

# Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 10–2012

Systematisk oversikt



 kunnskapssenteret

**Hovedfunn:** • Overgangen til hverdagen hjemme for pasienter som har vært behandlet for alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern kan være utfordrende. I tillegg til at pasienten kan ha behov for videre behandling, kan andre støtte- og oppfølgingstiltak være viktig som for eksempel: ferdighetstrening og undervisning, strukturelle tiltak som bostøtte og oppfølging, kultur- og fritidsaktiviteter, samt arbeidsrehabilitering og støttet sysselsetting. • Kunnskapssenteret har oppsummert forskning som vurderer effekter av støtte- og oppfølgingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse i en oversikt over oversikter. I de 17 inkluderte oversiktene er slike tiltak gitt i tillegg til vanlig oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging alene. Oversiktene omfatter pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser, bipolar lidelse, alvorlige depresjon, samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk, posttraumatisk stresslidelse og blandete grupper med ulike former for alvorlig psykisk lidelse. • På bakgrunn av den tilgjengelige oppsummerte forskningen fant vi at støtte- og oppfølgingstiltak *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004, St. Olavs plass

N-0130 Oslo

(+47) 23 25 50 00

[www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)

Rapport: ISBN 978-82-8121-493-4      ISSN 1890-1298

**nr 10–2012**

 **kunnskapssenteret**

*(fortsettelsen fra forsiden)*      som undervisning, fysisk aktivitet og yrkesrehabilitering ser ut til å ha en gunstig effekt på helse og helserelaterte utfall som reinnleggelser, tilbakefall, samt å kunne gi bedre oppfølging av legemiddelbruk, mer pasienttilfredshet og økt deltakelse i arbeidslivet. Kvaliteten på dokumentasjonen er middels til svært lav, og det er sannsynlig at ny forskning kan endre disse konklusjonene. • Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekter av bostøtte og hjemmebesøk, oppfølging av fysisk helse og bruk av påminnelser til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse samt kultur og fritidsaktiviteter som sport og spill for pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Dette fordi de publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss.

<b>Tittel</b>	Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse
<b>English title</b>	Effects of support and follow-up interventions for people with severe mental illness
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	Magne Nylenna, direktør
<b>Forfattere</b>	Austvoll-Dahlgren, Astrid, <i>Prosjektleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Forsetlund, Louise, <i>Seniorforsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Munthe-Kaas, Heather M, <i>Forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i> Kirkehei, Ingvild, <i>Forskningsbibliotekar, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-493-4
<b>ISSN</b>	1890-1298
<b>Rapport</b>	Nr 10 – 2012
<b>Prosjektnummer</b>	687
<b>Publikasjonstype</b>	Oversikt over oversikter
<b>Antall sider</b>	71 (111 inklusiv vedlegg)
<b>Oppdragsgiver</b>	Sykehuset Østfold v/ Ragnhild Tranøy
<b>Nøkkelord</b>	Forebygging, psykisk helse, støtte, oppfølging
<b>Sitering</b>	Austvoll- Dahlgren A, Forsetlund L, Munthe-Kaas HM, Kirkehei I. Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse 10–2012. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapsenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.  Kunnskapsenteret vil takke Simon-Peter Neumer, Lars Lien, Signe Agnes Flottorp, Hege Kornør, Sabine Wollscheid og Ingeborg Beate Lidal for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapsenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Oslo, November 2012

# Hovedfunn

Overgangen til hverdagen hjemme for pasienter som har vært behandlet for alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern kan være utfordrende. I tillegg til at pasienten kan ha behov for videre behandling, kan andre støtte- og oppfølgingstiltak være viktig som for eksempel: ferdighetstrening og undervisning, strukturelle tiltak som bostøtte og oppfølging, kultur- og fritidsaktiviteter, samt arbeidsrehabilitering og støttet sysselsetting.

Kunnskapssenteret har oppsummert forskning som vurderer effekter av støtte- og oppfølgingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse i en oversikt over oversikter. I de 17 inkluderte oversiktene er slike tiltak gitt i tillegg til vanlig oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging alene. Oversiktene omfatter pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser, bipolar lidelse, alvorlige depresjon, samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk, posttraumatisk stresslidelse og blandete grupper med ulike former for alvorlig psykisk lidelse.

På bakgrunn av den tilgjengelige oppsummerte forskningen fant vi at støtte- og oppfølgingstiltak som undervisning, fysisk aktivitet og yrkesrehabilitering ser ut til å ha en gunstig effekt på helse og helserelaterte utfall som reinnleggelser, tilbakefall, samt å kunne gi bedre oppfølging av legemiddelbruk, mer pasienttilfredshet og økt deltakelse i arbeidslivet. Kvaliteten på dokumentasjonen er middels til svært lav, og det er sannsynlig at ny forskning kan endre disse konklusjonene.

Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekter av bostøtte og hjemmebesøk, oppfølging av fysisk helse og bruk av påminnelser til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse samt kultur og fritidsaktiviteter som sport og spill for pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Dette fordi de publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss.

## Tittel:

Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse

## Publikasjonstype:

### Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er resultatet av å

- innhente
- kritisk vurdere og
- sammenfatte relevante forskningsresultater ved hjelp av forhåndsdefinerte og eksplisitte metoder.

## Svarer ikke på alt:

- Ingen studier utenfor de eksplisitte inklusjonskriteriene
- Ingen helseøkonomisk evaluering
- Ingen anbefalinger

## Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Sykehuset Østfold.

## Når ble litteratursøket utført?

Søk etter studier ble avsluttet januar 2012

## Fagfeller:

Simon-Peter Neumer  
Forsker, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (R.BUP) Helseregion Øst og Sør.

Lars Lien  
Førsteamanuensis, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

---

# Sammendrag

---

## Bakgrunn

---

Overgangen til hverdagen hjemme for pasienter som har vært behandlet for alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern kan være utfordrende. I tillegg til at pasienten fortsatt kan ha behov for behandling (med eller uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten), kan andre støtte- og oppfølgingstiltak være viktig. Eksempler på slike støtte- og oppfølgingstiltak er ferdighetstrening og undervisning, strukturelle tiltak som bostøtte og oppfølging, kultur- og fritidsaktiviteter, samt arbeidsrehabilitering og støttet sysselsetting. På oppdrag av Sykehuset Østfold HF har vi utarbeidet en oversikt over oversikter av forskningen som har evaluert effekter av slike støtte- og oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

---

## Metode

---

Vi søkte etter systematiske oversikter i relevante databaser. Søket ble avsluttet i januar 2012. To personer gjennomgikk uavhengig av hverandre alle titler og sammendrag. Vi bestilte potensielt relevante oversikter i fulltekst og vurderte disse for inklusjon eller eksklusjon. Vi vurderte kvaliteten av de systematiske oversiktene med sjekkliste. Vi inkluderte alle systematiske oversikter av høy kvalitet som omhandlet personer med alvorlig psykisk lidelse og støtte- og oppfølgingstiltak. Vi vurderte effekt og kvalitet av dokumentasjonen for følgende utfall der vi hadde tilgjengelige data: kliniske utfall som fysisk og psykisk helse, livskvalitet, helseatferd (herunder legemiddelbruk), tilfredshet med behandlingen, bruk av helsetjenester, sosial og funksjonell mestring slik som ferdigheter, kunnskap og deltakelse i arbeid og sosiale aktiviteter, samt kostnader. Vi vurderte kvaliteten av dokumentasjonen for hvert utfall ved hjelp av GRADE.

---

## Resultat

---

Av de 2674 treffene som søket genererte, inkluderte vi 17 systematiske oversikter av høy kvalitet som til sammen hadde 21 sammenligninger av tiltak. Disse sammenligningene omfattet støtte- og oppfølgingstiltak gitt til pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk, posttraumatisk stress lidelse og blandete grupper med ulike for-

mer for alvorlig psykisk lidelse. Støtte- og oppfølgingstiltakene er i oversiktene i all hovedsak gitt i tillegg til vanlig behandling eller oppfølging, og sammenlignet med vanlig behandling eller oppfølging. Vi vurderte dokumentasjonen til å være av middels til svært lav kvalitet.

På bakgrunn av den tilgjengelige oppsummerte forskningen fant vi at:

- Undervisning i egen diagnose, sykdomsforløp og behandling gir muligens færre tilbakefall og reinnleggelser for pasienter med bipolar lidelse, schizofreni og schizoaffektive lidelser (dokumentasjon av henholdvis middels og lav kvalitet), og muligens mindre frafall fra tiltaket for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk (dokumentasjon av lav kvalitet). Pasientene som fikk undervisning (pasienter med schizofreni og schizoaffektive lidelser) var mer fornøyde med tiltaket enn de som bare fikk vanlig praksis (dokumentasjon av lav kvalitet).
- Helserråd til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, fører muligens til at flere benytter seg av anbefalte forebyggende helsetjenester (dokumentasjon av lav kvalitet).
- Kombinasjonstiltak bestående av undervisning og oppfølging av farmasøyer fører muligens til at pasienter med alvorlig depresjon etterlever anbefalt legemiddelbruk bedre (dokumentasjon av lav kvalitet).
- Fysisk aktivitet for pasienter med alvorlig depresjon fører trolig til bedre psykisk helse på kort sikt (dokumentasjon av middels kvalitet).
- Yrkesforberedende opplæring i tillegg til vanlig praksis på sykehus sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse fører muligens til at flere kommer i en form for arbeid (dokumentasjon av lav kvalitet).
- Yrkesforberedende opplæring i tillegg til vanlig praksis i kommunen sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse gir trolig en reduksjon i antall som blir innlagt på sykehus (dokumentasjon av middels kvalitet).
- Yrkesforberedende opplæring med lønn for pasienter med schizofreni eller schizofrenilignende lidelse fører muligens til at flere kommer i vanlig arbeid, flere deltar i programmet og færre reinnlegges sammenlignet med ulønnet yrkesforberedende opplæring (dokumentasjon av lav kvalitet).
- Støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse fører trolig til at flere kommer i vanlig arbeid og at færre faller fra tiltaket (dokumentasjon av middels kvalitet).
- Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekter av bostøtte og hjemmebesøk, oppfølging av fysisk helse og bruk av påminnelser til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse samt kultur og fritidsaktiviteter som sport og spill for pasienter med PTSD. Dette fordi de publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss.

---

## **Diskusjon**

---

Mye av dokumentasjonen i denne rapporten ble vurdert til å være av lav eller svært lav kvalitet. Dette skyldes i hovedsak at studiene som var inkludert i de ulike systematiske oversiktene var få og små, men også at studiene hadde metodologiske svakheter eller var mangelfullt rapportert. Videre var mange av resultatene ikke statistisk signifikante. Det gjør at det er stor usikkerhet knyttet til resultatene for flere av de målte utfallene.

---

## **Konklusjon**

---

Ulike støtte- og oppfølgingstiltak som undervisning, fysisk aktivitet og yrkesrehabilitering ser ut til å ha en gunstig effekt på helse og helserelaterte utfall som reinnlegelser, tilbakefall, samt å kunne gi bedre oppfølging av legemiddelbruk, mer pasienttilfredshet og økt deltakelse i arbeidslivet.

Det er behov for flere og større studier slik at vi med større tillit kan konkludere om effektene av de ulike støtte- og oppfølgingstiltakene. Videre er det behov for forskning på tiltak som kultur- og fritidsaktiviteter, bostøtte og annen oppfølging. Nye studier bør inkludere utfall som død, livskvalitet, kunnskap, ferdigheter, mestring, pasienttilfredshet og kostnader.

# Key messages (English)

Many people diagnosed with and treated for severe mental illness are likely to experience relapse at some point during their lives. In addition to beginning and continuing therapeutic and medical treatment, other types of support and follow-up measures may be important for the patients' health and welfare. Examples of relevant support and follow-up interventions include: patient education and life skills training, structural measures such as supported housing and follow-up monitoring, recreation and leisure activities, and vocational rehabilitation.

The Norwegian Knowledge Centre for the Health Services has summarized available research on the effect of support and follow-up measures for patients with severe mental illness. We included 17 systematic reviews that compared different support and follow-up interventions in addition to treatment as usual compared to treatment as usual. The reviews included people with schizophrenia and schizophrenia-like illnesses, bipolar disorder, severe or major affective disorders, post-traumatic stress disorder, people with both severe mental illness and substance misuse and mixed groups of patients with severe mental illnesses.

The evidence was of moderate to very low quality and the necessary evidence was often lacking. However, based on the available evidence, support and follow-up interventions such as education, exercise and vocational rehabilitation may have beneficial effects on health and health related outcomes such as readmissions and relapse. We also found improvements in adherence to recommended drug use, patient satisfaction and employment.

We could not draw any conclusions about the effects of interventions such as housing and home visits, monitoring of physical health and use of reminders to patients with severe mental illness, supportive relationship building for patients with schizophrenia and bipolar disorder as well as cultural and recreational activities such as sports and games for patients with PTSD. The reason for this was that we did not identify any relevant reviews or that the reviews we found were empty.

## Title:

Effects of support and follow-up interventions for people with severe mental illness

## Type of publication:

### Systematic review

A review of a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise relevant research, and to collect and analyse data from the studies that are included in the review. Statistical methods (meta-analysis) may or may not be used to analyse and summarise the results of the included studies.

## Doesn't answer everything:

- Excludes studies that fall outside of the inclusion criteria
- No health economic evaluation
- No recommendations

## Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

## Updated:

Last search for studies: January 2012.



---

# Executive summary (English)

---

## Background

---

Many people diagnosed and treated for severe mental illness experience relapse at some point. In addition to beginning and continuing therapeutic and medical treatment, other types of support and follow-up measures may be important for the prevention of future problems, as well as general health promotion. There is therefore a need for a systematic review of the evidence that has evaluated the effects of support and follow-up measures to ensure the best possible patient care, and to inform the design of services in practice. Examples of relevant support and follow-up interventions include: patient education and life skills training, structural measures such as supported housing and follow-up monitoring, culture- and leisure activities, and vocational rehabilitation.

---

## Objective

---

The objective of this report is to systematically review the evidence that has evaluated the effects of support and follow-up measures

---

## Method

---

We searched for systematic reviews in relevant databases. The search was done from October 2011 to January 2012. Two people independently assessed all of the titles and summaries. Potentially relevant reviews were retrieved in full text and considered for inclusion or exclusion. All high quality systematic reviews encompassing patients with severe mental illness and who received any support or follow-up measure were included. The quality of the included reviews was assessed with checklists. The quality of the evidence for each outcome was assessed using GRADE. Two researchers reviewed the effects and quality of the evidence for the following outcomes where data were available: health outcomes, quality of life, knowledge and skills, health behaviours (such as follow-up of treatment), patient satisfaction and health care utilization / costs.

---

## Results

---

Of the 2674 hits that the search generated, we included 17 systematic reviews of high quality, which altogether had 21 comparisons. The reviews included people with schizophrenia and schizophrenia-like illnesses, bipolar disorder, severe or major depression, post-traumatic stress disorder, people with both severe mental illness and substance misuse and mixed groups of patients with severe mental illnesses. The support and follow-up measures were mainly given in addition to conventional treatment or practice as usual, and were compared to conventional treatment or practice as usual. The documentation was of moderate to very low quality and the necessary documentation was often lacking. However, based on the available evidence, we found that:

- Education about one's own illness and treatment may provide fewer relapses in patients with bipolar disorder and schizophrenia and schizoaffective disorders (evidence of moderate to low quality). Fewer patients (with dual diagnosis) receiving education left the study than those receiving usual practice (evidence of low quality). Patients (with schizophrenia and schizoaffective disorders) receiving education were more satisfied than those receiving usual practice (evidence of low quality).
  - Physical health advice for patients with severe mental illness, probably leads to greater uptake of recommended preventive health services (evidence of low quality).
  - Education and monitoring by pharmacists possibly improves adherence to antidepressives for patients with major depression (evidence of low quality).
  - Exercise for patients with major depression probably improves depression in short term follow-up (evidence of moderate quality).
  - Pre-vocational training in addition to hospital care compared with usual hospital care for patients with severe mental illness, possibly leads to more people in any form of employment (evidence of low quality).
  - Pre-vocational training in addition to community care compared with community care for patients with severe mental illness, probably leads to a reduction in the number of readmissions to hospital (evidence of moderate quality).
- Pre-vocational training with payment for patients with schizophrenia and schizophrenialike illness possibly leads to more people in competitive employment, more participating in the programme and a reduction in readmissions to the hospital compared to pre-vocational training without payment (evidence of low quality).
- Supported employment compared to pre-vocational training for patients with severe mental illness probably leads to more people in competitive employment and less people leaving the study (evidence of moderate quality).
  - There was little or insufficient evidence available to make conclusions about the effects of culture and leisure activities and housing and follow-up monitoring

interventions, and on outcomes such as mortality, quality of life, knowledge, skills, empowerment, patient satisfaction and costs.

---

## **Discussion**

---

Much of the evidence in this report was considered to be of low or very low quality. This is mainly because the included systematic reviews contained few and small studies, but also that those studies had methodological weaknesses or were inadequately reported. Furthermore, the confidence intervals for many of the effect estimates included both potential benefits and harms. This means that there are uncertainties associated with the results for several of the reported outcomes.

---

## **Conclusion**

---

Based on the available evidence, support and follow-up interventions such as education, exercise and vocational rehabilitation may have beneficial effects on health and health related outcomes such as readmissions and relapse, and outcomes that may be important for prevention of relapse. We also found improvements in adherence to recommended drug use, patient satisfaction and employments.

There is a need for more studies with larger study populations in order to identify meaningful differences. Also, there is a need for evidence on the effects of interventions such as recreational and leisure activities and supported housing and follow-up measures. Future studies should aim to include mortality quality of life, knowledge, skills, empowerment, patient satisfaction and costs.

---

# Innhold

<b>HOVEDFUNN</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	3
Diskusjon	5
Konklusjon	5
<b>KEY MESSAGES (ENGLISH)</b>	<b>6</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)</b>	<b>7</b>
Background	7
Objective	7
Method	7
Results	8
Discussion	9
Conclusion	9
<b>INNHold</b>	<b>10</b>
<b>FORORD</b>	<b>12</b>
<b>PROBLEMSTILLING</b>	<b>13</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>14</b>
Begrepsforklaringer og forkortelser	17
<b>METODE</b>	<b>20</b>
Litteratursøk	20
Inklusjonskriterier	20
Eksklusjonskriterier	22
Artikkelutvelging, kvalitetsvurdering og uthenting av resultater	23
Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen	24
<b>RESULTAT</b>	<b>25</b>
Litteratursøk	25
Håndtering av innhentet litteratur	25
Ferdighetslæring, undervisning og informasjon	26

Farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak	38
Bostøtte og oppfølging	39
Kultur- og fritidsaktiviteter	42
Yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting	46
Kommende systematiske oversikter	56
<b>DISKUSJON</b>	<b>57</b>
Effekter av støtte- og oppfølgingstiltak	57
Styrker og begrensinger ved rapporten	61
Annen relevant forskning	63
<b>KONKLUSJON</b>	<b>64</b>
Behov for videre forskning	64
<b>REFERANSER</b>	<b>65</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>71</b>
Vedlegg 1. Search strategy	71
Vedlegg 2. Sjekkliste for systematiske oversikter	81
Vedlegg 3. Inkluderte oversikter	82
Vedlegg 4. Ekskluderte oversikter	97
Vedlegg 5. GRADE evidence profiles	99
Vedlegg 6. Meta-analyser	110

---

# Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag av Sykehuset Østfold å oppsummere tilgjengelig forskning om effekter av støtte og oppfølging for pasienter som har vært behandlet for alvorlig psykisk lidelse i psykisk helsevern.

Prosjektet inngår som en del av en større bestilling i anledning en omstillingsprosess ved Sykehuset Østfold. Denne omstillingsprosessen omfatter en omorganisering fra sentralisert til desentralisert organisasjonsmodell, og følger de nasjonale føringene for fremtidig organisering av helsetjenestene i Norge. Som en konsekvens av dette og i planlegging av ny organisering ønsker bestiller en oppsummering av forskning- en på flere områder, herunder hvordan man kan fremme helse og livskvalitet samt forebygge tilbakefall hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Astrid Austvoll-Dahlgren, Kunnskapssenteret
- Seniorforsker: Louise Forsetlund, Kunnskapssenteret
- Forsker: Heather Menzies Munthe-Kaas, Kunnskapssenteret
- Bibliotekar: Ingvild Kirkehei, Kunnskapssenteret
- Seksjonsleder: Gunn E. Vist, Kunnskapssenteret

Denne oversikten er ment å hjelpe beslutningstakere i helsetjenesten til å fatte velinformerte beslutninger som kan forbedre kvaliteten i helsetjenestene. I møtet med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold, pasientenes behov og egne kliniske erfaringer.

Kunnskapssenteret vil takke Simon-Peter Neumer, Lars Lien, Signe Agnes Flottorp, Hege Kornør, Sabine Wollscheid og Ingeborg Beate Lidal for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunk- tene som er uttrykt i rapporten.

Gro Jamtvedt  
*Avdelingsdirektør*

Gunn Vist  
*Seksjonsleder*

Astrid Austvoll-Dahlgren  
*Prosjektleder*

---

# Problemstilling

Mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan oppleve overgangen til hverdagen etter endt behandlingsom utfordrende. Mange opplever også å få tilbakefall. I tillegg til at pasienten fortsatt kan ha behov for behandling (med eller uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten), kan andre støtte- og oppfølgingstiltak være nødvendige for å fremme pasientens helse og livskvalitet.

Denne rapporten er en oversikt over oversikter som oppsummerer effekter av støtte- og oppfølgingstiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse, og inkluderer utfall som er relevante for gjeldende pasientgrupper slik som; kliniske utfall som fysisk og psykisk helse, livskvalitet og helseatferd (herunder legemiddelbruk), tilfredshet med behandlingen, bruk av tjenester, sosial og funksjonell mestring slik som ferdigheter, kunnskap og deltakelse i arbeid og sosiale aktiviteter, samt kostnader..

---

# Innledning

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet* fastslo at det var flere mangler og svakheter ved behandlingstilbud, koordinering og organisering i psykiatrien: For svakt forebyggende arbeid, for få tilbud i kommunene, for dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester, for kortvarige innleggelse i institusjon, for dårlig planlagte utskrivninger og for dårlig oppfølging (1). Regjeringen fulgte opp Stortingsmeldingen med en handlingsplan, *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 til 2006*. Denne planen foreslo konkrete tiltak på det kommunale, fylkeskommunale så vel som det statlige plan og hvordan dette skulle finansieres (2). Målet var å forbedre både kvaliteten og kvantiteten av tjenestene, sikre en helhetlig planlegging og bedre samspillet mellom kommuner og fylkeskommuner med fokus på brukernes behov.

Mange pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan oppleve overgangen til hverdagen etter endt behandlingsom utfordrende. Mange opplever også å få tilbakefall (3). I tillegg til at pasienten fortsatt kan ha behov for behandling i kommunen (med eller uten samarbeid med spesialisthelsetjenesten), kan andre støtte- og oppfølgingstiltak være viktig (1, 2). Støtte- og oppfølgingstiltak kan potensielt ha forebyggende og helsefremmende effekter på pasientens helse og livskvalitet, og kan også ha mulige samfunnsøkonomiske fordeler ved redusert bruk av spesialisthelsetjenester og ved å bidra til at pasienten får større mulighet for å delta i samfunnslivet (1). For å sikre best mulig oppfølging av pasientene, og for å informere utformingen av tjenestetilbudet i praksis er det derfor behov for en systematisk oppsummering av forskningen som har evaluert effekter av ulike støtte- og oppfølgingstiltak for personer med alvorlige psykiske lidelser.

Gruppen av personer med psykiske lidelser utgjør om lag 37 % av tjenestemottakere i kommunene (1). Aktuelle støtte- og oppfølgingstiltak for denne gruppen inkluderer blant annet undervisnings og opplæringstiltak, strukturelle tiltak som bostøtte og oppfølging samt arbeidsrehabilitering, kultur- og fritidsaktiviteter (2, 4). I Norge blir støtte- og oppfølgingstiltak hovedsakelig tilbudt i kommunene. Selv om enkelte støtte- og oppfølgingstiltak slik som arbeidsrehabilitering blir drevet av statlige myndigheter, er slike tiltak beskrevet som en viktig del av ettervernet og som en integrert del av det forebyggende arbeidet i kommunene.



## **Ferdighetslæring, undervisning og informasjon**

Formålene med undervisning og opplæring er mange, men et hovedmål er gjerne at pasienten skal tilegne seg holdninger og kunnskap for å få bedre innsikt i egen sykdom og behandlingen av denne, som for eksempel riktig legemiddelbruk (5, 6). Et viktig element som gjerne inngår i slik undervisning er at pasienten lærer å kjenne igjen tidlige tegn på tilbakefall samt hvordan pasienten kan håndtere dette (5, 6). Undervisning og opplæring kan også rette seg mot praktiske og sosiale ferdigheter knyttet til det å klare seg på egen hånd i dagliglivet, som for eksempel egenomsorg, husholdning, økonomi, kommunikasjon og relasjonsbygging (5, 7). Nye ferdigheter og økt kunnskap er ment å kunne støtte pasienten i å mestre egen situasjon og hindre tilbakefall (5, 6, 8, 9).

Ferdighetslæring, undervisning og informasjon kan bli gitt i grupper og individuelt, og involvere pårørende og pasienter. Tiltaket kan være utført av frivillige, andre pasienter, helsepersonell, farmasøyter og andre (5, 6, 8, 9).

I Norge er ferdighetslæring, undervisning og informasjon én av spesialisthelsetjenestens lovpålagte hovedoppgaver og blir i økende grad benyttet som en del av behandlingsforløpet (10). Slike tiltak finner også sted som en integrert del av det forebyggende arbeidet i kommunehelsetjenesten eller for eksempel gjennom frivillige og andre organisasjoner (1, 11, 12).

## **Bostøtte og oppfølging**

Å sikre stabile omgivelser og oppfølging av den utskrevne pasient gjennom ulike strukturelle tiltak er vurdert som viktig for å hindre tilbakefall og reinnleggelse i psykisk helsevern (1, 13-15). Bostøtte er ett slikt tiltak og finnes i mange varianter, blant annet i form av hospits, ulike former for omsorgsboliger hvor pasienten bor i kommunal leilighet (ofte samlokalisert med andre som har en psykisk lidelse) og med fagfolk tilgjengelig på stedet. Bostøtte kan også tilbys som uavhengige boenheter hvor pasienten bor i eget hjem men hvor fagfolk aktivt oppsøker pasienten (4, 13). Formålet med bostøtte er å fremme den enkeltes pasients uavhengighet og legge til rette for et vanlig liv. Bostøtte er også tenkt å kunne ha positive helseeffekter ved å støtte en stabil livsstil, og kan også gjøre det mulig for pasientene i større grad å følge opp sine aktiviteter (13). Behov for kunnskap om organisering av ulike former for bostøtte er særlig viktig tatt i betraktning av at liggetiden på sykehus i de siste årene har blitt sterkt redusert (13), og at det både nasjonalt og internasjonalt er et ønske om at pasienten skal overføres til kommunehelsetjenesten så langt det er mulig (12, 13). I mange land, inkludert Norge, er det også eksplisitte offentlige krav om at kommunene skal tilby en form for bostøtte til de som har behov for dette (1, 12).

Oppfølging av pasienten, enten gitt i tillegg til bostøtte eller andre tiltak eller som tiltak alene, er ansett som et annet viktig forebyggende og helsefremmende tiltak.

