

Vårdsamordnare för depression – effektivt grepp i primärvården

GAV FRISKARE PATIENTER OCH HÄLSOEKONOMISKA VINSTER

Cecilia Björkelund, senior professor, specialistläkare i allmänmedicin
 ● cecilia.bjorkelund@allmed.gu.se

Irene Svenningsson, med dr, distriktssköterska

Eva-Lisa Petersson, med dr, leg arbetsterapeut

Dominique Hange, docent, specialistläkare i allmänmedicin

Anna Holst, med dr, specialistläkare i allmänmedicin; samtliga institutionen för medicin, Göteborgs universitet; Närhälsan, Västra Götalandsregionen

Jeanette Westman, professor, distriktssköterska, Ersta Sköndal Bräcke högskola, Stockholm

Lars Wallin, professor, Högskolan Dalarna, Falun; leg sjuksköterska, forskningschef, Region Dalarna; Sahlgrenska akademien, Göteborg

Camilla Udo, docent, lektor, Centrum för klinisk forskning Dalarna; Region Dalarna; Högskolan Dalarna, Falun

Malin André, docent, specialistläkare i allmänmedicin, Uppsala universitet

Christina Möller, regionutvecklare, Koncernkontoret, Västra Götalandsregionen

Vi vill **presentera** ett forskningsiniterat metodutvecklings- och implementeringsprojekt inom området psykisk ohälsa som ett exempel på hur den nya primärvården framgent kan bidra till att driva utveckling av den patientnära vården för individer med psykisk ohälsa [1]. Metodutvecklingsprojektet innefattar ett teambaserat och personcentrerat arbetssätt, som ger patienten delaktighet i vård och behandling samtidigt som tillgänglighet och kontinuitet under hela sjukdomsperioden stärks för individen.

Vårdsamordnare för psykisk ohälsa

Mer än 70 procent av de största grupperna av psykisk ohälsa - depression, ångestsyndrom och stressrelaterad psykisk ohälsa - handläggs helt och hållet inom primärvården [2]. Det är alltså viktigt att studera hur man kan öka kvaliteten på vård och bemötande för individer med psykisk ohälsa i Sverige genom vetenskapliga studier av handläggning i just primärvården.

SBU publicerade 2013 en utvärdering där resultat av studier genomförda i framför allt USA och England visade att endast specialutbildade vårdsamordnare (care managers) som erbjuder uppföljande vård till patienter med depression resulterade i högre vårdkvalitet än den sedvanliga vård som ges i primärvården [3-5]. Detta till skillnad från enskilda insatser som ökad utbildning, psykiatrisk konsultverksamhet eller screening som inte ökade kvaliteten på vården. SBU betonade dock att svenska studier behöver genomföras för att utvärdera om vårdsamordnarfunktionen kan ge samma goda effekter i svensk primärvård, eftersom primärvården skiljer sig mellan USA, England och Sverige [5].

Tidigare studier genomförda i svensk primärvård har visat effekt på symtom med t ex depressionsskola [6], kognitiv beteendeterapi (KBT) med förstärkta insatser [7], KBT i grupp och psykosocial multimodal intervention i grupp [8]. Dock har ingen effekt på återgång i arbete och sjukskrivningstid visats, och den typ av komplex intervention som vårdsamordnarfunktionen utgör har inte tidigare testats i svensk primärvård.

I Västra Götalandsregionen initierades i ett nära samarbete mellan regionen, enheten för allmänmedicin vid Göteborgs universitet, regionens vårdcentraler samt FoU primärvård ett metodutvecklingsprojekt, som syftade till att pröva om införande av en vårdsamordnarfunktion också innebar kvalitetshöjning av vården av patienter med depression vid vårdcentralen. Implementeringen utformades i sin första del som en klusterrandomiserad kontrollerad studie (RCT), som testade en vårdsamordnarorganisations

»Projektets övergripande syfte var att stärka vården för patienter med depression och psykisk ohälsa i primärvården genom att öka tillgänglighet och kontinuitet för patienten.«

betydelse för patienten, patientens mående och rehabilitering [9] samt för vårdcentralspersonalen och för hälsoekonomiska aspekter [10]. Vid positivt utfall skulle ett fortsatt brett införande ske på intresserade vårdcentraler i hela regionen.

