

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.

***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 • E-post: 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

SBU:s sammanfattning och slutsatser	7
1. Inledning	21
Syfte	21
Bakgrund	21
Avgränsningar	24
Målgrupper	24
Rapportens innehåll	24
Referenser	25
2. Metodbeskrivning	27
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
3. Resultat av den systematiska litteraturgranskningen	33
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
4. Konsekvenser	141
5. Ord- och förkortningslista	143
6. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv	145
Bilaga 1. Exkluderade studier	
Publicerade på www.sbu.se/211	
Bilaga 2. Checklistor och mallar	
Publicerade på www.sbu.se/211	
Bilaga 3. Sökstrategier	
Publicerade på www.sbu.se/211	

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

Metod för beteendeförändring	Beskrivning	Effektstorlek
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.

1. Inledning

Syfte

Rapporten är en del i ett uppdrag från Socialdepartementet att utvärdera metoder inom psykiatri. Syftet var att utvärdera om det finns några metoder för att stödja implementering av evidens om psykisk ohälsa, t ex i form av riktlinjer, som har vetenskapligt stöd. Psykisk ohälsa handläggs ofta i primärvården, och rapporten fokuserar därför på interventioner riktade till primärvården. Ytterligare ett syfte var att belysa forskningsluckor och utvecklingsbehov.

Uppdraget omfattade en systematisk litteraturgranskning.

Bakgrund

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

Samtidigt visar internationell forskning att införande av evidensbaserad kunskap och riktlinjer är långsam eller ofullständig [1]. Studier uppskattar att mellan 30 och 40 procent av patienterna inte får tillgång till behandling som överensstämmer med bästa tillgängliga kunskap och att så många som var femte patient får en behandling som är onödig eller skadlig [2,3].

Det finns mycket forskning som undersöker om det går att stödja implementering av ny kunskap. Området är föremål för inte bara systematiska översikter utan även så kallade overviews som systematiskt sammanställer resultat från systematiska översikter.

Insatser för att stödja implementering kan vara av flera slag. Vanliga metoder syftar till att förändra individuella vårdgivares beteenden och

bygger på rön från psykologin eller sociologin. Många av metoderna som beskrivs i litteraturen har ingen vedertagen svensk benämning och är inte heller entydigt definierade.

Tabell 1.1 sammanställer data om de mest välstuderade metoderna för att modifiera beteenden. Tabellen redovisar också de effektstorlekar som Cochrane Collaboration har kommit fram till i en serie systematiska översikter. Översikterna tyder på att insatserna ger positiva effekter. Den genomsnittliga effekten är oftast liten, men enskilda studier kan visa såväl stora positiva effekter som negativa resultat.

Tabell 1.1 Metoder för implementeringsstöd riktat mot vårdgivare och deras effekt. Resultat från systematiska översikter utan hänsyn till det kliniska sammanhanget (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 [4]
Utbildning	Omfattar både föreläsningar och interaktiva seminarier	6% (intervall 1,8; 15,9) på följsamhet. Patientutfall inte undersökt [5]
Teamutbildning	Utbildningstillfällen där samtliga professioner på en klinik deltar	Både positiva och negativa resultat [6]
Academic detailing/ educational outreach	Personligt besök på kliniken av speciellt utbildad person, t ex apotekare eller forskare	5,6% (interkvartil 3,0; 9,0) på följsamhet Patientutfall inte undersökt [7]
Stöd av lokala opinionsledare	Baseras på social inlärningsteori	9% (intervall -15; 72) på följsamhet Patientutfall inte undersökt [8]
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) [9]

Tabellen fortsätter på nästa sida

Tabell 1.1 fortsättning

Metod för beteendeförändring	Beskrivning	Effektstorlek
Audit och återkoppling	Vårdgivare återförs data om prestationer, t ex andel diagnostiserade	ARR 5% (intervall -16; 70) för följsamhet. Patientutfall inte undersökt [10]
Skräddarsydda interventioner		OR 1,52 (95% KI, 1,27; 1,82) för följsamhet. Inga uppgifter om patientutfall [11]
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 [12]
Massmedia	Kommunikation via broschyrer, annonskampanjer etc	Positiva effekter men går inte att beräkna [13]

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

Tabell 1.1 sammanställer evidensen för enskilda metoder. I praktiken består dock ofta implementeringsstödet av en kombination av flera insatser. Sådana sammansatta interventioner kan omfatta t ex organisatoriska förändringar på arbetsplatsen, beteendemodifierande insatser och ekonomiska incitament. Systematiska översikter pekar i huvudsak på att sammansatta interventioner har en något större effekt än enskilda [14].

