

# Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården

---

En systematisk litteraturöversikt

*Juni 2012*



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering  
*Swedish Council on Health Technology Assessment*

# SBU utvärderar sjukvårdens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens metoder.

SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med svensk vårdpraxis. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården ska utformas.

SBU ger ut flera rapportserier. I ”SBU Utvärderar” har SBU:s expertgrupper själva gjort den systematiska utvärderingen. Serien omfattar både etablerade metoder (gula rapporter) och nya metoder (Alert). ”SBU Kommenterar” sammanfattar och kommenterar utländska medicinska kunskapsöversikter. SBU svarar också på frågor direkt från beslutsfattare i vården via SBU:s Upplysningstjänst.

Välkommen att läsa mer om SBU:s rapporter och verksamhet på [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

***Denna utvärdering** publicerades år 2012. Resultat som bygger på ett starkt vetenskapligt underlag fortsätter vanligen att gälla under en lång tid framåt. Andra resultat kan ha hunnit bli inaktuella. Det gäller främst områden där det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, begränsat eller motstridigt.*

## **Denna rapport (nr 211) kan beställas från:**

SBU, Box 3657, 103 59 Stockholm  
Besöksadress: Olof Palmes Gata 17  
Telefon: 08-412 32 00 • Fax: 08-411 32 60  
[www.sbu.se](http://www.sbu.se) • E-post: [info@sbu.se](mailto:info@sbu.se)

Grafisk produktion av Åsa Isaksson, SBU  
Tryckt av Elanders, 2012

Rapportnr: 211 • ISBN 978-91-85413-51-5 • ISSN 1400-1403

# Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården

---

En systematisk litteraturöversikt

## Projektgrupp

Derya Akcan (informationsspecialist)	Agneta Pettersson (projektledare)
Malin André	Anneth Syversson (projektassistent)
Thomas Davidson (hälsoekonom)	Lars Wallin
Tord Forsner	

## Externa granskare

Cecilia Björkelund  
Ingvar Krakau



# Innehåll

---

<b>SBU:s sammanfattning och slutsatser</b>	<b>7</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>21</b>
Syfte	21
Bakgrund	21
Avgränsningar	24
Målgrupper	24
Rapportens innehåll	24
Referenser	25
<b>2. Metodbeskrivning</b>	<b>27</b>
Inklusionskriterier	27
Urval av studier	27
Bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet	28
Granskning av hälsoekonomiska studier	29
Sammanvägning av resultaten	29
Styrka på det vetenskapliga underlaget	30
Referenser	32
<b>3. Resultat av den systematiska litteraturgranskningen</b>	<b>33</b>
Evidensgraderade resultat	33
Frågor	35
Inklusionskriterier	35
Urval av studier	36
3.1 Analys av det vetenskapliga underlaget	39
Effekter av enskilda implementeringsmetoder	39
<i>Utbildning</i>	40
<i>Academic detailing</i>	44
<i>Återkoppling</i>	47
<i>Påminnelser</i>	49
<i>Sammanfattande bedömning av effekten av enskilda implementeringsmetoder</i>	50

Effekter av implementeringsstrategier med flera komponenter	50
<i>Insatser riktade till patienter</i>	59
Långtidseffekter	60
Jämförelse mellan enskilda metoder och strategier med flera metoder	60
Diskussion	61
Referenser	124
3.2 Hälsoekonomi	129
Evidensgraderade resultat	129
<i>Fråga</i>	129
<i>Metod</i>	129
<i>Depression</i>	129
<i>Ångestsyndrom</i>	131
<i>Riskbruk av alkohol</i>	131
<i>Bruk av bensodiazepiner</i>	132
<i>Diskussion</i>	132
Referenser	140
<b>4. Konsekvenser</b>	<b>141</b>
<b>5. Ord- och förkortningslista</b>	<b>143</b>
<b>6. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv</b>	<b>145</b>
<b>Bilaga 1. Exkluderade studier</b>	
Publicerade på <a href="http://www.sbu.se/211">www.sbu.se/211</a>	
<b>Bilaga 2. Checklistor och mallar</b>	
Publicerade på <a href="http://www.sbu.se/211">www.sbu.se/211</a>	
<b>Bilaga 3. Sökstrategier</b>	
Publicerade på <a href="http://www.sbu.se/211">www.sbu.se/211</a>	

# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---



---

SBU • Statens beredning för medicinsk utvärdering  
*Swedish Council on Health Technology Assessment*





# SBU:s sammanfattning och slutsatser

---

## Slutsatser

- ❑ Att förstärka primärvårdsorganisationen med en för uppgiften speciellt tränad yrkesperson, t ex en sjuksköterska (i studierna benämnd care manager), som ansvarar för stöd och kontinuerlig kontakt med patienter med depression, och kombinera detta med andra åtgärder, t ex utbildning av vårdteamet och återkoppling av patientdata till behandlande läkare, är en effektiv implementeringsstrategi. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blir mera adekvat och patienternas symtombörda minskar. Effekterna kvarstår i minst sex månader efter avslutad intervention. Det går inte att bedöma om effekterna kvarstår längre eftersom det finns för få studier som har upprepade mätningar. Insatsen är kostnadseffektiv. Det är angeläget att utvärdera modellen med care manager för patienter med depression i svensk primärvård.
- ❑ Kort utbildning som enda åtgärd för att stödja följsamhet till riktlinjer och evidens för depression påverkar inte allmänläkarnas diagnostiska eller kommunikativa förmåga och inte heller patienternas symtombörda. Utbildning som enda åtgärd är därmed inte heller kostnadseffektiv.
- ❑ Kort utbildning som enda åtgärd för att stödja följsamhet till riktlinjer och evidens om handläggning av riskbruk av alkohol påverkar inte patienternas alkoholvanor. Det går inte att bedöma om utbildning påverkar läkarnas handläggning eftersom resultaten av studierna är motstridiga.
- ❑ Det går inte att bedöma effekter av andra enskilda implementeringsstrategier som t ex utbildningsbesök (academic detailing),

återkoppling, påminnelser och audit, som syftar till att förändra läkarnas beteende för att stödja följsamhet till evidens och riktlinjer om depression, ångest, riskbruk av alkohol samt om långtidsbruk av bensodiazepiner i primärvården eftersom det finns för få studier med tillräcklig kvalitet.

- ❑ Det saknas studier som undersöker effekter av ekonomiska incitament som metod för att stödja evidens och riktlinjer för depression, ångest, riskbruk av alkohol samt långtidsbruk av bensodiazepiner i primärvården.
- ❑ Effekten av implementering är beroende av var den sker (kontext) och hur förändringsprocessen ser ut. Därför bör studier och systematiska översikter kompletteras med metodik som belyser kontextuella faktorer och implementeringsprocessen.

## Sammanfattning

Kraven på att hälso- och sjukvård ska vara evidensbaserad ökar. Som stöd för verksamheterna arbetar myndigheter på både nationell och regional nivå fram allt fler kunskapsunderlag som bygger på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag.

Samtidigt visar internationell forskning att införandet av evidens och riktlinjer är långsam eller ofullständig. Uppskattningsvis mellan 30 och 40 procent av patienterna får inte tillgång till en behandling som överensstämmer med bästa tillgängliga kunskap och så många som var femte patient får en behandling som är onödig eller skadlig.

Detta leder till att det finns ett stort intresse för att hitta sätt att förbättra införandet av evidens och riktlinjer. Vanliga metoder syftar till att förändra individuella vårdgivares beteenden och bygger på rön från psykologin eller sociologin. Hit hör utbildning, återkoppling och påminnelser. Många av metoderna som beskrivs i litteraturen har ingen vedertagen svensk benämning och är inte heller entydigt definierade.

I praktiken består stödet för implementering ofta av en kombination av flera insatser. De kan omfatta t ex organisatoriska förändringar på arbetsplatsen, beteendemodifierande insatser och ekonomiska incitament.

Det finns flera systematiska översikter som har granskat effekterna av olika metoder för att stödja implementering. Översikterna visar generellt på relativt blygsamma effekter som också varierar kraftigt mellan enskilda studier (Tabell 1).

**Tabell 1** Metoder för implementeringsstöd riktat mot vårdgivare och deras effekt. Systematiska översikter utan hänsyn till sammanhang (Källa: Cochrane Library).