SYFTE

Projektets övergripande syfte var att stärka vården för patienter med depression och psykisk ohälsa i primärvården genom att öka tillgänglighet och kontinuitet för patienten [9]. Studiens delsyften var

- att utveckla och utvärdera en vårdsamordnarorganisation för patienter med lindrig till medelsvår depression
- att jämföra patienter på vårdcentraler med vårdsamordnarorganisation för patienter med lindrig till måttlig depression med patienter på vårdcentraler som tillämpade sedvanlig behandling med avseende på kort- och långsiktiga effekter på symtom-

HUVUDBUDSKAP

- Införandet på vårdcentral av en vårdsamordnare för depression har mycket goda effekter på såväl patient- och vårdcentralnivå som samhällsnivå.
- Införande av vårdsamordnare för depression ger ökad remissionsfrekvens och antal depressionsfria dagar, mer adekvat medicinering med antidepressiva, ökad patientnöjdhet och ökad återgång till arbete.
- På samhällsnivå ses stora hälsoekonomiska vinster genom betydligt kortare nettosjukskrivningstid för patienter som haft vårdsamordnarkontakt.
- Studier för att uppnå evidens för teamsamverkan i primärvården bör utgå från och genomföras i primärvården.

FAKTA 1.

Vårdsamordnarens uppgifter i den enskilda patientkontakten

FÖRSTA BESÖK (BOKAS INOM 1 VECKA EFTER FÖRSTA LÄKARBESÖK/INKLUDERING)

- Bedöma vårdbehov och utforma en vårdplan tillsammans med patienten
- Informera om psykoterapi och annan behandling
- Informera patienten om att hon/han kommer att kontaktas via telefon alternativt personlig e-post
- Föra in patienten på kallelselista och boka in 5 uppföljande telefonsamtal

TELEFONUPPFÖLJNING (EFTER 1, 2, 4, 8 OCH 12 VECKOR)

- Stödja patienten. Ge råd om egenvård och uppmuntra beteendeaktivering, t ex planering för fysisk aktivitet, vardagsplanering utefter patientens mående
- Värdera depressionssymtom med MADRS-S varje samtal och följa upp symtomförändring. Informera patientens ansvarig läkare om resultatet och kontakta läkare om förbättring uteblir
- Uppföljning av läkemedelsbehandling i samråd med behandlande läkare med bl a upptrerering, dosreglering och vid behov nedtrappning och utsättning av antidepressiva läkemedel
- Informera patienten om sjukdomens art, riskfaktorer, egenvårdsåtgärder och läkemedel samt fortsatt engagera patienten i behandlingen
- Suicidbedömning (fråga 9 i MADRS-S). Om aktiva suicidala tankar finns bör behandlande läkare kontaktas och patienten remitteras direkt till psykiatri
- Samordningsfunktion gällande övriga samarbetspartner, t ex rehabkoordinator, psykiatri

reduktion, behandlingsfölsamhet och vårdtillfredsställelse

- att utföra en kostnad-effektanalys av vårdsamordnarorganisationen, dvs att utvärdera hälsoeffekterna i förhållande till kostnaderna
- att få en övergripande förståelse av patienters, vårdsamordnarens och annan personals uppfattningar och upplevelser av införandet av vårdsamordnare för psykisk ohälsa.

METOD

RCT:n genomfördes som en klusterrandomiserad kontrollerad studie, PRIM-CARE, där samtliga engagerade vårdcentraler slumpades till att vara kontrollvårdcentraler eller interventionsvårdcentraler [9]. Alla vårdcentraler i Västra Götalandsregionen tillfrågades om deltagande, och 19 vårdcentraler deltog. Dessutom deltog 4 vårdcentraler från Region Dalarna, dvs totalt 23 vårdcentraler (11 interventionsvårdcentraler och 12 kontrollvårdcentraler).

Samtliga deltagande vårdcentraler besöktes före studiens start av forskningspersonal för information till vårdcentralens ledning och personal, och läkarrepresentanter och de utsedda vårdsamordnarna från varje vårdcentral deltog i informationsutbildning.