En svaghet i de systematiska översikterna om implementeringsstöd är att de sällan tar hänsyn till att studier är genomförda under olika förhållanden, t ex olika kliniker eller olika länder. En systematisk översikt av Grimshaw och medarbetare noterade att effekten föreföll att baseras på kontextuella förhållanden [15].

Vår översikt bygger på Grimshaw och medarbetares observation. Vårt antagande var att precisionen i sammanvägningen av effekt kommer att öka om metoderna tillämpas under likartade förhållanden. Målet med granskningen var att utvärdera om det finns interventioner som ökar följsamheten inom primärvården till evidens om psykisk ohälsa.

Avgränsningar

En preliminär litteratursökning visade att det finns ett mycket stort antal studier som rör implementering av psykiatriska riktlinjer och evidens inom primärvården. Majoriteten av de kontrollerade studierna rörde handläggning av depressioner och ångesttillstånd samt insatser för att identifiera och handlägga hög alkoholkonsumtion respektive bruk av bensodiazepiner. Vi beslutade därför att avgränsa oss till att utvärdera implementering av evidens rörande dessa områden.

Interventionerna omfattade beteendemodifierande insatser riktade mot vårdgivare eller patienter/allmänhet, organisatoriska förändringar och olika former av ekonomiska incitament.

Målgrupper

Viktiga målgrupper för rapporten är beslutsfattare inom vården, vårdgivare, forskare samt myndigheter.

Rapportens innehåll

Tyngdpunkten i rapporten är den systematiska översikten i Kapitel 3. Metodiken för systematisk granskning redovisas i Kapitel 2. Kapitel 4 diskuterar vilka konsekvenser våra resultat och slutsatser skulle kunna få för verksamheterna samt angelägna forskningsområden.

Referenser

1. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Jt Comm J Qual Improv* 1999;25: 503-13.
2. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 2001; 39:II46-54.
3. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998;76: 517-63, 509.
4. Farmer AP, Légaré F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan J, Wolf FM. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004398. DOI: 0.1002/14651858. CD004398.pub2.
5. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858. CD003030.pub2.
6. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub2.
7. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, Forsetlund L, Bainbridge D, Freemantle N, Davis D, Haynes RB, Harvey E. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000409. DOI: 10.1002/14651858. CD000409.pub2.
8. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, Eccles MP. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 8. Art. No.: CD000125. DOI:10.1002/14651858. CD000125.pub4.
9. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD001096. DOI: 10.1002/14651858. CD001096.pub2.
10. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.
11. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858. CD005470.pub2.

12. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
13. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass-media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD000389. DOI: 10.1002/14651858.CD000389.
14. Wensing M, Bosch M, Grol R. Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ* 2010;182:E85-8.
15. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, 1-72.

2. Metodbeskrivning

Syftet med en systematisk översikt är att få en objektiv kartläggning av kunskapsläget. En systematisk översikt innebär att samtliga vetenskapliga studier som är relevanta för rapportens frågor identifieras och kvalitetsgranskas med avseende på tillförlitlighet och precision. Studier som bedöms som tillförlitliga blir sedan underlag för evidensgraderade resultat. Detta avsnitt beskriver i generella termer de olika steg som leder fram till en systematisk översikt. Kapitel 3.1 kommer att redovisa urvals- och kvalitetskriterier i detalj. För mer information om metodik hänvisar vi till SBU:s metodbok (<http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok.pdf>).

Inklusionskriterier

Först formulerade vi frågorna för projektet så att de lämpade sig för systematiskt arbete. Frågorna var fokuserade och definierade population, diagnos, intervention, kontroll och utfallsmått (Kapitel 3.1).

Därefter fastställde vi inklusions- och exklusionskriterier för de studier som skulle granskas samt kvalitetskriterier (Kapitel 3.1). Ett avgörande inklusionskriterium är vilka typer av studiedesign som kan accepteras. Valet av studiedesign beror på vilka frågor som ska besvaras. I detta fall accepterade vi kontrollerade studier med och utan randomisering (Se även Diskussion i Kapitel 3.1).

