

CAST – Center for Anvendt  
Sundhedstjenesteforskning  
Syddansk Universitet

J. B. Winsløvs Vej 9B, 1. sal  
5000 Odense C

Telefon: 6550 1000

# **Integrated Care litteraturgennemgang**

## **Arbejdsrapport**

**December 2014**

**Birgitte Nørgaard & Sonja Vestergaard**

ISBN nr. 978-87-92699-23-7

## Kolofon

<b>Titel</b>	Integrated Care – litteraturgennemgang. Arbejdsrapport
<b>Forfattere</b>	Birgitte Nørgaard og Sonja Vestergaard
<b>Institutnavn</b>	CAST – Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet
<b>Forlagets navn</b>	Syddansk Universitet
<b>Udgivelsesdato</b>	19.12.2014
<b>Trykkested</b>	Syddansk Universitet
<b>ISBN nr.</b>	978-87-92699-23-7

Rapporten er udarbejdet af konsulent Birgitte Nørgaard, CAST og post doc. Sonja Vestergaard med bidrag fra stud.scient.pol. Louise Madsen og stud.psyk. Sophie Lykkegaard Ravn.

## Indhold

1. Undersøgelsesområde .....	4
2. Materialer og metode .....	4
3. Resultater .....	4
3.1 Integrated care .....	4
3.1.1 Definition.....	5
3.1.2 Centrale begreber i Integrated Care.....	5
3.1.3 Dimensioner i Integrated Care .....	6
3.1.4 Integrated Care-modeller.....	8
3.1.5 Facilitatorer og udfordringer i relation til Integrated Care .....	14
3.1.6 Effekten af integrated care .....	14
3.2 Integrated Care og Den Ældre Medicinske Patient (DÆMP).....	15
3.2.1 Detaljeret beskrivelse af udvalgte artikler .....	16
3.3 Integrated Care og borgere med Stress, Angst og depression (SAD).....	18
3.3.1 Detaljeret beskrivelse af udvalgte artikler. ....	19
3.4 Relationel koordinering.....	23
3.4.1 Definition.....	23
3.4.2 Centrale begreber i relationel koordinering .....	24
3.4.3 Monitorering af relationel koordinering .....	25
4. Diskussion.....	26
5. Referencer .....	28
Bilag 1 .....	32
Bilag 2 .....	33

## 1. Undersøgelsesområde

I forbindelse med udarbejdelse af programteorieevalueringen af Integrated Care Modellens minipilot- og pilotfase (1) blev der foretaget en litteraturgennemgang af begreberne integrated care og relationel koordinering. Hovedparten af materialet herfra er for detaljeret til at indgå i hovedrapporten, hvorfor til gøres tilgængeligt i denne arbejdsrapport.

## 2. Materialer og metode

Integrated care er ikke et entydigt eller veldefineret begreb, hvilket vanskeliggør en systematisk litteratursøgning. Rent metodisk er der tale om en ikke-udtømmende litteratursøgning i udvalgte søgedatabaser og med forskellige kombinationer af søgeord. Ligeledes er relevante artiklers referenceliste afsøgt med henblik på at identificere yderligere relevant litteratur. Der er dermed tale om et indsigtsgivende bidrag og dermed ikke et absolut og udtømmende billede.

I det følgende bruges ”integrated care” synonymt med ”collaborative care” dækkende over tværsektoriel behandling med flere aktører involveret i behandlingsplanlægningen.

Borgere ramt af stress, angst og depression (SAD) og den ældre medicinske patient (DÆMP) udgør de to udvalgte fokusmålgrupper, hvorudfra relevansen af Integrated Care-tilgangen undersøges i relevant litteratur. Begge grupper er udtryk for overordnede og brede samlebetegnelser og rummer derfor en række forskellige patientgrupper, hvor kravene til optimal behandling kan være differentierede. Det er derfor centralt at afklare i hvilke sammenhænge, evidensen for integrated care (integreret pleje) er fundet relevant for derigennem at optimere de specifikke indsatser i relation til de to målgrupper.

Begrebet relationel koordinering beskrives udelukkende med udgangspunkt i Jody Hoffer Gittells materiale.

## 3. Resultater

### 3.1 Integrated care

Begrebet integration i relation til sundhedsvæsenet og sociale ydelser er beskrevet tilbage i 1960'erne, men blev først rigtig synlig sidst i 1980'erne og op gennem 1990'erne.

Der er beskrevet mange indsatser med såvel top-down, som bottom-up tilgang, og udviklingen er generelt gået fra store all-inclusive-projekter, eller grand designs til mere fokuserede og populationspecifikke indsatser (2).

### 3.1.1 Definition

Integrated care er et komplekst paraplybegreb, det er vanskeligt entydigt at definere, men som oftest anvendes det som modsvar til et fragmenteret sundheds- eller socialvæsen (3). Der er således allerede i 2009 beskrevet op til 175 definitioner på integrated care – også kaldet “the imprecise hodgepodge of integrated care” (4). Overordnet kan man sige, at integrated care “*is a term that reflects a concern to improve patient experience and achieve greater efficiency and value from health delivery systems*” (3).

Integration rummer processer, metoder og redskaber som faciliterer integrated care, mens integrated care i sin essens handler om patientperspektivet: “*The patient’s perspective is at the heart of any discussion about integrated care*”. Integration, der tager udgangspunkt i og integrerer patientperspektivet i organisering af sundhedsydelse kan således beskrives som integrated care (3).

#### *Relaterede begreber*

Transmural care; shared care; disease management; integral care; comprehensive care; continuing care; intermediate care (5).

Integration; coordination; patient-centeredness (6).

Integrated health, coordinated care, comprehensive care, seamless care.

### 3.1.2 Centrale begreber i Integrated Care

I relation til Integrated Care er det essentielt, at målet med indsatsen er helt klar, men også at indsatsen tager udgangspunkt i og hensyn til den særlige kontekst, indsatsen sker i, da “*one size of integrated care does not fit them all*” (3).

Følgende er beskrevet som nøglebegreber i integrated care (3):

- *Mål* – hvad vil man opnå/hvordan vil man nå målet/målgruppe/organisatorisk støtte

- *Kontekst* – er der andre programmer i spil/hvilke sektorer er i spil/hvordan sikre ledelse og dialog/
- *Type* – centrale processer, strukturer, partnerships/datasharing
- *Bredde* – vertikal (linking different levels of care, e.g. primary, secondary and tertiary care) eller horisontal (linking similar levels of care, e.g. multiprofessional teams)
- *Intensitet* – sammenhæng mellem fuld integration og mål/giver integration et sted øget fragmentering et andet sted?

### 3.1.3 Dimensioner i Integrated Care

Med udgangspunkt i eksisterende eksempler og litteratur kan Integrated care beskrives i relation til tre forskellige dimensioner:

1. niveau
2. kontinuum
3. service, borger og samfund

I relation til 1) *niveau* kan integrated care organiseres på individniveau, organisationsniveau eller inter-organisationsniveau, men niveau kan også være et spørgsmål om det er en top-down (fokus på systemet – initieret ad akademisk vej) indsats eller en bottom-up (fokus på service - initieret lokalt) indsats (2). Men niveau kan også angive, om indsatsen sker på et makro- meso- eller mikro-niveau. Makro-niveauet er der hvor indsatsen går på tværs af hele servicespektret, mens mesoniveauet beskriver indsatser for udvalgte grupper. Mikroniveauet er integrated care for individer (7). Integrated care initiativer kan også beskrives som enten horisontale (fokuserer på organisationer, netværk eller grupper) eller vertikale (fokuserer på det enkelte patientforløb) (3).

Med 2) *kontinuum* menes, at integrated care-indsatser kan have forskellige grader af integration, beskrevet som et kontinuum fra samarbejde (collaboration) til integration (2). Andre beskriver det som et kontinuum fra kobling (linkage), over koordination til fuld integration (3).

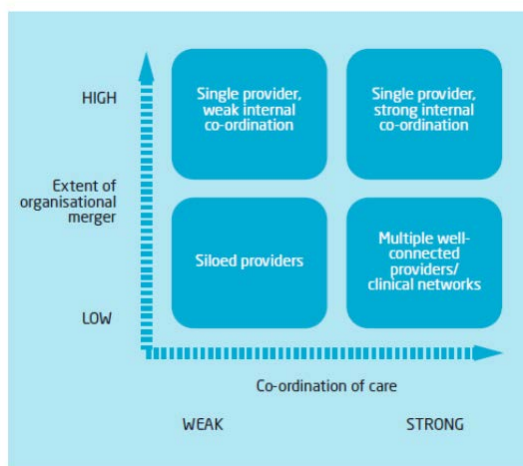


\*Adapted from Leutz, 1999

Figur 1, fra Fisher MP, Elnitsky C. Health and social services integration: a review of concepts and models. *Social work in public health*. 2012;27(5):441-68 (2).

Med hensyn til 3) *service, borger og samfund* er det et spørgsmål om, hvor indsatsen sættes ind og hænger sammen med rationale bag indsatsen: ønsker man af ”lappe huller” i eksisterende praksis ved at indføre ny services, ønsker man med et givent tiltag at gøre den eksisterende indsats mere omkostningseffektiv (efficient), eller er motivationen et ønske om bedre outcome – eksempelvis øget funktionsniveau eller længere levetid for de implicerede borgere (efficacy) (2).

Man kan således sige, at integrated care opstår i spændingsfeltet mellem koordinering på inter-organisationsniveau og koordinering af indsatsen (pleje, behandling, rehabilitering), som illustreret i Figur 2.



