostic and Statistical Manual (DSM) and/or Research Diagnostic Criteria (RDC).</p> <p>Number of participants 2 238</p> <p>Participant age and sex 57–70 years (data missing for 1 study, 2 studies only included participants older than 50 or 60 respectively), 52–84% female.</p> <p>Comment All studies from USA. One study only included African-Americans.</p>	<p>"Improving depression care in diabetic patients is very necessary and important. Comparing with usual care, collaborative care was associated with significantly better depressive outcomes and adherence in patients with depression and diabetes. These findings emphasize the implications for collaborative care of diabetic patients with depression in the future."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis.</p> <p>Atlantis [42]</p> <p>2014</p> <p>Australia</p>	<p>Objectives "We sought to systematically assess the effect of collaborative care on depression and glycaemia in adults with comorbid depression and diabetes to inform guidelines and practice."</p> <p>Settings Primary care.</p>	<p>Caregiver Nurse or non-physician mental health worker for coordination of care.</p> <p>Interventions Defining features of collaborative care models (i.e. coordinated multidisciplinary model of care) investigated were a case manager/officer with proactive follow-ups in all studies, a structured management plan delivered within a stepped care framework and relapse prevention in four studies, an integrated diabetes care programme in three studies and consideration for lifestyle risk factors in two studies. Trial durations ranged from 12 to 52 weeks.</p> <p>Outcomes Effect on standardized (SMD) depression outcomes, HbA_{1c} level. Trial duration 6–12 months.</p>	<p>Last search date August 2013</p> <p>Number of studies 7</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin Australia (1 study) and USA (6 studies).</p> <p>Population Adults with comorbid clinically relevant depression and diabetes.</p> <p>Number of participants 1 895 for depression outcomes.</p> <p>Participant age and sex Mean age 54–71 years, 45–84% female.</p>	<p>"Limited evidence from short-to-medium term RCTs predominantly conducted in USA suggests that collaborative care for depression significantly improves both depression and glycaemia outcomes, independently, in people with comorbid depression and diabetes."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
Work				
<p>Interventions to improve return to work in depressed people (Review)</p> <p>Nieuwenhuijsen [43]</p> <p>2014</p> <p>the Netherlands</p>	<p>Objectives To evaluate the effectiveness of interventions aimed at reducing work disability in employees with depressive disorders.</p> <p>Settings Workplace, occupational health settings, primary care, or outpatient care settings.</p>	<p>Caregiver Interventions involving clinicians, occupational physicians, employer etc.</p> <p>Interventions Work-directed interventions in combination with clinical interventions.</p> <p>Outcomes Days of sickness absence. Follow-up 4–42 months.</p>	<p>Last search date January 2014</p> <p>Number of studies Five studies on work-directed interventions; three studies compared work-directed interventions in combination with clinical care to clinical care alone, one study compared work-directed interventions in combination with clinical care to work-directed care alone, and one study compared two alternative work-directed interventions. The systematic review included 23 studies in total.</p> <p>Study design The three studies on work-directed interventions in combination with clinical care compared to clinical care were of RCT design. The systematic review included RCTs (20 studies) and cluster RCTs (3 studies).</p> <p>Country of origin Two of the studies on work-directed care in combination with clinical care compared to clinical care were from the Netherlands and one study from USA. The studies included in the systematic review were from USA (5 studies) and Europe (18 studies).</p>	<p>"Work modification or coaching in addition to regular care reduced sickness absence to a moderate extent".</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<i>Continues</i>			<i>Continues</i>	
	Interventions to improve return to work in depressed people (Review)		Population Workers (>17 years) with depression.	
	Nieuwenhuijsen [43]		Number of participants 251 participants in the three studies on work-directed care combined with clinical care compared to clinical care.	
	2014		Participant age and sex Mean age 41.5–45.2 years in the 3 studies. 51–78% females for the 3 studies on work- directed care in combination with clinical care compared to clinical care alone.	
	the Netherlands			