Vi inkluderade studier på skandinaviska språk och engelska.

Urval av studier

SBU:s projektledare och informationsspecialist tog fram sökstrategier för de olika frågorna. Databassökningarna utfördes vid ett tillfälle, under hösten 2010.

Vi sökte systematisk litteratur i databaserna Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, PsycInfo, Embase och CINAHL. Förutom databaser sökte vi litteratur i referenslistor för originalstudier och systematiska översikter. Vi handsökte också litteratur i Implementation Science. En mer detaljerad beskrivning av sökstrategierna redovisas i Bilaga 3.

Resultatet av litteratursökningen för respektive fråga, presenterat som abstraktlistor (korta sammanfattningar av studier), granskades först oberoende av två personer på SBU:s kansli (projektledaren samt informationsspecialisten). Dessa två sållade bort uppenbart ovidkommande studier. Den förkortade listan skickades därefter till respektive läsare. Alla studier som åtminstone en i läsparet bedömde kunde tänkas uppfylla våra inklusionskriterier beställdes i fulltext.

De beställda studierna granskades i fulltextformat av de två medlemmarna i läsparet, oberoende av varandra. Studier som vid närmare betraktande inte uppfyllde inklusionskriterierna exkluderades. Samtliga exkluderade studier finns förtecknade i Bilaga 1 på SBU:s webbplats (www.sbu.se/211).

Bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet

Bedömningen av studiernas kvalitet och tillförlitlighet baserades på en systematisk granskning av de inkluderade studiernas design, utförande, resultatredovisning och slutsatser.

För att minska risken för inter- och intrabedömarvariation användes granskningsmallar (checklistor). Syftet med mallarna är att uppnå en gemensam norm för vad som är god kvalitet, minimera riskerna för glidning i värderingarna samt öka reproducerbarheten i bedömningarna.

Vi bedömde att SBU:s checklistor för randomiserade respektive kontrollerade studier inte var optimala för att bedöma kvaliteten på implementeringsstudier. Vi kompletterade därför checklistorna med frågor som ingår i mallarna för Cochrane Collaborations EPOC-grupp (www.cochrane.org) (Bilaga 2). Systematiska översikter granskades med hjälp av checklistan AMSTAR [1].

Studier med hög kvalitet skulle även uppfylla ett av de så kallade Widerkriterierna [2]. Kriteriet är att interventionen är så väl beskriven att den kan reproduceras av läsaren.

Granskarna i respektive läspar diskuterade sina individuella bedömningar av studierna med varandra. Eventuell oenighet löstes med konsensus. Om inte experterna kunde komma överens granskades studien av hela projektgruppen. Studierna klassificerades som *hög*, *medelhög* och *låg* kvalitet.

En person i varje läspar extraherade demografiska data, beskrivning av intervention och kontroll samt resultaten från de studier som hade minst medelhög studiekvalitet, och förde in uppgifterna i tabeller. Uppgifterna kontrollerades av ytterligare minst en person. Studier med låg studiekvalitet tabellerades enbart om det saknades studier med högre kvalitet.

Granskning av hälsoekonomiska studier

Kvalitetsgranskningen av de hälsoekonomiska artiklarna gjordes av två hälsoekonomer med hjälp av SBU:s checklista för hälsoekonomiska studier (Bilaga 2 på SBU:s webbplats, www.sbu.se/211), och utmynnade i något av omdömena *hög kvalitet*, *medelhög kvalitet*, *låg kvalitet* eller *otillräcklig kvalitet*. Studier med otillräcklig kvalitet exkluderades.

Man bör notera att en hälsoekonomisk studie som bygger på en enskild klinisk studie, enligt SBU:s normer aldrig kan tillmätas högre kvalitet än den bakomliggande kliniska studien.

Sammanvägning av resultaten

Endast studier med minst medelhög kvalitet användes för att bedöma effekter av interventionerna samt kostnadseffektivitet.

Om flera studier använde samma utfallsmått skulle vi bedöma om det gick att väga samman resultaten med hjälp av forest plots. Data överfördes då till dataprogrammet RevMan.

Resultaten från de enskilda studierna omvandlades till SMD (standard mean difference). SMD visar skillnaden mellan medelvärden uttryckta som standardavvikelser. SMD är skaloberoende, vilket innebär att resultat kan jämföras med varandra, även om de inte använt samma mätinstrument.