**Integrated care opstår i spændingsfeltet mellem koordinering på inter-organisationsniveau og koordinering af indsatsen**

Figur 2, fra Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly* (Toronto, Ont). 2009;13 Spec No:6-15 (4)

### 3.1.4 Integrated Care-modeller

I forhold til at forstå en given models rækkevidde og rationale kan man se på, om modellen fokuserer på *integration* af serviceydelser på et borgerniveau; om den beskriver inter-organisatoriske relationer eller om den handler om let og hurtig adgang til adækvate sundhedsydelser (ACCESS - Access to Community Care and Effective Services and Support program).

Dernæst kan modellerne være *horisontale eller vertikale*; de kan være på *mikro-, meso- eller makro-niveau*; de kan være initieret *top-down eller bottom-up* og endelig kan de være på *individniveau, organisationsniveau eller inter-organisationsniveau*.

Integrated care modeller kan være enten *teoretiske* (deskriptive, normative eller forklarende), eller de kan være *praktiske/empiriske* (afprøvet i praksis). I reviewet af Fisher et al. (2) gennemgås i alt 30 modeller, heraf 6 teoretiske og 24 praktiske, mens 9 modeller kun beskriver inter-organisatoriske tiltag.

De forskellige niveauer, begreber og dimensioner i Integrated Care er præsenteret i Tabel 1, mens centrale modeller fra internationale projekter er præsenteret i Tabel 2.



Integrated Care	
Niveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Top-down eller bottom-up</li> <li>• Makro-niveau (på tværs af hele servicespektret), meso-niveau (udvalgte grupper), eller mikro-niveau (individniveau)</li> <li>• Individ-, organisations-, eller inter-organisatorisk niveau</li> <li>• Horisontale eller vertikale</li> </ul>
Kontinuum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbejde (collaboration) – integration</li> <li>• Linkage – (coordination) - integration</li> </ul>
Service, borger, samfund	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lappe huller i eksisterende praksis,</li> <li>• gøre eksisterende indsats mere omkostningseffektiv (efficient),</li> <li>• ønske om bedre outcome – eksempelvis øget funktionsniveau eller længere levetid for de implicerede borgere (efficacy)</li> </ul>
Type	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systemisk – politisk fokus på koordinering mellem primær og sekundær sektor, udvikling af nationale retningslinjer</li> <li>• Normativ – udvikling af fælles værdier, kultur og visioner på tværs af organisationer</li> <li>• Organisatorisk – samarbejdsaftaler på tværs af organisationer, fælles budgetter, paraplyorganisationer</li> <li>• Administrativ – samstemme budgetter eller informationssystemer</li> <li>• Klinisk - koordinering af information og services og integration af plejen til enkelte processer</li> </ul>

Tabel 1. Niveauer, begreber og dimensioner i Integrated Care

Tabel 2. Gennemgang af centrale Integrated Care-modeller

	Involverede sektorer	Målgruppe	Formål	Intervention	Volumen	Periode
UK - The North-West London Integrated Care <sup>1</sup>	Primær, sekundær, tertiær sektor: Praktiserende læger, akutklinikker, primær pleje, psykiatrien, sundhedshuse, kommunale forvaltninger, frivillige organisationer	Ældre over 75 år og folk med diabetes i North West London, UK	At bedre patientoplevelsen At sikre kvaliteten At være cost-effective At være et fyrtårn for integrated care At reducere antallet af akutte indlæggelser med 30 % samt overflytning til plejehjem med 10 % for målgruppen At reducere udgifterne for målgruppen med 24 % over 5 år	Koordination af plejeydelser It-plattform/datasharing Tværfaglige gruppemøder; workshops med praktikerne Ledelse/bestyrelse Økonomi Care plans med "locally-led innovations"	Population: 550.000 Inkluderede 15.200 med diabetes, heraf 8.700 over 75 år + 22.800 ældre	Opstart juni 2011
USA - Kaiser Permanente <sup>2</sup>	Medical centres (hospitalsambulatorier og lægehuse) apoteker	Kroniske sygdomme, herunder astma, smerter, hjertesygdom, depression, diabetes, ældre medicinske patienter og fedme	At koordinere indsatserne At styrke patienternes egenomsorg samt deres viden om sundhed og sygdom	The chronic care model: teambaseret arbejde, kommunikation, patientundervisning, kvalitetsarbejde, fælles mål, videndeling, it-systemer, evidensbaserede behandlingsprogrammer Fokus på kroniske tilstande Implementering af elektronisk patientjournal Derudover økonomiske incitamentter knyttet til patienttilfredshed og kvalitet	Cirka 9 millioner medlemmer	Grundlagt som privat sundhedsplejedyder i 1945; nuværende metoder til bl.a. behandling af kroniske lidelser blev indført i 1994
USA – Geisinger Health System "ProvenCare" <sup>3</sup>	Hospitaler, afvænningsklinikker, lokale sundhedsklinikker, specialklinikker	Bred palette af sundhedspleje for medlemmerne; den almene befolkning i Pennsylvania	"To improve quality, satisfaction, and efficiency only by redesigning and reengineering the delivery of care"	Case management, fælles elektronisk patientjournal, videndeling, patient webportal, forløbskoordinatorer, fokus på overgange, tværfaglige teams (herigennem fokus på optimering af sygdomshåndtering), risikovurdering og individuel plejeplan, fokus på ventetid (ACCESS), fokus på patientengagement- og inddragelse samt evidensbaserede metoder	2,6 millioner personer i Nordøst- og centrale Pennsylvania	ProvenCare er fra 2006, mens Geisinger Health System er fra 1981
USA – PACE – the Program of All Inclusive Care of the Elderly <sup>4</sup>	På tværs af sektorer; bl.a. specialindsatser, rehabilitering, lokalt forankrede læger (medicinering), hospitaler, primær pleje, sociale indsatser, transport	Svage ældre 55+, der bor i et PACE-dækket område, og som er vurderet til at have et plejebehov på niveau med plejhjemsindsatser ("chronic care needs")	Sundhedsplejetjenester med fokus på <ul style="list-style-type: none"> <li>- fremme af livskvalitet og helbred</li> <li>- øgning af kvaliteten af ydelser</li> <li>- øgning af fleksibilitet</li> <li>- maksimering af værdighed, autonomi og respekt for den ældre</li> <li>- forlængelse af tid i eget hjem</li> <li>- undgåelse af en fragmentering af ydelser</li> <li>- optimal integrering af akut og længerevarende ydelser</li> <li>- billigere på sigt</li> </ul>	Single entry Kontinuum af ydelser Interdisciplinært team, der står for case management, udredning, behandling samt udvikling af serviceplaner Alle behov er dækket ét sted – stor koordination. Læger til rådighed som en del af team – dermed ikke brug af egen læge Elektronisk database Adult day care center, der skaber rammerne om den integrerede pleje Stor familieinddragelse efter den ældres behov/ønske. "Salary-based funding" snarere end den traditionelle form "fee-for-services"	104 PACE-programmer fordelt på 31 amerikanske stater; uvist præcist hvor mange ældre, der betjenes	Spores tilbage til "On Lok" fra 1971, der var det første PACE-program. Dog udviklet en del siden. Den model, der kendes i dag, er primært fra 90'erne
USA – The High Intensity Case Management Model <sup>5</sup>	Bredt forankret; sektorer relevante for akut og længerevarende pleje	Højrisiko patienter 60+ med mindst en hospitalsindlæggelse, et skadestuebesøg inden for	At forbedre disse patienters pleje gennem en optimering og intensivering af indsatser og mindske udgifter derigennem. En forbedring af integrationen mellem længerevarende	Single entry; man rekrutteres gennem et forskningsprogram. Team-meetings. Forstærkning af indsatser og intensiv case-management i et forsøg på at forbedre	Ukendt	Ukendt

<sup>1</sup> [http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2012/07000/The\\_North\\_West\\_London\\_Integrated\\_Care\\_Pilot\\_9.aspx](http://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2012/07000/The_North_West_London_Integrated_Care_Pilot_9.aspx); [http://saludesa.org.ec/biblioteca/INVESTIGACION%20MEDICA/Piloto\\_de\\_atencion\\_primaria\\_en\\_Inglaterra.pdf](http://saludesa.org.ec/biblioteca/INVESTIGACION%20MEDICA/Piloto_de_atencion_primaria_en_Inglaterra.pdf)

<sup>2</sup> [http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/facilities/region/santarosa/area\\_master/about\\_us/health\\_care\\_model/](http://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/facilities/region/santarosa/area_master/about_us/health_care_model/); <http://www.medico-innovation.dk/wp-content/uploads/2011/05/Kaiser-Permanente-rapport.pdf>

<sup>3</sup> <http://www.ahdonline.com/issues/2009/april-may-2009-vol-2-no-3/210-feature-210>; [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/McCarthy\\_Geisinger\\_case\\_study\\_624\\_update.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Case%20Study/2009/Jun/McCarthy_Geisinger_case_study_624_update.pdf)

<sup>4</sup> <http://www.medicare.gov/pubs/pdf/11341.pdf>; [http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12&title=Who,\\_What\\_and\\_Where\\_Is\\_PACE?](http://www.npaonline.org/website/article.asp?id=12&title=Who,_What_and_Where_Is_PACE?); <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gacetasanitaria2011-beland-integrate-01.pdf>;