Metod för beteendeförändring	Beskrivning	Effektstorlek
Skriftligt material	Riktlinjer, broschyrer, tidskrifter etc	ARR: 4,3% (95% KI, -8,0; 9,6) på följsamhet men -4,3% (95% KI, -0,4; -4,6) på patientutfall
Utbildning	Omfattar både föreläsningar och interaktiva seminarier	6% (intervall 1,8; 15,9) på följsamhet. Patientutfall inte undersökt
Teamutbildning	Utbildningstillfällen där samtliga professioner på en klinik deltar	Både positiva och negativa resultat
Academic detailing/ educational outreach	Personligt besök på kliniken av speciellt utbildad person, t ex apotekare eller forskare	5,6% (interkvartil 3,0 till 9,0) på följsamhet. Patientutfall inte undersökt
Stöd av lokala opinionsledare	Baseras på social inlärningsteori	9% (intervall -15; 72) på följsamhet. Patientutfall inte undersökt
Elektroniska påminnelser (reminders)	På papper i patientjournalen eller elektroniskt	4,2% (interkvartil 0,8; 18,8) för följsamhet. Patienternas förbättring relativt kontroll 2,5% (interkvartil 1,3; 4,2)

Tabellen fortsätter på nästa sida

**Tabell 1** fortsättning

<b>Metod för beteendeförändring</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Effektstorlek</b>
Audit och återkoppling	Vårdgivare återförs data om prestationer, t ex andel diagnostiserade	ARR 5% (intervall -16; 70) för följsamhet. Patientutfall inte undersökt
Skräddarsydda interventioner		OR 1,52 (95% KI, 1,27; 1,82) för följsamhet. Inga uppgifter om patientutfall
Ekonomiska incitament	Betalning per besök, per åtgärd eller per patientgrupp	Förefaller ha positiva effekter på vårdprocesser men tillförlitligheten i slutsatser är låg. Inga studier har utvärderat patientutfall
Massmedia	Kommunikation via broschyrer, annonskampanjer etc	Positiva effekter men går inte att beräkna

ARR = Absolut riskreduktion; KI = Konfidensintervall; OR = Oddsquot

En svaghet i de systematiska översikterna är att de sällan har tagit hänsyn till att de kliniska studierna har genomförts under olika förhållanden, t ex på olika slags kliniker eller i olika länder. Några översikter noterade att effekten av en metod föreföll att vara beroende av sammanhanget (kontexten).

## **Arbetet avgränsades till vanliga psykiatriska tillstånd som behandlas i primärvården**

Syftet med vår granskning var att undersöka effekterna av olika implementeringsmetoder när de prövades i ett avgränsat sammanhang. Vi antog att vi skulle få en mer precis bedömning av effekternas storlek om metoderna tillämpades under relativt likartade förhållanden.

Vår genomgång begränsades till riktlinjer och evidens om handläggning av depressioner och ångest samt om insatser för att identifiera och handlägga riskfylld alkoholkonsumtion respektive bruk av bensodiazepiner. Sammanhanget begränsades till primärvården.

Implementeringsmetoderna kunde antingen syfta till att påverka den individuella vårdgivarens beteende och kunskap eller till att ändra organisationen eller bådadera. Vi var intresserade av om metoderna påverkade vårdgivarens följsamhet till evidensen och patienternas hälsotillstånd.

Vi fann att 29 studier i 33 publikationer som uppfyllde våra inklusionskriterier och hade god studiekvalitet. Nära två tredjedelar av dem avsåg riktlinjer och evidens för handläggning av depression. Ingen av dem rörde handläggning av ångestsyndrom. Vi hittade inte heller några studier som undersökte effekten av ekonomiska incitament.