SMD ger ett mått på hur stor del av interventionsgruppen som förändrats jämfört med kontrollgruppen. Som ett exempel betyder ett SMD på $-0,18$ [4] att 57 procent i interventionsgruppen klarat sig bättre än genomsnittet i kontrollgruppen (en förbättring på 7 procent), medan ett SMD på $-0,35$ [5] betyder att 64 procent i interventionsgruppen klarat sig bättre än genomsnittet i kontrollgruppen (en förbättring på 14 procent).

Tolkningen bygger på att SMD kan ses som en populationsparameter där de två populationerna (interventionsgruppen respektive kontrollgruppen) är normalfördelade, är lika stora och har samma varians.

Styrka på det vetenskapliga underlaget

Evidensstyrkan anger hur tillförlitligt det sammanvägda estimatet är. Ju starkare evidensen är, desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom en överblickbar framtid.

Evidensstyrkan sätts med hjälp av GRADE-systemet [6]. Det kategoriserar det vetenskapliga underlaget på fyra nivåer, som starkt ($\oplus\oplus\oplus\oplus$), måttligt starkt ($\oplus\oplus\oplus\circ$), begränsat ($\oplus\oplus\circ\circ$) och otillräckligt ($\oplus\circ\circ\circ$). En preliminär evidensstyrka sätts som beror på vilken studietyp som används i huvuddelen av det vetenskapliga underlaget. För interventionsstudier innebär det att randomiserade, kontrollerade studier leder till en preliminär evidensstyrka på $\oplus\oplus\oplus\oplus$.

Därefter bedöms i vilken utsträckning det vetenskapliga underlaget har svagheter som beror på fem faktorer: metodologiska brister (dvs, studiekvalitet, risk of bias), bristande samstämmighet (heterogeneity), bristande relevans (indirectness), bristande precision i data och risk

för publikationsbias. Den preliminära evidensstyrkan dras ned med ett eller flera steg om det finns påtagliga svagheter i underlaget med avseende på dessa faktorer.

Överförbarheten (indirectness) påverkas av bl a population, hur interventionen är genomförd, val av kontrollåtgärd, val av utfallsmått och antal studier. I och med att studier med uppenbart irrelevanta populationer sällats bort i ett tidigt skede kunde avdrag för population högst bli ett steg. Evidensstyrkan kunde också sänkas om det bara fanns en eller två studier och dessa omfattade få patienter.

Referenser

1. Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62:1013-20.
2. Michie S, Fixsen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implement Sci* 2009;4:40.
3. RevMan 5.1 User' Guide (2011). Cochrane Collaboration (www.cochrane.org).
4. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
5. Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000; 9:700-8.
6. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336: 924-6.
7. ZuWallack R, Hedges H. Primary care of the patient with chronic obstructive pulmonary disease-Part 3: Pulmonary rehabilitation and comprehensive care for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med* 2008; 121:S25-S32.

3. Resultat av den systematiska litteraturgranskningen

Evidensgraderade resultat

- Det är effektivt i minst sex månader att, tillsammans med andra implementeringsmetoder, förstärka organisationen med en yrkesutbildad person (t ex sjuksköterska) som ansvarar för stöd och kontinuerlig patientkontakt. Läkarnas förskrivning av antidepressiva läkemedel blir mera adekvat (RR >1,34%) (begränsat vetenskapligt underlag, ⊕⊕○○). Patienternas symtombörda, mätt med skattningsskala, minskar (SMD -0,21; 95% KI, -0,31 till -0,11) (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, ⊕○○○).
- 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 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 går inte att bedöma om återkoppling eller påminnelser påverkar följsamhet till riktlinjer för depression pga att de få studierna ger motstridiga resultat (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om återkoppling eller påminnelser påverkar följsamhet till riktlinjer för handläggning av riskbruk av alkohol pga för få studier av tillräcklig kvalitet (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).
- Det går inte att bedöma om återkoppling eller påminnelser påverkar följsamhet till riktlinjer för identifiering av missbruk av bensodiazepiner pga att det finns för få studier av tillräcklig kvalitet (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, ⊕○○○).

I detta avsnitt redovisas resultaten av den systematiska översikten.