Kontrollvårdcentralerna fick också utbildning i genomförandet av inkludering och uppföljning av patienter i studien, dock helt åtskilt från interventionsvårdcentralernas utbildning [9]. Under studiens gång hade vårdcentralerna kontinuerligt en stödperson från forskargruppen, och det genomfördes också flera uppföljningsmöten och fokusgrupper med vårdsamordnarna för ytterligare informations- och kunskapsöverföring från både forskargruppen och vårdsamordnargruppen.

Projektet godkändes av regionala etikprövningsnämnden i Göteborg.

POPULATION

Patienter som uppvisade depressiva symtom eller där ny episod av depression misstänktes tillfrågades om deltagande, och alla som diagnostiserades (via Prime-MD [10]) med lindrig till måttlig depression (MADRS-S [Montgomery-Åsberg depression rating scale] <35 [11]) fick utöver läkarkontakten snar kontakt med vårdsamordnaren. På kontrollvårdcentralerna diagnostiserades patienterna och erbjöds sedvanlig behandling, förutom att ett uppföljningsbesök hos sjuksköterska efter 3 månader ingick för att erhålla uppföljningsdata. 6-månadersuppföljningen genomfördes via brevenkäter som skickades till patienterna.

Exklusionskriterierna var schizofreni, missbruk/substansberoende, psykos, bipolärt syndrom, självmordsrisk (MADRS-S >3 fråga 9) eller tidigare suicidförsök i anamnesen, pågående djup depression och generaliserat ångestsyndrom samt att personen inte förstod eller talade tillräckligt god svenska.

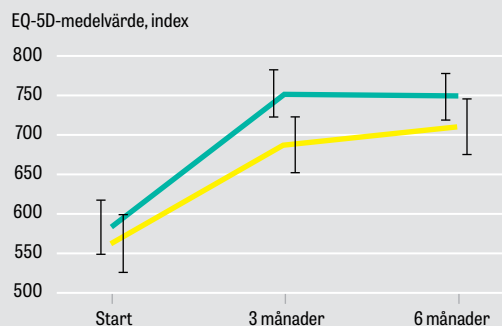
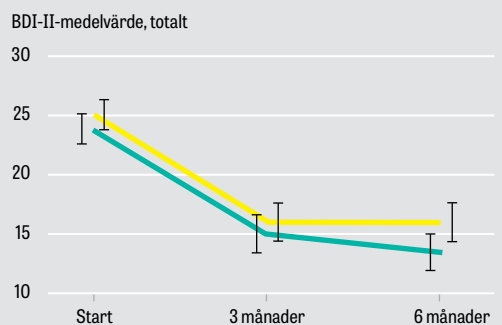
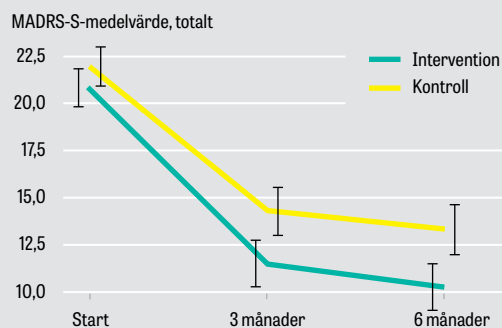
INTERVENTION

Interventionen innebar att patienterna erbjöds ett sjuksköterskebesök (oftast distriktssköterska) i nära anslutning till det första läkarbesöket. Distriktssköterskan innehade på 20 procent vårdsamordnarfunktionen (ca 17 patienter i medeltal per vårdsamordnare under studietiden), i studien benämnd »vårdsamordnare psykisk ohälsa«. Detta besök utformades som ett personcentrerat vårdplaneringssamtal, där man utgick från patientens tankar och önskemål om vården. Samtalet syftade också till att ge utökad information och utbildning om behandling och behandlingsmöjligheter, bedömning av depressiva symtom och information för att öka patientens engagemang.

Under de följande 12 veckorna genomfördes stödjande telefonkontakt (15–20 minuter) mellan sjuksköterskan och patienten, initialt varje vecka, sammanlagt minst 5 gånger med syfte att följa upp patientens aktuella tillstånd. Inför varje telefonkontakt fyllde patienten i skattningsformuläret MADRS-S hemma. Återbesök till distriktsläkare och till psykolog skedd utöver detta enligt rekommendationer i nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom [12].