[http://www.tandfonline.com.proxy1-bib.sdu.dk:2048/doi/pdf/10.1300/J031v13n02\\_05](http://www.tandfonline.com.proxy1-bib.sdu.dk:2048/doi/pdf/10.1300/J031v13n02_05)

<sup>5</sup> <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gacetasanitaria2011-beland-integrate-01.pdf>;



Integrated Care – litteraturgennemgang, Arbejdsrapport

	Involverede sektorer	Målgruppe	Formål	Intervention	Volumen	Periode
	rehabilitering, større, dagpleje, primærpleje og gruppehjem	behov		Case-managers koordinerede pleje på tværs af plejesystemet også ved sektorskift; denne forblev i kontakt med patienten, hvis denne blev tilknyttet institutionel pleje Single point of entry Ongoing case managers med løbende revision; disse managers er tæt på de, der yder plejen Ikke multidisciplinært, men konsulterer egen læge. Standardiseret udredning, der danner baggrund for care plans, hvori alt dækkes efter behov Integreret informationssystem Såvel sundheds- som socialindsatser; day care, rehabilitering, hjemmepleje, behandlingscentre mv.		
Australien – The Illawarra Model <sup>9</sup>	På tværs af tilbud	Folk over 65 år med komplekse plejebehov	At skabe koordineret, effektiv og cost-effektiv pleje for de med komplekse behov	Koordinering af pleje Single entry gn. case koordinatore og single agency (én administration) Læge er case manager og koordinerer og vurderer løbende behovet for anden hjælp. Careplan Elektronisk journal Interdisciplinært	Der er lavet nogle delstudier med færre antal deltagere; integreret	
Sverige – Norrtälje ”TioHundra” <sup>10</sup>	Ældrepleje, hospitaler, socialpsykiatri/social care, særlige foranstaltninger i forhold til unge, skolesundhedsplejen, går på tværs af ”county” og rådhuset	Alle i kommunen; dog også specialiserede tilbud for de, der bor andre steder	At støtte det horisontale samarbejde At udvikle sundhed, sygepleje og omsorg ud fra den enkeltes behov At angribe behovene holistisk (”a complete health chain”)	Fælles ledelse og styring, videndeling (også på tværs af landegrænser), fælles journal, teams, fælles planlægning, specialiseret og personaliseret tilgang (”alle har unikke behov og ønsker”), stor medarbejder involvering, undersøgelser, reduktion af administrative omkostninger, effektiviseret indsats	Primært alle i kommunen; dog specialiserede tilbud til folk, der ikke er bosat dér	Opstartet i 2006
Norge – Drammens-regionsprojektet <sup>11</sup>	Somatik, psykiatri, afvænnning (rus)	Alle i kommunen/regionen	At sikre trygge, sikre og virkningsfulde sundhedstjenester At tilbyde patienter et samordnet, koordineret og individuelt tilpasset tilbud At reducere sygelighed og øge egenomsorg i befolkningen At bremse udgifter i sundhedsvæsenet - øget cost-effectiveness	Sundhedsfremme og forebyggende arbejde Rehabilitering Brugerindflydelse/inddragelse Lige adgang til ligeværdige tjenester Større forsknings- og kompetenceudviklingsfokus – fælles engagement Samarbejdsaftaler på tværs, hvor en større del af sundhedstjenesten udføres af kommunen. Stort fokus på at sikre ”den rigtige behandling det rigtige sted” Rehabilitering Afklarings af rolle på tværs, så alle bidrager optimalt	For beboer i kommunerne i Drammen; uvist antal	2009-15
Norge – Trondhiem-	Sygehusregi	Patienter på over 60 år, der indlægges med akut	At måle effektiviteten af intermediær pleje på et sygehus sammenlignet med standardiseret	Specialtrænet sundhedspersonale, medicinsk og laboratorieudstyr til avanceret patientpleje	142 patienter	2002

[VzXOaAgdQcmVQYWIkgIoT1M6RU1TLVBkZkRvY1ZpXdCYXNILWdlE1IZGIhVXJsRm9ySXRlbcCEORpc3NlcnRhdGlvbi9UaGVzaXPSAgFZ4IsaHR0cDovL3N5ZGRhbnRlLnN1bW1vbi5zZXJpYWxzcz29sdXRpb25zLmNvbS02FqAgZdW1tb27vAgA%3D&\\_s=K6B430FctRsyAva](http://www.tiohundra.se/1/Globala/TioHundra-Vardbolaget1/About-us-in-English/TioHundra-AB---English/)  
[rWreCSFGEwVs%3D#statusbar=1&zoom=110](http://www.tiohundra.se/1/Globala/TioHundra-Vardbolaget1/About-us-in-English/TioHundra-AB---English/)

<sup>9</sup> <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gacetasanitaria2011-beland-integrate-01.pdf> ;

<sup>10</sup> <http://www.tiohundra.se/1/Globala/TioHundra-Vardbolaget1/About-us-in-English/TioHundra-AB---English/>

<sup>11</sup> [https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.drammen.kommune.no%2Ftemplates%2FSSP.eDemokrati%2Fmodules%2FSyncFileHandler.ashx%3Fdokid%3D11041935%26kom%3Ddrammen%26version%3D1%26reserved%3D0%26variant%3DP%26name%3DPROSJEKTSKISSE%3A%2520SAMHANDLINGREFORMEN%2520I%2520DRAMMENSREGIONEN%26fext%3DDPDF%26pageID%3D2882%26digest%3DgaMUmmpPnWM5RaS18a9rqggg&ei=JjN-VL\\_IMiWSPYimgaAF&usq=AFQJcNGvb1-1Bqn47rdJJvDEImv1eJXng&sig2=0xl\\_QILLP642jP8vsfurkg&bvm=bv.80642063.d.ZWU](https://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=https%3A%2F%2Fwww.drammen.kommune.no%2Ftemplates%2FSSP.eDemokrati%2Fmodules%2FSyncFileHandler.ashx%3Fdokid%3D11041935%26kom%3Ddrammen%26version%3D1%26reserved%3D0%26variant%3DP%26name%3DPROSJEKTSKISSE%3A%2520SAMHANDLINGREFORMEN%2520I%2520DRAMMENSREGIONEN%26fext%3DDPDF%26pageID%3D2882%26digest%3DgaMUmmpPnWM5RaS18a9rqggg&ei=JjN-VL_IMiWSPYimgaAF&usq=AFQJcNGvb1-1Bqn47rdJJvDEImv1eJXng&sig2=0xl_QILLP642jP8vsfurkg&bvm=bv.80642063.d.ZWU)

Integrated Care – litteraturgennemgang. Arbejdsrapport

modellen <sup>12</sup>	Involverede sektorer	Målgruppe	Formål	Intervention	Volumen	Periode
		sygdom/akut forværring, og som formentlig vil få behov for indlæggelsesrelateret pleje i mere end tre eller fire dage for derefter at skulle returnere til eget hjem	forlænget pleje.	<p>Individuel, intermediær pleje ud fra den enkeltes sygehistorie og behov samt systematisk evaluering og sammenhængende vurderinger; strukturerede plejeplaner med en bred palette af tilbud</p> <p>Monitorering af forbedring af patienternes evne til at klare hverdagen og konkret arbejde på at øge evnen til dette (maksimering af uafhængighed)</p> <p>Tidsbegrænsede services</p> <p>Tværfaglighed med én journal, én behandlingsplan og protokoller på tværs.</p> <p>Stort fokus på kommunikation med familier mhp. at forstå plejebehov.</p> <p>Forud for udskrivning blev der foretaget et planlægningsmøde mht. håndtering af behov efter hjemkomst.</p>		
Italien – The Roverto Model <sup>13</sup>	Geriatrisk sygehusafsnit, plejefaciliteter, egen læge.	Ældre i denne italiensk by.	At skabe et godt og kvalitetsrigt servicenet for de ældre i byen	Bredt udvalg af services; case managers; tværfaglighed; individualiseret plejeplan for hver enkel som blev afstemt med egen læge; kontinuerlig revision af plejebehov, forskning, single point of entry, egen læge spiller en stor rolle gennem hele forløbet, koordination på tværs af plejepersonale, geriatriske evalueringenheder ift. vurdering af behov.	Projekt for beboer i mindre italiensk by (35.000 i alt).	1990'erne, udviklede sig i 1995 til denne "shared care model"
Hong Kong – The Hong Kong Model <sup>14</sup>	Sygehusenheder, primær pleje mv.	For svage "community-dwelling" ældre i Hong Kong	Restrukturering af sundhedssystemet, hvor færre hospitaliseringer og mindre økonomiske omkostninger var i fokus (cost-benefit-fokus).	<p>Case managers, der foretog regelmæssige hjemmebesøg og telefonkonsultationer samt stod for link til andre services efter behov.</p> <p>Single entry; forskning. Samarbejde på tværs og interdisciplinærhed efter behov.</p> <p>Gennemgribende geriatric udredning ved indfasning.</p> <p>Strukturerede, reviderede plejeplaner blev implementeret.</p> <p>Rådgivning (psykosocialt sigte)</p> <p>Uddannelsesprogrammer</p> <p>Støttegrupper (også for familieplejere).</p> <p>Implementering af et IT-system til monitorering af patientdata. Månedlig monitorering.</p>	130 i pilotstudie	2000'erne.
SIFA – A System of Integrated Care for Older persons With Disabilities I Canada (8, 9)	Primær sektor, socialvæsnat	Svage "community-dwelling" ældre i to canadiske provinser (ca. 11.000 indbyggere pr. provins)	Forbedre sundhed, tilfredshed og cost-effectiveness af sociale udgifter	Lokale centre ansvarlige for den totale pleje og koordinering af kommunal, institutionel pleje, samt sociale ydelser		1999-2001

<sup>12</sup> <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:123898/FULLTEXT01.pdf>

<sup>13</sup> <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gacetasanitaria2011-beland-integrate-01.pdf>

<sup>14</sup> <http://jag.sagepub.com.proxy1-bib.sdu.dk:2048/content/23/1/70.full.pdf+html>; <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/gacetasanitaria2011-beland-integrate-01.pdf>; <http://jag.sagepub.com/content/23/1/70.abstract>

### 3.1.5 Facilitatorer og udfordringer i relation til Integrated Care

Der kan være systematiske barrierer ved integrated care (som så også bliver argumenter for at indføre integrated care) herunder 1) en organisering, der primært tager hensyn til bevillinger, en konkurrencepræget tilgang og minimering af risici; 2) opdelingen mellem primær og sekundær sektor; 3) mangel på tid og ledelsesstøtte til større projekter; 4) fravær af fælles IT-plattform; og 5) en vedvarende mangel på/svaghed i kommitment (10).