Slik oppfølging kan være utført av blant annet frivillige, helsepersonell eller farmasøyer (14-16). Formålet er gjerne å veilede og bistå med praktisk hjelp og sosial støtte i hverdagen, men også å følge opp pasientens behandling, samt å monitorere pasientens fysiske og psykiske helse (14-16). Eksempler på slike tiltak er bruk av påminnelser før konsultasjoner, at pasienten blir oppsøkt i eget hjem av fagpersonell eller uformelle tiltak som for eksempel støttekontakt eller annen organisert sosial støtte (1, 14, 16, 17). Oppfølging er viktig fordi forskning tilsier at mange pasienter ikke følger opp anbefalt legemiddelbruk eller ikke møter opp til avtalte konsultasjoner (14). Dette kan være spesielt utfordrende for pasienter med alvorlig psykisk lidelse som har behov for tett oppfølging i sin situasjon, men også fordi det er med på å skape lengre ventelister (14). Oppfølging av også pasientens fysiske helse begrunnes i litteraturen med at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har en større risiko enn andre for å utvikle ulike helseproblemer (15). Dette forklares med at de sjeldnere oppsøker helsehjelp og at de oftere går på medisiner som kan ha negative helseeffekter. Videre kan mange ha et emosjonelt og sosialt behov for støtte og praktisk hjelp i hverdagen (16). Oppfølgingstiltak kan derfor gi grunnlag for å fange opp personer som er i fare for å utvikle helseproblemer, slik at de som trenger det kan få tilbud om målrettede tiltak (15). I Norge skal kommunene gi nødvendig oppfølging for alle som skrives ut fra psykisk helsevern (1, 12).

### **Kultur, fritidsaktiviteter og arbeid**

Deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter og det å ha en jobb, blir i nasjonale retningslinjer sett på som sentralt for å forhindre isolasjon og for en meningsfull tilværelse (1, 4). Deltakelse i kultur- og fritidsaktiviteter og i arbeidslivet er ofte begrunnet i etiske og humanistiske prinsipper, men er også motivert i at slik deltakelse antas å ha viktige kliniske effekter som å lindre symptomer og fremme livskvalitet (4, 17-20). Videre er kultur- og fritidsaktiviteter tenkt å kunne styrke psykososiale utfall som selvfølelse, opplevelse av autonomi og mestring, samt å kunne bidra til økt sosial deltakelse og gjensidig støtte mellom deltakerne hvis aktiviteten foregår i grupper (18, 19, 21). Eksempler på slike tiltak omfatter blant annet fysisk aktivitet, dagsenter, organisasjonsliv og støttekontaktordninger (1, 4, 18, 19, 21). I Norge er det et politisk ønske og et kommunalt ansvar å legge til rette for deltakelse i meningsfulle kultur- og fritidsaktiviteter (1, 4).

Det er høy arbeidsledighet blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse, men studier viser at mange ønsker å være i jobb (22). Å delta i arbeidslivet kan ha mange av de samme fordelene som nevnt over ved kultur- og fritidsaktiviteter, og kan være viktig for å forebygge tilbakefall (22). Det finnes flere former for arbeidstrening og tilpassede arbeidsforhold. Typiske eksempler er yrkesforberedende trening med påfølgende gradvis eller full ansettelse under oppfølging, eller støttet sysselsetting der deltakerne blir plassert rett i arbeid på en vanlig arbeidsplass men med intensiv oppfølging av veiledere (22).

I Norge har Arbeids- og velferdsetaten (NAV) ansvaret for sysselsetting, og pasienter med psykiske lidelser er arbeidssøkere hos NAV på linje med andre som ønsker arbeid. Selv om slike tiltak blir drevet av statlige myndigheter, er sysselsetting beskrevet som en viktig del av ettervernet og en integrert del av annet forebyggende arbeid i kommunene (2, 4). Sysselsetting er også en målsetning og kjerneaktivitet i ulike frivillig organisasjoner og støttegrupper (22).

---

## Begrepsforklaringer og forkortelser

---

Begrep	Forklaring
Allokering	Fordeling av deltakere i et forsøk til tiltaks- og kontrollgruppe. <i>Skjult allokering</i> betyr at det er gjort grep for å skjule allokeringen til gruppene fra dem som er ansvarlig for å vurdere deltakere når de inngår i studien. Dette sikres ved robuste randomiseringsprosedyrer. <i>Åpen allokering</i> betyr at fordelingen til tiltaks- og kontrollgruppe ikke er skjult for dem som vurderer deltakere når de inngår i studien.
Alvorlig psykisk lidelse	I denne rapporten omfatter alvorlig psykiske lidelse følgende ICD-10 diagnoser: schizofreni, schizotyp, paranoide psykoser; akutte og forbigående psykoser, vrangforestillingslidelse, schizoaffective lidelser samt andre ikke-organiske eller uspesifisert ikke-organisk psykose; manisk episode og bipolar affektiv lidelse; alvorlig depressiv episode med eller uten psykotiske symptomer; tilbakevendende alvorlig depressiv lidelse med eller uten psykotiske symptomer; paranoid personlighetsforstyrrelse, schizoid personlighetsforstyrrelse, dyssosial (antisosial) personlighetsforstyrrelse, dramatiserende personlighetsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I tillegg inkluderte vi pasienter med agorafobi, sosial fobi, generalisert angstlidelse, spiseforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse såfremt disse var beskrevet som alvorlige tilfeller (eksempelvis "severe/ major mental illness" eller at deltakerne var eller hadde vært under behandling i psykisk helsevern). Personer benevnt som å ha alvorlig psykisk lidelse er også inkludert.
Blinding	I et kontrollert forsøk: prosessen som hindrer at de som er involvert i forsøk, vet hvilken gruppe deltakere tilhører. Risikoen for skjevhet blir redusert når så få personer som mulig vet hvem som mottar eksperimentelt tiltak (tiltak) og hvem som er i kontrollgruppen. Deltakere, helsepersonell, forsker (utfallsmål) og den som gjør analysene, er alle kandidater for blinding. Blinding er ikke alltid mulig.
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	Et instrument for å male positive symptomer, generell psykopatologi og affektive symptomer. Total skår rangeres fra 0 til 126, og høyere skår indikerer alvorligere symptomer.
Effekt	Den observerte sammenheng mellom et tiltak eller en eksposisjon og et utfall som blir uttrykt i et effektmål.
Effektestimert	Mål for effekt, f.eks. gjennomsnitt, frekvens, prosent, relativ risiko, odds ratio, "numbers needed to treat to benefit," standardisert gjennomsnittlig forskjell eller vektet gjennomsnittlig forskjell.
Future Outlook Inventory (FOI)	Et instrument for å evaluere innlagte pasienters opplevelse av fremtidsutsikter. Benytter for å vurdere diagnose, rehabilitering og reintegrering i samfunnet.
Global Assessment of Functioning (GAF)	Et instrument for å måle psykologisk, sosial og yrkes-

	messig funksjon. Høyere skår indikerer bedre utfall.
Global Assessment Scale (GAS)	Et instrument for å måle generell global funksjon og symptomer. Rangeres fra 0 til 100. Høyere skår indikerer bedre funksjon.
GRADE	En metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall) på tvers av primærstudier inkludert i systematiske oversikter, og styrken på anbefalinger i retningslinjer.
Heterogen	Ulik, uensartet. Populasjoner eller studier er heterogene når de gir et uensartet eller ulikt uttrykk, noe som betyr at de er forskjellige fra hverandre.
Konfidensintervall (KI)	Statistisk uttrykk for feilmargin fra frekvensstatistikk. Det angir intervallet som med en spesifisert sannsynlighet (vanligvis 95 %) inneholder den "sanne" verdien av variabelen man har målt. Presisjonen på resultatet angis som ytterpunktene for et intervall, f.eks. når man skriver $10,5 \pm 0,5$ (95 % KI), så betyr dette at målingen var 10,5, og at konfidensintervallet strekker seg fra 10,0 til 11,0. Jo smalere intervall, desto større presisjon.
Kvalitet på dokumentasjonen	En rangering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget som uttrykker i hvilken grad en kan stole på konklusjonene på tvers av primærstudier. GRADE brukes ofte for dette formålet.
Lehman Quality of Life Scale	Et instrument for å måle livskvalitet hos personer med alvorlig psykisk lidelse.
Mental Health Inventory (MHI)	Et instrument for å måle angst, depresjon, kontroll over atferd og positive affekt. Inkluderer subskalaer for hvert av disse domeneene, i tillegg til en total skår. Høyere skår indikerer bedre mental helse.
Meta-analyse	Statistisk teknikk for å slå sammen resultatene av inkluderte primærstudier.
Metodisk kvalitet	Vurdering av den helhetlige kvaliteten av en primærstudie eller en systematisk oversikt. Dette gjøres ved å vurdere design, instrumenter, resultater osv. Sjekklister benyttes ofte til dette formålet.
MRC social performance scale	Instrument som måler funksjon. Ikke beskrevet nærmere i oversikten.
Oversikt over oversikter	Samme som systematisk oversikt, bare at forskningen som blir vurdert, innsamlet og analysert er systematiske oversikter.
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	Instrument som måler symptomer hos pasienter med schizofreni. Består av tre subskalaer som måler positive symptomer (overdreven eller endrin av normale funksjoner) og negative symptomer (reduksjon eller tap av normal funksjon). Skala ene for PANSS positive syndrome og PANSS negative syndrome respektivt rangerer fra 7 til 48. PANSS general psychopathology rangerer fra 16-96. Høyere skår indikerer høyere psykopatologi.
Primærstudie	En enkeltstudie. Original forskning hvor data er samlet inn.

Profile of Moods Scale (POMS)	Et instrument for å måle stemningstilstand hos hjemmeboende psykiatriske pasienter.
Randomisering	Prosessen som tilfeldig fordeler deltakere til en av armerne i en kontrollert studie. Det er to komponenter i randomisering: generering av en tilfeldig sekvens, og dens implementering, ideelt på en måte slik at de som inkluderer deltakere i en studie, ikke er klar over sekvensen (skjult allokering). En god randomiseringsmåte er typisk en metode hvor deltakere allokeres til en gruppe fra et sentralt senter (for eksempel via telefon eller e-post), og sekvensen genereres av en tilfeldighetsgenerator på en datamaskin.
Relativ risiko, RR	Et mål på effekt. Forholdet mellom risikoen i to grupper. I tiltaksstudier er dette risikoen i tiltaksgruppen delt på risikoen i kontrollgruppen. En relativ risiko på 1 indikerer at det ikke er forskjell på de to gruppene. For uønskede utfall indikerer en relativ risiko < 1 at tiltaket er effektivt for å redusere risikoen for dette utfallet.
Role Functioning Scale (RFS)	Et instrument for å måle global rolle funksjon. Høyere skår indikerer høyere funksjon.
Social Adjustment Scale (SAS)	Et instrument for å vurdere sosial tilpassning, deriblant familie og yrkes funksjon.
Standardisert gjennomsnittlig forskjell	Forskjellen mellom to estimerte gjennomsnitt delt på et estimat for standardavviket. Det brukes for å kombinere resultater fra studier som bruker ulike måter å måle det samme begrepet på, f.eks. mental helse. Ved å uttrykke effektene som en standardisert verdi, kan resultatene kombineres da de ikke refererer til en bestemt skala. Standardisert gjennomsnittlig forskjell er noen ganger referert til som en d-indeks.
Statistisk signifikant	Hvis et resultat er statistisk signifikant er det lite sannsynlig at det skyldes tilfeldigheter. Den vanlige grensen for denne vurderingen er at resultatet, eller mer ekstreme resultater, ville forekomme med en sannsynlighet mindre enn 5 % hvis nullhypotesen var sann. Statistiske tester gir en p-verdi som brukes for å vurdere dette.
Systematisk oversikt	En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning (primærstudier), samt for å innsamle og analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (meta-analyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.
Søkestrategi	Metode brukt i en oversikt for å identifisere relevante studier. Er en kombinasjon av søkeord, søkefilter, tidsrom og elektroniske databaser benyttet for å identifisere studier. Metoden kan suppleres med å håndsøke relevante tidsskrifter, kontakte farmasøytiske bedrifter eller eksperter, andre former for personlig kontakt og sjekke referanselister.
The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE)	Instrument for å vurdere funksjon ved å observere atferd hos pasienter innlagt på institusjon. Total skår rangerer fra 0 til 320. Høyere skår indikerer negativ utfall.
Quality of Wellbeing Scale Index (QWB)	Et instrument for å måle helse relatert livskvalitet. Omfatter fire skalaer som vurderer fysisk påvirkning på en lidelse. Høyere skår indikerer bedre helse relatert livskvalitet.

---

# Metode

---

## Litteratursøk

---

Vi søkte etter systematiske oversikter i følgende databaser:

- Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, HTA) til 31.10.2011
- MEDLINE In process & Other Nondexed Citations and Ovid MEDLINE(R) fra 1948 til 31.10.2011
- EMBASE fra 1980 til 2011 uke 43
- PsycINFO 1806 til oktober uke 4 2011
- ISI Web of Science til 31.10.2011
- Sociological Abstracts til 31.10.2011
- CRD Databases til 31.10.2011
- Campbell Library til 16.11.2011

Søket var sammensatt av søkeord for relevante psykiske lidelser og oppfølgingstiltak. Vi brukte søkeord for støtte- og oppfølging generelt og for mer konkrete tiltak, som for eksempel bostøtte. Søket ble videre avgrenset med filter for systematiske oversikter. Forskningsbibliotekar Ingvild Kirkehei planla og utførte samtlige søk, og forskningsbibliotekar Marit Johansen fagfellevurderte søket. De fullstendige søkestrategiene er vist i vedlegg 1. I tillegg gikk vi gjennom referanselistene til de oversiktene som vi fant for om mulig å identifisere flere relevante referanser, samt at det ble gjort håndsøk i Cochrane Library. Søk etter studier ble avsluttet januar 2012.

---

## Inklusjonskriterier

---

Fordi problemstillingen er omfattende (inkluderer mange diagnoser og tiltak) og det finnes mye oppsummert forskning på området, valgte vi i dette prosjektet å søke etter systematiske oversikter.

Bestillingen som lå til grunn for dette prosjektet fokuserte i utgangspunktet på pasienter med alvorlig psykisk lidelse utskrevet fra psykisk helsevern. Det ble imidlertid tidlig i prosessen tydelig at det var vanskelig å identifisere denne gruppen i den tilgjengelige litteraturen. Årsaken til dette er at hvorvidt deltakerne har vært innlagt i psykisk helsevern eller ikke, sjelden er rapportert i studiene. Videre er det også forskjellig praksis når det gjelder hvem som blir innlagt for psykisk lidelse i ulike helse-systemer. Derimot er deltakerens helsetilstand eller diagnose oftere beskrevet i studiene.

I samarbeid med bestiller og fagfeller utarbeidet vi en definisjon av den populasjonen vi ønsket å si noe om, nærmere bestemt personer med alvorlig psykisk lidelse, og som i Norge med all sannsynlighet ville ha vært i kontakt med psykisk helsevern som en del av sitt behandlingsforløp. Det finnes mange definisjoner av alvorlig psykisk lidelse. Beskrivelsen benyttet i denne rapporten er basert på fellesnevnerne i definisjoner internasjonalt og nasjonalt, og med utgangspunkt i tidligere rapporter utført ved Kunnskapssenteret (23, 24).

**Populasjon:** Alle personer (barn, voksne og eldre) med en alvorlig psykisk lidelse. I denne rapporten omfatter alvorlig psykiske lidelse følgende ICD-10 diagnoser: schizofreni, schizotyp, paranoide psykoser; akutte og forbigående psykoser, vrangforestillingslidelse, schizoaffektive lidelser samt andre ikke-organiske eller uspesifisert ikke-organisk psykose; manisk episode og bipolar affektiv lidelse; alvorlig depressiv episode med eller uten psykotiske symptomer; tilbakevendende alvorlig depressiv lidelse med eller uten psykotiske symptomer; paranoid personlighetsforstyrrelse, schizoid personlighetsforstyrrelse, dyssosial (anti-sosial) personlighetsforstyrrelse, dramatiserende personlighetsforstyrrelse og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I tillegg inkluderte vi pasienter med agorafobi, sosial fobi, generalisert angstlidelse, spiseforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse såfremt disse var beskrevet som alvorlige tilfeller (eksempelvis ”severe/ major mental illness” eller at deltakerne var eller hadde vært under behandling i psykisk helsevern). Personer benevnt som å ha alvorlig psykisk lidelse er også inkludert.

**Tiltak:** Alle forebyggende sosiale støtte- og oppfølgingstiltak gitt i tillegg til vanlig praksis. Eksempelvis strukturelle tiltak (boliger,

hjemmetjeneste), deltakelse og sysselsetting (dagsenter/fritidstilbud), støttekontaktordninger, selvhjelpsgrupper) eller undervisning og opplæringstiltak (ferdighetstrening og oppfølging av medikamentbruk).

**Sammenlikning:** Annet tiltak/ ingen tiltak

**Utfall:** Dette er en oversikt over oversikter og vi var derfor avhengige av de utfallene som den enkelte oversikt rapporterte. Relevante utfall for denne oversikten inkluderte:

Kliniske utfall:

Fysisk og psykisk helse (herunder også livskvalitet) samt helseferd (for eksempel legemiddelbruk og selvskading)

Tilfredshet ved behandlingen:

Pasientens og pårørendes tilfredshet/opplevelse

Bruk av tjenester:

Reinnleggelse i psykisk helsevern (sykehus, daginstitusjoner andre institusjoner) samt bruk av andre helsetjenester

Sosial og funksjonell mestring:

Generell mestring, deltakelse i arbeid og sosiale aktiviteter, livsferdigheter (life skills) og kriminalitet og/ eller annen kontakt med politiet

Kostnader:

Kostnader knyttet til tiltaket

**Språk:** Ingen restriksjoner

---

## **Eksklusjonskriterier**

---

**Studiedesign:** Systematiske oversikter som ikke var av høy kvalitet

**Populasjon:** Personer med annen lidelse som hovedproblem, pasienter som



ikke har en alvorlig psykisk lidelse og demenspasienter

**Tiltak:** Behandling som hovedtiltak (psykoterapeutisk behandling som for eksempel kognitiv atferdsterapi, familierapi, problemløsningssterapi og motiverende intervju, medikamentell eller annen medisinsk eller psykiatrisk behandling)

---

## **Artikkelutvelging, kvalitetsvurdering og uthenting av resultater**

---

To personer (AA, LF, HM) gikk uavhengig av hverandre gjennom alle titlene og sammendragene. Vi brukte inklusjonskriteriene for å velge ut potensielt relevante systematiske oversikter på grunnlag av tittel og sammendrag for de referansene som søkealgoritmene hadde generert. De oversiktene som virket relevante ble bestilt og vurdert i fulltekst i henhold til inklusjonskriteriene av minst to personer (AA, LF eller HM). SW, SAF og IBL bidro med å lese italienske, tyske og nederlandske artikler.

Kvalitetsvurdering av de systematiske oversiktene ble utført av minst to personer uavhengig av hverandre i henhold til Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter. Sjekklisten er vist i Vedlegg 2. Der det fantes flere oversikter med samme problemstilling valgte vi den nyeste, så fremt denne var av høy kvalitet. For at en systematisk oversikt skulle være av høy kvalitet måtte den tilfredsstillende kravene i Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter. I tilfeller der det fantes oversikter med forskjellige problemstillinger (for eksempel ulike pasientgrupper eller tiltak) som belyste ulike deler av vår problemstilling, inkluderte vi den nyeste med høy kvalitet for hvert tema.

Oversiktene ble sortert etter problemstilling og etter hvilke sammenligninger som var gjort. Vi hentet ut resultatdata hovedsakelig i den formen og rekkefølge de var presentert i oversikten. AA og HM hentet ut data fra de inkluderte systematiske oversiktene, og én av AA, HM og LF dobbeltsjekkete uthentingene.

Der det var mulig har vi rapportert samlede effektstørrelser fra meta-analyser. Hvis ikke dette var mulig har vi rapportert effektstørrelser fra de inkluderte studiene slik de ble oppgitt i oversikten. For å unngå multiplisitet i data sørget vi for at studier som forekom i flere sammenligninger ble fjernet og beholdt i bare én sammenligning.

---

## Gradering av kvaliteten av dokumentasjonen

---

Vi har vurdert den samlede dokumentasjonen for hvert av hovedutfallsmålene ved hjelp av GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation), [www.gradeworkinggroup.org](http://www.gradeworkinggroup.org), se også Guyatt og kollegaer 2008 (23).

GRADE er en metode for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen i systematiske oversikter, og styrken på anbefalinger i retningslinjer. GRADE har fire nivåer for kvaliteten av dokumentasjonen:

**Høy kvalitet:** Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

**Middels kvalitet:** Vi har middels tillit effektestimater: effektestimater ligger sannsynligvis nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.

**Lav kvalitet:** Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater.

**Svært lav kvalitet:** Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten.

**Denne vurderingen gjøres for hvert utfall på bakgrunn av de primærstudiene som har målt det aktuelle utfallet i den enkelte oversikten og er uavhengig av kvaliteten på selve oversikten.** For en detaljert beskrivelse av Kunnskapssenterets arbeidsform henviser vi til vår metodebok "Slik oppsummerer vi forskning" som finnes på våre nettsider: <http://www.kunnskapssenteret.no>

---

# Resultat

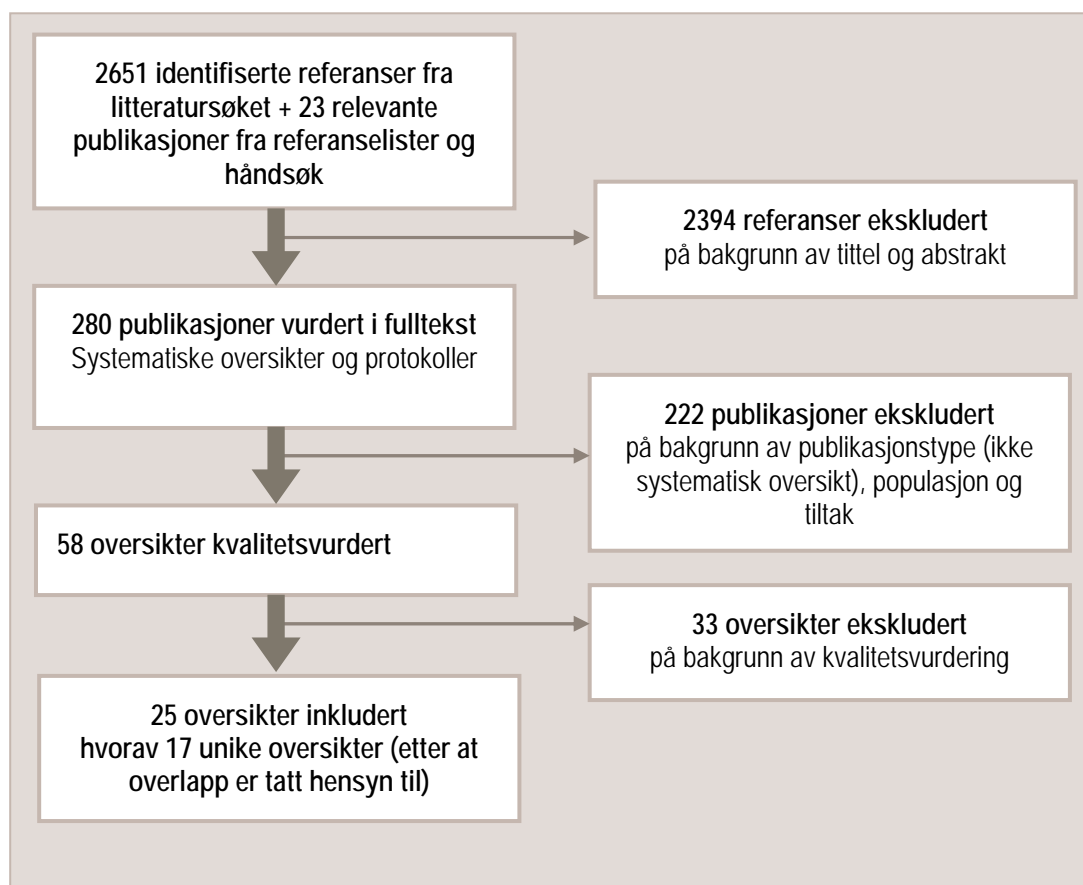
---

## Litteratursøk

---

Litteratursøk etter systematiske oversikter ble utført i perioden oktober 2011 til januar 2012 og vi identifiserte 2674 unike referanser. Flytskjema for søkeresultater, referanseinnhenting og håndtering av referansene er presentert i figur 1.

Figur 1. Flytskjema for søkeresultater



---

## Håndtering av innhentet litteratur

---

Av de 2674 identifiserte referansene vurderte vi 280 som mulig relevante og bestilte disse i fulltekst. Mange av de innhentede publikasjonene var oversiktsartikler som ikke var systematiske i sin tilnærming, eller var kun omtaler av andre oversikter.

Flere av oversiktene omfattet også pasienter som ikke hadde en alvorlig psykisk lidelse eller hvor tiltaket var brukt som behandling alene og ikke som støtte- og oppfølgingstiltak i tillegg til vanlig behandling.

Etter at vi hadde ekskludert 222 artikler som ikke tilfredsstilte våre inklusjonskriterier, kvalitetsvurderte vi de resterende 58 systematiske oversiktene. Vi vurderte 33 av disse til å være av middels til lav kvalitet. I henhold til protokollen inkluderte vi kun de systematiske oversiktene som var vurdert til å være av høy kvalitet. De ekskluderte systematiske oversiktene er listet i vedlegg 4 (Table of excluded systematic reviews) med begrunnelse for eksklusjon.

Tjuefem systematiske oversikter ble vurdert til å være av høy kvalitet (det vil si at de møtte alle kriteriene på sjekklisten). Det var stort overlapp mellom oversiktene, og flere av primærstudiene var inkludert på tvers av de ulike oversiktene (se vedlegg 3). Der det fantes flere oversikter med samme problemstilling, valgte vi den nyeste og den som best besvarte vår problemstilling. Totalt satt vi da igjen med 17 oversikter. Fem oversikter omhandlet ferdighetstrening, undervisning og informasjon, én oversikt omhandlet et kombinasjonstiltak av undervisning og oppfølging utført av farmasøyer, fem oversikter omhandlet bostøtte og oppfølging, fire oversikter omhandlet kultur- og fritidsaktiviteter og to oversikter omhandlet yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting.

De inkluderte systematiske oversiktene av høy kvalitet er beskrevet nedenfor og i vedlegg 3 (Table of included systematic reviews).

---

## **Ferdighetslæring, undervisning og informasjon**

---

Vi identifiserte totalt ni oversikter som oppsummerte effekter av ulike former for ferdighetslæring, undervisning og informasjon (5-7, 9, 25-29). Etter å ha tatt hensyn til overlapp satt vi igjen med fem oversikter (5-7, 9, 25) (se vedlegg 3). Disse omfattet følgende sammenligninger:

- Trening i livsferdigheter sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser
- Undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med bipolar lidelse
- Undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni
- Undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk
- Helseråd sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

## Trening i livsferdigheter sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser

Vi inkluderte én systematisk oversikt som oppsummerte effektene av trening i livsferdigheter (på engelsk: "life skills") for pasienter med schizofreni og schizofrenilignede lidelser (7). Oversikten, utført av Tungpunkom og kollegaer 2012, var sist oppdatert juni 2010. Oversikten inkluderte totalt sju studier, hvorav én av disse sammenlignet trening i livsferdigheter med en form for behandling, og er derfor ikke relevant her.

Én av studiene inkluderte kun menn, én inkluderte kun kvinner og de andre studiene besto av blandede grupper. Gjennomsnittlig alder på deltakerne varierte fra 35 til 50 år. Alle deltakerne hadde schizofreni eller schizofrenilignende tilstand, og der det er oppgitt, flere tidligere innleggelser bak seg. Deltakerne var alle innlagt på sykehus eller dagsykehus. Studiene var utført i USA, Storbritannia og Kina.

Livsferdighetsprogrammene ble gitt i tillegg til vanlig praksis og besto blant annet av opplæring i mellommenneskelige ferdigheter, egenpleie og hygiene, stressmestring, ernæring, økonomi, planlegging og tidsstyring. Intensiteten og varigheten varierte fra én til fire timer hver dag, én til fem dager i uken over syv til 12 uker. Deltakerne i kontrollgruppen fikk vanlig praksis som blant annet inneholdt medikamentell behandling, rekreasjon, kunst og arbeidstrening.

### Kvaliteten på dokumentasjonen

Forfatterne av oversikten graderte dokumentasjonen selv, og dokumentasjonen er av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av små studier, med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 1. Fullstendig GRADE evidensprofil er ikke tilgjengelig.