Funktionsbeskrivning för vårdsamordnare. Vårdsamordnarens roll var att vara primär kontaktperson, »spindel i nätet«, och ha tät kontakt med patienten efter det första läkarbesöket, följa patientens symtom, ge information om behandling och engagera patienten i behandlingen. Vårdsamordnaren skulle också ge stöd till läkaren genom att vara en länk till patienten och hålla ihop vårdkedjan och se till att

FIGUR 1. Depressionsförlopp

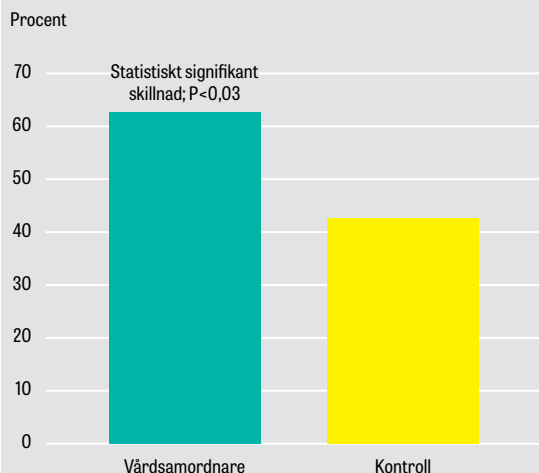


► Överst: MADRS-S-medelvärden för depression vid studiestart, 3 och 6 månader (med konfidensintervall). Statistiskt signifikanta (justerade) skillnader mellan interventionsgruppens (vårdsamordnare) och kontrollgruppens medelvärden vid 3 månader ($P = 0,009$) och 6 månader ($P = 0,07$). Mitten och underst: BDI-II- respektive EQ-5D-medelvärden vid studiestart, 3 och 6 månader (med konfidensintervall) för interventionsgruppen (vårdsamordnare) och kontrollgruppen [9].

den fungerade så smidigt som möjligt för patienten. Vårdsamordnaren skulle också samarbeta nära läkare som ansvarade för medicinsk behandling och (om patienten hade psykoterapikontakt) med psykolog (psykoterapeut) som ansvarade för psykologisk behandling (Fakta 1). (Patienten bestämde själv om vårdsamordnarkontakten skulle fortsätta under psykoterapibehandlingen.)

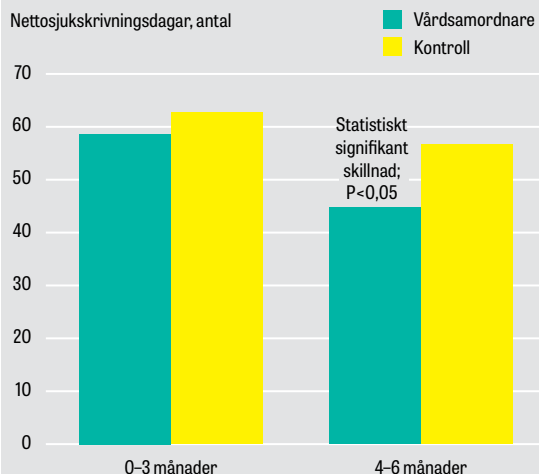
Datainsamling. Patienterna följdes vad gäller depressionsförlopp, livskvalitet, uppfattning om vård, tillgänglighet och kontinuitet, antidepressiv medicinering, sjukskrivning och stressuppfattning under 6

FIGUR 2. Andel återgång i arbete



► Andel (procent) individer som återgick till arbete från hel sjukskrivning under tiden från studiestart till 3-månadersuppföljningen i interventionsgruppen (vårdsamordnare) och kontrollgruppen (sedvanlig vård) av samtliga individer med hel sjukskrivning. Skillnaden mellan interventions- och kontrollgrupp var statistiskt signifikant [9].