De udfordringer, der er beskrevet i relation til (empiriske) Integrated Care-projekter falder i tre kategorier (2):

Kategori	Udfordringer	Facilitatorer
Niveau og formål	<ul style="list-style-type: none"> <li>- for store visioner og mangel på delmål</li> <li>- indsatsen har været for ideologisk og politisk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Afgrænset geografi</li> <li>- Afgrænset indsats (not the entire range of services)</li> <li>- Borger-respons mhp identifikation af behov, finde passende program (indsats), sikre borgenes behov bliver mødt, kontinuerlig evaluering</li> <li>- Fokuseret, decentraliseret, bottom-up</li> </ul>
Planlægning, implementering, management	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangel på tid</li> <li>- Ingen klare definitioner</li> <li>- Mangel på lokal ledelse</li> <li>- Mangel på positiv benefit-cost ratio</li> <li>- Trusler mod sikkerhed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ledelse</li> <li>- Beslutningsstøtte</li> <li>- Design af indsats</li> <li>- Klinisk informationssystem</li> </ul>
Økonomi (funding)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Når økonomi er bundet op på programmer, der ikke kan rumme patienternes kompleksitet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Økonomisk fleksibilitet</li> </ul>

Foruden udfordringen i at finde pengene, skal der også opstilles et program, skabes en fælles it-plattform og skabes velfungerende teams uden silo-tænkning (11).

### 3.1.6 Effekten af integrated care

Integrated care er beskrevet som særligt relevant i relation til borgere, der har brug for sundhedsydelse i relation til både fysisk og psykisk sundhed og samtidig også sociale ydelser, eksempelvis i relation til boligforhold og handicapydelse (2). Ikke desto mindre er effekten af integrated care relativ ukendt (2).

The North West London Integrated Care Project bliver evalueret på effekt på forbrug af serviceydelser og udgifter; effekt på klinisk kvalitet (outcome); en kvalitativ vurdering af pilotfasens effekt, samt en strategisk evaluering af pilotfasen i en nationalpolitisk

kontekst (implementering (12). Pilotfasen har vist en succesfuld implementering på et organisatorisk plan i relation til fælles målsætning og kommitment, mens kommitment på klinikerplan er mere uklar. De forventede effekter på antal akutte indlæggelser er ikke fundet (13). Kaiser Permanente har påvist en effekt på klinisk kvalitet, mens den formodede økonomiske effekt på baggrund af færre akutindlæggelser og kortere indlæggelsestid ikke er indfriet (14), ligesom den forventede økonomiske effekt heller ikke er fundet i et canadisk projekt (8). Som det fremgår af Tabel 2 findes der en række større eller mindre initiativer med forskellige sektorer, målgrupper, formål, intervention og volumen. Projekternes evalueringsdesign og –ambitioner er ligeledes meget varierende, hvilket gør det vanskeligt at sige noget entydigt om effekten af integrated care-indsatser.

### 3.2 Integrated Care og Den Ældre Medicinske Patient (DÆMP)

Ved gennemgang af abstrakts og artikler begrænsede vi ud fra følgende kriterier:

- A) Landebegrænsning: Danmark, Sverige, Norge, Finland, England, og Canada.
- B) Aldersbegrænsning: 70 år og derover
- C) Tværsektoriel organisering
- D) Artikler blev ekskluderet, hvis de fokuserede på terminal sygdom

For yderligere detaljer, se venligst Bilag 2.

I Tabel 3 ses omfang af relevant litteratur efter manuel screening vedrørende fokusgruppen DÆMP via de valgte søgeord.

Tabel 3: Oversigt over søgning i forhold til fokusgruppen den ældre medicinske patient

Søgning	Integrated Care	Collaborative Care	Elderly	Older adult	Hits	Publiceringsår*	Antal relevante artikler
7	X		X		120	1983-2014	6
8		X	X		48	1988-2014	4
9	X			X	33	1995-2014	3
10		X		X	58	2001-2014	2

\* Søgning foretaget i juni 2014.

### 3.2.1 Detaljeret beskrivelse af udvalgte artikler

I en oversigtsartikel af en canadisk forskningsgruppe blev der foretaget en gennemgang engelske, amerikanske, italienske og canadiske studier, der intervererede med integrated care (15). Blandt centrale faktorer, som blev identificeret som vigtige for et effektivt IC/CC behandlingssystem på baggrund af litteraturgennemgangen var et system til at tilvejebringe adgangen til ydelser (et single entry point system), tilstedeværelsen af case management, geriatrisk vurdering og en multidisciplinær gruppe samt finansielle incitament (15). Artiklerne var fra perioden 1966-2000 (15).

Tidligere studier har været baggrund for et senere og meget velplanlagt studie fra London af integrated care til personer med diabetes samt ældre over 75 år med diabetes, der blev igangsat med det primære formål at øge forskellige mål for sundhed samt at reducere unødvendige hospitalsindlæggelser (16). Dette skulle opnås ved proaktivt at styre folk med diabetes og/eller 75 år og ældre gennem et forløb med mere integrated care udenfor hospitalerne, og ved at tilvejebringe effektivt samarbejde af professionelle på tværs af sektorer. Studiet er også kendt som the North West London Integrated Care Pilot (NWL ICP) og er et meget komplekst projekt, som først var planlagt til at vare et år fra juli 2011, men som senere blev forlænget til at vare endnu et år (16, 17).

Med baggrund i litteraturen, havde forskningsgruppen identificeret nøgleelementer, som var vigtige for at opnå en vellykket NWL ICP (16, 18). Disse inkluderede projektstyringsstrukturer, finansielle tiltag som tilgodeser alle deltagere, fælles plejeprocesser, en platform til deling af informationer – hvilket kan muliggøre og tilskynde den collaborative praksis. Desuden skulle kulturændring vedrørende integrated care samt en fælles vision og fokus på patientens tilfredshed prioriteres.

Den planlagte intervention var altså meget kompleks og foregår organisatorisk – med det formål at stimulere til kulturændring indenfor behandlingssystemet, såvel som patientspecifikt på multidisciplinære gruppemøder med deltagere på tværs af behandlingssystemet (primær, akut, kommunalt, mental og social sundhedspleje) (18). Ved evaluering af projektets første år fandt man, at det var lykkedes at få de overordnede strukturer til at deltage og få en fælles vision. De multidisciplinære gruppemøder blev anset for at være vigtige men tidskrævende. Der kunne ikke påvises signifikant fald i akutte indlæggelser blandt interventionsgruppen sammenlignet med



baggrundsbefolkningen. Der blev fundet tendens til at behandlingsproceduren var ved at blive ændret. Resultater skal ses i lyset af det korte tidsperspektiv på kun et år.

Blandt de publicerede kvalitative evalueringer var en procesevaluering af interaktionen blandt deltagere i de multidisciplinære gruppemøder (19), som fortjener at blive fremhævet. Her havde man transskriberet optagelsen af 23 case diskussioner. Et af hovedresultaterne var en undervægt af ytringer/udsagn fra ikke-lægelige sundhedsprofessionelle. Da disse er vurderet som vigtige medspillere i afviklingen af IC, blev der lagt vægt på, at man skal bevidstgøre deltagere i de multidisciplinære gruppemøder om at alle deltagere i gruppen har værdi for at undgå at man blot fortsætter det kendte kommunikationsmønster med medicinsk dominans (19).

I et canadisk studie (Senior Collaborative Care Program (SCCP) af ældre, som var 75 år eller derover og skulle være "bundet til hjemmet", blev rollerne indenfor de multidisciplinære grupper også undersøgt (20). Det overordnede formål med SCCP var at øge kvaliteten, effektiviteten og koordinationen af behandling for svage ældre, samt at forbedre inter-professionelle kompetencer. De multidisciplinære grupper, hvor møder blev afholdt månedligt, bestod af sygeplejersker og almen praktiserende læge. Derudover kunne gruppen omfatte en farmaceut, en socialrådgiver, en diætist og geriater. En telefonscreening med fokus på at fastslå mulig kognitiv svækkelse og faldrisiko var udgangspunktet for patienternes mulige projektdeltagelse (20). Udover en høj score i forhold til tilfredshed med projektet fra både patienter, læge og sygeplejersker var et af hovedresultaterne, at telefonscreening ikke var særlig effektivt til identifikation af patienterne. I stedet valgte man at gå over til, at de forskellige interessenter i de multidisciplinære grupper indstiller en patient til case management, hvis der er behov for tværsektoriel støtte til patienten.