**Tabell 1. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av opplæring i livsferdigheter sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelser**

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Livsferdighetsprogram				
<b>Livsferdigheter:</b> Husholdningsferdigheter Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form Oppfølging: gjen-	250 per 1000	60 per 1000 (2 til 1000)	RR 0.24 (0.01 til 4.72)	10 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>1,2,3</sup>	-

nomsnittlig 12 uker

<b>Livsferdigheter:</b> Vaskeferdigheter Royal Edinburgh Occupational Thera- py Assessment Form Oppfølging: gjen- nomsnittlig 12 uker	500 per 1000	70 per 1000 (5 til 1000)	RR 0.14 (0.01 til 2.38)	10 (1 stu- die)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>1,2,3</sup>	-
<b>Livsferdigheter:</b> Egenomsorg Royal Edinburgh Occupational Thera- py Assessment Form Oppfølging: gjen- nomsnittlig 12 uker	500 per 1000	500 per 1000 (140 til 1000)	RR 1 (0.28 til 3.54)	10 (1 stu- die)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>1,2,3</sup>	-
<b>Tidlig frafall fra studien</b> Oppfølging: gjen- nomsnittlig 6-16 uker	29 per 1000	34 per 1000 (12 til 97)	RR 1.16 (0.4 til 3.36)	345 (5 studi- er)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>2,4,5</sup>	-
<b>Psykisk helse</b> PANSS general pathology. Oppfølging: gjen- nomsnittlig 24 uker	Gjennom- snittlig mental state i kont- rollgruppen var 23.9	Gjennomsnittlig men- tal state i interven- sjonsgruppen var 0 høyere (3.12 lavere til 3.12 høyere)	-	32 (1 stu- die)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>3,6,7</sup>	-
<b>Livskvalitet</b> Quality of Well-Being Scale index. Scale from: 0 to 10. Oppfølging: gjen- nomsnittlig 24 uker	Gjennom- snittlig livs- kvalitet i kont- rollgruppen var -0.49	Gjennomsnittlig livs- kvalitet interven- sjonsgruppa var 0.02 lavere (0.07 lavere til 0.03 høyere)	-	32 (1 stu- die)	⊕⊕⊕⊕ svært lav <sup>3,6,7</sup>	-

1 Den eneste RCT'n som var grunnlaget for dette utfallet hadde uklar randomiseringsprosedyre, allokering til gruppe, blinding, og hadde selektiv rapportering i tillegg til andre mulige systematiske feil.

2 Konfidensintervallene var svært brede og inkluderte både viktige forskjeller og ingen effekt.

3 Kun en studie som evaluerte dette utfallet.

4 Av de fem RCT'r som rapporterte data for dette utfallet, så hadde to studier ikke god nok randomiseringsprosedyre og det var uklart om allokeringen til gruppene var skjult. En studie var ikke dobbeltblindet og de resterende var ikke blindet. Det var også uklart om alle utfallene var rapportert.

5 Fem studier rapporterte resultater på dette utfallet, men forfatterne ekskluderte flere liknende studier publisert i Kina pga av manglende randomisering. Det er mindre sannsynlig at negative studier har blitt publisert.

6 Den eneste RCT'n som var grunnlaget for dette utfallet hadde uklarrandomiseringsprosedyre og allokering til gruppene og var ikke blindet, og hadde selektiv rapportering i tillegg til andre mulige systematiske feil.

7 Konfidensintervallene var svært brede og inkluderte både viktige forskjeller og ingen effekt

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Opplæring i livsferdigheter for pasienter med schizofreni sammenlignet med vanlig praksis:

- Det er usikkert om opplæring i livsferdigheter påvirker husholdsaktiviteter, egenomsorg, frafall fra tiltaket, livskvalitet og psykisk helse, da kvaliteten av dokumentasjonen var av svært lav kvalitet

### **Annet**

Oversikten evaluerte også effekter på psykisk helse. Effektestimatet for Positive and Negative syndrome scale (PANSS) - positive syndrome gikk noe i favør av intervensjonsgruppen, mens effektestimatet for Positive and Negative syndrome scale- negative syndrome (PANSS)- negative syndrome gikk noe i favør av kontrollgruppen. Effektestimatet for depresjon (målt på Profile of Moods Scales (POMS)) og opplevelse av framtidssikter (målt på Future Outlook Inventory (FOI)) er noe i favør av inter-

vensjonsgruppen. For ingen av utfallene var disse resultatene statistisk signifikante. Videre, som vist i GRADE tabellen over, er det også stor usikkerhet knyttet til disse effektestimaterne på grunn av kvaliteten på dokumentasjonen.

### **Undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med bipolar lidelse**

Vi identifiserte fire systematiske oversikter som oppsummerte effektene av undervisning for pasienter med bipolar lidelse (5, 26, 27, 29). Disse oversiktene hadde noe ulikt fokus og med stort overlapp mellom de inkluderte primærstudiene. Griffiths og kollegaer 2004 (29) evaluerte effekter av undervisning for alle pasienter som brukte legemidler for sin psykiske lidelse. Oversikten av Soares-Weiser og kollegaer 2007 (26) omfattet også andre tiltak enn undervisning (alle intervensjoner antatt å forebygge tilbakefall deriblant behandling). Oversikten av Justo og kollegaer 2007 (27) hadde en bredere problemstilling (alle familierettede tiltak) hvorav undervisning var kun én komponent av disse tiltakene og hvor flere av tiltakene kun rettet seg mot pårørende. Vi har her valgt å legge vekt på oversikten av Morriss og kollegaer 2007 (5) som hadde det sist oppdaterte søket. Oversikten var sist oppdatert i oktober 2005.

Oversikten omfattet totalt 11 studier, men kun sju av disse rapporterte relevante utfall i følge forfatterne (5). Disse evaluerte undervisning gitt i tillegg til vanlig praksis (medikamentell behandling samt behandling av psykiater) og var derfor relevant for vår problemstilling. Deltakerne hadde alle bipolar lidelse og omfattet en bred aldersgruppe fra 18 opp til 70 år .

Undervisningen fant sted hovedsakelig i gruppe men også individuelt. Undervisningen var (der det var rapportert) psykoedukasjon utført av psykolog og annet klinisk personell, og gikk over 12- 24 sesjoner á 45-90 minutter. Undervisningen inneholdt informasjon om bipolar lidelse og hvordan å gjenkjenne samt handle på bakgrunn av tidlige tegn på tilbakefall (5).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet. Kvaliteten er gradert ned fordi dokumentasjonen besto av små studier med risiko for systematiske skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 2 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.1.

**Tabell 2. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av undervisning for pasienter med bipolar lidelse sammenlignet med vanlig praksis**

**Pasienter eller populasjon:** Pasienter med bipolar lidelse  
**Setting:** Pasienter innlagt på sykehus og hjemmeboende pasienter  
**Intervensjon:** Undervisning  
**Sammenligning:** Vanlig praksis

Utfall	Sammenligning av risiko i de to	Relativ	Antall	Kvaliteten på do-	Kommentarer
--------	---------------------------------	---------	--------	-------------------	-------------

	gruppene (95 % KI)		effekt (95 % KI)	deltakere (studier)	kumentasjonen (GRADE)
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	Vanlig praksis	Education			
<b>Tid til første tilbakefall (alle typer)</b>	-	-	<b>Hazards ratio 0.57</b> (0.39 til 0.82 høyere)	690 (6 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>2,3</sup>
<b>Antall personer innlagt</b>	<b>178 per 1000</b>	<b>119 per 1000</b> (83 til 169)	<b>RR 0.67</b> (0.47 til 0.95)	679 (4 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>Middels</b> <sup>4</sup>
<b>Sosial funksjon</b> MRC social performance scale <sup>7</sup> Oppfølging: 12 måneder	-	Gjennomsnittlig sosial ytelse (funksjon) i intervensjonsgruppen var <b>1.24 høyere</b> (0.07 lavere til 2.55 høyere)	-	69 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>Lav</b> <sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> I hvilke land studiene var utført var ikke rapportert  
<sup>2</sup> En studie hadde uklare randomiseringsprosedyrer og de fleste studiene var ublindede  
<sup>3</sup> Noe inkonsistens identifisert, noe som kan være grunnlag for å nedgradere. Vi har her valgt å ikke gjøre dette basert på en global vurdering av andre utfall, konfidensintervall og effektestimater  
<sup>4</sup> De fleste av studiene var ublindede  
<sup>5</sup> Studien var ikke blindet  
<sup>6</sup> Færre enn 400 deltakere/ kun én liten studie  
<sup>7</sup> Skala ikke beskrevet nærmere i oversikten

### Hva sier dokumentasjonen?

Undervisning for pasienter med bipolar lidelse sammenlignet med vanlig praksis:

- Fører trolig til en lengre tid før pasienten får tilbakefall og færre som blir innlagt
- Effektestimatet for sosial funksjon går i favør av gruppen som får undervisning, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket

### Andre utfall

Ved lengre tids oppfølging (18 måneder) er effekten på sosial funksjon (målt på MRC social performance scale) statistisk signifikant i favør av gruppen som fikk undervisning (5). Forfatterne inkluderte også andre utfall knyttet til tilbakefall, slik som: tid til manisk episode og tid til depressiv episode. Resultatene for begge disse utfallene gikk i favør av undervisning (5). Som i GRADE tabellen over, er det også usikkerhet knyttet til disse effektestimatene grunnet kvaliteten på dokumentasjonen.

### Undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni og schizoaffektiv lidelse

Vi identifiserte tre systematiske oversikter som evaluerte effekter av undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni og schizoaffektiv lidelse (6, 28, 29). Disse oversiktene var delvis overlappende og inkluderte flere av de samme studiene. Oversikten av Pharoah og kollegaer 2010 (28) hadde en bredere problemstilling (alle familierettede tiltak) hvorav undervisning var kun én komponent av disse tiltakene og hvor flere av tiltakene kun retter seg mot pårørende. Griffiths og kollegaer 2004 (29) evaluerte effekter av undervisning for alle pasienter



med psykisk lidelse som brukte legemidler for sin psykiske lidelse. Oversikten av Xia og kollegaer 2011 (6) handlet bare om undervisning som tiltak og hadde dessuten det sist oppdaterte søket. Vi har derfor valgt å legge vekt på denne oversikten her. Oversikten var sist oppdatert i februar 2010.

Oversikten inkluderte 44 primærstudier utført i Kina, Frankrike, USA, Canada, Tyskland, Danmark og Malaysia. Deltakerne var fra 15 til 65 år, og de var både nylig diagnostiserte eller langtidssyke med en form for schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (6).

Undervisningen var omfattende og inkluderte blant psykoedukasjon og annen opplæring i diagnosen, legemiddelbruk, kommunikasjonsferdigheter samt stimulering av deltakelse i fritidsaktiviteter. Deltakerne fikk undervisning i både gruppe og individuelt. De fleste var innlagt når de deltok i undervisningen, men studiene inkluderte også pasienter som var utskrevet. I noen av studiene deltok også pårørende. Undervisningen ble gitt i tillegg til vanlig praksis og ble sammenlignet med vanlig praksis alene. Vanlig praksis er beskrevet som vanlig rehabilitering, oppfølging og behandling (6).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Xia og kollegaer 2011 (6) graderte kunnskapsgrunnlaget selv. Forfatterne vurderte dokumentasjonen til å være av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av studier med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 3. Fullstendig GRADE evidensprofil er ikke tilgjengelig.

**Tabell 3. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effektene av undervisning for pasienter med schizofreni og schizoaffektive lidelser sammenlignet med vanlig praksis**

<b>Pasienter eller populasjon:</b> Pasienter med schizofreni						
<b>Setting:</b> Sykehus						
<b>Intervensjon:</b> Undervisning						
<b>Sammenligning:</b> Vanlig praksis						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Undervisning				
Etterlevelse av anbefalt legemiddelbruk Oppfølging: 12 måneder	Lav risiko populasjon <sup>1</sup>		RR <b>0.48</b> (0.31 to 0.75)	282 (3 studier)	⊕⊕⊕⊕ <b>Svært lav</b> <sup>2,3,4</sup>	-
	200 per 1000	96 per 1000 (62 til 150)				
	Middels risiko populasjon <sup>1</sup>					

	<b>400 per 1000</b>	<b>192 per 1000</b> (124 til 300)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>384 per 1000</b> (248 til 600)				
<b>Frafall fra tiltaket lang tid uansett årsak (5 år eller mer)</b> Oppfølging: 12 måneder	<b>Lav risiko populasjon<sup>1</sup></b>	<b>RR 0.77</b> (0.48 til 1.23)	172 (2 studier)	⊕⊕⊕⊕ <b>Svært lav</b> <sup>2,3,4</sup>	-	
	<b>200 per 1000</b>	<b>154 per 1000</b> (96 til 246)				
	<b>Middels risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>400 per 1000</b>	<b>308 per 1000</b> (192 til 492)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>616 per 1000</b> (384 til 984)				
<b>Tidlig frafall fra tiltaket</b> Oppfølging: 12 måneder	<b>Lav risiko populasjon<sup>1</sup></b>	<b>RR 0.63</b> (0.38 til 1.04)	206 (2 studier)	⊕⊕⊕⊕ <b>Lav</b> <sup>2,4</sup>	-	
	<b>200 per 1000</b>	<b>126 per 1000</b> (76 til 208)				
	<b>Middels risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>400 per 1000</b>	<b>252 per 1000</b> (152 til 416)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>504 per 1000</b> (304 til 832)				
<b>Tilbakefall uansett årsak</b> Oppfølging: 12 måneder	<b>Lav risiko populasjon<sup>5</sup></b>	<b>RR 0.73</b> (0.62 til 0.85)	790 (6 studier)	⊕⊕⊕⊕ <b>Lav</b> <sup>4,6</sup>	-	
	<b>200 per 1000</b>	<b>146 per 1000</b> (124 til 170)				
	<b>Middels risiko populasjon<sup>5</sup></b>					
	<b>400 per 1000</b>	<b>292 per 1000</b> (248 til 340)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>5</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>584 per 1000</b> (496 til 680)				
<b>Tilbakefall målt som reinnleggelse</b> Oppfølging: 12 måneder	<b>Lav risiko populasjon<sup>7</sup></b>	<b>RR 0.71</b> (0.56 til 0.89)	206 (2 studier)	⊕⊕⊕⊕ <b>Lav</b> <sup>2,4</sup>	-	
	<b>200 per 1000</b>	<b>142 per 1000</b> (112 til 178)				
	<b>Middels risiko populasjon<sup>7</sup></b>					
	<b>400 per 1000</b>	<b>284 per 1000</b> (224 til 356)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>7</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>568 per 1000</b> (448 til 712)				
<b>Tilfredshet med</b>	<b>Lav risiko populasjon<sup>1</sup></b>	<b>RR 0.4</b>	116	⊕⊕⊕⊕	--	

<b>psykisk helsetjeneste – antall utilfredse</b>	<b>200 per 1000</b>	<b>80 per 1000</b> (34 til 192)	(0.17 til 0.96)	(1 studie)	<b>Lav</b> <sup>2,4</sup>	
Oppfølging: 12 måneder	<b>Middels risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>400 per 1000</b>	<b>160 per 1000</b> (68 til 384)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>1</sup></b>					
	<b>800 per 1000</b>	<b>320 per 1000</b> (136 til 768)				
<b>Antall døde</b>	<b>Lav risiko populasjon<sup>8</sup></b>	<b>RR</b>	344	⊕⊕⊖⊖	<b>Lav</b> <sup>2,4</sup>	To dødsfall i kontrollgruppen og tre dødsfall i gruppen som fikk undervisning
Oppfølging: 12 måneder	<b>10 per 1000</b>	<b>14 per 1000</b> (2 til 81)	<b>1.39</b> (0.24 til 8.11)	(2 studier)		
	<b>Middels risiko populasjon<sup>8</sup></b>					
	<b>30 per 1000</b>	<b>42 per 1000</b> (7 til 243)				
	<b>Høy risiko populasjon<sup>8</sup></b>					
	<b>50 per 1000</b>	<b>69 per 1000</b> (12 til 405)				

<sup>1</sup> Risiko i kontrollgruppene er omlag 30 %

<sup>2</sup> Randomiserings prosedyre er mangelfullt beskrevet

<sup>3</sup> Stor heterogenitet som ikke er forklart med studie design, populasjon eller tiltak

<sup>4</sup> Liten studiepopulasjon og konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket

<sup>5</sup> Risiko i kontrollgruppene er omlag 50 %

<sup>6</sup> Halvparten av studiene beskrev ikke randomiseringsprosedyrene

<sup>7</sup> Risiko i kontrollgruppene er omlag 70 %

<sup>8</sup> Risiko i kontrollgruppene er omlag 1 %

### ***Hva sier dokumentasjonen?***

Undervisning for pasienter med schizofreni og schizoaffektive lidelser sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir muligens noen færre tilbakefall og reinnleggelser
- Fører muligens til at noen flere er fornøyd med tiltaket
- Effektestimatene for tidlig frafall fra tiltaket og død viser liten eller ingen forskjell mellom gruppene, men resultatene er svært usikre da konfidensintervallene inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Det er usikkert om undervisning påvirker etterlevelse av anbefalt legemiddelbruk og frafall fra tiltaket ved langtids oppfølging, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### ***Andre utfall***

I tillegg til de utfallene som ble vurdert som viktigst av forfatterne over, ble effektene av undervisning målt på en rekke andre utfall. Effektestimatene på psykisk helse (vurdert ved Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) og Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)) gikk på kort sikt i favør av gruppen som fikk undervisning. Det samme gjorde effektene på antall dager på sykehus og kostnader (på grunn av mindre tilbakefall og færre reinnleggelser). Det var også en liten bedring på global funksjon på tvers av de fleste studier, målt blant annet ved Global Assessment of

Functioning (GAF) og Global Assessment Scale (GAS). Når det gjaldt effekter på pasientens kunnskap, innsikt, livskvalitet og sosial funksjon var det ingen klare resultater. En mulig forverring i atferd for intervensjonsgruppen ble funnet målt på The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (6). Som i GRADE tabellen over, er det også usikkerhet knyttet til disse effektestimaterne grunnet kvaliteten på dokumentasjonen.

### **Undervisning for pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk**

Vi identifiserte en oversikt av Cleary og kollegaer 2008 (25), som oppsummerte effekter av undervisning for pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk (25). Oversikten favnet bredt og inkluderte totalt 25 studier som evaluerte ulike psykososiale tiltak. De fleste av disse var ikke relevante for vår oversikt fordi de enten omhandlet ulike former for organisering av behandling eller effekter av behandling i seg selv slik som for eksempel kognitiv atferdsterapi. Oversikten var sist oppdatert i mai 2006, og inkluderte to relevante studier. Begge disse studiene var utført i USA. Den ene studien inkluderte kun pasienter med schizofreni, mens den andre studien inkluderte pasienter med forskjellige typer alvorlig psykisk lidelse. I begge studiene hadde deltakerne en fortid som rusmisbrukere. Alderen på deltakerne var fra 18- 59 år og det var en overvekt av menn (25).

Innholdet i undervisningen er mangelfullt beskrevet annet enn at den besto av undervisning i egen diagnose og behandling (psykoedukasjon), og at den inneholdt elementer av ferdighetstrening knyttet til egenomsorg. I begge studiene fant undervisningen sted ukentlig i grupper (varighet var ikke oppgitt), ble gitt i tillegg til vanlig praksis og var sammenlignet med vanlig praksis. I én av studiene er det rapportert at tiltaket ble utført av klinikere (25). Vanlig praksis er beskrevet som vanlig behandling og oppfølging av rus og psykiatri, deriblant brukerstyrte selvhjelpsgrupper.

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen er av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av små studier med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 4 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.2.

*Tabell 4. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av undervisning sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk*

Pasienter eller populasjon: Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rusmisbruk						
Setting: USA						
Intervensjon: Undervisning						
Sammenligning: Vanlig praksis						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	<b>Vanlig praksis</b>	<b>Undervisning</b>				

<b>Frafall (kort tid)</b> Oppfølging: 6 måneder	<b>306 per 1000</b>	<b>150 per 1000</b> (73 til 297)	<b>RR 0.49</b> (0.24 til 0.97)	94 (2 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Sosial tilpasning</b> Social adjustment scale (SAS) Oppfølging: 6 måneder	-	Gjennomsnittlig sosial tilpasning i intervensjonsgruppen var <b>0.92 lavere</b> (6.58 lavere til 4.74 høyere) <sup>3</sup>	-	47 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1,4,5</sup>	-
<b>Funksjon</b> Role functioning scale (RFS) Oppfølging: 6 måneder	Gjennomsnittlig funksjon i kontrollgruppen var <b>12.16</b>	Gjennomsnittlig funksjon i intervensjonsgruppen var <b>0.61 høyere</b> (1.63 lavere til 2.85 høyere) <sup>6</sup>	-	47 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1,4</sup>	-
<b>Antall dager innlagt på sykehus</b>	Gjennomsnittlig dager på sykehus i kontrollgruppen var <b>3.6</b>	Gjennomsnittlig dager på sykehus i intervensjonsgruppen var <b>1.8 høyere</b> (4.46 lavere til 8.06 høyere)	-	29 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>Svært lav</b> <sup>1,4,5</sup>	-

<sup>1</sup> Uklart om allokeringen til gruppene var skjult

<sup>2</sup> Det var færre enn optimalt antall hendelser i forhold til effekt

<sup>3</sup> Ved 12 måneder var den gjennomsnittlige forskjellen 2,58 (KI -3,39 to 8,55)

<sup>4</sup> Færre enn 400 deltakere/ kun én liten studie

<sup>5</sup> Brede konfidensintervall som inkluderte både ingen effekt og viktig forskjell

<sup>6</sup> Ved 12 måneder så var den gjennomsnittlige forskjellen 1,07 (KI -1,15 to 3,29)

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Undervisning av pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir muligens noe mindre frafall fra tiltaket
- Effektestimatet for funksjon er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Det er usikkert om undervisning påvirker sosial tilpasning og antall dager i sykehus, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### **Andre utfall**

Ved langtidsoppfølging av frafall fra tiltaket, sosial tilpasning og funksjon, opprettholder studiegruppene resultatene ved seks måneder, men ved 18 måneder går resultatene i favør av kontrollgruppen. Med unntak av det sistnevnte utfallet (fracfall ved 18 måneder), er effektene ikke statistisk signifikante (25). Som i GRADE tabellen over, er det også usikkerhet knyttet til disse effektestimatene grunnet kvaliteten på dokumentasjonen.

### **Helseråd for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Vi identifiserte én oversikt som oppsummerte effektene av å gi pasienter med alvorlig psykisk lidelse helseråd (9). Oversikten utført av Tosh og kollegaer 2011 (9), var sist oppdatert i november 2009 og inkluderte totalt seks studier. Helseråd ble gitt i tillegg til vanlig praksis. Én av studiene sammenlignet undervisning med deltakelse i kreative aktiviteter, mens de fem andre sammenlignet undervisning med vanlig praksis. Det er ikke oppgitt hvilke land studiene er utført i, men tiltakene ble gitt i

ulike settinger, blant annet av hjemmebaserte psykisk helse team, i primærhelsetjenesten, og i en akutenhet.

Deltakerne som fikk helseråd sammenlignet med vanlig behandling hadde en alvorlig psykisk lidelse (deriblant psykose, alvorlig affektiv forstyrrelse, alvorlig personlighetsforstyrrelse og schizofreni) og omfattet en bred aldersgruppe fra 18 til 65 år (9). Tiltakene besto av strukturerte undervisningsopplegg som foregikk over en periode fra seks uker til ett år. Undervisningen dreiet seg om kostholdsråd, trening, måter å strukturere hverdagen på, hvordan å forebygge rusmisbruk og røyking samt hvordan å ta i bruk helsetjenester og egenomsorg (av fysisk helse). Der det var rapportert var tiltakene utført av team og av helsesøster (9).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Forfatterne graderte dokumentasjonen selv fra middels til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at det var få deltakere, at konfidensintervallene inkluderte både viktige forskjeller og ingen effekt samt risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 6 og fullstendig GRADE evidensprofil var ikke tilgjengelig.

**Tabell 6. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for helseråd for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

<b>Pasienter eller populasjon:</b> Alvorlig psykisk lidelse, 18-65 år						
<b>Setting:</b> Land ikke oppgitt						
<b>Intervensjon:</b> Helseråd sammenlignet med vanlig praksis						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Helseråd				
<b>Livskvalitet</b> Lehman Quality of Life Scale. Scale from: 1 til 7. Oppfølging: median 18 måneder	Gjennomsnittlig livskvalitet i kontrollgruppen var <b>4.45 poeng</b> <sup>1</sup>	Gjennomsnittlig livskvalitet i intervensjonsgruppen var <b>0.2 høyere</b> (0.47 lavere til 0.87 høyere)	-	54 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ <sup>2,3,4,5</sup> <b>Svært lav</b>	-
<b>Død</b> Oppfølging: median 12 måneder	<b>Lav risiko populasjon</b> <sup>6</sup>		<b>RR 1.31</b> (0.3 til 5.8)	407 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ <sup>3,5,7</sup> <b>Lav</b>	Det var fire dødsfall i gruppen som fikk helseråd og tre dødsfall i kontrollgruppen
	<b>10 per 1000</b>	<b>13 per 1000</b> (3 til 58)				
	<b>Middels risiko populasjon</b> <sup>6</sup>					
	<b>15 per 1000</b>	<b>20 per 1000</b> (5 til 87)				
	<b>Høy risiko populasjon</b> <sup>6</sup>					
	<b>50 per 1000</b>	<b>65 per 1000</b> (15 til 290)				

<b>Frafall fra studien</b>	<b>Studie populasjon</b>		<b>RR</b>	884	⊕⊖⊖⊖	-
	<b>300 per 1000</b>	<b>354 per 1000</b> (291 til 429)	<b>1.18</b>	(5 studier)	<b>Svært lav</b> <sup>2,3,8,9</sup>	
			(0.97 til 1.43)			
<b>Middels risiko populasjon</b>						
		<b>292 per 1000</b>	<b>345 per 1000</b> (283 til 418)			
<b>Bruk av helse-tjenester: gjennomsnittlig opptak av anbefalte forebyggende tjenester</b> (US Preventative Services Task Force guidelines, høyere=bedre)	Gjennomsnittlig prosent opptak av anbefalte forebyggende helse-tjenester i kontrollgruppen var <b>21.8</b>	Gjennomsnittlig prosent opptak av anbefalte forebyggende helse-tjenester i intervensjonsgruppen var <b>36.9 høyere</b> (33.07 til 40.73 høyere)	-	363 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖	<b>lav</b> <sup>2,3,10</sup>

<sup>1</sup> Basert på en syvpunkts Likert scale

<sup>2</sup> Vurdert til å ha høy risiko for systematiske skjevheteter (bias), allokering til grupper var ikke skjult

<sup>3</sup> Vurdert til å ha høy risiko for systematiske skjevheteter (bias), ikke blindet

<sup>4</sup> Uklar overførbarhetsverdi. Forfatterne rapporterer at målingsinstrumentet var vanskelig å tolke.

<sup>5</sup> Det var få studiedeltakere

<sup>6</sup> Intervall basert på kontrollgruppens data

<sup>7</sup> Vurdert til å ha høy risiko for systematiske skjevheteter (bias), varigheten til studien kan ha hatt en negativ effekt på motivasjon

<sup>8</sup> Inkonsistens i data

<sup>9</sup> Det var få studiedeltakere

<sup>10</sup> Utfallet ble gradert ned av oss et ytterligere punkt pga at dokumentasjonen kun var basert på en studie

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Helseråd for pasienter med alvorlig psykisk lidelse:

- Gir muligens økt bruk av anbefalte forebyggende helsetjenester
- Effektestimatet for død viser liten eller ingen forskjell mellom gruppene, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Det er usikkert om helseråd påvirker livskvalitet og frafall fra studien, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### **Andre utfall**

Oversikten inkluderte flere utfall enn de som er inkludert i GRADE-tabellen, blant annet effekten av undervisning sammenlignet med vanlig praksis på kostnader knyttet til bruk av helsetjenester. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på dette utfallet. Oversikten inkluderte også en sammenligning av to former for undervisning utført i to studier. Den ene studien sammenlignet helseundervisning (på engelsk: health education) med helsemyndiggjøring (på engelsk: health empowerment). Effektestimatet for frafall og livskvalitet (målt på Lehman Quality of life scale) gikk noe i favør av gruppen som fikk helseundervisning for de målte utfallene, men resultatene var ikke statistisk signifikant.