### **Strategier som rymmer att organisationen förstärks med en yrkesperson som har kontinuerlig kontakt med patienter med depression är effektiva**

- Det är effektivt att förstärka organisationen med en yrkesperson, t ex sjuksköterska, som ansvarar för utökad patientkontakt i kombination med utbildning och återkoppling. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blir mera adekvat (RR >1,3%) (begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕○○). Patienternas symtombörda, mätt med skattningsskala, minskar (SMD -0,21; 95% KI, -0,31 till -0,11) (måttligt starkt vetenskapligt underlag, ⊕⊕⊕○). Effekterna kvarstår minst sex månader efter avslutad intervention (måttligt starkt vetenskapligt underlag, ⊕⊕⊕○). Det går inte att bedöma om effekterna kvarstår under längre tid eftersom det finns för få studier som har upprepade mätningar (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om interventioner med flera komponenter men utan organisatoriska förändringar påverkar följsamheten till riktlinjer för depression eftersom det finns för få studier med tillräcklig kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att avgöra om implementeringsstöd med flera komponenter generellt sett är mera effektivt än stöd med en komponent vid införande av riktlinjer och evidens om depression, ångest, riskbruk av alkohol och bruk av bensodiazepiner i primärvården eftersom det

finns för få studier med adekvat kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).

Sju studier undersökte effekten av strategier som bestod av flera komponenter. Samtliga rörde följsamhet till evidens om depression.

Fem amerikanska studier inkluderade en person som utsetts att ha kontinuerlig kontakt med patienterna med depression (care manager). Med den uppföljande kontakten stöttades patienterna till adekvat och bibehållen medicinerings samt fick hjälp med extra insatser när de inte klarade att fullfölja sin behandling eller inte förbättrades. I alla studierna fick personalen också en kort utbildning utifrån aktuella riktlinjer och tre av dem använde även academic detailing och återkoppling.

Alla fem studierna mätte depressionssymtom efter sex månader och fann att patienterna som fått tillgång till en care manager förbättrades i högre utsträckning, mellan 8 och 12 procentenheter. Tre av dem följde även upp läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel och fann att andelen läkare som förskrev på ett adekvat sätt ökade med 34 procentenheter. Tre studier mätte effekter av implementeringsstrategin under minst två tillfällen och kom fram till att effekten bibehölls.

Två andra studier utvärderade strategier som inte innehöll en utsedd person för kontinuerlig patientkontakt. I dessa sågs ingen effekt.

## **Interventioner som inkluderar en care manager för depression är kostnadseffektiva**

- Interventioner som inkluderar att organisationen förstärks med en yrkesperson som ansvarar för utökad patientkontakt (care manager) är kostnadseffektiva jämfört med vanlig vård för implementering av evidens om handläggning av depressioner i primärvården (begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕○○).

Fyra hälsoekonomiska utvärderingar utgjorde det vetenskapliga underlaget. Studierna använde olika metoder för att beräkna QALY, men samtliga kom fram till kostnadseffektkvoter som brukar bedömas som

rimliga i Sverige. En svaghet med studierna är att de är cirka tio år gamla och genomförda i USA. Amerikansk sjukvård är annorlunda organiserad och finansierad än den svenska och kostnadsläget skiljer sig åt.

## **Utbildning som enda stöd för implementering påverkar inte följsamhet till riktlinjer och evidens**

- Korta utbildningsinsatser för att öka följsamhet till evidens och riktlinjer om depression, oavsett pedagogiskt upplägg, påverkar inte allmänläkares diagnostiska eller kommunikativa förmåga och inte heller patienternas symtombörda (begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕○○). Det går inte att bedöma om utbildning anpassad efter läkares benägenhet att förändra beteende är effektiv eftersom det finns för få studier med adekvat kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Kort utbildning som stöd för att införa evidens om handläggning av riskbruk av alkohol i primärvården påverkar inte patienternas alkoholvanor (begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕○○). Det går inte att bedöma om utbildning påverkar läkarnas handläggning eftersom resultaten av studierna är motstridiga (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det saknas studier som undersöker värdet av utbildning för att öka följsamhet till evidens om förskrivning av bensodiazepiner i primärvården.

Det vetenskapliga underlaget bestod av tio studier som var utförda i USA, Europa och Asien. Fem av dem undersökte effekten av utbildning om riktlinjer och evidens om depression. Drygt 400 allmänläkare deltog. Utbildningarna var korta, 2–12 timmar, och i huvudsak uppbyggda för att vara interaktiva. Fyra av studierna visade ingen effekt på vare sig läkarnas beteende (t ex förmåga att diagnostisera eller kommunicera med patienterna) eller patienternas depression. Vi bedömde därför att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att denna typ av utbildning inte har någon effekt.