I et andet canadisk studie var patientgruppen ældre over 74 år, som ikke måtte modtage hjemmehjælp, bo på institution, eller være i palliativ behandling (21). Efter at være blevet screenet til at være i risikogruppen for fremtidig funktionsbegrænsning modtog patienterne et hjemmebesøg af en sygeplejerske, hvorved eventuelle sundhedsproblemer blev identificeret og muligheder til afhjælpning diskuteret med patienten. Efter hjemmebesøget blev handlingsplanen delt med den alment praktiserende læge, som kunne hjælpe med opfølgning på planen. Sygeplejersken arbejdede også tæt sammen med familien, farmaceuter, diætister og

fysioterapeuter for at implementere handlingsplanen. Her var der dog ikke tale om inkludering af multidisciplinære gruppemøder som sådan. Da studiet var slut efter et år, fandt man ingen forbedringer på QALYs (kvalitetsjusterede leveår), sundheds- og social ydelser, funktionsevne, selv vurderet helbred eller dødelighed (21). Fortolkningen var herefter, at denne form for forebyggelse ikke virkede i denne patientgruppe. Dette resultat stod i modsætning til fundene ved intervention med integrated care til behandling af depression hos ældre, hvor et studie har beskrevet resultaterne af Luton-projektet, hvori 87 % af alment praktiserende læger nævnte at tilstedeværelsen af case managers reducerede behov for henvisning til mental health services, anti-depressiv medicin, og samtaleterapi. Samtidig udtrykte 86 % af patienterne tilfredshed (22). De beskrevne formål med IC/CC-projekter er ofte at forbedre patient-tilfredshed, som også er blevet påvist i f.eks. et tidligere nævnt studie (20). Men høj følelse af tilfredshed er også mere sandsynligt at finde hos plejere til ældre, som fik IC/CC, sammenlignet med plejere til ældre under andre behandlingssystemer (23). Modsat er faktorer, som ikke giver høj tilfredshed med IC/CC, som angivet i et studie af interessenter (patienter, pårørende, behandlere) i forbindelse med ældre (65 år og derover) patienters behandlingsforløb i forbindelse med hoftefraktur følgende ”forvirring omkring kommunikationen af plejen”, ”uklare roller og ansvarsområder”, ”udviskede personlig ejerskab i forhold til behandlingen”, og ”rolle overbelastning på grund af systemets begrænsninger” (24). For at afhjælpe de nævnte problematikker ses erfaringer vedrørende IT-platforme til at levere integrated care, på trods af at det også er forbundet med udfordringer på strategiske og tekniske områder, som f.eks. at IT-systemer på tværs af sektorer ikke kan fungere sammen (25).

Følgende artikler er identificeret, men ikke nødvendigvis gennemgået i detaljer: (12, 13, 15, 16, 19-21, 23-26).

### **3.3 Integrated Care og borgere med Stress, Angst og depression (SAD)**

Ved gennemgang af abstrakts og gennemsyn af artiklen i de tilfælde hvor abstraktet ikke indeholdt tilstrækkelig information, begrænsede vi ud fra følgende kriterier:

- A) Landebegrænsning: Danmark, Sverige, Norge, Finland, England, og Canada.
- B) Aldersbegrænsning: 18-65 år

- C) Tværsektoriel organisering
- D) Artikler blev ekskluderet, hvis de fokuserede på psykiske sygdomme som bipolare lidelser, skizofreni, posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- E) Hvis der var fokus på andre sygdomme sammen med stress, angst eller depression. Som f.eks. diabetes og depression, hjertekarsygdomme og depression.

For yderligere detaljer, se venligst Bilag 2.

I Tabel 4 ses omfang af relevant litteratur efter manuel screening vedrørende fokusgrupperne med stress og angst via overstående søgeord.

Tabel 4: Oversigt over søgning i forhold til fokusgruppen stress, angst og depression

Søgning i Scopus								
Søgning	Integrated Care	Collaborative Care	Stress	Angst (anxiety)	Depression	Hits	Publiceringsår*	Antal relevante artikler
1	X		X			32	1983-2014	0
2		X	X			59	1998-2014	1
3	X			X		32	1994-2014	1
4		X		X		100	2001-2014	4
5	X				X	106	1997-2014	1
6		X			X	414	1997-2014	24

\* Søgning foretaget i juni 2014.

### 3.3.1 Detaljeret beskrivelse af udvalgte artikler.

#### *Stress*

En oversigtsartikel identificeret ved søgning specifikt på stress sammen med collaborativ care (27) bør fremhæves. Artikkens formål var at undersøge effekten af forskellige interventioner til at reducere sygemeldingers længde og optimere arbejdsdygtighed. Flere af de inkluderede artikler i oversigten beskrev studier med forskellig intervention af stressramte personer. Collaborative care dækkede i denne artikel over interventioner, som involverede samarbejde mellem forskellige behandlingsydere. Desuden var en vigtig bestanddel, at disse behandlingsinteressenter blev sikret adgang til information vedrørende behandling og rehabilitering. Stress-

reduktion var en anden af interventionstyperne og dækkede over at studiedeltagerne primært fik information om stress-givende faktorer og måder til at reducere stress på. Et af måleparametrene for om en interventionstype havde god effekt var succesraten, som dækkede over, hvor mange af de inkluderede studier indenfor en interventionstype, som havde positiv effekt. Hovedresultatet var, at collaborative care havde en bedre succesrate end interventioner som stress-reduktion på længere sigt (12 + måneder). Modsat var stress-reduktion bedst blandt de inkluderede interventionstyper i kortere tidsperspektiv (<6 måneder, 6-12 måneder) (27).

### *Angst*

Også søgningerne på angst specifikt sammen med Integrated Care/Collaborative Care resulterede i få relevante artikler og her var det primære formål oftest ikke at undersøge angst, men i stedet depression (28, 29). En større Cochrane-analyse med fokus på collaborative care til behandling af både depression og angst viste, at collaborative care (beskrevet som "... a complex intervention based on chronic disease management models that may be effective in the management of these common mental health problems..." (30)) havde større potentiale til at forbedre måleparametre på angst i forhold til standard behandling. Interventionerne er beskrevet som "help with medication", og "access to talking therapy" (30). Collaborative care blev igen her beskrevet som en kompleks og innovativ måde at behandle på, som involverede at flere sundhedsprofessionelle arbejder sammen med patienten omkring problemet. Den primære måleparameter, som ønskedes forandret var forbedring i angst, enten selv vurderet og/eller som observeret af behandlerne (objektivt). Den sekundære måleparameter var medicinforbrug, som blev rapporteret f.eks. som andelen af patienter, som bruger medicin.

### *Depression*

Specifikt i forhold til depression og IC/CC er der specielt en oversigtsartikel, som dækker IC/CC i et bredere internationalt perspektiv, som bør fremhæves her, på trods af vores begrænsning af søgeprotokol i forhold til specifikke lande (31). I artiklen, som inkluderede primært amerikanske studier, blev collaborative care fremhævet som

værende mere effektivt end standard behandling både på kort og lang sigt. Artiklens definition af collaborative care dækkede interventioner bredt som havende forskelligt indhold (telefonsamtaler, indsatser mod øget compliance, intensiv opfølgning, eller strukturerede psykosociale interventioner), interessenter og en intensitet, der gik fra enkle designs til mere komplekse designs. Den ønskede effekt var primært en forbedring i depressionsscorer og/eller ændring i brug af antidepressiv medicin, som blev målt ved opfølgninger 6 måneder (korttidseffekten) og månederne 12, 18, og 24 samt 5 år (langtidseffekten). Desuden blev det også fremhævet, at fremtidig forskning bør fokusere på at implementere interventionen i andre lande end USA, så evidensen på området kunne blive stærkere i disse lande.

Og netop på baggrund af tidligere (31, 32) og to nyere systematiske litteraturstudier (33, 34) baseret primært på amerikanske studier, anbefalede det amerikanske ”Community Preventive Services Task Force” i 2012 collaborative care til behandling af depression som alternativ til standard behandling (35). Den i anbefalingen beskrevne form for collaborative care var netop med involvering af case managere, primære og sekundære sundhedsydere som kunne arbejde sammen om behandlingen. Hvorvidt der specifikt var f.eks. månedlige gruppemøder fremgik ikke, men blot at informationen blev delt ved hjælp af blandt andet elektroniske journaler og telefon (35). Denne anbefaling var baseret på, hvad de beskrev som stærk evidens for at collaborative care blandt andet ville reducere depressionssymptomerne markant sammenlignet med standard behandling. Desuden var effekten på andre måleparametre, som var relaterede til depression, af tilstrækkelig størrelse til at være af klinisk relevans og ydermere forbedre folkesundheden. Blandt 28 studier blev behandlingseffekten (den standardiserede gennemsnitlige forskel (SMD), Hedges’  $g$ ) beregnet til at være 0.34 med sikkerhedsinterval på 0.25 til 0.43 til fordel for collaborative care sammenlignet med standard behandling. Dobbelt så stor chance for at fastholdelse i behandlingsforløbet samt højere livskvalitet og tilfredshed med behandlingen blev også fundet blandt modtagere af collaborative care. Desuden blev collaborative care vurderet til at være omkostningseffektivt (35). Som evidens for omkostningseffektiviteten var blandt andet en række studier, der brugte cost-utility analyse (CUA) som metode. Heri kvalitetsjusteres vundne leveår med den helbredsrelaterede livskvalitet (QALY), hvilket gør det muligt at sammenligne forskellige behandlingsmetoder med hinanden og

hermed vælge, hvilken man vil prioritere. Ud af seks CUA-studier var fem omkostningseffektive med inkrementale nettoomkostninger per QALY mellem \$3,000 og \$71,000 (i år 2008 pristal) (33-35).