Studien som evaluerte henholdsvis et program for sunn livsstil og et program hvor deltakerne fikk utfolde seg kreativt, fant en liten men ikke statistisk signifikant

forskjell mellom effektestimaterne i favør av gruppen som fikk programmet for sunn livsstil på metabolsk syndrom og arbeidskapasitet. Som i GRADE tabellen over, er det også usikkerhet knyttet til disse effektestimaterne grunnet kvaliteten på dokumentasjonen .

## Farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak

Vi identifiserte én oversikt, utført av Rubio-Valera og kollegaer 2011 (8) som oppsummerte effektene av farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlig depressiv lidelse. Oversikten var sist oppdatert i april 2010.

Oversikten omfattet seks studier utført i USA, Nederland og Australia. Deltakerne i studiene hadde alvorlig depresjon, og skulle enten i gang med eller var allerede brukere av antidepressive medikamenter (8). Gjennomsnittlig alder var fra 38 til 54 år og det var en overvekt av kvinner (8).

Tiltakene var utført av farmasøyter som jobbet som en del av primærhelsetjenesten og av farmasøyter med praksis i lokalsamfunnet. Innholdet i tiltakene omfattet undervisning om depresjon og legemiddelbruk, oppfølging (monitorering) av legemiddelbruk og pasientens reaksjoner på medisineren, samt eventuelt tilbakemelding til pasientens fastlege. Varigheten og intensiteten av tiltakene var ikke rapportert. Oversikten inkluderte kun utfall på legemiddelbruk (8). Farmasøytledet undervisning og oppfølging ble sammenlignet med vanlig praksis, men innholdet i hva som var beskrevet som vanlig praksis” var mangelfullt rapportert.

### Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen er av lav kvalitet. Det er usikkerhet knyttet til størrelsen på effektestimaterne og risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 5 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.3.

**Tabell 5. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlig depresjon**

**Pasienter eller populasjon:** Pasienter med alvorlig depresjon

**Setting:** USA, Nederland og Australia

**Intervensjon:** Undervisning og oppfølging av farmasøyter

**Sammenligning:** Vanlig praksis

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	<b>Vanlig praksis</b>	<b>Undervisning og oppfølging av farmasøyter</b>				
<b>Bruk av anti-depressiva (etterlevelse av anbefalt legemiddelbruk)</b> Oppfølging: 2-12	Antall hendelser var ikke rapportert N= 428	Antall hendelser var ikke rapportert N=459	OR 1,64 (1.24 til 2.17)	887 (6 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>Lav</b> <sup>1,2</sup>	



### ***Hva sier dokumentasjonen?***

Farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlig depresjon:

- Gir muligens bedre etterlevelse av anbefalt legemiddelbruk

---

## **Bostøtte og oppfølging**

---

Vi inkluderte fem systematiske oversikter som oppsummerte effektene av ulike former for bostøtte og oppfølging (13-16, 30) (se vedlegg 3).

Disse omfattet følgende sammenligninger:

- Bostøtte og hjemmebesøk sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Oppfølging av den fysiske helsen sammenlignet med vanlig praksis til pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Påminnelser sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Støttende relasjonsbygging sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig depresjon
- Støttende relasjonsbygging sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni

### **Bostøtte og hjemmebesøk for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Vi identifiserte én oversikt som hadde til hensikt å oppsummere effektene av bostøtte og hjemmebesøk for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (13).

Forfatterne av denne oversikten, Chilvers og kollegaer 2006, fant ingen studier som møtte inklusjonskriteriene. Vi kan derfor ikke trekke konklusjoner om effektene av denne type tiltak. Det siste søket ble utført i april 2006.

### **Oppfølging av den fysiske helsen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Vi identifiserte én oversikt, utført av Tosh og kollegaer 2010, som hadde til hensikt å evaluere effektene av oppfølging (monitorering) av den fysiske helsen til pasienter med alvorlig psykisk lidelse (15). Slik oppfølging er beskrevet av forfatterne som en systematisk og rutinebasert oppfølging av ulike indikatorer som for eksempel vekt, BMI, blodtrykk og tannhelse.

Forfatterne av denne oversikten fant ingen studier som møtte inklusjonskriteriene. Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjoner om effektene av denne type tiltak. Det siste søket ble utført i oktober 2009.

### **Påminnelser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Vi identifiserte én oversikt, utført av Reda og kollegaer 2001 (14), som hadde til hensikt å oppsummere effektene av å bruke påminnelser for å øke oppmøte til avtalt behandling eller oppfølging av medikamentell behandling.

Forfatterne (14) identifiserte ingen studier som observerte effekten av slike tiltak for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, kun studier som omfattet påminnelser for førstegangs oppmøte til behandling og som dermed ikke møter inklusjonskriteriene for denne oversikten. Vi kan derfor ikke konkludere om effektene av denne type tiltak. Det siste søket ble utført i april 2009.

### **Støttende relasjonsbygging for pasienter med alvorlig depresjon sammenlignet med vanlig praksis**

Vi identifiserte én oversikt som evaluerte støttende relasjonsbygging (på engelsk: "befriending") sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig depresjon. Mead og kollegaer 2010 (16) inkluderte totalt 24 studier med flere ulike deltakergrupper som pårørende, gravide, kvinner med fødselsdepresjon og pasienter med ulike kroniske lidelser. Oversikten rapporterte også effekten av tiltaket sammenlignet med kognitiv atferdsterapi i to studier av pasienter med depresjon og schizofreni. Det siste søket ble utført april 2008.

I vår oppsummering har vi valgt å konsentrere oss om studiene som inkluderte pasienter med alvorlig psykisk lidelse og hvor tiltaket er sammenlignet med vanlig praksis og ikke som en erstatning for behandling. Vi identifiserte tre studier som møtte våre inklusjonskriterier. Deltakerne besto av pasienter med moderat til alvorlig depresjon og de var mellom 25 og 74 år. Det var en stor overvekt av kvinner i studiene (16).

Støttende relasjonsbygging er tiltak rettet mot enkeltpersoner som har til hensikt å gi en uformell, støttende og emosjonsfokusert relasjon over tid. Støttende relasjonsbygging karakteriseres av at relasjonen er initiert og fulgt opp av en institusjon eller annen organisasjon, er gratis og utført av frivillige eller ansatte. Støttende relasjonsbygging skiller seg fra andre mer formelle og målrettede tiltak som pasientundervisning, mentoring, selvhjelp, rådgivning eller terapeutiske behandlinger (16).

De tre studiene var gjort i USA, Canada og Storbritannia. Intervensjonen ble utført per telefon eller ansikt til ansikt hjemme hos pasienten (16). Tiltakene varte fra 6 uker til ett år og besto av fra ett til to treff i uken. Personene som utførte relasjonsbyggingen jobbet som frivillige eller var psykologistudenter og andre med særskilt opplæring for oppgaven. Personene ble i den ene studien ”matchet” med pasientene på grunnlag av liknende erfaringsbakgrunn. Tiltaket var initiert og fulgt opp av sosiale og akademiske institusjoner. Tiltaket ble sammenlignet med vanlig praksis, men innholdet i hva som var beskrevet som ”vanlig praksis” var mangelfullt rapportert (16).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av små studier, med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 7 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.4.

*Tabell 7. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av støttende relasjonsbygging sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig depresjon*

<b>Pasienter eller populasjon:</b> Pasienter med alvorlig depresjon						
<b>Setting:</b> UK og USA						
<b>Intervensjon:</b> Støttende relasjonsbygging						
<b>Sammenligning:</b> Vanlig praksis						
<b>Utfall</b>	<b>Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)</b>		<b>Relativ Antall effekt deltakere (95 % KI)</b>	<b>Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)</b>	<b>Kommentarer</b>	
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	<b>Vanlig praksis</b>	<b>Støttende relasjonsbygging</b>				
<b>Depresjon</b> Oppfølging: 6 uker til 13 måneder	Ikke rapportert	Standardisert gjennomsnittlig forskjell depresjon i intervensjonsgruppa rangerte fra 0.27 til 0.75 lavere	- 218 (3 studier)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2,3</sup>		Konfidensintervall er ikke rapportert, men resultatene i to studier var ikke statistisk signifikante, mens resultatene i én studie var statistisk signifikant (p<0.05)

<sup>1</sup> To studier med middels kvalitet  
<sup>2</sup> Færre enn 400 deltakere  
<sup>3</sup> Brede konfidensintervall

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Støttende relasjonsbygging sammenlignet med vanlig praksis:

- Det er usikkert om støttende relasjonsbygging påvirker depresjon, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

## **Støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse**

Oversikten av Buckley og kollegaer 2007 (30) oppsummerte forskningen på effekten av ulike støttetiltak for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse.

Alle de inkluderte studiene omhandlet enten andre tiltak enn det som er relevant for vår oversikt, deriblant studier som testet ut effekten av medikamentell eller annen behandling, eller de sammenlignet støttetiltak (i stedet for annen behandling) med en annen form for behandling. Vi kan derfor ikke konkludere om effektene av denne type tiltak. Det siste søket ble utført januar 2004.

---

## **Kultur- og fritidsaktiviteter**

---

Vi identifiserte totalt sju oversikter som oppsummerte effektene av kultur- og fritidsaktiviteter (17-19, 21, 31-33). Etter å ha tatt hensyn til overlapp satt vi igjen med fire oversikter (17-19, 31) (se vedlegg 3). Disse oversiktene omfattet følgende sammenligninger:

- Sport og spill sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD)
- Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni
- Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med depresjon

### **Sport og spill sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med PTSD**

Vi inkluderte én oversikt, utført av Lawrence og kollegaer 2010 (18), som hadde til hensikt å oppsummere effektene av sport og spill for pasienter med PTSD sammenlignet med vanlig praksis eller annet psykososialt tiltak.

Forfatterne av oversikten definerte sport som rekreativ, organisert, uformelle eller formelle aktiviteter, og spill som regelstyrte aktiviteter utført kun for underholdningens skyld slik som for eksempel brettspill eller dataspill. Tiltakene kunne være ledet av lekfolk eller ulike typer profesjonelle, eller utføres på eget initiativ.

Oversikten var sist oppdatert i juni 2008, og identifiserte ingen relevante studier (18). Vi kan derfor ikke trekke noen konklusjoner om effektene av denne type tiltak.

### **Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni**

Vi identifiserte to systematiske oversikter (19, 31) som oppsummerte effekter av fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni, og vi har valgt å oppsummere begge disse. Oversikten av Gorczynski og Faulkner 2010 (19) inkluderte totalt tre studier. Det

siste søket ble utført desember 2008. To av de tre studiene evaluerte effekten av fysisk aktivitet som et tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis. Hva som var vanlig praksis var mangelfullt rapportert. Tiltakene varierte fra to til tre ganger i uken over en periode fra 12 til 16 uker, og besto av både kondisjon og styrketrening. Studiene var utført i USA og Canada. Den siste av de tre studiene sammenlignet to typer fysisk aktivitet, hvorav den ene gruppen fikk trening bestående av jogging, rask gange og øvelser i stå- og sitteposisjoner og den andre gruppen fikk yoga. Studien var utført i India og inkluderte pasienter med schizofreni med en snittalder på 31 år og det var en lett overvekt av menn. Deltakerne fikk én times trening fem ganger i uken. Varigheten av tiltaket er ikke beskrevet (19).

Oversikten av Roine og kollegaer 2009 (31) inkluderte en rekke forskjellige populasjoner som pasienter med revmatisme, lunge og hjertesykdom. Oversikten inkluderte kun én studie som var relevant for vår problemstilling og som gjaldt pasienter med schizofreni. Studien var utført i Spania og tiltaket var et treningsprogram som gikk over en lengre tidsperiode (gjennomsnittlig 4,1 år) med én time én gang i uken. Den fysiske aktiviteten besto av både kondisjons- og styrketrening. Det siste søket ble utført juni 2008. Oversikten vurderte bare kostnadseffektivitet, og det er derfor bare dette utfallet som er rapportert og oppsummert her. Treningsprogrammet ble sammenlignet med vanlig praksis (31).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen er av svært lav kvalitet og besto av små studier, med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 8 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.5.

**Tabell 8. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av fysisk aktivitet i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med schizofreni**

<b>Pasienter eller populasjon:</b> Pasienter med schizofreni					
<b>Setting:</b> USA, Canada og Spania					
<b>Intervensjon:</b> Fysisk aktivitet					
<b>Sammenligning:</b> Vanlig praksis					
<b>Utfall</b>	<b>Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)</b>		<b>Relativ Antall deltakere (studier) (95 % KI)</b>	<b>Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)</b>	<b>Kommentarer</b>
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko			
	<b>Vanlig praksis</b>	<b>Fysisk aktivitet</b>			
<b>Psykisk helse</b> (målt på Mental health Inventory total) Oppfølging: 12 uker	Gjennomsnittlig mental psykisk helse i kontrollgruppen var <b>58.1</b>	Gjennomsnittlig psykisk helse i intervensjonsgruppen var <b>7.40 høyere</b> (2.46 lavere til 17.26 høyere)	- 10 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Fysisk form</b> (Physical fitness walking test- seks minutters gåavstand) Oppfølging: 12 uker	Gjennomsnittlig fysisk form i kontrollgruppen var <b>484.2</b>	Gjennomsnittlig fysisk form i intervensjonsgruppen var <b>79.50 høyere</b> (33.82 til 125.18 høyere)	- 13 (1 studie)	⊕⊕⊕⊕ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-

<b>Fysisk styrke</b> Oppfølging: 12 uker	Gjennomsnittlig fysisk styrke i kontrollgruppen var <b>49.2</b>	Gjennomsnittlig fysisk styrke i intervensjonsgruppen var <b>2 høyere</b> (0.55 til 3.45 høyere)	-	13 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>BMI</b> Oppfølging: 12 uker	Gjennomsnittlig BMI i kontrollgruppen var <b>28.8</b>	Gjennomsnittlig BMI i intervensjonsgruppen var <b>1.20 lavere</b> (2.92 lavere til 0.52 høyere)	-	13 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Tidlig frafall fra studien</b> Oppfølging: 12-16 uker			<b>RR 1.30</b> (-3.64 til 6.24)	25 (2 studier)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	Det var null hendelser i kontrollgruppen og to i eksperimentgruppen.
<b>Kostnader knyttet til reinnleggelse på sykehus</b>	Gjennomsnittlig kostnad i kontrollgruppen var 115 200 euro	Gjennomsnittlig kostnad i intervensjonsgruppen var 108 000 euro lavere	-	40 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <sup>2,3</sup> <b>svært lav</b>	Konfidensintervall ikke rapportert

<sup>1</sup> Uklart om studiene var blindet og mangelfull rapportering

<sup>2</sup> Det var færre enn 400 deltakere og med et bredt konfidensintervall/ det var færre enn optimalt antall hendelser i forhold til effekt/ kun én studie

<sup>3</sup> Kontrollert studie uten randomisering og med sannsynligheter for systematiske skjevheter

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Fysisk aktivitet for pasienter med schizofreni i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis:

- Det er usikkert om fysisk aktivitet påvirker fysisk form og styrke, psykisk helse, BMI, frafall fra tiltaket og kostnader knyttet til reinnleggelse, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### **Andre utfall**

Oversikten av Gorczynski og Faulkner 2010 (19) inkluderte også en rekke andre utfall på psykisk helse (målt på Mental Health Inventory Depression, Mental Health Inventory Anxiety, Mental Health Inventory Positive Affect, og PANSS negative og PANSS positive (PANSS)). På alle disse utfallene var effektestimaterne noe i favør av gruppen som fikk fysisk aktivitet, men resultatene på Mental Health Inventory Positive Affect og Mental Health Inventory Behavioural var ikke statistisk signifikante. Effektestimaterne for blodtrykk og vekt gikk også noe i favør av gruppen som fikk fysisk aktivitet, men effektene var ikke statistisk signifikante.

Oversikten sammenlignet også to typer fysisk aktivitet; her kom gruppen som fikk yoga bedre ut når det gjaldt psykisk helse og livskvalitet sammenlignet med gruppen som fikk fysisk aktivitet i form av jogging, gåturer samt sittende og stående øvelser (19). Som i GRADE tabellen over, er det også usikkerhet knyttet til disse effektestimaterne grunnet kvaliteten på dokumentasjonen.

### **Fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med depresjon**

Vi identifiserte fire systematiske oversikter som oppsummerte effekter av fysisk aktivitet for pasienter med depresjon (17, 21, 32, 33). Det er mye overlapp mellom disse oversiktene og flere av primærstudiene går igjen på tvers av oversiktene. Oversik-

ten av Lawlor og Hopker 2001 (33) hadde det eldste søket, og i oversikten av Wang og kollegaer 2009 fokuseres det kun på en spesiell treningsform (Tai Chi, en form for kampsport) (21). I denne rapporten har vi derfor valgt å omtale den mer omfattende og nyere oversikten av Mead og kollegaer 2009 (17). Oversikten av Krogh og kollegaer 2011 har et noe nyere søk (2008) (32), men analysene av resultatene i oversikten av Mead og kollegaer 2009 (17) (omregning til standardisert gjennomsnittlig forskjell) er gjort i forhold til de nyeste retningslinjene.

Oversikten av Mead og kollegaer (17) inkluderte studier som evaluerte effektene av fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig praksis. Oversikten inkluderte totalt 28 studier der 23 av studiene sammenlignet fysisk aktivitet i tillegg til vanlig praksis med vanlig praksis. De resterende fem studiene rapporterte resultater som enten ikke kunne brukes i meta-analysen i oversikten eller de hadde sammenligninger som ikke var relevante for vår oversikt (fysisk aktivitet sammenlignet med en behandlingsform). Flere av studiene omfattet pasienter med mindre alvorlig depresjon eller ga en mangelfull beskrivelse av deltakerne. Vi har derfor valgt kun å omtale sju av studiene som inkluderte deltakere med alvorlig psykisk lidelse. Oversikten ble sist oppdatert mars 2007 (17).

Deltakerne omfattet både pasienter som var innlagt i psykisk helsevern, under oppfølging i primærhelsetjenesten og andre rekruttert gjennom media. Det var en overvekt av kvinner og alderen var fra 35 til 72 år (17).

Den fysiske aktiviteten fant sted både individuelt og i grupper og varierte fra 10 dager til 16 uker. Den fysiske aktiviteten besto hovedsakelig av kondisjonstrening som løping, gange, utholdenhet og aerobic, men også Tai-Chi. Det var stor variasjon i varigheten på tiltakene, fra to uker til tre måneder. Studiene var utført i USA, Storbritannia, Hong Kong, Tyskland og Norge. Den fysiske aktiviteten fant sted innendørs der hvor det var beskrevet, med unntak av i én studie (17).

### ***Kvaliteten på dokumentasjonen***

Dokumentasjonen er av middels kvalitet. Nedgraderingen skyldes at dokumentasjonen besto av små studier og at det var heterogenitet på tvers av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 9 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.6.

***Tabell 9. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av fysisk aktivitet i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med depresjon***

<b>Pasienter eller populasjon:</b> Pasienter med depresjon <b>Setting:</b> USA, UK, Norge, Hong Kong, Tyskland <b>Intervensjon:</b> Fysisk aktivitet <b>Sammenligning:</b> Vanlig praksis						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				

	Vanlig praksis	Fysisk aktivitet				
<b>Depresjon (kort tids oppfølging)</b>	Standardisert gjennomsnittlig depresjon i kontrollgruppen var 18.25	Standardisert gjennomsnittlig depresjon (kort tid) i intervensjonsgruppen var <b>0.52 lavere</b> (-0.91 til -0.13 lavere)	-	448 (7 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>middels</b> <sup>1</sup>	-
<b>Depresjon (lang tids oppfølging)</b>	Standardisert gjennomsnittlig depresjon i kontrollgruppen var 12.35	Standardisert gjennomsnittlig depresjon (lang tid) i intervensjonsgruppen var <b>0.84 lavere</b> (-2.41 lavere til 0.73 høyere)	-	144 (2 studier)	⊕⊕⊕⊖ <b>middels</b> <sup>2</sup>	-

<sup>1</sup> Stor heterogenitet mellom studiene.

<sup>2</sup> Færre enn 400 deltakere og vidt konfidensintervall

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Fysisk aktivitet for pasienter med depresjon i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis:

- Gir trolig noe mindre depresjon på kort sikt. Ved lang tids oppfølging er effektestimaten for depresjon i favør av gruppen som fikk fysisk aktivitet, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket

### **Yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting**

Vi identifiserte tre oversikter som evaluerte ulike former for yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting (20, 22, 34). Etter å ha tatt høyde for overlapp satt vi igjen med to oversikter (20, 22) (se vedlegg 3). Disse omfattet følgende sammenligninger:

- Yrkesrettet rehabilitering integrert i primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (primærhelsetjeneste) for pasienter med alvorlig depresjon
- Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis (sykehus) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Yrkesforberedende opplæring med betaling sammenlignet med yrkesforberedende opplæring alene for pasienter med schizofreni eller schizofrenilignende lidelse
- Fremskyndet ansettelse med veiledning på arbeidsplassen sammenlignet med gradvis introduksjon til arbeidslivet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Støttet sysselsetting sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse
- Støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse



## Yrkesrettet rehabilitering integrert i primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (primærhelsetjeneste) for pasienter med alvorlig depresjon

Vi inkluderte én systematisk oversikt, utført av Nieuwenhuijsen og medarbeidere 2008 (20) som oppsummerte effektene av tiltak som hadde som formål å redusere arbeidsuførhet for pasienter med depresjon. Oversikten inkluderte totalt 11 studier. Med unntak av én studie, omhandlet disse effektene av ulike typer behandling, som f. eks effekten av legemidler eller terapi. Det er derfor kun denne ene studien som er relevant for vår oppsummering. Denne studien sammenlignet en form for yrkesrettet rehabilitering integrert i primærhelsetjenesten sammenlignet med primærhelsetjeneste alene (vanlig praksis) (20).

Deltakerne i denne studien var beskrevet som å ha alvorlig depresjon og 50 % fravær fra arbeid forårsaket av depresjonen. Studien fant sted ved en psykiatrisk poliklinikk i Nederland og snittalderen på deltakerne var om lag 46 år (20).

Det yrkesrehabiliterende tiltaket besto av et sammensatt program med gjennomgang av deltakernes arbeidserfaring, rollespill i en jobbrelatert situasjon og en plan for å komme tilbake til arbeidslivet (reintegrering). Dette tiltaket ble sammenlignet med vanlig praksis (20).

### Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen var av lav kvalitet og besto av kun én liten studie med usikkerhet knyttet til effektestimaterne. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 10 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.7.

Tabell 10. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av yrkesrehabilitering for pasienter med alvorlig depresjon sammenlignet med vanlig praksis

Pasienter eller populasjon: Pasienter med alvorlig depresjon Setting: Nederland Intervensjon: Yrkesrehabilitering						
Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95% KI)		Relativ effekt (95% KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Yrkesrehabilitering				
Dager sykefravær	Standardisert gjennomsnittlig sykefravær i kontrollgruppen var	Standardisert gjennomsnittlig sykefravær i intervensjonsgruppen var	-	62 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2</sup>	-
Oppfølging: >1 år	65.5	0.30 lavere (0.8 lavere til 0.2 høyere)				
Depresjon	Standardisert gjennomsnittlig depresjon i kontrollgruppen var	Standardisert gjennomsnittlig depresjon i intervensjonsgruppen var	-	62 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2</sup>	-
Oppfølging: <1 år	15.5	0.24 høyere (0.26 lavere til 0.74 høyere)				

<sup>1</sup> Det var færre enn 400 deltakere/ kun én liten studie

<sup>2</sup> Bredt konfidensintervall

### ***Hva sier dokumentasjonen?***

Yrkesrehabilitering sammenlignet med vanlig praksis (primærhelsetjeneste i kommunen):

- Effektestimatene for antall dager sykefravær og depresjon viser liten eller ingen endring, men resultatene er svært usikre da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket

### **Yrkesforberedende opplæring og støttet sysselsetting**

Vi identifiserte to systematiske oversikter som hadde til hensikt å evaluere effektene av ulike former for yrkesforberedende opplæring og støttet sysselsetting for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (22, 34). Disse oversiktene var svært overlappende og vi valgte derfor å omtale den av oversiktene som hadde det sist oppdaterte søket. Crowther og medarbeidere 2001 (22) inkluderte 18 studier hvor deltakerne besto av pasienter med ulike alvorlige psykiske lidelser. Hovedvekten av disse var pasienter med schizofreni, men det var også pasienter med schizofrenilignende lidelser, bipolar lidelse samt alvorlig depresjon med psykose. Deltakerne var mellom 18 og 65 år, og studiene var utført i USA og Storbritannia. Studiene omfattet pasienter som var innlagt på sykehus samt utskrevne og hjemmeboende pasienter. Seksten av de 18 inkluderte studiene var relevante for vår oppsummering. De resterende to studiene så på effekt av psykologisk behandling og vi har derfor ikke inkludert disse her.

Oversikten inkluderte en rekke sammenligninger som er beskrevet nedenfor. Alle tiltakene ble sammenlignet med vanlig praksis, eller med andre former for yrkesrettet rehabilitering.

### **Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykiske lidelse i sykehus**

Oversikten av Crowther og kollegaer 2001 (22) inkluderte to studier som evaluerte effektene av yrkesforberedende opplæring (på engelsk: pre-vocational training) sammenlignet med vanlig praksis for pasienter innlagt i sykehus. I den ene studien besto den yrkesforberedende opplæringen av opplæring i sosiale ferdigheter, arbeidsrettede oppgaver, ekskursionsjoner til arbeidsplasser, workshops og gradvis introduksjon til arbeidslivet gjennom lokale bedrifter. I den andre studien ble deltakerne umiddelbart utplassert i arbeid på en vernet arbeidsplass.

De som ble direkte utplassert fikk lønn, hjelp med transport og en veileder på arbeidsplassen. Snittalderen på deltakerne var kun kjent i den ene studien og var på 46 år. I begge studiene hadde over halvparten en schizofreni eller schizofrenilignende diagnose, og hadde vært innlagt mer enn én gang tidligere (22).

## Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen var av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto små studier, med noe risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 11 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.8.

**Tabell 11. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis**

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis (sykehus)	Yrkesforberedende opplæring				
<b>Ikke i vanlig arbeid</b> Oppfølging: 8 måneder	<b>960 per 1000</b>	<b>758 per 1000</b> (605 til 960)	<b>RR 0.79</b> (0.63 til 1)	50 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Ikke i noen form for arbeid</b> Oppfølging: 8 måneder	<b>960 per 1000</b>	<b>403 per 1000</b> (250 til 653)	<b>RR 0.42</b> (0.26 til 0.68)	50 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Deltok ikke i tiltaket (de som ble ansatt ikke inkludert)</b> Oppfølging: 6-8 måneder	<b>26 per 1000</b>	<b>8 per 1000</b> (0 til 194)	<b>RR 0.33</b> (0.01 til 7.55)	78 (2 studier)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>3,4,5</sup>	-
<b>Ikke utskrevet fra sykehus</b> Oppfølging: 8 måneder	<b>880 per 1000</b>	<b>836 per 1000</b> (669 til 1000)	<b>RR 0.95</b> (0.76 til 1.19)	50 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	-

<sup>1</sup> Uklart om allokering til gruppene var skjult  
<sup>2</sup> Kun én liten studie  
<sup>3</sup> En studie med uklar risiko for skjevheter  
<sup>4</sup> Det var færre enn optimalt antall hendelser i forhold til effekt og konfidensintervallet inkluderer både ingen effekt og viktige forskjeller  
<sup>5</sup> Svært bredt konfidensintervall

## Hva sier dokumentasjonen?

Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis for pasienter i sykehus:

- Effektestimatet for antall i vanlig arbeid er i favør av gruppen som fikk yrkesforberedende opplæring, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Gir muligens færre som ikke er i noen form for arbeid
- Effektestimatet for antall utskrevet fra sykehus er i favør av gruppen som fikk yrkesforberedende opplæring, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Det er usikkert om yrkesforberedende opplæring påvirker antall som deltar i tiltaket (frafall), da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

## Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kommunene

Oversikten av Crowther og medarbeidere 2001 (22) inkluderte fem studier som evaluerte effektene av yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen). Tiltakene omfattet blant annet utplassering på en arbeidsplass, workshops, opplæring i organisering av dagen, deltakelse i sosiale aktiviteter, bostøtte og oppfølging på arbeidsplassen. Av kjente program så inngikk blant annet "Clubhouse" modellen i denne evalueringen, som er et profesjonelt selvhjelpsprogram hvor deltakelse i arbeid står sentralt.