Den femte studien skilde sig från övriga genom att den baserades på en hypotes om att utbildning fungerar bättre om den anpassas efter hur förändringsbenägen läkaren är. Studien visade att anpassad utbildning förbättrade både diagnostik och övrig handläggning. Eftersom det bara fanns en studie bedömde vi att underlaget var otillräckligt.

Tre studier undersökte om kortare utbildningar kunde förbättra implementeringen av riktlinjer för screening och handläggning av riskkonsumtion av alkohol. Studiernas resultat var svårtolkade. En studie som vände sig till läkare respektive sjuksköterskor kom fram till att programmet visserligen implementerades men att vårdpersonalen inte genomförde rådgivningen som avsett. Två andra studier visade att implementeringsstödet inte påverkade användningen av program för riskbrukare. Vi bedömde att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att kortare utbildning inte har någon effekt.

Vi kunde inte identifiera några studier om utbildning för att stödja implementering av riktlinjer om bensodiazepiner.

## **Det finns för få studier om academic detailing för att kunna bedöma effekten**

- Det går inte att bedöma om personliga besök av expert för utbildning och återkoppling (academic detailing) på individ- eller gruppnivå påverkar förskrivningen av antidepressiva läkemedel. Studierna är få och visar motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det saknas studier som undersöker värdet av personliga besök av expert för utbildning och återkoppling (academic detailing) för att öka följsamhet till evidens om handläggning av personer med misstänkt riskbruk av alkohol.

Academic detailing innebär att en expert går ut i vården och utbildar och ger återkoppling på t ex aktuellt förskrivningsmönster som då jämförs med förskrivning enligt riktlinjer.



Fyra studier undersökte värdet av academic detailing för att stödja implementering av riktlinjer om depression, i huvudsak förskrivning av antidepressiva läkemedel. Klinikerna besöktes av farmaceuter eller läkare och mötena hölls i grupp eller individuellt. Samtliga studier bedömde effekter på förskrivningen av antidepressiva på gruppnivå men kom fram till motsatta resultat. En studie undersökte värdet av academic detailing på individnivå och såg ingen effekt. Det går därför inte att bedöma om metoden påverkar förskrivning av antidepressiva läkemedel på vare sig grupp- eller individnivå. Endast en studie undersökte om patienternas hälsotillstånd påverkades och vi bedömde därmed att underlaget var otillräckligt.

Två studier utvärderade academic detailing för implementering av riktlinjer om psykofarmaka, däribland bensodiazepiner. De två studierna kom fram till delvis olika resultat. Det gör att det inte går att bedöma om metoden kan stödja ökad följsamhet till riktlinjer om förskrivning av psykofarmaka.

### **Återkoppling ger motstridiga resultat i olika studier**

- Det går inte att bedöma om återkoppling påverkar följsamhet till riktlinjer för depression pga att de få studierna ger motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om återkoppling påverkar följsamhet till riktlinjer för handläggning av riskbruk av alkohol eller missbruk av bensodiazepiner pga för få studier av tillräcklig kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).

Det vetenskapliga underlaget bestod av fyra studier med medelhög kvalitet. Två amerikanska studier undersökte om återkoppling ökade följsamheten till evidens om depression. I den ena studien påverkades inte förskrivning av läkemedel eller antal återbesök av att läkarna fick återkoppling på handläggning av patienter som fått antidepressiva läkemedel utskrivna. I den andra studien, där patienter screenades i väntrummet, ledde information till läkarna om screeningresultatet

till att läkarna i högre grad identifierade depression och gav adekvat behandling.

Två andra studier avsåg riskbruk av alkohol och genomfördes i USA respektive Australien. I den första fick läkarna i interventionsgruppen individualiserade rekommendationer från en forskare baserade på hur patienterna skattat sina problem med alkohol före läkarbesöket. Interventionen ökade läkarnas benägenhet att diskutera alkohol i viss utsträckning. Den andra studien utvärderade ett datorbaserat system för återkoppling som del i läkarnas fortbildning. Patienter fyllde i uppgifter om sin konsumtion av alkohol och bensodiazepiner på en dator i väntrummet. Återkoppling av uppgifterna förbättrade läkarnas förmåga att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion och bruk av bensodiazepiner. Eftersom de båda studierna är relativt små och saknar gemensamt resultatmått går det inte att dra några slutsatser om metoden.