Et engelsk studie af depressionsbehandling, ”Collaborative care for depression in UK primary care (CADET)”, som med omkring 600 randomiserede patienter over 18 år er et af de større, nåede dog ikke at komme med i reviewet (28, 36). Heri blev standard behandling sammenlignet med collaborative care for depression, hvor den ”aktive ingrediens” bestod i at en ”care manager” oveni standard behandling givet fra den alment praktiserende læge, vejledte patienten i forhold til generel information vedrørende depression, medicin, styring af adfærd, forebyggelse af tilbagefald. Det allokerede tidsforbrug hertil var 6-12 kontakter med deltagerene over 14 uger. Første gang skulle kontakten være 30-40 minutter, face-to-face, og derefter opfølges i form af telefonkontakt med varighed af 15-20 minutter. Care manageren fik ugentlig supervision af en gruppe af specialister indenfor mental sundhed (bl.a. psykolog, psykiater, sygeplejerske med speciale i psykoterapi). Standard behandling bestod af familielægens almindelige praksis i forhold til behandling af depression. Testene blev gentaget 4 og 12 måneder efter inklusion i projektet. Hovedresultatet var at depressionsscoren ved collaborative care sammenlignet med standardbehandlingen. Den angivne standardiserede effektstørrelse var 0.26 (95 % sikkerhedsinterval: 0.07-0.46), hvilket fortolkes som moderat effekt (28). Forskningsgruppen havde forventet en højere effektstørrelse (0.26 versus 0.4), men lagde vægt på, at interventionsgruppen havde bedre effekt over lang tid (12 måneder) samt højere tilfredshed med behandlingen (28).

Også blandt giverne af depressionsbehandling er der højere tilfredshed at spore i forbindelse med IC/CC. For eksempel hos læger, der var involverede i et canadisk projekt af collaborative care (Capital District Health Authority, Halifax) sammenlignet med læger, som ikke havde været involveret i projektet (37, 38) trods bekymringerne om øget tidsforbrug.

Følgende artikler er identificeret, men ikke nødvendigvis gennemgået i detaljer: (22, 39-56).

### 3.4 Relationel koordinering

Ifølge den amerikanske forsker Jody Hoffer Gittel er den nuværende organisering af sundhedsvæsenet uhensigtsmæssig og karakteriseret ved et antal kendte problemstillinger, herunder fragmenteret pleje; at patienterne selv skal finde ud af og finde vej igennem systemet; at patienterne modtager diagnoser og behandling fra løst koordinerede systemer; høj specialisering; professionsidentiteter og statusforskelle underminerer relationer og vanskeliggør kommunikationen, samt at kortere og kortere indlæggelsestider medfører at patienter er mere sårbare når de udskrives. Disse forhold medfører at patienterne modtager mere pleje, behandling og rehabilitering eksempelvis i primær sektor, hvilket igen medfører et øget behov for koordinering mellem hospitalet og primær sektor og et øget behov for omhyggelig kommunikation (57).

**Det er ikke nok, at de ansatte er dygtige til deres fag; de skal også kunne samarbejde med hinanden på tværs af faggrænser.**

#### 3.4.1 Definition

Gittel har som modsvar til de ovenfor nævnte problemstillinger udviklet begrebet relationel koordinering, som betegnelse for interprofessionel samarbejde og koordinering mellem forskellige faggrupper på arbejdspladsen – en form for brobyggende social kapital. Godt samarbejde er her lig med *fælles sprog, fælles mål og gensidig respekt*. Hendes centrale budskab er, at det ikke er nok, at de ansatte er dygtige til deres fag; de skal også kunne samarbejde med hinanden på tværs af faggrænser. Med fokus på relationel koordinering mellem faggrupper er det muligt at forbedre kvalitet og produktivitet i såvel outcome, som i patient- og brugertilfredshed og de ansattes trivsel og arbejdsmiljø. Relationel koordinering bidrager med øget kvalitet og effektivitet bl.a. i kraft af, at tavs viden nemmere overføres via stærke relationer. (57, 58).

**Relationel koordinering er koordinering af arbejde ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt.**

### 3.4.2 Centrale begreber i relationel koordinering

Som tilfældet er med integrated care er der også mange måder at strukturere koordinering på; der er dog nogle centrale begreber, der relaterer sig til koordinering:

- Sharing (possibilities, decision-making, values, health care philosophy, professional perspectives)
- Partnership (collaboration characterized by a collegial-like relationship – honest and open communication/mutual respect/common goals)
- Interdependency
- Power (recognition of each members' power - symmetry)
- Process – an evolving process

Foruden et stærkt patient/klientfokus (59).

Ifølge Gittel er det helt centrale i en samarbejdsproces relationer og kommunikation.

Relationer kan være kendetegnet ved funktionelle mål, specialiseret viden og manglende respekt eller

de kan være

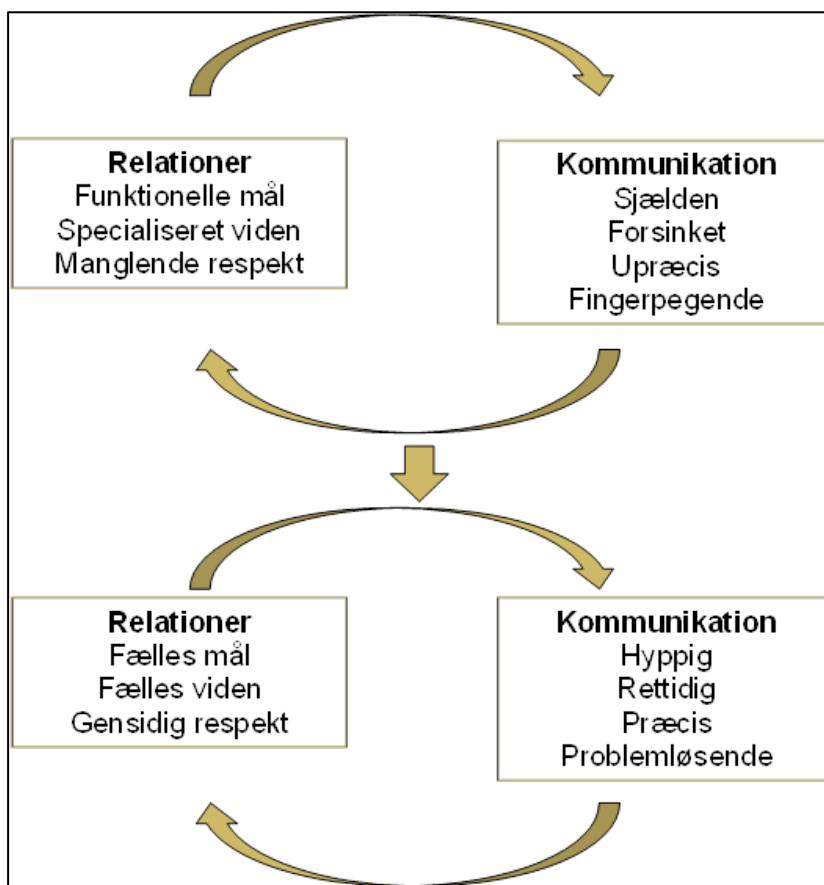
kendetegnet ved fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. På samme måde kan

kommunikation på den ene side være sjælden,

forsinket, upræcis og finger-pegende eller

være hyppig, rettidig, præcis og

problemløsende, som illustreret i Figur 3.



Figur 3. Samspil mellem relationer og kommunikation, fra Gittel JH. Effektivitet i sundhedsvæsenet: Munksgaard; 2012 (57).



Ifølge Gittel er det at fremme (implementere) relationel koordinering en langvarig og bevidst proces, der understøttes af følgende tolv tiltag: 1) udvælgelse af ansatte, der evner teamsamarbejde, 2) måling af teampræstationer, 3) belønning af tværfagligt samarbejde, 4) proaktive konfliktløsninger, 5) investering i mellemledere, 6) fokuseret arbejdstilrettelæggelse, 7) fleksible grænser mellem funktioner, 8) tværfaglige koordinatore, 9) faglige netværk gennem patientforløb, 10) deltagelse i patientkonferencer, 11) fælles it-systemer, samt 12) tværsektorielt samarbejde (57).

Relationel koordinering kan ske på et makro-niveau – inter-organisatorisk eller på et mikro-niveau – intra-organisatorisk, men følgende mekanismer er centrale for koordinering:

- Tvær-organisatoriske netværk
- Fælles informationssystemer
- Fælles personale (fælles ledelse)
- Fælles supervision, uddannelse, afregningssystem
- Fælles incitamentsstruktur
- Shared selection systems (fælles stratificering, red.)

Det betyder, at netværk indenfor en organisation afhænger af organisationsdesign og kan påvirkes bevidst ad den vej (57).

De særlige mekanismer, der kendetegner koordinering er rutiner/patientforløb (routines – clinical pathways), informationssystemer (information systems), møder (meetings) og samarbejde på tværs af organisationer (boundary spanners (liaisons)), men også patientinddragelse er et centralt tema (59).