FIGUR 3. Nettosjukskrivningsdagar



► Antal nettosjukskrivningsdagar (medel) för interventionspatienter respektive kontrollvårdcentralernas patienter från studiestart till 3 månader respektive 4-6 månader. Antalet nettosjukskrivningsdagar var statistiskt signifikant lägre för interventionsgruppen (vårdsamordnare) än kontrollgruppen (sedvanlig vård).

månader med bla MADRS-S [11], Beck depression inventory (BDI-II [13]), EuroQoL-5D-skalan (EQ-5D) [14] och Psychiatric outpatient satisfaction scale [15]. Uppgifter om sjukskrivning, medicinering, samsjuklighet och annan behandling (psykologisk rådgivning eller annat) samlades in via patientuppgifter och journaldata.

Statistisk analys. Standardmetoder användes för deskriptiv statistik. Kontinuerliga variabler analyserades med t-test eller Mann-Whitneys U-test, och kategoriska variabler eller frekvenser med Pearsons χ^2 -test. Medelvärden för intraindividuell förändring

av depressiva symtom och livskvalitetsvärden jämfördes mellan interventions- och kontrollgrupp med »mixed modell«-analys med upprepade mätningar med justering för typ av vårdcentral, ålder, kön, utbildning, antidepressiv behandling och svar vid studiestart.

En analys av statistisk styrka visade att ca 200 patienter behövde ingå i varje grupp, med bakomliggande antaganden om en standardavvikelse inom grupp på 10 enheter, en inompatientkorrelation på 0,4 samt en inomklusterkorrelation på 0,1, dvs en designeffekt på 1,9 för att korrigera för klusteranalys.

RESULTAT

Från december 2014 och fram till och med januari 2016 inkluderades 192 patienter med lindrig till medelsvår depression på interventionsvårdcentraler med vårdsamordnare och 184 patienter på kontrollvårdcentralerna. I 3-månadersuppföljningarna deltog 79 procent på interventionsvårdcentralerna och 93 procent på kontrollvårdcentralerna, och vid 6-månadersuppföljningen var deltagarandelen 76 procent respektive 83 procent. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollvårdcentralspatienterna för ålder, kön, livsstil, utbildnings- och sysselsättningsnivå, sjukskrivningsfrekvens, medelvärden för depression (MADRS-S och BDI-II) eller livskvalitet [9].

Depressionsförlopp för vårdsamordnarpatienterna respektive patienterna som fått »sedvanlig behandling« beskrivs i Figur 1. Både kontroll- och interventionspatienterna fick en ordentlig reduktion av depressionssymtomen, och för interventionsgruppen var både reduktionstakt och andel som låg under MADRS-S-gränsvärdet 12 signifikant större än för patienter vid kontrollvårdcentralerna vid 3 månader och 6 månader.

Positiva effekter sågs också vad gällde följsamhet till antidepressiv medicinering, som bibehölls i större utsträckning i vårdsamordnargruppen [9]. I interventionsgruppen behandlades 57 procent med antidepressivt läkemedel, i kontrollgruppen 67 procent ($P = 0,02$). Under studiens 6 månader erhöll 26 procent i interventions- och 33 procent i kontrollgruppen psykoterapi ($P = 0,1$; ej signifikant).

Bland dem som var sjukskrivna vid studiens start (50,5 procent i interventionsgruppen, 55 procent i kontrollgruppen) sågs signifikant högre återgång till arbete under de första 3 månaderna i gruppen som hade vårdsamordnare (62 procent respektive 43 procent; $P = 0,028$) (Figur 2). Likaså var nettosjukskrivningstiden under perioden 4-6 månader signifikant lägre i denna grupp än i kontrollgruppen (45,0 respektive 56,6 dagar; $P = 0,045$) (Figur 3).

Patienters och personals synpunkter och upplevelser. Både i vårdsamordnar- och kontrollgruppen var patienterna nöjda med vården under sjukdomsperioden, men i vårdsamordnargruppen angav en större andel att man skulle rekommendera behandlingen till nära vänner och anhöriga vid 3 och 6 månader [6]. En kvalitativ studie av patienters upplevelser av vårdsamordnarkontakten visade på upplevelse av trygghet, tillgänglighet och kontinuitet i vården [16]. Vårdsamordnarnas egna upplevelser av funktionen som vård-

»Genom att stärka tillgänglighet, kontinuitet och stöd under sjukdomsperioden via en vårdsamordnarfunktion ... kunde vi visa att patienter tillfrisknande signifikant snabbare och i högre grad än vid sedvanlig vård.«

samordnare var att man utgjorde ett säkerhetsnät för patienten och att funktionen var meningsfull och gav möjlighet till tillgänglighet och kontinuitet [17].