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence</p> <p>Modini [44]</p> <p>2016</p> <p>Australia</p>	<p>Objectives To investigate whether Individual placement and support (IPS) is effective across international settings and in different economic conditions.</p> <p>Settings Workplace and health care.</p>	<p>Caregiver Clinicians and workplace.</p> <p>Interventions SE/IPS, (place and train).</p> <p>Outcomes Employment (proportion in competitive employment and time to and in employment). Follow-up up to two years.</p>	<p>Last search date January 2015</p> <p>Number of studies 19 studies, two of which reported additional follow-ups</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin Asia (3 studies) and Australia (1 study), Europe (6 studies), and North America (9 studies).</p> <p>Population Adults (range 16–70 years) with severe mental illness (schizophrenia or schizophrenia-like disorder, bipolar disorder or depression with psychotic features, psychosis).</p> <p>Number of participants 4 504</p> <p>Participant age and sex</p> <p>Comment One of the included studies was carried out in Sweden.</p>	<p>"Individual placement and support is an effective intervention across a variety of settings and economic conditions and is more than twice as likely to lead to competitive employment when compared with traditional vocational rehabilitation."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Work as treatment? The effectiveness of re-employment programmes for unemployed persons with severe mental health problems on health and quality of life: a systematic review and meta-analysis</p> <p>van Rijn [45]</p> <p>2016</p> <p>the Netherlands</p>	<p>Objectives "This systematic review and meta-analysis aimed to assess the effects of reemployment programmes with regard to health and quality of life."</p> <p>Settings Workplace and healthcare.</p>	<p>Caregiver Clinicians and workplace.</p> <p>Interventions SE/IPS (place and train).</p> <p>Outcomes Functioning, mental health, quality of life. Follow-up 12–24 months.</p>	<p>Last search date March 2015</p> <p>Number of studies 16 studies; IPS (12 studies), SE (4 studies), Compensated work therapy (1 study). One study had three arms.</p> <p>Study design RCT.</p> <p>Country of origin USA (7 studies), the United Kingdom (3 studies), Hongkong (2 studies), Canada (1 study), the Netherlands (1 study), Sweden (1 study), Switzerland (1 study).</p> <p>Population Adults (range 18–65 years) with mental health problems.</p> <p>Number of participants 2 340</p> <p>Participant age and sex Mean 33.6–43.1 years, 41.3% female.</p>	<p>"Re-employment programmes have a modest positive effect on the quality of life. No evidence was found for any effect of these re-employment programmes on functioning and mental health."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Supported employment for adults with severe mental illness.</p> <p>Kinoshita [46]</p> <p>2013</p> <p>Japan and the United Kingdom</p>	<p>Objectives "To review the effectiveness of supported employment compared with other approaches to vocational rehabilitation or treatment as usual."</p> <p>Settings Outpatient setting, workplace.</p>	<p>Caregiver Clinicians and workplace.</p> <p>Interventions SE/IPS , (place and train).</p> <p>Outcomes Employment, duration of employment, earnings, time to employment. Follow-up: short term (<6 months), medium term (>6, <12 months), long term (≥12 months).</p>	<p>Last search date February 2010</p> <p>Number of studies 14 studies, 13 of which used IPS</p> <p>Study design RCT. Country of origin USA (8 studies), China (2 studies), Australia (1 study), Canada (1 study), the United Kingdom (1 study), international multi-centre trial (1 study).</p> <p>Population Adults (range 16–70 years) with severe mental illness.</p> <p>Number of participants 2 265</p> <p>Participant age and sex Mean 21.4–50.5 years, 20–62% female.</p>	<p>"Supported employment increases the length and time of people's employment; [...] people on supported employment find jobs quicker. Limited information on measurable effects of SE on the other outcomes."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK.</p> <p>Heffernan and Pilkington [47]</p> <p>2011</p> <p>the United Kingdom</p>	<p>Objectives "To examine the evidence for the effectiveness of the IPS model of supported employment within the United Kingdom."</p> <p>Settings Outpatient setting, workplace.</p>	<p>Caregiver Clinicians and workplace.</p> <p>Interventions SE/IPS, (place and train).</p> <p>Outcomes Employment (proportion in open employment). Follow-up for multi-centre RCT 18 months, and 12 months for the RCT.</p>	<p>Last search date No information provided</p> <p>Number of studies 5 studies included</p> <p>Study design Multi-centre RCT (1 study), RCT (1 study), cohort study (1 study), naturalistic study (1 study), service evaluation (1 study).</p> <p>Country of origin At least a part of the study had to be carried out in the United Kingdom.</p> <p>Population Adults (range 16–70 years) with severe mental illness.</p> <p>Number of participants 312 for multi-centre RCT, otherwise not clearly described.</p> <p>Participant age and sex Not clearly described.</p> <p>Comment Only two studies had a design with a parallel control group.</p>	<p>"There is promising evidence, including from a high quality RCT, that IPS is more effective than conventional training and place vocational rehabilitation in placing people into competitive employment. However, the quality of the evidence was generally weak."</p>

The table continues on the next page

Table 1 continues

Title First author, reference Year Country	Objectives Settings	Interventions Outcomes	Search date Number of studies Study design Country of origin Population Number of participants Participant age and sex	Evidence according to the systematic review
<p>Vocational rehabilitation for people with severe mental illness</p> <p>Crowther [48]</p> <p>2001</p> <p>Australia and the United Kingdom</p>	<p>Objectives</p> <p>"To assess the effects of Pre-vocational Training and Supported Employment (for people with severe mental illness) against each other and against standard care (in hospital or community)."</p> <p>Settings</p> <p>Inpatients and outpatients, workplace.</p>	<p>Caregiver</p> <p>Clinicians and workplace.</p> <p>Interventions</p> <p>SE/IPS. (place and train).</p> <p>Outcomes</p> <p>Competitive employment, any form of employment or education, earnings, clinical outcomes.</p>	<p>Last search date</p> <p>December 1998</p> <p>Number of studies</p> <p>18 studies in total, supported employment (6 studies)</p> <p>Study design</p> <p>RCT and quasi-RCT.</p> <p>Country of origin</p> <p>USA (17 studies) and the United Kingdom (1 study).</p> <p>Population</p> <p>Adults (range 16–65 years) with severe mental illness (schizophrenia or schizophrenia-like disorder, bipolar disorder or depression with psychotic features, psychosis).</p> <p>Number of participants</p> <p>2 539 in total</p> <p>Participant age and sex</p> <p>Mean 19–43 years, 0–61% female.</p>	<p>"Supported employment is more effective than Pre-vocational Training in helping severely mentally ill people to obtain competitive employment."</p>

CBA = Controlled before after study; **CBT** = Cognitive behavioral therapy; **CC** = Collaborative care; **CHD** = Coronary heart disease; **DMP** = Disease management program; **IPS** = Individual placement and support; **MACE** = Major adverse cardiac events; **NRCT** = Non-randomised controlled trial; **QOL** = Quality of life; **RCT** = Randomised controlled trial; **SE** = Supported employment

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

webbplats: www.sbu.se • twitter: [@SBU_se](https://twitter.com/SBU_se) • telefon: 08-412 32 00