### **3.4.3 Monitorering af relationel koordinering**

Jody Hoffer Gittel har udviklet et spørgeskema til monitorering af relationel koordinering, Skemaet indeholder syv spørgsmål vedr.:

1. Hyppig kommunikation
2. Rettidig kommunikation
3. Præcis kommunikation

4. Problemløsende kommunikation
5. Fælles mål
6. Fælles viden
7. Gensidig respekt

Spørgsmålene kan opdeles i to subskalaer: 1) Kommunikation, item 1-4, og 2) Koordinering, item 5-7. Spørgsmålene er oversat fra engelsk til dansk i forbindelse med oversættelse af bogen ”High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience” (60) – på dansk: ”Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet” (57). Den danske udgave af spørgeskemaet anvendes til flere og flere studier, men er endnu ikke valideret i en dansk kontekst.

Der svares på en bipolar 5-punkt skala (eksempelvis: slet ikke/lidt/noget/meget/fuldt ud); svarene tildeles numeriske værdier fra 1-5 og der beregnes subskala-means. Jody Hoffer Gittel har defineret tærskelværdier for henholdsvis; indenfor grupper, mellem grupper og på tværs af organisationer<sup>15</sup>, svarende til en henholdsvis svag, moderat og stærk grad af relationel koordinering.

	Within Workgroups	Between Workgroups	Between Organizations
<b>Weak</b>	<4.0	<3.5	<3.0
<b>Moderate</b>	4.0-4.5	3.5-4.0	3.0-3.5
<b>Strong</b>	>4.5	>4.0	>3.5

Tærskelværdier for grad af relationel koordinering, <http://rcanalytic.com>

## 4. Diskussion

Indledningsvist blev der truffet nogle valg i forhold til søgningerne. Vi valgte at søge på Danmark og de lande, vi typisk vil kunne sammenligne os med i forhold til dels sundhedsvæsnets organisering, dels i forhold til de mere relationelle og kommunikative aspekter. Det betød i første omgang, at Danmark, Norge, Sverige, Finland, Canada og England blev inkluderet i søgningen. I processen valgt vi så alligevel at inkludere en

<sup>15</sup> <http://rcanalytic.com>

amerikansk oversigtsartikel, da den bidrager med et unikt overblik over interventionsstudier, herunder såvel kortsigtet som langsigtet effekt af collaborative care-indsatser i relation til depressive patienter. I en fornyet søgning kunne man med fordel, udover de nordeuropæiske studier, også inkludere mellemeuropæiske studier, da der er flere især hollandske studier af relevans.

Den aldersbegrænsning, der er valgt i søgningen (hhv. 18-65 for borgere med stress, angst, eller depression og 70+ for den ældre medicinske patient) modsvarer inklusionskriterierne i Integrated Care Modellen. På samme vis modsvarer eksklusionen af studier, der hhv. omhandler terminale patienter, psykiske sygdomme, eller stress kombineret med somatisk sygdom inklusionskriterierne i Integrated Care Modellen. Der blev ligeledes kun inkluderet studier, der omhandler en tværsektoriel organisering, da dette er tilfældet i Integrated Care Modellen.

I forhold til relationel koordinering fandtes en overvægt af amerikanske studier; der var kun få publikationer fra skandinaviske studier vedr. integrated care/collaborative care; det er ofte sparsomt beskrevet, hvad integrated care (og collaborative care, shared care) præcist dækker; studierne dækker som oftest kun to sektorer - meget få har den tredeling, som i Odense IC-projektet; oftest konkluderes, at der er behov for at modeller for integrated care bliver udviklet, udførligt beskrevet og afprøvet, samt at der kun fandtes få relevante artikler i søgningen specifikt i forhold til borgere med stress og angst.

Af især tidsmæssige årsager blev vores søgning en ikke-udtømmende litteratursøgning i udvalgte søgedatabaser, hvorfor resultatet kun kan betegnes som indsigtsgivende og absolut ikke udtømmende. Overordnet set anbefales en systematisk litteratursøgning på såvel integrated care som begreb; i forhold til de konkrete patientgrupper, som på relationel koordinering i et bredere perspektiv.

## 5. Referencer

1. Lee A, Nørgaard B, Madsen L. IC modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Programteoretisk analyse af minipilot- og pilotfasen. Odense: University of Southern Denmark, 2014 21-10-2014. Report No.: Contract No.: 978-87-92699-19-0.
2. Fisher MP, Elnitsky C. Health and social services integration: a review of concepts and models. *Social work in public health*. 2012;27(5):441-68.
3. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. 2011.
4. Kodner DL. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare quarterly (Toronto, Ont)*. 2009;13 Spec No:6-15.
5. Vondeling H. Economic evaluation of integrated care: an introduction. 2004. 2004.
6. Singer SJ, Friedberg MW, Kiang MV, Dunn T, Kuhn DM. Development and preliminary validation of the Patient Perceptions of Integrated Care survey. *Med Care Res Rev*. 2013;70(2):143-64.
7. Ham C, Curry N. Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? London: 2011.
8. Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2006;61(4):367-73.
9. Bergman H, Béland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Tousignant P, Brunelle Y, et al. Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1997;157(8):1116-21.
10. Goodwin N, Smith J, Davies A, Perry C, Rosen R, Dixon A, et al. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. A report to the Department of Health and the NHS Future Forum. 2012.
11. Vize R. Integrated care: a story of hard won success. *BMJ*. 2012;344.
12. Greaves F, Pappas Y, Bardsley M, Harris M, Curry N, Holder H, et al. Evaluation of complex integrated care programmes: the approach in North West London. *International journal of integrated care*. 2013;13:e006.
13. Curry N, Harris M, Gunn L, Pappas Y, Blunt I, Soljak M, et al. Integrated care pilot in north west London: a mixed methods evaluation. 2013. 2013.
14. Frølich A, Diderichsen F, Graetz I, Hsu J, Krasnik A, Reed M, et al. Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? Syddansk Unviersitet: 2011 ISBN 978 87 7674 568 4.
15. Johri M, Beland F, Bergman H. International experiments in integrated care for the elderly: A synthesis of the evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003;18(3):222-35.
16. Harris M, Greaves F, Patterson S, Jones J, Pappas Y, Majeed A, et al. The North West London Integrated Care Pilot: innovative strategies to improve care coordination for older adults and people with diabetes. *The Journal of ambulatory care management*. 2012;35(3):216-25.
17. Greaves F, Pappas Y, Bardsley M, Harris M, Curry N, Holder H, et al. Evaluation of complex integrated care programmes: The approach in north west london. *Int J Integr Care*. 2013;13(JANUARY - MARCH 2).
18. Curry N, Harris M, Gunn LH, Pappas Y, Blunt I, Soljak M, et al. Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation. *International journal of integrated care*. 2013;13:e027.

19. Harris M, Greaves F, Gunn L, Patterson S, Greenfield G, Car J, et al. Multidisciplinary integration in the context of integrated care - results from the North West London Integrated Care Pilot. *International journal of integrated care*. 2013;13:e041.
20. Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K, et al. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Phys*. 2012;58(8):e436-e41.
21. Ploeg J, Brazil K, Hutchison B, Kaczorowski J, Dalby DM, Goldsmith CH, et al. Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*. 2010;340(7752):904.
22. Agius M, Murphy CL, Zaman R. Does shared care help in the treatment of depression? *Psychiatr Danub*. 2010;22(SUPPL. 1):S18-S22.
23. Savard J, Leduc N, Lebel P, Béland F, Bergman H. Caregiver satisfaction with support services: Influence of different types of services. *J Aging Health*. 2006;18(1):3-27.
24. Toscan J, Mairs K, Hinton S, Stolee P. Integrated transitional care: Patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International journal of integrated care*. 2012;12(APRIL - JUNE 2012).
25. Waterson P, Eason K, Tutt D, Dent M. Using HIT to deliver integrated care for the frail elderly in the UK: Current barriers and future challenges. *Work*. 2012;41(SUPPL.1):4490-3.
26. Evans LK. Trends in aging care in Scotland and Scandinavia. *J Gerontol Nurs*. 1997;23(9):32-6.
27. Soegaard HJ. Variation in effect of intervention studies in research on sickness absence. *Open Access J Clin*. 2012;4:1-20.
28. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): Cluster randomised controlled trial. *BMJ (Online)*. 2013;347(7922).
29. Richards DA, Suckling R. Improving access to psychological therapies: Phase IV prospective cohort study. *Br J Clin Psychol*. 2009;48(4):377-96.
30. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10.
31. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med*. 2006;166(21):2314-21.
32. Bower P, Gilbody S, Richards D, Fletcher J, Sutton A. Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention: Systematic review and meta-regression. *Br J Psychiatry*. 2006;189(DEC.):484-93.
33. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):525-38.
34. Jacob V, Chattopadhyay SK, Sipe TA, Thota AB, Byard GJ, Chapman DP, et al. Economics of collaborative care for management of depressive disorders: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):539-49.
35. Community Preventive Services Task Force. Recommendation from the community preventive services task force for use of collaborative care for the management of depressive disorders. *Am J Prev Med*. 2012;42(5):521-4.
36. Richards DA, Hughes-Morley A, Hayes RA, Araya R, Barkham M, Bland JM, et al. Collaborative depression trial (CADET): Multi-centre randomised controlled trial of collaborative care for depression - Study protocol. *BMC Health Services Research*. 2009;9.
37. Kisely S, Duerden D, Shaddick S, Jayabarathan A. Collaboration between primary care and psychiatric services: Does it help family physicians? *Can Fam Phys*. 2006;52(7):876-7.