Kostnad-effektanalys. En kostnad-effektanalys av studien visade att vårdsamordnarorganisationen är högradigt kostnadseffektivt framför allt på samhällsnivå men också på sjukvårdsnivå: samhällets vinst vad gäller minskade sjukskrivningskostnader i projektet uppgick till ca 10 gånger primärvårdens ökade kostnad per patient för insatsen [18]. Hälsovinsterna för vårdsamordnargruppen var högre än i kontrollgruppen: QALY (0,36 respektive 0,33; $P < 0,001$) och minskning av depressionssymtom uttryckt som depressionsfria dagar (79,4 respektive 60,1; $P < 0,001$). För vårdcentralen var kostnaden per patient ca 20-30 procent högre än vid sedvanlig vård, dvs insatsen för att öka kvaliteten i vården för patienter med depression betalades av vårdcentralen, medan vinsten hämtades hem på samhällsnivå [18].

Den högre kostnaden för vårdsamordnargruppen bestod mest av kostnader för utbildning av personal. Denna kostnad förekommer främst vid implementeringens start, varför kostnadseffektiviteten förväntas öka efter hand.

DISKUSSION

Genom att stärka tillgänglighet, kontinuitet och stöd under sjukdomsperioden via en vårdsamordnarfunktion för patienter med depression som söker vårdcentralen, motsvarande ca 20-30 procent av en sjukskötersketjänst, kunde vi visa att patienter tillfrisknande signifikant snabbare och i högre grad än vid sedvanlig vård. Dessutom skedde återgång till arbete signifikant tidigare de första 3 månaderna, och nettosjukskrivningstiden var signifikant kortare under 4-6 månader.

Det positiva hälsoekonomiska utfall som studien visat ger starkt stöd för att vårdsamordnarkoncept-

»Vi anser att detta arbetssätt, där klinik och akademi arbetar nära och kontinuerligt ... gör det möjligt att snabbt utveckla nya arbetssätt och behandlingsformer där hänsyn tas till komplexiteten i primärvård, vårdbehov och vårdinsatser.«

tet är robust och bör införas som en del av åtgärder för ökad vårdkvalitet för patienter med depression i svensk primärvård. En organisationsförändring på vårdcentralen, där vårdsamordnaren koordinerar vården och ger stöd och kontinuerlig kontakt för att anpassa vården efter patientens behov under hela vårdförloppet, är en insats som visats vara effektiv i svensk primärvård för att höja vårdkvaliteten vid psykisk ohälsa.

Viktigt är dock att notera att delar av den vinst som staten hämtar hem i form av minskade sjukskrivningskostnader måste återföras till vårdcentralerna för att ersätta den ökade kostnad som vårdsamordnarinsatsen genererar. Vårdsamordnarfunktionen tillför högre kvalitet i den vård som vårdcentralen erbjuder till individer med psykisk ohälsa, men innebär samtidigt att personalbehovet ökar med ca 20–30 procent av en skötersketjänst för en normalstor vårdcentral, vilket kan utgöra problem i en redan underfinansierad verksamhet [18].

Den metodutveckling som vårdsamordnarfunktionen utgör innebär också möjligheter för vården att anpassa sig till utveckling av nya vårdformer, t ex digitala vårdformer som internet-KBT. Själva behandlingen i primärvården bör handhas av vårdcentralens psykolog [19], men vårdsamordnaren kan informera patienten om möjlighet till internetbehandling i det initiala gemensamma personcentrerade vårdplaneringsamtalen och förmedla kontakten.

Klinik och akademi i nära samverkan för nya arbetssätt

En metodutveckling av så komplex natur som vårdsamordnarfunktion för psykisk ohälsa kräver kom-

petensutveckling, organisationsförändring och nytt arbetssätt på vårdcentralen. Genom att introducera metodutvecklingen via en vetenskaplig studie, som syftade till att utvärdera implementeringen ur både patient- och kostnad-effektsynvinkel, har vi kunnat anpassa utvecklingen efter vårdsamordnarens, patienters och primärvårdslednings erfarenheter och därmed till svensk primärvårds verklighet.