### **Det finns för få studier om påminnelser för att kunna bedöma effekten**

- Det går inte att bedöma om påminnelser påverkar följsamhet till riktlinjer för depression pga att de få studierna ger motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om påminnelser påverkar följsamhet till riktlinjer för handläggning av riskbruk av alkohol eller missbruk av bensodiazepiner pga för få studier av tillräcklig kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).

Två studier, en amerikansk om riktlinjer för depression och en från Storbritannien om evidens rörande bruk av bensodiazepiner, ingick i underlaget. I den första studien fick läkarna antingen en påminnelse på papper utanpå journalen i samband med patientens besök, påminnelser kompletterat med behandlingsrekommendationer för patienten eller ingen påminnelse. Efter sex månader fanns ingen skillnad i tillfrisknande mellan de tre grupperna. I den andra studien fick interventionsgruppen en påminnelse i form av ett kort med kriterierna som placerades på journalen i samband med patientens besök. Andelen patienter där

läkemedlet sattes ut ökade under uppföljningsåret men skillnaden mellan grupperna var liten.

Eftersom det bara finns en studie för varje område och ingen av dem visade någon effekt bedömde vi att underlaget är otillräckligt för att dra några slutsatser om effekter av påminnelser.

## **Få studier har undersökt insatser riktade till patienter**

Två studier undersökte om läkarnas beteende och patienternas välbefinnande kunde förbättras om patienterna engagerades. Patienterna uppmuntrades att ta upp problem med alkohol respektive nedstämdhet med sin läkare i samband med besök på vårdcentralen. Patienterna fick också information om alkohol respektive depression. Effekterna var obetydliga i båda studierna.

## **Våra bedömningar**

### **Strategier med care manager bör testas i Sverige**

Vi fann ett måttligt starkt underlag för att en förändrad primärvårdsorganisation där en yrkesperson utses att stödja och ha kontinuerlig kontakt med patienter med depression (care manager) tillsammans med andra implementeringsåtgärder förbättrar läkarnas följsamhet till riktlinjer och minskar symtombördan för patienterna i minst sex månader efter avslutad intervention. Andelen läkare som förskrev antidepressiva läkemedel på ett adekvat sätt ökade med 34 procent, vilket är en relativt stor effekt. Det är angeläget att testa hur modellen skulle fungera i Sverige. I det sammanhanget är det viktigt att notera att vissa upphandlingsmodeller och beställarkrav som finns idag kan vara ett hinder om sjuksköterskornas telefonarbete inte ersätts i avtalen med primärvårdgivare.

## **Det behövs mera forskning där implementeringen bygger på analys av hinder**

Vi bedömer att det går att utveckla kunskapen ytterligare. För det första har forskare inom området på senare tid understrukt vikten av att analysera vilka hinder för förändring som finns i en organisation och att välja metoder som teoretiskt sett kan reducera hindren. De studier som ingick i vår granskning var i huvudsak mer än tio år gamla och bara två av dem analyserade hinder inför förändring. Numera genomförs studier som bygger på psykologiska teorier eller där man har skraddarsytt strategier efter analys av lokala hinder mot förändring i högre omfattning. Sådana studier kan förhoppningsvis bidra med mera detaljerad kunskap om vilka metoder som är effektiva och i så fall graden av effektivitet.

## **Det behövs mera forskning som tar hänsyn till kontextuella faktorer**

Kvalitativa studier och studier som fokuserar på att utvärdera implementeringsprocessen, så kallad processutvärdering, kan fördjupa förståelsen för faktorer som påverkar implementeringen. I och med att effekter av implementeringsstrategier beror på sammanhanget borde det vara möjligt att hämta mer kunskap ur redan publicerade studier. Att tillämpa metodiken realistisk översikt (realist synthesis) som bygger på att studieresultatet relateras till beskrivna kontextuella faktorer skulle sannolikt bidra till ökad förståelse av samspelet mellan kontext och olika sätt att stödja implementeringen av evidens.