Deltakerne var fra 18 til 55 år, hadde vært innlagt mer enn én gang i sykehus og var diagnostisert med blant annet psykose, schizofreni eller schizofrenilignende lidelser (22). For tre av utfallene har vi laget meta-analyser, disse er gjengitt i vedlegg 6.

### Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen er av middels til lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av små studier, at konfidensintervallene for noen av resultatene var vide og viste både ingen og mulig viktig effekt av tiltaket, og at det var noe risiko for systematiske skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 12 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.9.

**Tabell 12. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen)**

**Pasienter eller populasjon:** Pasienter med alvorlig psykisk lidelse

**Setting:** USA og UK

**Intervensjon:** Yrkesforberedende trening

**Sammenligning:** Vanlig praksis (oppfølging i kommunen)

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis	Yrkesforberedende opplæring				
Ikke i vanlig arbeid Oppfølging: 18-24 måneder	712 per 1000	705 per 1000	RR 0.99 (0.82 til 1.18) <sup>1</sup>	243 (2 studier)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>2,7</sup>	-
Ikke i noen form for arbeid Oppfølging: 6-9 måneder	679 per 1000	658 per 1000 (570 til 754)	RR 0.97 (0.84 to 1.11) <sup>3</sup>	417 (2 studier)	⊕⊕⊕⊖ middels <sup>4</sup>	-
Ikke i noen form for arbeid Oppfølging: 12-18 måneder	664 per 1000	571 per 1000 (478 til 677)	RR 0.86 (0.72 til 1.02) <sup>5</sup>	365 (2 studier)	⊕⊕⊕⊖ middels <sup>5</sup>	-
Deltok ikke i tiltaket (de som ble ansatt ikke inkludert) Oppfølging: 9-18 måneder	400 per 1000	380 per 1000 (208 til 688)	RR 0.95 (0.52 til 1.72)	284 (2 studier)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>6,7</sup>	-
Antall reinnlagt på sykehus Oppfølging: 1 år	366 per 1000	289 per 1000 (238 til 348)	RR 0.79 (0.65 til 0.95)	887 (3 studier)	⊕⊕⊕⊖ middels <sup>4</sup>	-

<sup>1</sup> Kalkulert ved å kombinere en studie med 18 måneders oppfølging og en studie med 24 måneders oppfølging.

<sup>2</sup> To studier med høy eller uklar risiko for skjevheter

<sup>3</sup> Kalkulert ved å kombinere en studie med 6 måneders oppfølging en studie ved 9 måneders oppfølging

<sup>4</sup> En studie med lav og en med høy risiko for skjevheter

<sup>5</sup> Kalkulert ved å kombinere en studie med 12 måneders oppfølging og en studie med 18 måneders oppfølging

<sup>6</sup>To studier med uklar risiko for skjevheter

<sup>7</sup>Bredt konfidensintervall som inkluderer viktige forskjeller og ingen effekt

<sup>8</sup>Tre studier med uklar risiko for skjevheter

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen):

- Effektestimatet for antall personer som er i vanlig eller annen form for arbeid samt frafall fra tiltaket viser liten eller ingen forskjell mellom gruppene, men resultatene er svært usikre da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Effektestimatet for antall i en form for arbeid ved lang tids oppfølging går noe i favør av gruppen som fikk yrkesforberedende opplæring, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Gir trolig en reduksjon i antall som blir reinnlagt på sykehus

### **Yrkesforberedende opplæring med lønn sammenlignet med ulønnet yrkesforberedende opplæring for pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelse**

Oversikten av Crowther og medarbeidere 2001 (22) inkluderte én studie som evaluerte effektene av å betale deltakerne ved yrkesforberedende opplæring. Intervensjonsgruppen fikk 3.4 USD i timen (publikasjon fra 1993).

Deltakerne hadde en snittalder på 43 år, var hovedsakelig menn, og hadde en schizofreni eller schizofrenilignende diagnose. Tidligere innleggelsesvar på 8.5 innleggelsesvar i snitt (22).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen er av lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av kun én studie med få deltakere, med noe risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studien. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 13 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.10.

**Tabell 13. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av yrkesforberedende opplæring og betaling sammenlignet med yrkesforberedende opplæring alene for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

**Pasienter eller populasjon:** Pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelse

**Setting:** USA

**Intervensjon:** Yrkesforberedende trening med betaling

**Sammenligning:** Yrkesforberedende trening alene

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Yrkesforberedende trening alene	Yrkesforberedende trening med betaling				

<b>Antall ikke i vanlig arbeid</b> Oppfølging: 6 måneder	<b>757 per 1000</b>	<b>303 per 1000</b> (212 til 432)	<b>RR 0.40</b> (0.28 til 0.57)	150 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1</sup>	-
<b>Antall som ikke deltok i tiltaket</b> Oppfølging: 6 måneder	<b>757 per 1000</b>	<b>401 per 1000</b> (295 til 538)	<b>RR 0.53</b> (0.39 til 0.71)	150 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1</sup>	-
<b>Antall reinnlagt på sykehus</b> Oppfølging: 1 år	<b>343 per 1000</b>	<b>189 per 1000</b> (106 til 329)	<b>RR 0.55</b> (0.31 til 0.96)	150 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	-

<sup>1</sup> Informasjonen kommer fra en studie med uklar risiko for systematiske skjevheter  
<sup>2</sup> Kun én studie

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Yrkesforberedende opplæring med lønn sammenlignet med yrkesforberedende opplæring uten lønn:

- Gir muligens færre som ikke er i vanlig arbeid og som ikke deltar i tiltaket, samt færre reinnleggelser på sykehus

### **Fremskyndet ansettelse sammenlignet med gradvis introduksjon til arbeidslivet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Crowther og medarbeidere 2001 (22) inkluderte i sin oversikt én studie som sammenlignet effektene av fremskyndet ansettelse (på engelsk: "accelerated entry"), med gradvis introduksjon til arbeidslivet (på engelsk: "gradual entry"). De som fikk tiltaket med fremskyndet utplassering, fikk betaling og ble veiledet av en ansatt på arbeidsplassen. Det var ingen yrkesforberedende opplæring før utplasseringen. Deltakerne i kontrollgruppen ble gradvis introdusert til arbeidslivet og fikk tilbud om ubetalt støttet sysselsetting i et arbeidsteam over en periode på minimum 4 måneder.

Snittalderen på deltakerne var 25 år, med en overvekt av menn og med en forhistorie med flere enn tre innleggelser på sykehus i snitt. Omtrent 55 % av deltakerne hadde schizofreni eller en schizofrenilignende diagnose.

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen var av lav til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av én liten studie, at konfidensintervallene for effektestimaterne for noen av resultatene omfattet både ingen og en mulig viktig effekt av tiltaket, og det var risiko for systematiske skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studien. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 14 og fullstendig GRADE evidensprofil er vist i vedlegg 5.11.

*Tabell 14. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av fremskyndet ansettelse sammenlignet med gradvis introduksjon til arbeidslivet for pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelse*

**Pasienter eller populasjon:** pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelse

**Setting:** USA

**Intervensjon:** fremskyndet ansettelse

**Sammenligning:** gradvis introduksjon til arbeidslivet

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
<b>Antall ikke i vanlig arbeid</b> Oppfølging: 9 måneder	<b>925 per 1000</b>	<b>925 per 1000</b> (833 til 1000)	RR 1 (0.9 til 1.1)	131 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall ikke i vanlig arbeid</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>940 per 1000</b>	<b>827 per 1000</b> (733 til 940)	RR 0.88 (0.78 til 1)	131 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall ikke i noen form for arbeid</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>537 per 1000</b>	<b>516 per 1000</b> (371 til 715)	RR 0.96 (0.69 til 1.33)	131 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall som ikke deltar i programmet</b> Oppfølging: 9 måneder	<b>313 per 1000</b>	<b>376 per 1000</b> (232 til 602)	RR 1.2 (0.74 til 1.92)	131 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ svært lav <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall reinnlagt på sykehus</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>373 per 1000</b>	<b>392 per 1000</b> (254 til 604)	RR 1.05 (0.68 til 1.62)	131 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ svært lav <sup>1,2</sup>	-

<sup>1</sup> En studie med uklar risiko for systematiske skjevheter

<sup>2</sup> Bredt konfidensintervall som inkluderer både viktige forskjeller og ingen effekt/ informasjonen kommer fra kun én studie

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Fremskyndet ansettelse sammenlignet med gradvis introduksjon til arbeidslivet:

- Effektestimatet for antall personer som er i vanlig arbeid ved kort tids oppfølging samt annen form for arbeid ved kort og lang tids oppfølging, viser liten eller ingen forskjell mellom gruppene. Disse resultatet er svært usikre da konfidensintervallene inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Effektestimatet for antall som i vanlig arbeid ved lang tids oppfølging går noe i favør av gruppen som fikk fremskyndet ansettelse, men dette resultatet er svært usikkert da konfidensintervallet inkluderer både fordeler og ulemper av tiltaket
- Effektene på frafall fra tiltaket og antall innleggelser er usikre, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### **Støttet sysselsetting sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen) pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Én studie i oversikten til Crowther og medarbeidere 2001 (22) sammenlignet støttet sysselsetting med vanlig praksis (oppfølging i kommunen) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Tiltaket besto av et ansettelsesprogram med mulighet for umiddelbar ansettelse. Tiltaket ble gitt i tillegg til aktivt oppsøkende psykososial tverrfaglig behandling (på engelsk: assertive community treatment), hvor det å finne en jobb

var beskrevet som et hovedformål med tiltaket. Kontrollgruppen fikk vanlig oppfølging i kommunen uten støttet sysselsetting og oppsøkende team.

Deltakerne var en blandet gruppe med ulike former for alvorlig psykisk lidelse, 55 % hadde schizofreni eller en schizofrenilignende lidelse. Det var en overvekt av menn i studien (22).

### **Kvaliteten på dokumentasjonen**

Dokumentasjonen var av svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av én studie, med risiko for skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 54 og fullstendig GRADE evidensprofiler vist i vedlegg 5.12.

**Tabell 15. Oppsummeringstabell av dokumentasjonen for effekt av støttet sysselsetting sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

**Pasienter eller populasjon:** Pasienter med alvorlig psykisk lidelse  
**Settings:** USA  
**Intervensjon:** Støttet sysselsetting  
**Sammenligning:** Vanlig praksis (oppfølging i kommunen)

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Antatt risiko	Tilsvarende risiko				
	Vanlig praksis (oppfølging i kommunen)	Støttet sysselsetting				
<b>Antall ikke i vanlig arbeid</b> Oppfølging: 36 måneder	<b>961 per 1000</b>	<b>846 per 1000</b> (788 til 923)	<b>RR 0.88</b> (0.82 til 0.96)	256 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall ikke i noen form for arbeid</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>891 per 1000</b>	<b>704 per 1000</b> (624 til 802)	<b>RR 0.79</b> (0.7 til 0.9)	256 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall som ikke deltar i programmet</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>465 per 1000</b>	<b>344 per 1000</b> (256 til 470)	<b>RR 0.74</b> (0.55 til 1.01)	256 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-
<b>Antall reinnleggelser</b> Oppfølging: 15 måneder	<b>473 per 1000</b>	<b>392 per 1000</b> (298 til 520)	<b>RR 0.83</b> (0.63 til 1.1)	256 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ <b>svært lav</b> <sup>1,2</sup>	-

<sup>1</sup> En studie med høy risiko for skjevheter  
<sup>2</sup> Kun én studie

### **Hva sier dokumentasjonen?**

Støttet sysselsetting sammenlignet med vanlig praksis (oppfølging i kommunen):

- Det er usikkert om støttet sysselsetting påvirker antall personer som er i vanlig eller annen form for arbeid, frafall fra tiltaket og antall reinnleggelser, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet



## Støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Oversikten til Crowther og medarbeidere 2001 (22) inkluderte fem studier som sammenlignet støttet sysselsetting med yrkesforberedende opplæring. Den støttede sysselsettingen besto av umiddelbar utplassering i jobb med nær oppfølging og veiledning på arbeidsplassen av blant annet kollegaer, yrkesveiledere og helsepersonell. Den yrkesforberedende opplæringen besto av undervisning i relevante ferdigheter relatert til jobb og trening av disse ferdighetene, og til slutt utplassering på vernet arbeidsplass med rutinemessig oppfølging av helsepersonell.

Alle studiene fant sted i USA og deltakerne hadde en alvorlig psykisk lidelse, herunder schizofreni og schizofrenilignende lidelse, bipolar lidelse og alvorlig depresjon. Deltakerne var mellom 18 og 60 år og de hadde flere tidligere innleggelser bak seg. (22).

### Kvaliteten på dokumentasjonen

Dokumentasjonen var av middels til svært lav kvalitet. Den lave kvaliteten skyldes at dokumentasjonen besto av én liten studie, at noen av konfidensintervallene for effektestimaterne omfattet både ingen forskjell og en mulig viktig effekt, og at det var noe risiko for systematiske skjevheter på grunn av metodiske svakheter i utførelsen eller rapporteringen av studiene. Resultatene og kvalitetsvurderingene er oppsummert i tabell 16 og fullstendig GRADE evidens profil er vist i vedlegg 5.13.

**Tabell 16. Oppsummeringstabell av dokumentasjonsgrunnlag for effekt av støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse**

Utfall	Sammenligning av risiko i de to gruppene (95 % KI)		Relativ effekt (95 % KI)	Antall deltakere (studier)	Kvaliteten på dokumentasjonen (GRADE)	Kommentarer
	Yrkesforberedende opplæring	Støttet sysselsetting				
Ikke i vanlig arbeid Oppfølging: 9 måneder	927 per 1000	621 per 1000 (556 til 704)	RR 0.67 (0.6 til 0.76)	364 (3 studier)	⊕⊕⊕⊕ middels <sup>1</sup>	-
Ikke i vanlig arbeid Oppfølging: 18 måneder	887 per 1000	629 per 1000 (630 til 722)	RR 0.78 (0.71 til 0.87)	364 (3 studier)	⊕⊕⊕⊖ middels <sup>1</sup>	-
Ikke i noen form for arbeid Oppfølging: 9 måneder	531 per 1000	324 per 1000 (186 til 574)	RR 0.61 (0.35 til 1.08)	69 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ svært lav <sup>2,3</sup>	-
Ikke i noen form for arbeid Oppfølging: 18 måneder	531 per 1000	430 per 1000 (266 til 707)	RR 0.81 (0.5 til 1.33)	69 (1 studie)	⊕⊖⊖⊖ svært lav <sup>2,3</sup>	-
Deltar ikke i tiltaket Oppfølging: 6	442 per 1000	420 per 1000 (256 til 680)	RR 0.95 (0.58 til 1.54)	86 (1 studie)	⊕⊕⊖⊖ svært lav <sup>2,3</sup>	-

måneder					
<b>Deltar ikke i tiltaket</b>	<b>328 per 1000</b>	<b>210 per 1000</b> (147 til 292)	<b>RR 0.64</b>	364 (0.45 til (3 studier) 0.89)	⊕⊕⊖⊖ -
Oppfølging: 12-18 måneder					<b>lav</b> <sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> To studier med lav og en studie med høy risiko for skjevheter  
<sup>2</sup> En studie med høy risiko for skjevheter  
<sup>3</sup> Kun én liten studie  
<sup>4</sup> Stor heterogenitet på tvers av studiene

### ***Hva sier dokumentasjonen?***

Støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring:

- Gir trolig flere i vanlig arbeid ved støttet sysselsetting både ved kort og lang tids oppfølging
- Ved lengre tids oppfølging er det muligens flere som deltar i tiltaket ved støttet sysselsetting enn ved yrkesforberedende opplæring
- Det er usikkert om støttet sysselsetting påvirker antall som er i noen form for arbeid ved kort og lang tids oppfølging og antall som ikke deltar i tiltaket ved kort tids oppfølging, da dokumentasjonen er av svært lav kvalitet

### **Kommende systematiske oversikter**

Gjennom litteratursøket vårt identifiserte vi også en rekke relevante planlagte systematiske oversikter som nå foreløpig kun foreligger som protokoller (prosjektbeskrivelser). Disse omfatter følgende tiltak:

- Tiltak for å gjenkjenne tidlige tegn på tilbakefall hos pasienter med schizofreni (35)
- Tiltak rettet mot enkeltindivider for å hindre voldelig atferd (inkludert pasienter med psykisk lidelse) (36)
- Rehabiliteringsprogram for pasienter med schizofreni (37)
- Arbeidsstøttetiltak for pasienter med alvorlig psykisk lidelse (38)
- Psykologiske intervensjoner (deriblant selvhjelp og fysisk aktivitet) for pasienter med depresjon (39)
- Omfattende yrkesrettede attføringsprogrammer for personer med langvarig sykefravær (inkludert pasienter med psykisk lidelse) (40)
- Sosial ferdighetstrening for pasienter med schizofreni (41)

---

# Diskusjon

---

## Effekter av støtte- og oppfølgingstiltak

---

I denne oversikten over oversikter fant vi 17 systematiske oversikter av høy kvalitet. Disse fordelte seg på følgende kategorier; ferdighetslæring, undervisning og informasjon, farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak, bostøtte og oppfølging, kultur- og fritidsaktiviteter og yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting.

### Effekter av ferdighetslæring, undervisning og informasjon

Ferdighetslæring, undervisning og formidling av informasjon til pasienter med alvorlig psykisk lidelse er tenkt som hjelp til selvhjelp. Gjennom kunnskap om egen helse og behandling samt opplæring i ulike ferdigheter, er hensikten å støtte pasienten i overgangen til et vanlig liv og å hindre tilbakefall. De fem oversiktene vi inkluderte som evaluerte effekter av slike tiltak i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis, inkluderte deltakere med en rekke ulike diagnoser, deriblant schizofreni og schizoaffektive lidelser, alvorlig depresjon, bipolar lidelse, samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk og blandete grupper av pasienter med ulike alvorlige psykiske lidelser (5-9, 25).

Én oversikt evaluerte effekter av opplæring i livsferdigheter for pasienter med schizofreni. For alle utfallene var det knyttet stor usikkerhet til effektestimaterne fordi resultatene ikke var statistisk signifikante, samt at dokumentasjonen var vurdert til å være av svært lav kvalitet (7). Vi kan derfor ikke trekke noen sikre konklusjoner om effekten av livsferdighetsprogram.

På bakgrunn av oversiktene vi inkluderte som evaluerte effekter av undervisning i egen diagnose og oppfølging av denne, fant vi at slik undervisning muligens kan hindre tilbakefall og reinnleggelser for pasienter med bipolar lidelse og schizofreni og schizoaffektiv lidelse (5, 6). For pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk var imidlertid effekten på antall liggedøgn usikker, da effektestimateret ikke var statistisk signifikant og dokumentasjonen var av svært lav kvalitet (25). På bakgrunn av den tilgjengelige dokumentasjonen ser det ut til at det er like mange eller muligens noen færre som faller fra tiltaket i blant de som får undervisning sammenlignet med vanlig praksis (6, 25).

De fleste studiene i de inkluderte oversiktene var små, og for flere av utfallene ar hendelsene få, konfidensintervallene brede og resultatene ikke statistisk signifikante. Dette gjaldt blant annet for utfallene legemiddelbruk, funksjon og dødelighet på henholdsvis pasienter med bipolar lidelse, dobbeldiagnose og samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk (7, 25). Her var det stor usikkerhet knyttet til effektestimaterne og det er vanskelig å konkludere på bakgrunn av disse resultatene. Tilfredshet med tiltaket var kun evaluert i én oversikt, her ble undervisning vurdert som bedre enn vanlig praksis alene av pasienter med schizofreni og schizoaffective lidelser (6).

Å formidle helseråd til pasienter med alvorlig psykisk lidelse er sett på som et viktig forebyggende tiltak (9). Effektene av slike tiltak ble evaluert i én oversikt som vi inkluderte, og her fant vi at de som fikk slike helseråd i større grad benyttet seg av anbefalte forebyggende helsetjenester (9). For utfallene antall dødsfall, frafall fra studien og livskvalitet var effektene usikre.

### **Farmasøytledet undervisnings- og oppfølgingstiltak**

Riktig legemiddelbruk har vært identifisert som en viktig variabel i forhold til forebygging av tilbakefall (8). Positive effekter på nettopp legemiddelbruk ble funnet ved bruk av kombinasjonstiltak av undervisning og oppfølging utført av farmasøyer for pasienter med alvorlig depresjon.

### **Bostøtte og oppfølging**

Strukturelle tiltak som bostøtte og oppfølging er tenkt å bidra til trygghet og stabilitet rundt den utskrevne psykiatriske pasient. I tillegg til å fremme pasientens livskvalitet og bidra til å støtte pasienten i praktiske utfordringer i hverdagen, antas det at slike tiltak også er viktig for å følge opp pasientens egenomsorg, oppslutning til behandling og generelle helse (13-16). Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekten av bostøtte, oppfølging av fysisk helse, bruk av påminnelser eller støttende relasjonsbygging for pasienter med alvorlig psykisk lidelse fordi de publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier som møtte de respektive inklusjonskriteriene (13-16) eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss (30).

Vi inkluderte fem systematiske oversikter som hadde til hensikt å oppsummere forskning på ulike former for bostøtte og oppfølging i tillegg til vanlig praksis sammenlignet med vanlig praksis (13-16, 30). Med unntak av én oversikt som evaluerte støttende relasjonsbygging som oppfølgingstiltak for pasienter med moderat til alvorlig depresjon sammenlignet med vanlig praksis, så inkluderte de resterende fire oversiktene ingen relevante studier for vår problemstilling (13-16, 30). Vi fant at relasjonsbygging utført av frivillige eller profesjonelle har usikker effekt på depresjon, grunnet svært lav kvalitet på dokumentasjonen.

## **Kultur- og fritidsaktiviteter**

Deltakelse i ulike former for kultur- og fritidsaktiviteter er tenkt å ha flere forebyggende og helsefremmende fordeler (1, 17-19, 31). Kultur- og fritidsaktiviteter er tenkt å kunne styrke fysisk og psykisk helse samt å kunne bidra til økt livskvalitet gjennom for eksempel fysisk aktivitet, relasjonsbygging og felles oppslutning om aktiviteter av interesse (18, 19, 21).

Vi inkluderte fire systematiske oversikter. Én av disse var uten relevante studier og hadde til hensikt å evaluere effektene av sport og spill (18). Vi kan derfor ikke konkludere noe om effekten av sport og spill. De resterende tre oversiktene evaluerte effektene av fysisk aktivitet i tillegg til vanlig praksis, sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig depresjon eller schizofreni (17, 19, 31). For pasienter med alvorlig depresjon, fant vi at fysisk aktivitet trolig gir noe mindre depresjon ved kort -tids oppfølging, men at effekten er usikker over tid (17).

For pasienter med schizofreni var effektene av fysisk aktivitet på fysisk form og styrke, psykisk helse, BMI, frafall fra tiltaket og kostnader usikre da vi vurderte kvaliteten på dokumentasjonen som svært lav. Det er derfor vanskelig å trekke noen konklusjoner om effektene av fysisk aktivitet for denne pasientgruppen (17, 31).

## **Yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting**

I likhet med kultur- og fritidsaktiviteter, er arbeid ansett som en viktig aktivitet for å hindre isolasjon og for en meningsfylt tilværelse, i tillegg til å kunne være med på å lindre symptomer og hindre tilbakefall, samt styrke selvfølelse og uavhengighet (1, 22).

Vi inkluderte to oversikter som evaluerte ulike former for yrkesrettet rehabilitering og støttet sysselsetting (20, 22). Oversikten utført av Nieuwenhuijsen og kollegaer 2008 (20) evaluerte yrkesrettet rehabilitering som et integrert tiltak i primærhelsetjenesten sammenlignet med vanlig praksis (primærhelsetjeneste) for pasienter med alvorlig depresjon. Her fant vi ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt sykefravær og depresjon (20). For begge disse utfallene var dokumentasjonen vurdert til å være av svært lav kvalitet og det er derfor stor usikkerhet knyttet til disse estimatene.

Oversikten av Crowther og kollegaer 2001 (22), omfattet en rekke sammenligninger. Ved yrkesforberedende opplæring sammenlignet med vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse innlagt i sykehus, viste resultatene at yrkesforebyggende opplæring muligens kan føre til at flere kommer i en form for arbeid. Effektene av yrkesforberedende opplæring på utfallene å komme i vanlig arbeid, frafall fra studien og antall utskrevne fra sykehus var resultatene var usikre, da de ikke var statistisk signifikante og kvaliteten av dokumentasjonen varierte fra svært lav til lav

Ved yrkesforberedende opplæring i tillegg til vanlig praksis i kommunen sammenlignet med vanlig praksis (i kommunen) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, så fant man en reduksjon i antall personer som ble innlagt på sykehus. For de andre utfallene som antall personer i vanlig og annen form for arbeid og frafall fra tiltaket er effekttestimatene usikre da fant man liten eller ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene (22).

Relatert til disse funnene evaluerte forfatterne om yrkesforberedende opplæring for pasienter med schizofreni er mer effektiv med eller uten betaling. Her var det flere i gruppen som fikk betaling som kom i vanlig arbeid, flere som deltok i tiltaket og færre som ble reinnlagt (22).

Oversikten sammenlignet også to forskjellige former for introduksjon til arbeidslivet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, fremskyndet ansettelse med veiledning på arbeidsplassen og gradvis introduksjon til arbeidslivet (22). Ingen av resultatene for utfallene å være i noen form for arbeid, frafall fra studien eller antall reinnlagt på sykehus var statistisk signifikante og usikkerheten rundt effekttestimatene gjør det vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner.

Oversikten inkluderte videre en sammenligning med støttet sysselsetting og vanlig praksis for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Dette tiltaket inkluderte også aktivt oppsøkende psykososial tverrfaglig behandling (på engelsk: assertive community treatment) som ikke kontrollgruppen fikk. Kontrollgruppen fikk i stedet kun vanlig oppfølging i kommunen. Her fant vi at det var at flere som fikk støttet sysselsetting kom i vanlig og annen form for arbeid. For de andre utfallene, frafall og antall reinnleggelser, var forskjellene ikke statistisk signifikant forskjellige, men kvaliteten av dokumentasjonen for disse resultatene er også svært lav (22).

Den siste sammenligningen inkludert i oversikten av Crowther og kollegaer 2001 (22), var støttet sysselsetting sammenlignet med yrkesforberedende opplæring for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Her fant vi at det var flere blant de som fikk støttet sysselsetting som kom i vanlig jobb ved kort og lang tids oppfølging enn de som fikk yrkesforberedende opplæring. Det var imidlertid ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene for det å være i én eller annen form for arbeid, men kvaliteten av dokumentasjonen ble bedømt til svært lav kvalitet. Ved 12-18 måneders oppfølging var det mindre frafall i tiltaksgruppen enn i kontrollgruppen.

Sammenfattet viser resultatene i studiene av effekten av yrkesrettede tiltak spriken- de resultat, også for utfallet å komme i arbeid. At tiltakene er så forskjellige og også de sammenligningene de inngår i, gjør at det er vanskelig å trekke noen generell konklusjon om effekten. Det kan imidlertid se ut til at yrkesrettede tiltak i noen tilfeller muligens kan ha effekt på det å komme i én eller annen form for arbeid.

---

## Styrker og begrensinger ved rapporten

---

I denne rapporten har vi gitt en systematisk oversikt over tilgjengelig oppsummert forskning om effekter av ulike støtte- og oppfølgingstiltak for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Vi har søkt systematisk i relevante databaser, og vurdert litteraturen vi fant basert på eksplisitte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Videre har vi kritisk vurdert de relevante systematiske oversiktene vi fant, og vurdert kvaliteten på dokumentasjonen ved hjelp av GRADE.