Vi anser att detta arbetssätt, där klinik och akademi arbetar nära och kontinuerligt i såväl utvecklings- som utvärderingsfaserna, gör det möjligt att snabbt utveckla nya arbetssätt och behandlingsformer där hänsyn tas till komplexiteten i primärvård, vårdbehov och vårdinsatser. Denna implementeringsmetodik har stora fördelar gentemot ad hoc-interventioner och implementeringar som inte först har evidensstøt i en svensk primärvårds kontext.

Det är viktigt att forskning och utveckling som ska bedrivas i primärvårdens klinik sker med mycket aktivt deltagande och under ledning av forskare med klinisk erfarenhet av primärvård/allmänmedicin i samarbete med övriga specialiteter. Svensk primärvård innehåller både en bredd av kompetenser och i internationell jämförelse en hög kompetens, vilket gör den unik. Direktimport av metoder till svensk primärvård utan vetenskaplig utvärdering av implementering i svensk kontext bör motverkas. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2019;116:FSH3*

REFERENSER

- SOU 2018:39. God och nära vård. En primärvårdsreform. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018.
- Sinnema H, Majo MC, Volker D, et al. Effectiveness of a tailored implementation programme to improve recognition, diagnosis and treatment of anxiety and depression in general practice: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci.* 2015;10:33.
- Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2012. SBU-rapport nr 211.
- Rost K, Nutting P, Smith J, et al. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the qEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming. J Gen Intern Med.* 2001;16(3):143-9.
- Goodrich DE, Kilbourne AM, Nord KM, et al. Mental health collaborative care and its role in primary care settings. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(8):383.
- Hansson M, Bodlund O, Chotai J. Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):235-40.
- Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomized controlled trial. *Occup Environ Med.* 2017;74(12):905-12.
- Ejeby K, Savitskij R, Öst LG, et al. Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: results from a randomized controlled trial in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2014;32(2):67-72.
- Björkelund C, Svenningsson I, Hange D, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):28.
- Svanborg P, Åsberg M. A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;89(1):21-8.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA.* 1994;272(22):1749-56.
- Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010. Artikelnr 2017-12-4.
- Arnau, RC, Meagher MW, Norris MP, et al. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory II with primary care medical patients. *Health Psychol.* 2001;20(2):112-9.
- EuroQol Group. Euro-Qol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.
- Pellegrin KL, Stuart GW, Maree B, et al. A brief scale for assessing patients' satisfaction with care in outpatient psychiatric services. *Psychiatr Serv.* 2001;52(6):816-81.
- Udo C, Svenningsson I, Björkelund C, et al. An interview study of the care manager function - Opening the door to continuity of care for patients with depression in primary care. *Nurs Open.* 2019;6(3):974-82.
- Svenningsson I, Udo C, Westman J, et al. Creating a safety net for patients with depression in primary care: a qualitative study of care managers' experiences. *Scand J Prim Health Care.* 2018;36(4):355-62.
- Holst A, Ginter A, Björkelund C, et al. Cost-effectiveness of a care manager collaborative care programme for patients with depression in primary care: economic evaluation of a pragmatic randomised controlled study. *BMJ Open.* 2018;8(11):e024741.
- Kivi M, Eriksson MC, Hange D, et al. Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther.* 2014;43(4):289-98.

SUMMARY

Effects of a care manager organization for care of people with mild-moderate depression in Swedish primary care

By strengthening accessibility and continuity and support via a care manager for primary care patients with depression corresponding to 20–30% of a nursing service, patients recovered significantly faster and to a greater extent than in primary care-as-usual. Return to work occurred significantly earlier in the first three months, and net sick leave period was significantly shorter during the following 4–6 months. To introduce a collaborative care organizational change where the care manager is the hub and coordinates care for the patient and makes it possible to adapt the care according to the patient's needs throughout the care process, is thus the individual effort shown to have the greatest efficiency in Swedish primary care to increase the quality of care of depression. This approach, where the clinic and academy work closely and continuously in the development and evaluation phases, makes it possible to rapidly develop new ways of working where consideration is given to the complexity of primary care and the complexity of care needs and care efforts.