Frågor

De frågor som projektet omfattade var:

- Vilka implementeringsmetoder kan underlätta för primärvården att föra in och använda evidens vid handläggning av patienter med psykiska problem?
- Kvarstår effekterna vid uppföljning efter minst tre månader?
- Ger strategier med flera implementeringsmetoder bättre effekt än strategier som bygger på en metod?

Inklusionskriterier

Vi inkluderade originalstudier i fulltext samt systematiska översikter, publicerade från år 1990 på engelska eller på skandinaviska språk. Avgränsningen i tid motiverades av att terapier och utbildningsmetoder som testades tidigare knappast är relevanta idag. Studierna skulle vara kontrollerade, med eller utan randomisering. Effekten skulle mätas i anslutning till avslutad intervention. För frågan om huruvida effekten var kvarstående krävde vi en uppföljningstid på minst tre månader.

Populationen var vårdgivare i primärvården. Vi tillämpade ingen geografisk avgränsning.

Interventionen skulle syfta till att stödja införande av evidensbaserad kunskap, t ex riktlinjer. Metoderna kunde antingen syfta till att påverka den individuella vårdgivarens beteende och kunskap eller till att ändra organisationen, eller bådadera. Vi sökte specifikt efter studier som undersökte effekter av

- skriftligt informationsmaterial
- föreläsningar och konferenser
- interaktiv utbildning
- academic detailing och utbildningsbesök
- opinionsledare
- audit och återkoppling

- påminnelser
- genombrottsmetoder och kvalitetsförbättringsarbete
- organisatoriska förändringar
- ekonomiska incitament
- krav vid upphandling
- påverkan på patienterna/allmänheten
- interventioner som bestod av flera komponenter.

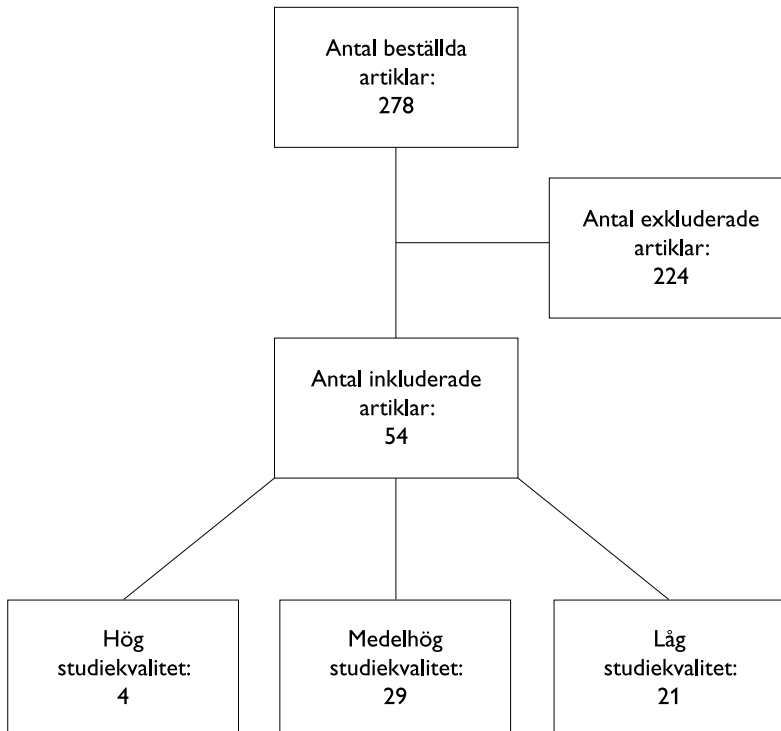
Vi avgränsade den evidensbaserade kunskapen (riktlinjerna) till att gälla depression, ångest, risk- och missbruk av alkohol samt bruk av bensodiazepiner. Kontrollåtgärden var sedvanlig behandling.

Utfallsmåtten var såväl vårdgivarens följsamhet till evidens och riktlinjer som effekter för patienterna. Studier som enbart undersökte förändring av kunskap och attityder exkluderades. För hälsoekonomiska studier var utfallsmåttet kostnadseffektivitet.

Urval av studier

Den sista litteratursökningen i databaser ägde rum i december 2010. Sökningarna som redovisas i Bilaga 3 på SBU:s webbplats (www.sbu.se/211) genererade drygt 11 500 abstrakt. Av dessa beställdes 278 i fulltext. Femtiofyra studier uppfyllde våra inklusionskriterier och granskades. Av dem bedömdes 29 studier i 33 publikationer ha minst medelhög studiekvalitet. Dessa utgör det vetenskapliga underlaget.