Vi utarbeidet søket på bakgrunn av relevante tiltak for en norsk kontekst (2, 4), og søkeord og termer vi identifiserte i et foregående orienteringssøk etter systematiske oversikter på området. Vi søkte også etter relevante oversikter ved å ta i bruk søkeord som ”rehabilitation”, ”after care”, ”follow up” og ”relapse prevention”. Det er likevel mulig at vi ikke har klart å fange opp alle relevante tiltak, og at vi derved kan ha gått glipp av mulig relevante oversikter.

Å utarbeide en systematisk oversikt over oversikter er en hensiktsmessig fremgangsmåte når problemstillingen som skal besvares er omfattende, for eksempel ved at den omfatter mange ulike pasientgrupper og tiltak slik som i denne rapporten, og når det allerede finnes mye tilgjengelig oppsummert forskning. På denne måten får man omfattende kunnskap om hva som er gjort av forskning på hele området, men også om hva det mangler forskning på. Videre gir en oversikt over oversikter mulighet for å se på en rekke tiltak i en videre kontekst og på tvers av forskjellige populasjoner.

En begrensning ved alle oversikter over oversikter er for det første at en slik oversikt alltid vil være avhengig av kunnskapsgrunnlaget som er tilgjengelig og hvilke sammenligninger som er gjort i de inkluderte systematiske oversiktene. Med andre ord, selv i en systematisk oversikt av høy kvalitet vil vi sjeldent få svar på alle relevante spørsmål vi måtte ha. Hvilke tema og hvilke spørsmål som er vurdert som viktig vil gjerne variere utefra perspektivet til forskerne som har utført oversikten, men også på bakgrunn av tid og sted.

For det andre, må vi basere oss på det som er rapportert i de systematiske oversiktene, og ikke på originalartiklene. På den måten blir vi avhengige av at forfatterne av de systematiske oversiktene har hentet ut all relevant informasjon på en fornuftig måte. Det vil si at vår oversikt blir sårbar for feil eller ufullstendig rapportering i den enkelte systematiske oversikt. Det kan være vanskelig å vurdere om et gitt tiltak er relevant for vår oversikt på grunn av mangelfull beskrivelse i den enkelte systematiske oversikt. Det kan også ha konsekvenser på graderingen av dokumentasjonen ved at en studie kan bli feilaktig nedvurdert på grunn av en ufullstendig eller feilaktig beskrivelse av hvordan studien var utført.

En tredje utfordring med oversikter over oversikter er at en slik rapport kun vil være like oppdatert som det siste søket i de systematiske oversiktene den omtaler. Vi har ikke søkt etter primærstudier, og rapporten vil derfor ikke inkludere studier som er utført etter at søkene i de inkluderte oversiktene er avsluttet. Vi får ikke med oss det aller siste på forskningsfronten. Det er dermed mulig at det finnes nyere publiserte studier som ikke er inkludert i oversiktene som kan endre konklusjonene i vår rapport. Flere av oversiktene vi identifiserte hadde eldre søk, og det kan være aktuelt å vurdere omenkelte oversikter som det er knyttet særlig interesse til i praksis bør oppdateres ved å søke etter nyere studier på feltet.

Overførbarhet av funn fra en kontekst til en annen er alltid en utfordring i studier som vurderer organisering av tjenester. Dette blir til dels vurdert når vi graderer dokumentasjonen i GRADE, men det vil alltid være noe som vi må ta i betraktning når vi forsøker å vurdere om konklusjoner trukket på bakgrunn av resultater fra studier i andre land også kan være gyldige i norsk sammenheng. I denne rapporten har vi ikke nedgradert noen av utfallene på dette punktet.

Denne oversikten hadde til hensikt å se på støtte- og oppfølgingstiltak gitt i tillegg til vanlig praksis og behandling, sammenlignet med vanlig praksis, for å forhindre tilbakefall og fremme helse. Det vil si at alle tiltak omtalt i denne rapporten er gitt som et tilbud i tillegg til vanlig praksis og ikke istedenfor annen behandling. Vi har i utgangspunktet ekskludert tiltak som undersøkte effekten av behandling, som f. eks. medikamentell behandling eller kognitiv terapi. Men dette skillet var ikke alltid enkelt. For noen av tiltakene i denne rapporten vil man kunne tenke seg at disse også kan benyttes som behandlende terapeutiske tiltak. Ett eksempel er fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet antas å kunne være rehabiliterende ved blant annet å gi økt selvværd og stimulere til sosial aktivitet (33), men også å ha en terapeutisk effekt ved at man stimulerer fysiologiske prosesser som kan være gunstig ved behandling av depresjon (17, 33). Derfor vil man vil kunne finne studier som benytter seg av fysisk aktivitet både som behandling alene, og sammenlignet med en form for behandling som for eksempel kognitiv atferdsterapi, men også som et tiltak benyttet sammen med annen behandling sammenlignet med vanlig praksis. Det er imidlertid kun den siste kategorien av tiltak vi har inkludert i denne oversikten.

Vi vurderte mye av dokumentasjonen i denne rapporten til å være av lav eller svært lav kvalitet. Dette skyldes i hovedsak at studiene som var inkludert i de ulike systematiske oversiktene var få og små, men også at studiene hadde metodologiske svakheter eller var mangelfullt rapportert. For eksempel, i mange studier var det uklare vedrørende generering av randomiseringssekvens og om fordelingen av deltakerne var gjort skjult. For mange av studiene var det oppgitt at det var vanskelig å blinde deltakerne og de som utførte studien for hvilken studiegruppe man var randomisert til. Lav kvalitet på dokumentasjonen gjør at vi for mange av de målte utfallene er usikre på hva effektene av intervensjonen virkelig er. Det er viktig å understreke at dette ikke betyr det samme som at tiltaket ikke virker, men at det er behov



for mer forskning på disse områdene for at vi med større tillit kan trekke sikrere konklusjoner om effekten av de ulike støtte- og oppfølgingstiltakene.

---

## **Annen relevant forskning**

---

Gjennom litteratursøket vi utførte for denne rapporten identifiserte vi en rekke planlagte systematiske oversikter (protokoller) (35-40). Dette viser at det er mye aktivitet på forskningsområdet, og at det vil komme ny relevant oppsummert forskning på støtte- og oppfølgingstiltak i tiden fremover.

Hvordan det går med en pasient med alvorlig psykisk lidelse som er utskrevet kan være avhengig av en rekke ulike faktorer. En av disse er hvordan psykisk helsevern er organisert, for eksempel grad av samhandling mellom tjenestelinjene og varigheten av innleggelsen. Effekten av ulike organiseringsmåter er viktig komplementær kunnskap til denne oversikten. Dette er belyst av en annen oversikt publisert tidligere i 2012 med tittel: ”Effekten av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern”, som også er en del av bestillingen fra Sykehuset Østfold (42).

En rapport fra 2006 fra den danske Sunhedsstyrelsen har oppsummert effekter av forebyggende tiltak rettet mot pasienter med affektive lidelser (43). Rapporten er en oversikt over oversikter så vel som enkeltstudier der oversikter ikke finnes, samt en helseøkonomisk vurdering og en nasjonal spørreundersøkelse av brukere og ledere ved psykiatriske sykehus. Problemstillingen inkluderer også primærforebyggende tiltak, og den omfatter derfor ikke bare pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Forfatterne evaluerte også effektene av behandling, i tillegg til andre psykososiale og organisatoriske tiltak (43).

---

# Konklusjon

Støtte- og oppfølgingstiltak som undervisning, fysisk aktivitet og yrkesrehabilitering ser ut til å ha en gunstig effekt på helse og helserelaterte utfall som reinnleggelser, tilbakefall, samt å kunne gi bedre oppfølging av legemiddelbruk, mer pasienttilfredshet og økt deltakelse i arbeidslivet.

Vi kan ikke trekke noen konklusjoner om effekter av bostøtte og hjemmebesøk, oppfølging av fysisk helse og bruk av påminnelser til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, støttende relasjonsbygging for pasienter med schizofreni og bipolar lidelse samt kultur og fritidsaktiviteter som sport og spill for pasienter med PTSD, fordi de publikasjonene som skulle gi en oversikt over slike studier, enten ikke identifiserte studier eller inkluderte andre typer studier enn det som var relevant for oss. Det var generelt lite eller mangelfull forskning tilgjengelig på utfall som dødelighet, livskvalitet, kunnskap, ferdigheter, mestring, pasienttilfredshet og kostnader.

Mye av dokumentasjonen i denne rapporten ble vurdert til å være av lav eller svært lav kvalitet. Dette skyldes i hovedsak at studiene som var inkludert i de ulike systematiske oversiktene var få og små, men også at studiene hadde metodologiske svakheter eller var mangelfullt rapportert. Videre var mange av resultatene ikke statistisk signifikante. Det gjør at det er stor usikkerhet knyttet til resultatene for flere av de målte utfallene.

---

## Behov for videre forskning

---

Det er behov for flere og større studier av god metodologisk kvalitet slik at vi med større tillit kan konkludere om effekten av de ulike støtte- og oppfølgingstiltakene. Videre er det lite tilgjengelig oppsummert forskning av høy kvalitet på tiltak som kultur- og fritidsaktiviteter og bostøtte og oppfølgingstiltak. Det var kun et fåtall av de inkluderte oversiktene som presenterte resultater på alle utfallene det er viktig å belyse. For helhetlig å kunne vurdere effekter av støtte- og oppfølgingstiltak bør alle viktige konsekvenser være gjort rede for. Det er særlig behov for kunnskap omdødelighet, livskvalitet, kunnskap, ferdigheter, mestring, brukeropplevelse av tiltakene og kostnader. Det er viktig at pasientene selv medvirker i denne forskningen, blant annet slik at de utfallene som pasientene mener er viktigst, blir målt.

---

# Referanser

1. Stortingsmelding nr. 25. Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, (1996-1997).
2. St.prp. nr. 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006: endringer i statsbudsjettet for 1998, (1998).
3. Lien L. Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nordic journal of psychiatry*. 2002;56(1):23-8. Epub 2002/03/01.
4. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, (2005).
5. Morriss R, Faizal MA, Jones AP, Williamson PR, Bolton CA, JP M. Interventions for helping people recognise early signs of recurrence in bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1 Art No: CD004854 DOI:101002/14651858CD004854pub2.
6. Xia J, Merinder L, Belgamwar M. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 6 Art No: CD002831 DOI: 101002/14651858CD002831pub2. 2011.
7. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1 Art No: CD000381 DOI: 101002/14651858CD000381pub3. 2012.
8. Rubio-Valera M, Serrano-Blanco A, Magdalena-Belio J, Fernandez A, Garcia-Campayo J, Pujol MM, et al. Effectiveness of Pharmacist Care in the Improvement of Adherence to Antidepressants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Pharmacother*. 2011;45(1):39-48.
9. Tosh G, Clifton A, Bachner M. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2 Art No: CD008567 DOI: 101002/14651858CD008567pub2.
10. LOV-1999-07-02-61. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 1-1-2001, (2001).
11. ECRI Health Technology Assessment Information Service. The Clubhouse Model for Psychosocial Rehabilitation of Individuals with a Severe Mental Illness. ECRI Health Technology Assessment Information Service, 2001 Issue No. 58. October. Report No.
12. LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).

13. Chilvers R, Macdonald G, Hayes A. Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4 Art no: CD000453 DOI 101002/14651858CD000453Pub2. (4).
14. Reda S, Rowett M, Makhoul S. Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2 Art No: CD002085 DOI: 101002/14651858CD002085. 2001.
15. Tosh G, Clifton A, Mala S, Bachner M. Physical health care monitoring for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3 Art No: CD008298 DOI: 101002/14651858CD008298pub2.
16. Mead N, Lester H, Chew-Graham C, Gask L, Bower P. Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. *Brit J Psychiat.* 2010;196(2):96-101.
17. Mead G, Morley W, Campbell P, Greig C, McMurdo M, Lawlor D. Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3 Art No: CD004366 DOI: 101002/14651858CD004366pub4.
18. Lawrence S, De Silva M, Henley R. Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1 Art No: CD007171 DOI: 101002/14651858CD007171pub2
19. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 5 ArtNo: CD004412 DOI: 101002/14651858CD004412pub2.
20. Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, Verhoeven A, Verbeek J, Feltz-Cornelis C. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2 Art No: CD006237 DOI:101002/14651858CD006237pub2
21. Wang WC, Zhang AL, Rasmussen B, Lin LW, Dunning T, Kang SW, et al. The effect of Tai Chi on psychosocial well-being: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of acupuncture and meridian studies.* 2009;2(3):171-81. Epub 2010/07/17.
22. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2 Art No:CD003080 DOI:101002/14651858CD003080 (2).
23. Kirkhei I, Leiknes K, Larun L, Hammerstrøm K, Bramness J, Gråwe R, et al. Dobbelt diagnose- alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25- 2008 ISBN 978-82-8121-222-0 ISSN 1890-1298.
24. Charlwood P, Mason A, Goldacre M, Cleary R, Wilkinson Ee. Health Outcome Indicators. Severe Mental Illness. Report of a working group to the Department of Health. Oxford: national Centre for Health Outcomes Development, 1999.
25. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1 Art no: CD001088 DOI:101002/14651858CD001088Pub2. (1).
26. Soares-Weiser K, Bravo Vergel Y, Beynon S, Dunn G, Barbieri M, Duffy S, et al. A systematic review and economic model of the clinical effectiveness and cost-

- effectiveness of interventions for preventing relapse in people with bipolar disorder. *Health technology assessment*. 2007;11(39):1-+.
27. Justo L, Soares B, Calil H. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4 Art No: CD005167 DOI: 101002/14651858CD005167pub2
28. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12 Art No: CD000088 DOI: 101002/14651858CD000088pub3. 2010.
29. Griffiths RD, Fernandez RS, Mostacchi MS, V E. Comparisons of educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication. *JBHI Reports*. 2004;2:44.
30. Buckley L, Pettit T, Adams C. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3 Art No: CD004716 DOI: 101002/14651858CD004716pub3.
31. Roine E, Roine RP, Rasanen P, Vuori I, Sintonen H, Saarto T. Cost-effectiveness of interventions based on physical exercise in the treatment of various diseases: a systematic literature review. *International journal of technology assessment in health care*. 2009;25(4):427-54. Epub 2009/10/23.
32. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JA, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2011;72(4):529-38. Epub 2010/11/03.
33. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *Bmj*. 2001;322(7289):763-7. Epub 2001/04/03.
34. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiters H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health technology assessment*. 2001;5(21):1-75. Epub 2001/09/05.
35. Morriss R, Bolton C, Faizal M, Marshall M, McCarthy J. Training to recognise the early signs of recurrence in schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4 Art No: CD005147 DOI: 101002/14651858CD005147.
36. Whittington R, Barr W, Hockenhull J, Leitner M, McGuire J. Systematic review of intervention strategies for the prevention, treatment and management of violent behaviour by adults in contact with forensic mental health services or the criminal justice system. *Campbell Collaboration*. 2008.
37. Makhoul S, Adams C, Balain V. Rehabilitation programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3 Art No: CD007301 DOI: 101002/14651858CD007301. 2008.
38. Kinoshita Y, Furukawa T, Omori I, Watanabe N, Marshall M, Bond G, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1 Art No: CD007171 DOI: 101002/14651858CD007171pub2.

39. Rodgers M, Palmer S. The clinical and cost-effectiveness of low-intensity psychological interventions for the secondary prevention of relapse after depression: a systematic review and decision analytical model. NIHR Health Technology Assessment Program. 2010.
40. Braathen T, Eftedal M, Tellnes G, Midtgarden I, Øyeflaten I, Haugli L, et al. Comprehensive occupational rehabilitation programs for return to work among people on long-term sickness absence. Campbell Collaboration. 2011.
41. Almerie M, Al marhi M, Alsabbagh M, Maayan N. Social skills programmes for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2 Art No: CD009006 DOI: 101002/14651858CD009006.
42. Forsetlund L, Lidal I, Austvoll-Dahlgren A. Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 05 - 2012 ISBN 978-82-8121-471-2 ISSN 1890-1298.
43. Kessing L, Hansen H, Hougaard E, Hvenegaard A, Albæk J. Preventive outpatient treatment in affective disorders. results from a Health Technology Assessment (HTA). Copenhagen: Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment- Projects funded by Daechta, 2006.
44. Barbato A, D'Avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiat Scand.* 2000;102(2):81-97.
45. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am J Psychiat.* 2001;158(2):163-75.
46. Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M, et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder-A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(7):896-908.
47. Den Boer PCAM, Wiersnia D, Van den Bosch RJ. Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychol Med.* 2004;34(6):959-71.
48. Desplenter FAM, Simoens S, Laekeman G. The impact of informing psychiatric patients about their medication: a systematic review. *Pharm World Sci.* 2006;28(6):329-41.
49. Dickson K, Gough D. Supporting people in accessing meaningful work: recovery approaches in community-based adult mental health services. Great Britain: Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre (EPPI-Centre), 2008.
50. Dixon LB, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 1995;21(4):631-43.
51. Fernandez RS, Evans V, Griffiths RD, Mostacchi MS. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: a review of the evidence. *International journal of mental health nursing.* 2006;15(1):70-80. Epub 2006/02/28.
52. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care - A systematic review. *JAMA.* 2003;289(23):3145-51.

53. Haynes R, Ackloo E, Sahota N, McDonald H, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2 Art No: CD000011 DOI: 101002/14651858CD000011pub3.
54. Heffernan J, Pilkington P. Supported employment for persons with mental illness: Systematic review of the effectiveness of individual placement and support in the UK. *J Ment Health*. 2011;20(4):368-80.
55. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *JCCP*. 2008;76(3):491-504.
56. Larsen M, Nordentoft M. Evidensbaseret behandling af psykisk syge hjemløse. *Ugeskr Læger*. 2010;172(22):1669-75.
57. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does One Size Fit All? What We Can and Can't Learn From a Meta-analysis of Housing Models for Persons With Mental Illness. *Psychiat Serv*. 2009;60(4):473-82.
58. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2007;96(1-3):232-45.
59. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2002;22(2):247-69.
60. Michalczuk R, Mitchell A. Monetary incentives for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4 Art No: CD007626 DOI: 101002/14651858CD007626pub2
61. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bull*. 1998;24(4):569-87.
62. Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiat*. 2007;77(3):350-61.
63. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Brit J Psychiat*. 2002;180:104-9.
64. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bull*. 2006;32:S64-S80.
65. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*. 2002;32(5):763-82.
66. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med*. 2002;32(5):783-91.
67. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2007;11(6):645-57.

68. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *Am J Commun Psychol*. 2008;42(1-2):110-21.
69. Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *J Affect Disorders*. 2007;98(1-2):11-27.
70. Sjosten N, Kivela SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psych*. 2006;21(5):410-8.
71. Tierney S, Wyatt K. What works for adolescents with AN? A systematic review of psychosocial interventions. *Eating Weight Disord*. 2005;10:66-75.
72. Tsang HWH, Chan ER, Cheung WM. Effects of mindful and non-mindful exercises on people with depression: A systematic review. *Brit J Clin Psychol*. 2008;47:303-22.
73. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders - A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003;191(8):515-23.
74. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiat*. 2002;159(10):1653-64.
75. Woolacott N, Orton L, Beynon S, Myers L, Forbes C. Systematic review of the clinical effectiveness of self care support networks in health and social care. York: Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 2006.



---

# Vedlegg

---

## Vedlegg 1. Search strategy

---

**Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, HTA)**

**Dato: 31.10.2011**

**Søketreff Cochrane Reviews: 102**

**Søketreff DARE: 201**

**Søketreff HTA: 22**

- #1 MeSH descriptor Mental Health explode all trees
- #2 MeSH descriptor Mental Disorders, this term only
- #3 MeSH descriptor Adjustment Disorders explode all trees
- #4 MeSH descriptor Anxiety Disorders explode all trees
- #5 MeSH descriptor Dissociative Disorders explode all trees
- #6 MeSH descriptor Eating Disorders explode all trees
- #7 MeSH descriptor Factitious Disorders explode all trees
- #8 MeSH descriptor Impulse Control Disorders explode all trees
- #9 MeSH descriptor Mental Disorders Diagnosed in Childhood explode all trees
- #10 MeSH descriptor Mood Disorders explode all trees
- #11 MeSH descriptor Neurotic Disorders explode all trees
- #12 MeSH descriptor Personality Disorders explode all trees
- #13 MeSH descriptor Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features explode all trees
- #14 MeSH descriptor Sexual and Gender Disorders explode all trees
- #15 ((mental\* or psychiatric\*) near/2 (disorder\* or diseas\* or ill\* or health\*)):ti,ab,kw
- #16 (((anxiety or mood or personality or neurotic or dual or bipolar) near/3 (disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or psychotic\* or schizophren\*):ti,ab,kw
- #17 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16)
- #18 MeSH descriptor Rehabilitation explode tree 3
- #19 MeSH descriptor Rehabilitation Centers, this term only

- #20 MeSH descriptor Sheltered Workshops explode all trees
- #21 rehabilitation\*:ti,ab,kw
- #22 MeSH descriptor Aftercare explode all trees
- #23 aftercare:ti,ab,kw
- #24 (structural near/3 intervention\*):ti,ab,kw
- #25 MeSH descriptor Leisure Activities explode all trees
- #26 (leisure or recreation\*):ti,ab,kw
- #27 MeSH descriptor Activities of Daily Living explode all trees
- #28 MeSH descriptor Socialization explode all trees
- #29 MeSH descriptor Social Adjustment explode all trees
- #30 (((cultural or social\*) near/2 (participat\* or adjustment\* or facilitat\* or activit\*)) or socialisation or socialization):ti,ab,kw
- #31 MeSH descriptor Patient Education as Topic explode all trees
- #32 ((patient near/2 education) or (education\* near/2 (program\* or group\* or intervention\*)) or psychoeducat\*):ti,ab,kw
- #33 MeSH descriptor Health Education, this term only
- #34 ((sheltered next workshop\*) or (self next help) or selfhelp or (group next education\*)):ti,ab,kw
- #35 ((life next skill\*) or (self next instruction\* next training) or (skill\* next learning) or (social next skill\*) or "activities of daily living" or adl):ti,ab,kw
- #36 MeSH descriptor Rehabilitation, Vocational explode all trees
- #37 MeSH descriptor Work, this term only
- #38 ((work next adjustment\*) or "vocational rehabilitation" or "work participation" or "back to work"):ti,ab,kw
- #39 MeSH descriptor Residential Facilities, this term only
- #40 MeSH descriptor Assisted Living Facilities explode all trees
- #41 MeSH descriptor Group Homes explode all trees
- #42 MeSH descriptor Halfway Houses explode all trees
- #43 MeSH descriptor Home Care Services, this term only
- #44 MeSH descriptor House Calls explode all trees
- #45 ("assisted living" or (home near/2 care) or (domicil\* near/2 care) or (residential near/2 care) or (group next home\*) or (halfway next house\*)):ti,ab,kw
- #46 MeSH descriptor Housing, this term only
- #47 MeSH descriptor Public Housing explode all trees
- #48 housing:ti,ab,kw
- #49 MeSH descriptor Self Care, this term only
- #50 ("psychosocial rehabilitation" or clubs or "psychosocial readjustment"):ti,ab,kw
- #51 (fountain house\* or club house\*):ti,ab,kw
- #52 MeSH descriptor Respite Care explode all trees
- #53 ("respite care" or "caregiver support" or (support next person\*) or "personal support" or (support next contact\*) or (support next worker\*)):ti,ab,kw

- #54 MeSH descriptor Recurrence explode all trees
- #55 MeSH descriptor Patient Readmission explode all trees
- #56 MeSH descriptor Preventive Health Services, this term only
- #57 (#54 OR #55)
- #58 (#56 AND #57)
- #59 ("psychosocial rehabilitation" or clubs or (psychosocial next readjustment\*) or (day next centre\*) or (day next center\*)):ti,ab,kw
- #60 (((prevent\* or reduce) near/3 (relapse\* or recurrence\* or (second next episode\*) or readmission\* or "re-admission" or rehospita\* or (re next hospital\*)))):ti,ab,kw
- #61 MeSH descriptor Social Support explode all trees
- #62 (#18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61)
- #63 (#17 AND #62)

### **MEDLINE, EMBASE og PsycINFO (søkt sammen i Ovid)**

Dato: 31.10.2011

Søketreff Embase 1980-2011 Week 43 (linje 1-41): 1147

Søketreff MEDLINE In-Process & Other Nondexed Citations and MEDLINE 1948 to Present (linje 42-83): 967

Søketreff PsycINFO 1806 to October Week 4 2011 (linje 84-129): 603

1. \*adjustment disorder/ or exp \*anxiety disorder/ or exp \*eating disorder/ or exp \*sociopathy/ or exp \*suicidal behavior/ or exp \*delirium/ or exp \*dissociative disorder/ or \*emotional disorder/ or \*mental instability/ or exp \*mood disorder/ or exp \*neurosis/ or exp \*personality disorder/ or exp \*psychosexual disorder/ or exp \*psychosis/ or \*psychotrauma/
2. ((mental\* or psychiatric\*) adj2 (disorder\* or diseas\* or ill\*)).tw.
3. (((anxiety or mood or personality or dual or panic) adj2 (disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or psychotic or psychosis or schizophren\* or bipolar or depressive disorder\* or major depression or clinical depression).tw.
4. or/1-3
5. \*dementia/ or \*alcoholism/ or exp \*drug dependence/ or \*tobacco dependence/
6. 5 not 1
7. 4 not 6
8. ((systematic\* adj2 review\*) or meta-anal\* or metaanal\* or (review\* and (pubmed or medline or psycinfo or psyclit)) or (review\* and ((database\* or literature) adj2 search\*))).mp,pt.
9. 7 and 8
10. \*community based rehabilitation/ or community reintegration/ or \*psychosocial rehabilitation/ or \*rehabilitation/
11. \*aftercare/ or \*follow up/
12. aftercare.tw. or follow up.ti. or followup\*.ti.
13. (rehabilitation adj5 (discharg\* adj2 patient\*)).tw.
14. (structural adj3 intervention\*).tw.

15. recreation/ or leisure/
16. (leisure or recreation\*).tw.
17. socialization/
18. social learning/
19. (((cultural or social\*) adj2 (participat\* or adjustment\* or facilitat\* or activit\*)) or socialization).tw.
20. patient education/ or psychoeducation/
21. ((patient adj2 education) or (education\* adj2 (intervention\* or group\* or program\*)) or psychoeducat\*).tw.
22. daily life activity/ or independent living/
23. (life skill\* or self instruction\* training or skill\* learning or social skill\* or activities of daily living or adl).tw.
24. vocational rehabilitation/
25. work experience/
26. (work adjustment\* or vocational rehabilitation or work participation or back to work or supported employment or social support).tw.
27. exp Social Support/
28. ((psychosocial adj2 support) or support\* intervention\*).tw.
29. (sheltered workshop\* or self help or selfhelp or group education\*).mp.
30. exp assisted living facility/ or exp mental health center/ or exp rehabilitation center/ or exp residential home/ or residential care/ or halfway house/
31. home care/
32. (assisted living or (home adj2 care) or (domicil\* adj2 care) or (residential adj2 care) or group home\* or halfway house\* or home visit\* or house call\*).tw.
33. housing/ or housing.tw.
34. psychosocial rehabilitation/ or therapeutic social clubs/ or psychosocial readjustment/
35. (psychosocial rehabilitation or clubs or psychosocial readjustment or day centre\* or day center\*).tw.
36. (fountain house\* or club house\*).tw.
37. ((prevent\* or reduce) adj3 (relapse\* or recurrence\* or second episode\* or readmission\* or re-admission\* or rehospital\* or re-hospital\*).tw.
38. respite care/ or caregiver support/ or (respite care or caregiver support or support person\* or personal support or support contact\* or support worker\*).tw.
39. or/10-38
40. 9 and 39
41. 40 use emez
42. mental disorders/ or exp adjustment disorders/ or exp anxiety disorders/ or exp dissociative disorders/ or exp eating disorders/ or exp factitious disorders/ or exp impulse control disorders/ or exp mental disorders diagnosed in childhood/ or exp mood disorders/ or exp neurotic disorders/ or exp personality disorders/ or exp "schizophrenia and disorders with psychotic features"/ or exp "sexual and gender disorders"/
43. ((mental\* or psychiatric\*) adj2 (disorder\* or disease\* or ill\*).tw.
44. (((anxiety or mood or personality or dual or panic) adj2 (disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or psychotic or psychosis or schizophren\* or bipolar or depressive disorder\* or major depression or clinical depression).tw.
45. or/42-44
46. ((systematic\* adj2 review\*) or meta-anal\* or metaanal\* or (review\* and (pubmed or medline or psycinfo or psyclit)) or (review\* and ((database\* or literature) adj2 search\*))).mp.pt.
47. 45 and 46
48. Rehabilitation/ or Rehabilitation Centers/
49. rehabilitation\*.tw.
50. aftercare/
51. aftercare.tw. or follow up.ti. or followup\*.ti.