38. Kisely S, Campbell LA. Taking consultation-liaison psychiatry into primary care. *Int J Psychiatry Med.* 2007;37(4):383-91.
39. Agius M, Vyas V. Differences between training GPs to manage depression in primary care and issuing them with guidelines, and a system of collaborative care in the treatment of depression between primary and secondary care. *Psychiatr Danub.* 2011;23(SUPPL. 1):S79-S82.
40. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract.* 2007;57(538):364-70.
41. Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; A qualitative study utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1).
42. Ekers D, Murphy R, Archer J, Ebenezer C, Kemp D, Gilbody S. Nurse-delivered collaborative care for depression and long-term physical conditions: A systematic review and meta-analysis. *J Affective Disord.* 2013;149(1-3):14-22.
43. Ekers D, Wilson R. Depression case management by practice nurses in primary care: An audit. *Ment Health Fam Med.* 2008;5(2):111-9.
44. Frazer S, Hanson D, Wakefield S. Primary care graduate mental health workers' experience of using an integrated care pathway for the treatment of depression in primary care. *Prim Care Ment Health.* 2006;4(4):255-63.
45. Gask L, Bower P, Lovell K, Escott D, Archer J, Gilbody S, et al. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the Normalization Process Model. *Implement Sci.* 2010;5(1).
46. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: Systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry.* 2006;189(OCT.):297-308.
47. Hopwood J, Agius M. Establishing outcome measures for shared care in the treatment of depression. *Psychiatr Danub.* 2013;25(SUPPL.2):S291-S4.
48. Kessler R, Stafford D. Improved health status and decreased utilization of an anxious phobic man. *Collaborative Medicine Case Studies: Evidence in Practice: Springer New York;* 2008. p. 105-13.
49. Knowles SE, Chew-Graham C, Coupe N, Adeyemi I, Keyworth C, Thampy H, et al. Better together? A naturalistic qualitative study of inter-professional working in collaborative care for co-morbid depression and physical health problems. *Implement Sci.* 2013;8(1).
50. McCusker J, Yaffe M, Sussman T, Kates N, Mulvale G, Jayabarathan A, et al. Developing an evaluation framework for consumer-centred collaborative care of depression using input from stakeholders. *Can J Psychiatry.* 2013;58(3):160-8.
51. Murphy R, Ekers D, Webster L. An update to depression case management by practice nurses in primary care: A service evaluation. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014.
52. Oestergaard S, Møldrup C. Improving outcomes for patients with depression by enhancing antidepressant therapy with non-pharmacological interventions: A systematic review of reviews. *Public Health.* 2011;125(6):357-67.
53. Richards DA, Lankshear AJ, Fletcher J, Rogers A, Barkham M, Bower P, et al. Developing a U.K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(4):296-305.
54. Richards DA, Lovell K, Gilbody S, Gask L, Torgerson D, Barkham M, et al. Collaborative care for depression in UK primary care: A randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2008;38(2):279-87.

55. Simpson A, Richards D, Gask L, Hennessy S, Escott D. Patients' experiences of receiving collaborative care for the treatment of depression in the UK: A qualitative investigation. *Ment Health Fam Med*. 2008;5(2):95-104.
56. Sussman T, Yaffe M, McCusker J, Parry D, Sewitch M, Van Bussel L, et al. Improving the management of late-life depression in primary care: Barriers and facilitators. *Depression Res Treat*. 2011;2011.
57. Gittel JH. *Effektivitet i sundhedsvæsenet*: Munksgaard; 2012.
58. Gittel JH, Weiss L. Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework. *Journal of Management Studies*. 2004;41 (1).
59. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-31.
60. Gittel JH. *High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. New York: McGrawHill; 2009. 335 p.

## Bilag 1

Centrale spørgsmål i forbindelse med udvikling og monitorering af Integrated Care

Table 4: Key prompts to assist with developing integrated care	
Feature	Key questions to ask
Goal	<p>a) What are you seeking to achieve by pursuing integrated care? What is the problem that you are addressing? Is integrated care the 'best' solution?</p> <p>b) What is the initial target service user group? How will you ensure that service users remain the organising principle for integrated care throughout? How will integrated care address inequalities for service user groups, as well as the wider community?</p> <p>c) How will you ensure organisational support for the goals of the project (for example, a senior officer responsible for delivery, a dedicated budget)?</p>
Context	<p>d) Is the proposed integration project associated with any other improvement programmes? How will this impact on local integration? What competing national or local agendas do you need to consider?</p> <p>e) Which sectors are involved and what is their role in relation to integration (for example, patients/public, primary care, acute care, third sector, private sector)? What are the potential consequences of integration on other parts of the health/social care economy?</p> <p>f) How will you bring in strong, visible leaders from each integrating organisation or group to champion the change? How will you ensure dialogue and consensus across stakeholders and/or organisations about the shared objectives of integration and about the need to spend resources differently?</p>
Type	<p>g) What are the most important integrative processes for your project (for example, joint administrative processes, aligning financial incentives, coordination of clinical services, developing shared values)? What existing structures, partnerships and processes can you build on? What will you need to start from scratch?</p> <p>h) How will commissioning arrangements support and enhance integration rather than perversely incentivise it?</p> <p>i) How will you ensure effective data sharing and management of information, both of which are crucial to the success of integration?</p>
Breadth	<p>j) How will vertical or horizontal integration (i.e. integration across different levels and/or aspects of the care system) contribute to the success of your project? How might you avoid a possible disconnect (for example, between horizontally integrated primary/community services and vertically integrated care pathways)?</p> <p>k) How will you address issues of choice, competition and contestability? How will you keep momentum and ensure a sustained focus on integrated care?</p> <p>l) How will you identify and align the incentives needed to support integration across professional groups, teams or organisations?</p>
Intensity	<p>m) How does the degree of integration (full integration, coordination or linkage) relate to your goals and the local context in which you are working?</p> <p>n) How will you ensure that integration within one part of a health economy does not result in inappropriate and/or increased fragmentation elsewhere?</p>

(3)



## Bilag 2

### Søgestreng

<p><b>Søgning 1</b></p> <p>Initiel søgestreng: ABS("integrated care") AND ABS("stress")</p> <p>Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing: ABS("integrated care") AND ABS(stress) AND ( EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"United States" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Germany" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Switzerland" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Brazil" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Japan" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Kuwait" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Netherlands" ) OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"South Africa" ) ) AND ( EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,"Yugoslavia" ) )</p>
<p><b>Søgning 2</b></p> <p>Initiel søgestreng: ABS("collaborative care") AND ABS("stress")</p> <p>Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing: ABS("collaborative care") AND ABS("stress") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan"))</p>
<p><b>Søgning 3</b></p> <p>Initiel søgestreng: ABS("integrated care") AND ABS("anxiety")</p> <p>Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing: ABS("integrated care") AND ABS("anxiety") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland")</p>

OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Belgium") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Belgium") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain"))

#### **Søgning 4**

Initiel søgestreng:

ABS("collaborative care") AND ABS("anxiety")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing:

ABS("collaborative care") AND ABS("anxiety") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Iran") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Iran") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Greece") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel"))

#### **Søgning 5**

Initiel søgestreng:

ABS("integrated care") AND ABS("depression")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing:

ABS("integrated care") AND ABS("depression") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Belgium") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Belgium") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY,

"France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "China") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Cuba") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Haiti") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Pakistan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "South Africa") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Trinidad and Tobago") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Poland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Belgium") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "China") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Cuba") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Haiti") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Pakistan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "South Africa") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Trinidad and Tobago"))

## Søgning 6

Initiel søgestreng:

ABS("collaborative care") AND ABS("depression")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing:

ABS("collaborative care") AND ABS(depression) AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "China") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "China") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Hong Kong") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Iran") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Nigeria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Pakistan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Puerto Rico") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Slovenia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Turkey") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "China") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Hong Kong") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Iran") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Ireland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Nigeria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Pakistan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Puerto Rico") OR

EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Slovenia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Turkey"))

Tabel 2A. Søgestrengene ved søgning i Scopus i forhold til fokusgruppen den ældre medicinske patient

### Søgning 7

Initiel søgestreng:

ABS("integrated care") AND ABS("elderly")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsning:

ABS("integrated care") AND ABS(elderly) AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Chile") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Croatia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Hong Kong") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "South Korea") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Brazil") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Israel") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Portugal") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Spain") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Austria") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Chile") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Croatia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Hong Kong") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "South Korea") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan"))

### Søgning 8

Initiel søgestreng:

ABS("collaborative care") AND ABS("elderly")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsning:

ABS("collaborative care") AND ABS("elderly") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands"))

OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Turkey") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Germany") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "India") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Italy") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Japan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Singapore") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Switzerland") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Taiwan") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Turkey"))

### **Søgning 9**

Initiel søgestreng:

ABS("integrated care") AND ABS("older adult")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing:

(ABS("integrated care") AND ABS("older adult")) AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "France") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Netherlands") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Venezuela"))

### **Søgning 10**

Initiel søgestreng:

ABS("collaborative care") AND ABS("older adult")

Exclusion jvf. kriterie om landebegrænsing:

ABS("collaborative care") AND ABS("older adult") AND (EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "United States") OR EXCLUDE(AFFILCOUNTRY, "Australia"))