52. (structural adj3 intervention\*).tw.
53. leisure activities/ or exp recreation/
54. (leisure or recreation\*).tw.
55. social participation/
56. socialization/
57. social adjustment/
58. (((cultural or social\*) adj2 (participat\* or adjustment\* or facilitat\* or activit\*)) or socialization).tw.
59. Patient Education as Topic/
60. ((patient adj2 education) or (education\* adj2 (intervention\* or group\* or program\*)) or psychoeducat\*).tw.
61. health education/
62. (sheltered workshop\* or self help or selfhelp or group education\*).mp.
63. exp "activities of daily living"/
64. (life skill\* or self instruction\* training or skill\* learning or social skill\* or activities of daily living or adl).tw.
65. exp Rehabilitation, Vocational/
66. Work/
67. (work adjustment\* or vocational rehabilitation or work participation or back to work or supported employment or social support).tw.
68. exp Social Support/ or exp Social Facilitation/ or exp Social Adjustment/
69. ((psychosocial adj2 support) or support\* intervention\*).tw.
70. residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or halfway houses/
71. halfway houses/
72. Home Care Services/ or House Calls/
73. (assisted living or (home adj2 care) or (domicil\* adj2 care) or (residential adj2 care) or group home\* or halfway house\* or home visit\* or house call\*).tw.
74. housing/ or public housing/
75. housing.tw.
76. Self Care/
77. (psychosocial rehabilitation or clubs or psychosocial readjustment or day centre\* or day center\*).tw.
78. (fountain house\* or club house\*).tw.
79. ((prevent\* or reduce) adj3 (relapse\* or recurrence\* or second episode\* or readmission\* or re-admission\* or rehospital\* or re-hospital\*).tw.
80. respite care/ or (respite care or caregiver support or support person\* or personal support or support contact\* or support worker\*).tw.
81. or/48-80
82. 47 and 81
83. 82 use prmz
84. mental disorders/ or adjustment disorders/ or exp affective disorders/ or alexithymia/ or exp anxiety disorders/ or autism/ or exp chronic mental illness/ or exp dissociative disorders/ or exp eating disorders/ or exp elective mutism/ or exp factitious disorders/ or exp gender identity disorder/ or exp hysteria/ or exp impulse control disorders/ or exp neurosis/ or exp paraphilias/ or exp personality disorders/ or exp pervasive developmental disorders/ or exp psychosis/ or exp schizo affective disorder/
85. ((mental\* or psychiatric\*) adj2 (disorder\* or disas\* or ill\*).tw.
86. (((anxiety or mood or personality or dual or panic) adj2 (disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or psychotic or psychosis or schizophren\* or bipolar or depressive disorder\* or major depression or clinical depression).tw.
87. or/84-86
88. ((systematic\* adj2 review\*) or meta-anal\* or metaanal\* or (review\* and (pubmed or medline)) or (review\* and ((database\* or literature) adj2 search\*))).mp,pt.

89. 87 and 88
90. Rehabilitation/ or exp Rehabilitation Centers/ or exp Psychosocial Rehabilitation/  
 91. rehabilitation\*.tw.
92. aftercare/ or outpatient commitment/ or posttreatment followup/  
 93. aftercare.tw. or follow up.ti. or followup\*.ti.
94. (structural adj3 intervention\*).tw.
95. leisure time/ or daily activities/ or hobbies/ or exp recreation/  
 96. (leisure or recreation\*).tw.
97. group participation/  
 98. socialization/  
 99. social adjustment/  
 100. (((cultural or social\*) adj2 (participat\* or adjustment\* or facilitat\* or activit\*)) or socialization).tw.
101. client education/ or psychoeducation/  
 102. ((patient adj2 education) or (education\* adj2 (intervention\* or group\* or program\*)) or psychoeducat\*).tw.
103. health education/  
 104. (sheltered workshop\* or self help or selfhelp or group education\*).mp.
105. "activities of daily living"/ or daily activities/ or independent living programs/ or self care skills/  
 106. exp Social Skills Training/ or exp Social Skills/  
 107. (life skill\* or self instruction\* training or skill\* learning or social skill\* or activities of daily living or adl).tw.
108. exp Vocational Rehabilitation/  
 109. exp Occupational Guidance/ or exp Occupational Adjustment/ or exp Work Adjustment Training/  
 110. (work adjustment\* or vocational rehabilitation or work participation or back to work or supported employment or social support).tw.
111. Social support/  
 112. ((psychosocial adj2 support) or support\* intervention\*).tw.
113. residential care institutions/ or halfway houses/ or assisted living/ or group homes/  
 114. halfway houses/  
 115. home care/ or home visiting programs/  
 116. (assisted living or (home adj2 care) or (domicil\* adj2 care) or (residential adj2 care) or group home\* or halfway house\* or home visit\* or house call\*).tw.
117. housing/ or shelters/ or exp living arrangements/  
 118. housing.tw.
119. exp Self Care Skills/  
 120. psychosocial rehabilitation/ or therapeutic social clubs/ or psychosocial readjustment/  
 121. (psychosocial rehabilitation or clubs or psychosocial readjustment or day centre\* or day center\*).tw.
122. (fountain house\* or club house\*).tw.
123. relapse prevention/  
 124. ((prevent\* or reduce) adj3 (relapse\* or recurrence\* or second episode\* or readmission\* or re-admission\* or rehospitat\* or re-hospital\*).tw.
125. respite care/ or (respite care or caregiver support or support person\* or personal support or support contact\* or support worker\*).tw.
126. Community Mental Health Centers/ or exp Community Mental Health Training/ or exp Mental Health Programs/  
 127. or/90-126
128. 89 and 127
129. 128 use psych
130. 41 or 83 or 129

- 131. coch\* dat\* syst\* rev\*.jn,so.
- 132. 130 not 131
- 133. remove duplicates from 132

## ISI Web of Science

Dato: 31.10.2011

Søketreff: 429

Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED); Social Sciences Citation Index (SSCI); Arts & Humanities Citation Index (A&HCI); Book Citation Index– Science (BKCI-S); Book Citation Index– Social Sciences & Humanities (BKCI-SSH)

Databases=BKCI-SSH, BKCI-S, SCI-EXPANDED, A&HCI, SSCI Timespan=All Years  
Lemmatization=On

- # 6 #5 AND #3 AND #1
- # 5 #4 OR #2
- # 4 TS=(aftercare or rehabilitation or "psychosocial intervention\*")
- # 3 TS=("mental disorder\*" or "psychiatric diagnos\*" or "psychiatric disorder\*" or "mentally ill" or "mental illness" or schizo\* or "depressive disorder\*" or bipolar\* or "personality disorder\*" or "panic disorder" or "eating disorder\*" or "personality disorder\*" or psychot\* or psychosis)
- # 2 TS=(psychoeducation or "patient education" or "structural intervention\*" or socialisation or socialization or leisure or recreation or "cultural participation" or "social participation" or "self help" or "social skills training" or "life skills training" or "activities of daily living" or "assisted living" or "supported living" or "group home\*" or "halfway house\*" or "vocational rehabilitation" or "work support" or "work adjustment training" or "home visit\*" or "house call\*" or "self care skills" or ngo\* or "non-governmental organization" or "non-governmental organisation" or "follow-up organization" or "follow up organisation" or "supported employment" or "social support" or postdischarge or "post discharge")
- # 1 TS=("systematic review\*" or "meta-analys\*" or (review and (pubmed or medline or psycinfo)))

## Sociological Abstracts

Dato: 31.10.2011

Søketreff: 188

Search Query #12 ((DE=("mental health" or "community mental health")) or(DE="mental health services") or(DE=("mental illness" or "psychosis" or "depression psychology" or "eating disorders" or "mental patients" or "schizophrenia")) or(KW=(mental\* or psychiatric\*) and KW=(disorder\* or diseas\* or ill\*)) or(KW=(anxiety or mood or personality or neurotic or dual) and KW=(disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or(KW=(psychotic or schizophren\* or psychosis or bipolar))) and((KW=(systematic\* review\*)) or(KW=meta-anal\*) or(KW=metaanal\*) or(KW=review\* and KW=((medline or pubmed or psycinfo) or (database\* or search\*))) or(KW=(integrative review\*))) and(DE=("rehabilitation" or "vocational rehabilitation" or "independent living" or "self care" or "after care" or "discharge" or "home care" or "home health care" or "respite care" or "activities of daily living" or "tasks" or "volunteers" or "recreation" or "outdoor recreation" or "leisure" or "cultural activities" or "socialization" or "internalization" or "education" or "health education" or "vocational rehabilitation" or "work" or "employment" or "work experience" or "home care" or "home health care" or "respite care" or "housing" or "public housing" or "residential institutions" or "relapse" or "recreational facilities" or

"social support" or "primary groups" or "social networks") or KW=(aftercare or (follow up) or rehabilitation or housing or (independent living) or (life skills) or (vocational rehabilitation) or (work experience) or (self care) or (caregiver support) or (personal support) or (support person) or (respite care) or (assisted living) or (house call\*) or socialization or socialisation or (patient education) or (group home\*) or (fountain house) or (club house)))

## CRD Databases

Dato: 31.10.2011

Søketreff: 180

- 1 MeSH DESCRIPTOR Mental Health EXPLODE ALL TREES
- 2 MeSH DESCRIPTOR Community Mental Health Services EXPLODE ALL TREES
- 3 MeSH DESCRIPTOR Mental Health Services EXPLODE ALL TREES
- 4 MeSH DESCRIPTOR Mental Disorders
- 5 MeSH DESCRIPTOR Adjustment Disorders EXPLODE ALL TREES
- 6 MeSH DESCRIPTOR Anxiety Disorders EXPLODE ALL TREES
- 7 MeSH DESCRIPTOR Dissociative Disorders EXPLODE ALL TREES
- 8 MeSH DESCRIPTOR Eating Disorders EXPLODE ALL TREES
- 9 MeSH DESCRIPTOR Factitious Disorders EXPLODE ALL TREES
- 10 MeSH DESCRIPTOR Impulse Control Disorders EXPLODE ALL TREES
- 11 MeSH DESCRIPTOR Affective Disorders, Psychotic EXPLODE ALL TREES
- 12 MeSH DESCRIPTOR Neurotic Disorders EXPLODE ALL TREES
- 13 MeSH DESCRIPTOR undefined EXPLODE ALL TREES
- 14 MeSH DESCRIPTOR Personality Disorders EXPLODE ALL TREES
- 15 MeSH DESCRIPTOR Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features EXPLODE ALL TREES
- 16 MeSH DESCRIPTOR Sexual and Gender Disorders EXPLODE ALL TREES
- 17 ((mental\* or psychiatric\*) and (disorder\* or diseas\* or ill\* or health\*)):TI
- 18 (((anxiety or mood or personality or neurotic or dual or bipolar) and (disorder\* or disease\* or diagnos\*)) or psychotic or schizophren\*):TI
- 19 MeSH DESCRIPTOR Mood Disorders EXPLODE ALL TREES
- 20 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
- 21 MeSH DESCRIPTOR Rehabilitation EXPLODE ALL TREES
- 22 MeSH DESCRIPTOR Rehabilitation Centers EXPLODE ALL TREES
- 23 MeSH DESCRIPTOR Sheltered Workshops EXPLODE ALL TREES
- 24 (rehabilitation):TI
- 25 MeSH DESCRIPTOR Aftercare EXPLODE ALL TREES
- 26 (aftercare or ((discharge\* or posttreatment or post treatment) and (followup or follow



up)):TI  
27 (structural and intervention\*):TI  
28 MeSH DESCRIPTOR Leisure Activities EXPLODE ALL TREES  
29 (leisure or recreation):TI  
30 MeSH DESCRIPTOR Activities of Daily Living EXPLODE ALL TREES  
31 MeSH DESCRIPTOR Socialization EXPLODE ALL TREES  
32 MeSH DESCRIPTOR Social Adjustment EXPLODE ALL TREES  
33 (((cultural or social\*) and (participat\* or adjustment\* or facilitat\* or activit\*))  
or  
socialization or socialization):TI  
34 MeSH DESCRIPTOR Patient Education as Topic EXPLODE ALL TREES  
35 ((patient and education) or (education\* and (program\* or group\* or interven-  
tion\*)) or  
psychoeducat\*):TI  
36 MeSH DESCRIPTOR Health Education  
37 (sheltered workshop\* or self help or selfhelp or group education\*):TI  
38 (life skill\* or self instruction\* training or social skill\* training or skill\* learning  
or social  
skill\* or activities of daily living or adl):TI  
39 MeSH DESCRIPTOR Rehabilitation, Vocational EXPLODE ALL TREES  
40 MeSH DESCRIPTOR Work EXPLODE ALL TREES  
41 (work adjustment\* or vocational rehabilitation or work participation or back to  
work or  
supported employment):TI  
42 MeSH DESCRIPTOR Assisted Living Facilities EXPLODE ALL TREES  
43 MeSH DESCRIPTOR Group Homes EXPLODE ALL TREES  
44 MeSH DESCRIPTOR Halfway Houses EXPLODE ALL TREES  
45 MeSH DESCRIPTOR Home Care Services  
46 MeSH DESCRIPTOR House Calls EXPLODE ALL TREES  
47 (assisted living or home care or (domicil\* and care) or (residential and care) or  
group  
home\* or halfway house\*):TI  
48 MeSH DESCRIPTOR Housing EXPLODE ALL TREES  
49 MeSH DESCRIPTOR Public Housing EXPLODE ALL TREES  
50 (housing):TI  
51 MeSH DESCRIPTOR Self Care EXPLODE ALL TREES  
52 (psychosocial rehabilitation or clubs or psychosocial readjustment):TI  
53 (fountain house\* or club house\*)  
54 MeSH DESCRIPTOR Secondary Prevention EXPLODE ALL TREES  
55 MeSH DESCRIPTOR Tertiary Prevention EXPLODE ALL TREES  
56 (secondary prevention or tertiary prevention):TI  
57 (follow up or followup):TI  
58 (((prevent\* or reduce) and (relapse\* or recurrence\* or second episode\* or

readmission\*

or re-admission\* or rehospita\* or re-hospita\*) or ((postdischarge\* or post discharge\*)

and (care\* or intervention\* or follow-up or followup or aftercare))):TI

59 (non-governmental organi\* or nongovernmental organi\* or ngo\*):TI

60 MeSH DESCRIPTOR Voluntary Health Agencies EXPLODE ALL TREES

61 MeSH DESCRIPTOR Respite Care EXPLODE ALL TREES

62 (respite care or caregiver support or support person\* or personal support or support

contact\* or support worker\*):TI

63 (psychosocial rehabilitation or clubs or psychosocial readjustment or day centre\* or day

center\*):TI

64 MeSH DESCRIPTOR Organizations, Nonprofit EXPLODE ALL TREES

65 MeSH DESCRIPTOR Recurrence EXPLODE ALL TREES

66 MeSH DESCRIPTOR Patient Readmission EXPLODE ALL TREES

67 MeSH DESCRIPTOR preventive health services

68 #65 OR #66

69 #67 AND #68

70 #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31

OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR

#42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52

OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR

#63 OR #64 OR #69

71 (#20 AND #70) IN DARE, HTA

## **Campbell Library**

Gjennomgang av alle publikasjoner under "View all" (112)

## Vedlegg 2. Sjekkliste for systematiske oversikter

<b>Sjekkliste for systematiske oversikter</b>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>
<b>1 Beskriver forfatterne klart hvilke metoder de brukte for å finne primærstudiene?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>2 Ble det utført et tilfredsstillende litteratursøk? (bruk hjelpespørsmål på neste side for å besvare dette spørsmålet)</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>3 Beskriver forfatterne hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes (studiedesign, deltakere, tiltak, ev. endepunkter)?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>4 Ble det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier (eksplisitte seleksjonskriterier brukt, vurdering gjort av flere personer uavhengig av hverandre)?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>5 Er det klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>6 Er validiteten til studiene vurdert (enten ved inklusjon av primærstudier eller i analysen av primærstudier) ved bruk av relevante kriterier?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>7 Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>8 Ble resultatene fra studiene sammenfattet på forsvarlig måte?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>9 Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analysen som er rapportert i oversikten?</b>			
<i>Kommentar</i>			
<b>10 Hvordan vil du rangere den vitenskapelige kvaliteten i denne oversikten?</b>	Høy	Medium	Lav
<i>Kommentar</i>			

### Vedlegg 3. Inkluderte oversikter

Review	Overlap with other reviews	Time of search	Intervention	Population	Included relevant studies (additional references)	Outcomes
<b>Skills training, education and information</b>						
Tungpunkom 2012 (7)		June 2010	Life skills programs	Schizophrenia and schizophrenia like illnesses	Brown 1983 Campbell 1983 Chen 2009 Patterson 2003 Zhao 2007 Zheng 2006	Life skills (household, kitchen, laundry, self-care) Mental state Quality of life Leaving the study Functioning Future outlook
Morriss 2007 (5)	Overlaps with Soares-Weiser 2007: Colom 2003a Colom 2003b Co-lom 2003 Colom 2003b Miklowitz 2003 Lam 2005	October 2005	Education (training to recognise early signs of recurrence)	Bipolar disorder	Colom 2003a Colom 2003b Lam 2005 (+Lam 2003) Miklowitz 2003 (+2000 +Simoneau 1999) Perry 1999 Simon 2004	Recurrence (any, episode and hospitalisation) Functioning (social performance)

	<b>Perry 1999</b> <b>Simon 2005</b> <b>Overlaps with Griffiths 2004:</b> <b>Perry 1999</b>					
<b>Soares- Weiser 2007 (26)</b>	Completely overlapping with Morriss 2007	September 2005	Education (interventions to prevent relapse)	Bipolar disorder	Colom 2003a Colom 2003b Miklowitz 2003 Lam 2005 Perry 1999 Simon 2005	Relapse (all, admissions to hospital, manic relapses, depressive relapses) Drop outs
<b>Justo 2007 (27)</b>	Overlaps with Morriss 2007: Miklowitz 1996 (Miklowitz 2003)  Education only one element of intervention	August 2007	Education (family interventions)	Bipolar disorder	Clarkin 1990 (+1993+1991) Clarkin 1998 Miklowitz 1996 (Goldstein 2002 +Kim 2004 +Miklowitz 2003a + 2003b +2000 +Simoneau 1999) Ryan 2003 (+Gaudiano 2005 +Keitner 2003 +Miller 2004a + 2004b +Ryan 2003 +Solomon 2005 +Uebelacker 2006)	Recovery Clinical improvement Hospitalisation Medication compliance Relationship in family environment Drop-out Mental health Relapse Survival

Xia 2011 (6)	<p>Overlaps with Pharoah 2010: Herz 2000 Li 2004 Merinder 1999 TARRIER 1988 +1989</p> <p>Overlaps with Grif- fiths 2004: Mac- pherson 1996 Merinder 1999 Goulet 1993</p>	February 2010	Education (psychoeduca- tion)	Schizophrenia	<p>Atkinson 1996 Bauml 1996 (+2007 +Kissling 1999 +Pitschel- Waltz 2006 +1993 +1995 +1997) Barrowclough 1990 (+TARRIER 1990 +1988 +1989) Buchkremer 1997 (+Feldmann 2000 +Hornung 1993 +1999a +1999b +1995 +1996 +1998a +1998b +Klingberg 1999) Chan 2007 Chan 2009 Chen 2005 Chien 2007 Clarkin 1991(+Glick 1993 +1991 +1985 +1990 +Haas 1990 +1988 +Spencer 1988) Chabannes 2005 (+2008) Dai 2007 Dong 2006 Fu 2003</p>	<p>Compliance (with me- dication) Loss to follow up Relapse (any, admis- sion hospital) Knowledge Behaviour Functioning Days in hospital Global state Mental state Ex- pressed emotions Quality of life Satisfaction Costs per person</p>
--------------	--	------------------	----------------------------------	---------------	---	---

---

**Gao 2001**  
**Goulet 1993**  
**He 2008**  
**Herz 1996 (+2000)**  
**Hu 2008**  
**Huang 2008**  
**Jiang 2004**  
**Li 2003**  
**Li 2004**  
**Li 2005**  
**Li 2008**  
**Liu 2004**  
**Lv 2007**  
**Macpherson 1996**  
**Merinder 2000 (+ 1999 +  
1998a +1998b)**  
**Razali 1995 (+1997)**  
**Sun 2005**  
**Vreeland 2006**  
**Wang 2008**  
**Wang 2008**  
**Xie 2006**  
**Zhang 2003**  
**Zhang 2004**

---

---

**Zhang 2006**  
**Zhang 2007 (+ 2008) Zeng**  
**2007**  
**Zheng 2003**  
**Zhu 2008**  
**Zhou 2005**  
**Zhang 2007**  
**Zhao 2007**

---

<b>Griffiths 2004 (29)</b>	Overlaps with Pharoah 2010: Merinder 1999	2002	Education	Mental health consumers receiving psychotropic medication	Angunawela 1998 Boczkowski 1985 Brown 1987 Dow 1991 Evans 1996 Goulet 1993 Kleinman 1993 Kleinman 1996 Kuipers 1994 Macpherson 1996 Merinder 1999 Munetz 1985, Perry 1999, Robinson 1986 Seltzer 1980 Streicker 1986	Knowledge (about disease) Compliance Relapse (hospitalisation, symptoms) Contact with health professionals Insight
	Overlaps with Xia 2011: Merinder 1999 Macpherson 1996 Goulet 1993					
	Overlaps with Morris 2007 and Soares-Weiser 2007: Perry 1999					

---



				Gray 1999		
<b>Pharoah 2010 (28)</b>	Overlaps with Xia 2011: Herz 2000 Li 2004 Merinder 1999 Barrowclough 1990 Tarrier 1988 (+1989)  Overlaps with Grif- fiths 2004, Xia 2011 og Pharoah 2010: Merinder 1999  Education only one element of interven- tion	September 2008	Education (family intervention)	Schizophrenia	Bloch 1995 (+Szmukler Buchkremer 1995 (+1991 +Schulze 1994) Carra 2007 Chen 2005 Fernandez 1998 Glynn 1992 (+Randolph 1994) Guo 2007 Herz 2000 Hogarty 1997 Leavey 2004 Leff 1982 (+1984 +1985 +1989a +Berkowitz 1984) Leff 1989 (+1990) Li 2004 Li 2005 Lv 2003 Magliano 2006 Merinder 1999 Posner 1992 Ran 2003 (+2001) Schooler 1997 (+Fallon 1996 +Keith	Service utilization Relapse Not improved Function- ing Mental state

1989 +Glick 1997 +Wuerker  
2002)  
Shi 2000  
Szmukler 2003  
Tarrier 1988 (+1989 +1991  
+1994 +Barrowclough 1990)  
1996)  
Xiang 1994  
Xiong 1994a (+ 1994b)  
Zhang 1994

<b>Cleary 2008 (25)</b>	<b>May 2006</b>	<b>Education and skills training (psychosocial interventions)</b>	<b>Severe mental illness and substance misuse</b>	<b>Hellerstein 1995 (+2001) Jerrell 1995a (+1994 +1999)</b>	<b>Lost to treatment Functioning Social adjustment Days in hospital</b>
<b>Tosh 2011 (9)</b>	<b>November 2009</b>	<b>General physical health advice</b>	<b>Severe mental disorder</b>	<b>Brown 2006 Brown 2009 Byrne 1999 Chafetz 2008 Druss 2010 Forsberg 2008</b>	<b>Quality of life Mortality Loss to follow up Use of preventive health services</b>

---

**Pharmacist intervention including education and monitoring**

---

<b>Rubio-Valera 2011 (8)</b>	<b>April 2010</b>	<b>Education and monitoring (Pharmacist care)</b>	<b>Moderate to severe depression</b>	<b>Finley 2003 Adler 2004 Capoccia 2004 Brook 2005 Rickles 2005 Crocket 2006</b>	<b>Adherence to anti-depressants</b>
------------------------------	-------------------	---	--------------------------------------	--	--------------------------------------

---

**Supported housing and follow-up**

---

<b>Chilvers 2006 (13)</b>	<b>April 2006</b>	<b>Supported housing</b>	<b>Severe mental illness</b>	<b>Empty review</b>	<b>-</b>
<b>Tosh 2010 (15)</b>	<b>October 2009</b>	<b>Physical health monitoring</b>	<b>Serious mental illness</b>	<b>Empty review</b>	<b>-</b>
<b>Reda 2010 (14)</b>	<b>April 2009</b>	<b>Prompts to encourage appointment</b>	<b>Serious mental illness</b>	<b>None</b>	<b>-</b>
<b>Mead 2010 (16)</b>	<b>April 2008</b>	<b>Befriending</b>	<b>Moderate to severe depression and schizophrenia (various diagnoses)</b>	<b>Hariss 1999 Heller 1991 McNeil 1991</b>	<b>Depression</b>

---

<b>Buckley 2007 (30)</b>		<b>January 2004</b>	<b>Advocacy (Supportive therapy )</b>	<b>Schizophrenia</b>	<b>None</b>	<b>-</b>
<b>Culture and leisure activities</b>						
<b>Lawrence 2010 (18)</b>		<b>June 2008</b>	<b>Sports and games</b>	<b>PTSD</b>	<b>Empty review</b>	<b>-</b>
<b>Gorczynski 2010 (19)</b>		<b>December 2008</b>	<b>Excercise</b>	<b>Schizophrenia or schizophrenialike ill- nesses</b>	<b>Beebe 2005 Marzaloni 2008</b>	<b>Mental state Physical fitness Weight General functioning Quality of life Leaving the study ear- ly</b>
<b>Roine 2009 (31)</b>		<b>June 2008</b>	<b>Excercise</b>	<b>Schizophrenia (various diagnoses)</b>	<b>Torres-Carbajo 2005</b>	<b>Hospitalisation costs</b>
<b>Mead 2009 (17)</b>	<b>Overlaps with Lawlor 2001: Blumenthal 1999 Doyne 1987 Epstein 1986 Heiss-Homeier 1981 Klein 1985</b>	<b>March 2007</b>	<b>Excercise</b>	<b>Major and moderate depression (depression)</b>	<b>Blumenthal 2007 Blumenthal 1999 Chou 2004 Knuppen 2007 Martinsen 1985 Mather 2001 Veale 1992</b>	<b>Depression</b>

---

**Martinsen 1985**

**McNeil 1991**

**Mutrie 1988**

**Reuter 1984**

**Singh 1997**

**Veale 1992**

**Overlaps with**

**Krogh 2011:**

**Blumenthal 2007**

**Blumenthal 1999**

**Doyne 1987**

**Epstein 1986**

**Klein 1985**

**Martinsen 1985**

**Mather 2002**

**Mutrie 1988**

**Singh 2005**

**Singh 1997**

**Veale 1992**

**Dunn 2005 (+2002)**

**Overlaps with**

**Wang 2009: Chou**

---

---

**2004**

---

<b>Krogh 2011 (32)</b>	Very different control groups merged together in the same analysis  Old procedure for calculating standardised mean differences  Overlaps with Mead 2009: Blumenthal 2007 Blumenthal 1999 Doyne 1987 Dunn 2005 Epstein 1986 Klein 1985 Martinsen 1985 Mather 2002 Mutrie 1988	September 2008	Excercise	Clinically depressed adults	Blumenthal 2007 Blumenthal 1999 Doyne 1987 Dunn 2005 Epstein 1986 Klein 1985 Krogh 2009 Mather 2002 Martinsen 1985 Mutrie 1988 Singh 2005 Singh 1997 Veale 1992	Depression
------------------------	--	----------------	-----------	-----------------------------	---	------------

---

---

Singh 2005  
Singh 1997  
Veale 1992  
Veale 1992

Overlaps with Law-  
lor 2001:  
Blumenthal 1999  
Doyne 1987  
Epstein 1986  
Klein 1985  
Martinsen 1985  
Mutrie 1988  
Singh 1997  
Veale 1992

---

<b>Lawlor 2001 (33)</b>	Overlaps complete- ly with Mead 2009	December 1999	Excercise	Depression (major)	Blumenthal 1999 Doyne 1987 Epstein 1986 Heiss-Homeier 1981 Klein 1985 Martinsen 1985 McNeil 1991 Mutrie 1988 Reuter 1984	Depression
	Overlaps with Krogh 2011: Blumenthal 1999 Doyne 1987 Epstein 1986 Klein 1985					

---

---

Martinsen 1985  
Mutrie 1988  
Singh 1997  
Veale 1992

Singh 1997  
Veale 1992

---

<b>Wang 2009 (21)</b>	Overlaps with Mead 2009: Chou 2004	August 2008	Tai Chi	Depression (various diagnoses)	Chou 2004 Chou 2008	Depression Anxiety Satisfaction Mood Tension Coping Social interaction Stress
-----------------------	--	----------------	---------	-----------------------------------	------------------------	--

---

**Vocational training and supported employment**

---



<b>Crowther 2001 (22)</b>	<b>Overlaps with Marshall 2001: Beard 1963 Becker 1967 Bell 1996 Blan- kertz 1996 Bond 1986 Bond 1995 Chandler 1996 Drake 1999 Gervy 1994 Griffths 1974 Kline 1981 Kuldau 1977 McFarlane 2000 Okpaku 1997 Walker 1969 Wolkon 1971</b>	<b>1999</b>	<b>Vocational rehabilitation</b>	<b>Severe mental illness</b>	<b>Beard 1963 (+1978) Becker 1967 Bell 1993 (+1993 +1996) Bond 1986 Bond 1995a (+1995b) Chandler 1996 (+ 1997a +1997b) Dincin 1982 (+Bond 1984) Drake 1994 (+1996 +Clark 1998a +1998b +Mueser 1997) Drake 1999 Gervy 1994 Griffths 1974 Kuldau 1977 McFarlane 1995 (+2000) Okpaku 1997 Walker 1969 Wolkon 1971</b>	<b>Employment Participation in pro- gram Hospitalisation</b>
-------------------------------	---	-------------	----------------------------------	------------------------------	--	--

<b>Marshall 2001 (34)</b>	Overlaps with Crowther 2001: Beard 1963 Becker 1967 Bell 1996 Blankertz 1996 Bond 1986 Bond 1995 Chandler 1996 Drake 1999 Gervey 1994 Griffiths 1974 Kline 1981 Kuldau 1977 McFarlane 2000 Okpaku 1997 Walker 1969 Wolkon 1971	December 1998	Vocational rehabilitation (pre- vocational, clubhouse, employment support reha- bilitation)	Severe mental disor- ders	Beard 1963 Becker 1967 Bell 1996 Blankertz 1996 Bond 1984 Bond 1986 Bond 1995 Chandler 1996 Drake 1994 Drake 1999 Gervey 1994 Griffiths 1974 Kuldau 1977 Kline 1981 McFarlane 2000 Okpaku 1997 Walker 1969 Wolkon 1971	Employment Clinical outcomes Costs
<b>Nieuwenhuijsen 2008 (20)</b>		<b>August 2006</b>	<b>Work directed interven- tions (Occupational ther- apy)</b>	<b>Moderate to major depression</b>	<b>Schene 2006</b>	<b>Depression Day of sickness ab- sence</b>

---

#### **Vedlegg 4. Ekskluderte oversikter**

---

<b>Study First author</b>	<b>Cause for exclusion of study</b>
Barbato 2000 (44)	Unclear search strategy, control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies, and the results were reported without presentation of figures.
Bustillo 2001 (45)	Unclear search strategy. Control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies not done.
Crowe 2010 (46)	Quality assessment not reported and the results were reported without presentation of figures.
Den Boer 2004 (47)	Unclear search strategy. Control for bias in selection of studies not done.
Desplenter 2006 (48)	The review excluded studies that reported interventions with no effect.
Dickson 2008 (49)	The results were reported without presentation of figures.
Dixon 1995 (50)	Unclear search strategy and how studies were identified and included. Control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies not done.
ECRI 2001 (11)	Unclear search strategy and quality assessment of included studies. Control for bias in selection of studies not done.
Fernandez 2006 (51)	This review was an update of Griffiths 2004 (29), but does not refer to the previous review. Unclear description of search strategy and figures were not consistently reported for all results.
Gilbody 2003 (52)	Unclear search strategy, control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies. Unclear if all results were reported.
Haynes 2008 (53)	Unclear criteria for including studies and quality assessment.
Heffernan 2011 (54)	Unclear search strategy. Not systematic review of international studies, only UK.
Kurtz 2008 (55)	Unclear control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies.
Larsen 2010 (56)	Unclear how studies were identified and included, did not control for bias in selection of studies and did not quality assess included studies.
Leff 2009 (57)	Unclear search strategy, how studies were identified and included, and quality assessment of included studies.
Lincoln 2007 (58)	Unclear quality assessment of included studies.
Michael 2002 (59)	Unclear search strategy, how studies were identified and included and quality assessment of included studies. Did not control for bias in selection of studies and the analysis was unclear.
Michalczuk 2009 (60)	Major error in search strategy.

Mojtabai 1998 (61)	Unclear search strategy, control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies not done
Nelson 2007 (62)	Unclear search strategy, identification of studies, and quality assessment of included studies. Control for bias in selection of studies not done.
Pampallona 2002 (63)	Unclear search strategy. Control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies not done.
Pfammatter 2006 (64)	Unclear control for bias in selection of studies and did not quality assess included studies.
Pilling 2002 (65)	Unclear how studies were identified and included, unclear quality assessment of included studies.
Pilling 2002b (66)	Unclear how studies were identified and included, unclear quality assessment of included studies.
Pinquart 2007 (67)	Unclear search strategy and control for bias in selection of studies.
Pistrang 2008 (68)	Unclear search strategy and no quality assessment of included studies. The results were reported without presentation of figures.
Rouget 2007 (69)	Unclear search strategy and how studies were identified and included. Quality assessment of included studies, control for bias in selection of studies was not done. Results were described indicating only direction of effect.
Sjösten 2006 (70)	Unclear control for bias in selection of studies and results were described indicating only direction of effect.
Tierney 2005 (71)	Unclear description of the literature search and did not quality assess included studies.
Tsang 2008 (72)	Unclear search strategy, unclear control for bias in selection of studies and results were described indicating only direction of effect.
Twamley 2003 (73)	Control for bias in selection of studies and quality assessment of included studies not done.
Zygmunt 2002 (74)	Unclear control for bias in selection of studies. Quality assessment of included studies not done. The results were reported without presentation of figures.
Woolacott 2006 (75)	The review excluded studies that reported interventions with statistical significant effects.

## Vedlegg 5. GRADE evidence profiles

### Vedlegg 5.1

Author(s): AA + HMK

Date: 2012-04-12

Question: Should education vs usual practice be used for bipolar disorder?

Settings: Inpatient and outpatients1

Bibliography: Morriss 2007

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Education	Usual practice	Relative (95% CI)	Absolute		
Time to first recurrence of any type (Better indicated by Lower values)												
6	randomised trials	serious <sup>2</sup>	no serious inconsistency <sup>3</sup>	no serious indirectness	no serious imprecision	none	323	367	-	Hazards ratio 0.57 higher (0.39 to 0.82 higher)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	
Percentage of people hospitalized												
4	randomised trials	serious <sup>4</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	40/330 (12.1%)	62/349 (17.8%)	RR 0.67 (0.47 to 0.95)	59 fewer per 1000 (from 9 fewer to 94 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	
Social performance (functioning) (follow-up 12 months; measured with: MRC functioning scale; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	serious <sup>5</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>6</sup>	none	34	35	-	MD 1.24 higher (0.07 Lower to 2.55 higher)	⊕⊕⊖⊖ LOW	

1 Country where study was conducted was not reported.

2 One study had unclear randomisation procedure, most studies were unblinded.

3 Some inconsistency detected which may be an argument for downgrading the evidence. However, based on a global assessment this was not done by considering other outcomes, width of confidence intervals and effect estimates

4 Most studies were unblinded

5 Study was unblinded

6 Events were less than optimal information size/ less than 400 participants/ only one small study

### Vedlegg 5.2

Author(s): AA + HMK

Date: 2012-04-16

Question: Should education vs usual practice be used for patients with severe mental illness and drug abuse?

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Educational	Practice as usual	Relative (95% CI)	Absolute		
Lost to follow up short term (follow-up 6 months)												
2	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	7/45 (15.6%)	15/49 (30.6%)	RR 0.49 (0.24 to 0.97)	156 fewer per 1000 (from 9 fewer to 233 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
Social adjustment (follow-up 6 months; measured with: Social adjustment scale (SAS); Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>3,4</sup>	none	22	25	-	MD 0.92 lower (6.58 lower to 4.74 higher) <sup>5</sup>	⊕⊖⊖ ⊖ VERY LOW	
Functioning (follow-up 6 months; measured with: Role functioning scale (RFS); Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>3</sup>	none	22	25	-	MD 0.61 higher (1.63 lower to 2.85 higher) <sup>6</sup>	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
Days in hospital (Better indicated by lower values)												
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>3,4</sup>	none	16	13	-	MD 1.8 higher (4.46 lower to 8.06 higher)	⊕⊖⊖ ⊖ VERY LOW	

1 Unclear allocation concealment

2 Less than optimal information size

3 One small study with participants less than 400/ only one small study

4 Wide confidence interval including both important benefits as well as harms

5 At 12 months the mean difference was 2,58 (CI -3,39 to 8,55)

6 At 12 months the mean difference was 1,07 (CI -1,15 to 3,29)

### Vedlegg 5.3

Author(s): AA + HMK

Date: 2012-04-17

Question: Should education and monitoring by pharmacists vs usual practice be used for major depression?

Setting: USA, Nederland, Australia

Bibliography: Rubio-Valera 2011

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Educational and	Usual	Relative	Absolute		

dies							monitoring by pharmacists	practice	(95% CI)			
Adherence to antidepressives (follow-up 2-12 months)												
6	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	0/459 (0%)	0/428 (0%)	OR 1,64 (1.24 to 2.17)	-	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

1 All studies were unblinded and some had unclear allocation concealment

2 Uncertain magnitude of effect, very wide confidence intervals

## Vedlegg 5.4

Author(s): AA + LF

Date: 2012-03-07

Question: Should befriending vs treatment as usual be used for major mental illness?

Settings: UK and USA

Bibliography: Mead 2010

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Befriending	TAU	Relative (95% CI)	Absolute		
Depression outcomes (follow-up 20 weeks to 13 months ; measured with: SMD; Better indicated by lower values)												
2	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2,3</sup>	none	90	96	-	mean ranged from 0.27 to 0.58 lower	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

1 Two studies with moderate quality.

2 Less than 400 participants

<sup>3</sup> Wide confidence intervals

## Vedlegg 5.5

Author(s): AA + LF

Date: 2012-03-08

Question: Should exercise vs treatment as usual be used for Schizophrenia?

Settings: USA, Canada and Spain

Bibliography: Gorczyński 2010, Roine 2009

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Exercise in addition to TAU	TAU	Relative (95% CI)	Absolute		
Mental health inventory total (follow-up 12 weeks; Better indicated by higher values)												
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	4	6	-	MD 7.40 higher (2.46 lower to	⊕⊖⊖ ⊖ VERY LOW	

											17.26 higher)		
<b>Physical fitness walking test (follow-up 12 weeks; Better indicated by higher values)</b>													
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	7	6	-	MD 79.50 higher (33.82 to 125.18 higher)	⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW		
<b>Physical fitness strength (follow-up 12 weeks; Better indicated by higher values)</b>													
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	7	6	-	MD 2 higher (0.55 to 3.45 higher)	⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW		
<b>BMI (follow-up 12 weeks; Better indicated by lower values)</b>													
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	7	6	-	MD 1.20 lower (2.92 lower to 0.52 higher)	⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW		
<b>Leaving the study early (follow-up 12-16 weeks)</b>													
2	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>2</sup>	none	2/13 (15.4%)	0/12 (0%)	RR 1.30 (-0.364 to 6.24)	-	⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW		
<b>Cost-effectiveness related to rehospitalisations</b>													
1	Observation study	serious <sup>3</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>3</sup>						⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW		

<sup>1</sup> Unclear blinding and inadequate reporting in primary studies.

<sup>2</sup> Total population size is less than 400, and wide confidence interval/ the number of events were not optimal information size/ one small study

<sup>3</sup> Non randomized controlled study with uncertain risk of systematic bias

## Vedlegg 5.6

Author(s): AA + LF

Date: 2012-03-26

Question: Should exercise plus practice as usual vs practice as usual be used for major depression?

Settings: US, UK, Norway, Hong Kong, Germany, Canada, Australia and Thailand

Bibliography: Mead 2009

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance	
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Exercise plus practice as usual	Practice as usual	Relative (95% CI)	Absolute			
<b>Depression (short term) (Better indicated by lower values)</b>													
7	randomised trials	no serious risk of bias	serious <sup>1</sup>	no serious indirectness	no serious imprecision	none	236	212	-	SMD 0.52 lower (0.91 to 0.13 lower)	⊕⊕⊕⊕ MODE-RATE		
<b>Depression (long term) (Better indicated by lower values)</b>													
2	randomised trials	no serious risk	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	72	72	-	SMD 0.84 lower (2.41	⊕⊕⊕⊕ MODE-RATE		



		of bias								lower to 0.73 higher)		
--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--	--

<sup>1</sup> Heterogeneity present across studies

<sup>2</sup> Small studies with participants less than 400

## Vedlegg 5.7

Author(s): HMK +AA

Date: 2012-03-29

Question: Should an intervention to occupational health be used in patients with major depression?

Settings: Nederland

Bibliography: Nieuwenhuijsen 2008

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	An intervention to improve primary care depression management	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
<b>Days of sickness absence (follow-up 1 years; range of scores: 0-365; Better indicated by lower values)</b>												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>1,2</sup>	none	30	32	-	SMD 0.30 lower (0.8 lower to 0.2 higher)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
<b>Depression (follow-up 1 years; range of scores: 0-0; Better indicated by lower values)</b>												
1	randomised trials	no serious risk of bias	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>1,2</sup>	none	30	32	-	SMD 0.24 higher (0.26 lower to 0.74 higher)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

<sup>1</sup> Total study sample population was less than 400/ only one small study

<sup>2</sup> Wide confidence interval

## Vedlegg 5.8

Author(s): HMK + AA

Date: 2012-03-13

Question: Should pre-vocational training vs standard hospital care be used in people with severe mental illness?

Settings: USA

Bibliography: Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Pre-vocational training	Standard hospital care	Relative (95% CI)	Absolute		
<b>not in competitive employment (follow-up 8 months)</b>												
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	19/25 (76%)	24/25 (96%)	RR 0.79 (0.63 to 1)	202 fewer per 1000 (from 355)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

not in any form of employment (follow-up 8 months)											
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	10/25 (40%)	24/25 (96%)	RR 0.42 (0.26 to 0.68)	557 fewer per 1000 (from 307 fewer to 710 fewer)	⊕⊕⊕ ⊖ LOW
not participating in program (excluding employed) (follow-up 6-8 months)											
2	randomised trials	serious <sup>3</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious <sup>4</sup>	none	0/39 (0%)	1/39 (2.6%)	RR 0.33 (0.01 to 7.55)	17 fewer per 1000 (from 25 fewer to 168 more)	⊕⊕⊕ ⊖ VERY LOW
not discharged from hospital (follow-up 8 months)											
1	randomised trials	serious <sup>1</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>2</sup>	none	21/25 (84%)	22/25 (88%)	RR 0.95 (0.76 to 1.19)	44 fewer per 1000 (from 211 fewer to 167 more)	⊕⊕⊕ ⊖ LOW

1 One RCT with unclear allocation concealment

2 The number of events were not optimal information size

3 Information comes from one study low risk of bias and one study with unclear risk of bias

4 The number of events were not optimal information size and the 95% CI includes no effect and the upper or lower confidence limit crosses the minimal important difference (MID)

## Vedlegg 5.9

**Author(s):** HMK +AA

**Date:** 2012-03-19

**Question:** Should pre-vocational training (all approaches) vs standard community care be used in people with severe mental illness?

**Settings:** USA, UK

**Bibliography:** Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Pre-vocational training (all approaches)	Standard community care	Relative (95% CI)	Absolute		
not in competitive employment (follow-up 18-24 months)												
2	randomised trials	serious <sup>2</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>7</sup>	none	120/177 (67.8%)	47/66 (71.2%)	RR 0.99 (0.82 to 1.18) <sup>1</sup>	7 fewer per 1000 (from 128 fewer to 128 more)	⊕⊕⊕⊕ ⊖ LOW	
not in any form of employment (short-term) (follow-up 3-9 months)												
2	randomised trials	serious <sup>4</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	192/280 (68.6%)	93/137 (67.9%)	RR 0.90 (0.57 to 1.37)	20 fewer per 1000	⊕⊕⊕⊕ MOD-ERATE	

									1.42 <sup>3</sup>	(from 148 fewer to 47 more)		
<b>not in any form of employment (long-term) (follow-up 12-18 months)</b>												
2	randomised trials	serious <sup>6</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	143/236 (60.6%)	87/131 (66.4%)	RR 0.86 (0.72 to 1.02) <sup>5</sup>	93 fewer per 1000 (from 186 fewer to 13 more)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	
<b>not participating in program (excluding employed) (follow-up 12-18 months)</b>												
2	randomised trials	serious <sup>6</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious <sup>7</sup>	none	54/139 (38.8%)	58/145 (40%)	RR 0.95 (0.52 to 1.72)	20 fewer per 1000 (from 192 fewer to 288 more)	⊕⊕⊕⊖ LOW	
<b>admitted to hospital (follow-up 1 years)</b>												
3	randomised trials	serious <sup>4</sup>	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	173/562 (30.8%)	119/325 (36.6%)	RR 0.79 (0.65 to 0.95)	77 fewer per 1000 (from 18 fewer to 128 fewer)	⊕⊕⊕⊖ MODERATE	

<sup>1</sup> Calculated RR by combining two studies at 18 and 24 months follow up.

<sup>2</sup> Information comes from two studies at high or unclear risk of bias

<sup>3</sup> Calculated by combining two studies at 6 and 9 months follow up.

<sup>4</sup> Information comes from two studies with low risk and high risk of bias.

<sup>5</sup> Calculated by combining two studies at 12 and 18 months follow up

<sup>6</sup> Two studies with unclear risk of bias

<sup>7</sup> 95% CI includes no effect and the upper or lower confidence limit crosses the minimal importance difference (MID).

<sup>8</sup> Three studies with unclear risk of bias

## Vedlegg 5.10

Author(s): HMK + AA

Date: 2012-03-19

Question: Should pre-vocational training + payment vs pre-vocational training alone be used in people with schizophrenia or schizophrenialike illness?

Settings: USA

Bibliography: Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Pre-vocational training + payment	Pre-vocational training alone	Relative (95% CI)	Absolute		
<b>not in any form of employment (follow-up 6 months)</b>												

1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	24/80 (30%)	53/70 (75.7%)	RR 0.40 (0.28 to 0.57)	454 fewer per 1000 (from 326 fewer to 545 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
not participating in program (follow-up 6 months)												
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	32/80 (40%)	53/70 (75.7%)	RR 0.53 (0.39 to 0.71)	356 fewer per 1000 (from 220 fewer to 462 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
admitted to hospital (follow-up 1 years)												
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	15/80 (18.8%)	24/70 (34.3%)	RR 0.55 (0.31 to 0.96)	154 fewer per 1000 (from 14 fewer to 237 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

1 Information comes from one RCT at unclear risk of bias

2 Information comes from one study

## Vedlegg 5.11

Author(s): HMK + AA

Date: 2012-03-19

Question: Should accelerated entry to transitional employment (TE- Type of PVT) vs gradual entry to TE be used in people with severe mental illness?

Settings: USA

Bibliography: Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Accelerated entry to transitional employment (TE- Type of PVT)	Gradual entry to TE	Relative (95% CI)	Absolute		
not in competitive employment (short-term) (follow-up 9 months)												
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	None	59/64 (92.2%)	62/67 (92.5%)	RR 1 (0.9 to 1.1)	0 fewer per 1000 (from 93 fewer to 93 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	
not in competitive employment (long-term) (follow-up 15 months)												
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	None	53/64 (82.8%)	63/67 (94%)	RR 0.88 (0.78 to 1)	113 fewer per 1000 (from 207 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW	

											to 0 more)		
not in any form of employment (follow-up 15 months)													
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious2	None	33/64 (51.6%)	36/67 (53.7%)	RR 0.96 (0.69 to 1.33)	21 fewer per 1000 (from 167 fewer to 177 more)	⊕⊕⊖ ⊖ LOW		
numbers not participating in program (follow-up 9 months)													
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious2	None	24/64 (37.5%)	21/67 (31.3%)	RR 1.2 (0.74 to 1.92)	63 more per 1000 (from 81 fewer to 288 more)	⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW		
number readmitted to hospital (follow-up 15 months)													
1	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious2	None	25/64 (39.1%)	25/67 (37.3%)	RR 1.05 (0.68 to 1.62)	19 more per 1000 (from 119 fewer to 231 more)	⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW		

1 Information comes from one RCT at unclear risk of bias

2 Wide confidence intervals which includes important benefits and no effect/ information comes from one study

## Vedlegg 5.12

Author(s): HMK + AA

Date: 2012-03-19

Question: Should supported employment vs standard community care be used in people with severe mental illness?

Settings: USA

Bibliography: Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance	
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Supported employment	Standard community care	Relative (95% CI)	Absolute			
not in competitive employment (long-term) (follow-up 36 months)													
1	randomised trials	very serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	108/127 (85%)	124/129 (96.1%)	RR 0.88 (0.82 to 0.96)	115 fewer per 1000 (from 38 fewer to 173 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW		
not in any form of employment (follow-up 15 months)													
1	randomised trials	very serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	90/127 (70.9%)	115/129 (89.1%)	RR 0.79 (0.7 to 0.9)	187 fewer per 1000 (from 89 fewer to 267 fewer)	⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW		
numbers not participating in program (follow-up 15 months)													

1	randomised trials	very serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	44/127 (34.6%)	60/129 (46.5%)	RR 0.74 (0.55 to 1.01)	121 fewer per 1000 (from 209 fewer to 5 more)	⊕⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW	
numbers admitted to hospital during stay (follow-up 15 months)												
1	randomised trials	very serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	serious2	none	50/127 (39.4%)	61/129 (47.3%)	RR 0.83 (0.63 to 1.1)	80 fewer per 1000 (from 175 fewer to 47 more)	⊕⊕⊕⊖ ⊖ VERY LOW	

1 Information comes from one study at high risk of bias

2 Information comes from one study

### Vedlegg 5.13

Author(s): HMK + AA

Date: 2012-03-19

Question: Should supported employment (all approaches) vs pre-vocational training be used in people with severe mental illness?

Settings: USA

Bibliography: Crowther 2001

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Supported employment (all approaches)	Pre-vocational training	Relative (95% CI)	Absolute		
not in competitive employment (short-term) (follow-up 9 months)												
3	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	116/187 (62%)	164/177 (92.7%)	RR 0.67 (0.6 to 0.76)	306 fewer per 1000 (from 222 fewer to 371 fewer)	⊕⊕⊕⊕⊖ MODE-RATE	
not in competitive employment (long-term) (follow-up 18 months)												
5	randomised trials	serious1	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	130/187 (69.5%)	157/177 (88.7%)	RR 0.78 (0.71 to 0.87)	195 fewer per 1000 (from 115 fewer to 257 fewer)	⊕⊕⊕⊕⊖ MODE-RATE	
not in any form of employment (short-term) (follow-up 9 months)												
1	randomised trials	very serious2	no serious inconsistency	no serious indirectness	very serious3	none	12/37 (32.4%)	17/32 (53.1%)	RR 0.61 (0.35 to 1.08)	207 fewer per 1000 (from 345 fewer to 43 more)	⊕⊕⊕⊕⊖ VERY LOW	
not in any form of employment (long-term) (follow-up 18 months)												
1	randomised	very se-	no serious incon-	no serious	very serious3	none	16/37 (43.2%)	17/32 (53.1%)	RR 0.81	101 fewer	⊕⊕⊕⊕⊖ VERY	

	trials	rious2	sistency	indirect-ness				)	(0.5 to 1.33)	per 1000 (from 266 fewer to 175 more)	LOW	
numbers not participating in program (short-term) (follow-up 6 months)												
1	rando-mised trials	very se-rious2	no serious incon-sistency	no se-rious indirect-ness	very serious3	none	18/43 (41.9%)	19/43 (44.2%)	RR 0.95 (0.58 to 1.54)	22 fewer per 1000 (from 186 fewer to 239 more)	⊕⊖⊖⊖ VERY LOW	
numbers not participating in program (long-term) (follow-up 12-18 months)												
3	rando-mised trials	se-rious1	serious4	no se-rious indirect-ness	no se-rious impreci-sion	none	38/187 (20.3%)	58/177 (32.8%)	RR 0.64 (0.45 to 0.89)	118 fewer per 1000 (from 36 fewer to 180 fewer)	⊕⊕⊖⊖ LOW	

1 Two studies at low risk of bias and one study at high risk of bias

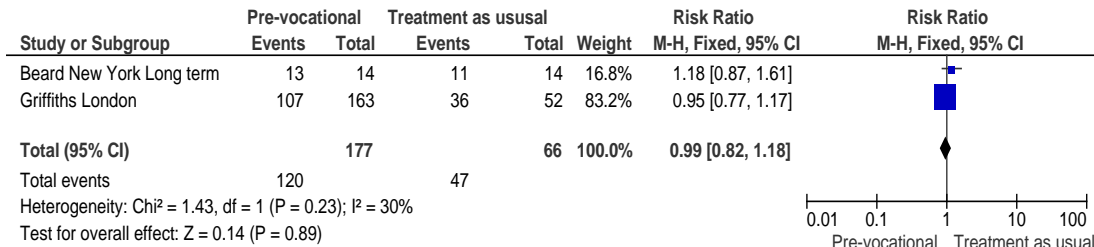
2 One study with high risk of bias

3 The number of events not optimal information size

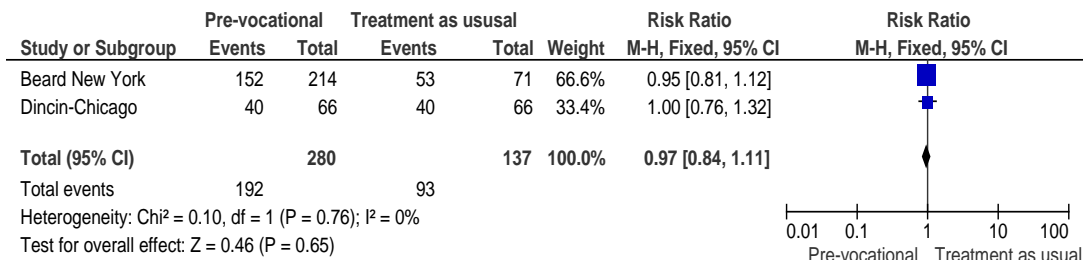
4 Large heterogeneity across studies

## Vedlegg 6. Meta-analyser

### Vedlegg 6. 1 Meta-analyse: ikke i vanlig arbeid. Oppfølging 18-24 måneder



### Meta-analyse: ikke i noen form for arbeid. Oppfølging 6- 9 måneder



### Meta-analyse: ikke i noen form for arbeid. Oppfølging 12- 18 måneder