Studierna var genomförda i olika delar av världen med en dominans av USA och England. Samtliga studier med medelhög eller hög studiekvalitet var randomiserade. Vanligen använde studierna klusterrandomisering på vårdcentralsnivå. Få studier baserade sina interventioner på någon bakomliggande teori.



Figur 3.1 Flödesschema.

3.1 Analys av det vetenskapliga underlaget

Fördelningen av studier efter vilken implementeringsmetod som undersökts var ojämn. Av enskilda åtgärder var utbildningsinsatser vid depression den mest studerade. Tabell 3.1.1 sammanställer det vetenskapliga underlaget utifrån implementeringsmetod och patienternas diagnos. Några av studierna undersökte flera olika implementeringsmetoder.

Tabell 3.1.1 *Fördelning av det vetenskapliga underlaget efter implementeringsmetod och diagnos.*

	Utbildning	Academic detailing	Påminnelser och återkoppling	Patienter och övrigt	Interventioner med flera komponenter
Antal jämförelser	Depression: 5 Alkohol: 4	Depression: 3 BZ-bruk: 2	Depression: 3 Alkohol: 2 BZ-bruk: 2	Depression: 1 Alkohol: 1	Depression: 7

BZ = Bensodiazepiner

Som framgår av tabellen ovan kunde vi inte identifiera några studier som rörde ekonomiska incitament, krav i upphandling eller genom brottsmetodik. Vi fann inte heller några studier om ångest som hade tillräckligt god kvalitet för att ingå i det vetenskapliga underlaget.

Nedan redovisar vi först effekter av olika implementeringsmetoder på kort sikt och därefter undersöker vi om effekterna kvarstod vid uppföljning. Vi har valt att analysera enskilda och sammansatta interventioner separat.

Effekter av enskilda implementeringsmetoder

Vår första fråga var om det finns några enskilda implementeringsmetoder som underlättar införande och följsamhet till evidens för de vanliga besvär inom primärvården som vi hade avgränsat oss till.

Utbildning

Depression och ångest

Fem studier som redovisats i sex publikationer undersökte effekten av utbildningsinsatser vid depression [1–6]. Samtliga hade medelhög studiekvalitet. Studierna var genomförda i USA, Europa och Asien. Drygt 400 allmänläkare deltog. Utbildningarna var korta, två till 12 timmar och i huvudsak uppbyggda för att vara interaktiva. Detaljer om studierna finns i Tabell 3.1.4.

Thompson och medarbetare erbjöd samtliga vårdcentraler i ett distrikt i Storbritannien att delta i en utbildning som byggde på riktlinjer för depression [4]. Femtio kliniker med drygt 150 läkare deltog och randomiserades till fyra timmars seminarier eller väntelista. Utbildningsteamet fanns sedan tillgängligt under nio månader för stöd och information. Interventionen påverkade vare sig läkarnas förmåga att ställa diagnosen depression eller andelen patienter som förbättrats, mätt med en symtomskattningsskala.

Lin och medarbetare randomiserade 109 allmänläkare från två delstater i USA till utbildning eller ingen intervention [2]. Utbildningen bestod av en tvåtimmars interaktiv workshop samt regelbundna kortare möten med en psykiater. Vid uppföljning ett år senare sågs ingen signifikant förändring av förskrivning eller behandlingstid.

Tre studier mätte resultatet av interventionerna med hjälp av standardiserade patienter. Dessa var oftast skådespelare som studerat in en roll som deprimerad patient. Gerrity och medarbetare randomiserade 56 läkare på vårdcentraler i Portland, USA för att utvärdera effekten av ”the Depression Education Program” [1]. Syftet var att öka följsamheten till riktlinjer för depression. Programmet bestod av två interaktiva workshops. Två standardiserade patienter, en man och en kvinna, kom på oannonserat besök till läkarna och fyllde i ett formulär om läkarens beteende och handläggning efter besöket. Resultaten var svårtolkade. För den kvinnliga rollen var läkarna i interventionsgruppen bättre på att ställa diagnos och kommunicera medan det inte fanns några skillnader för den manliga.

Wong och medarbetare randomiserade 33 allmänläkare i Hong Kong till ett utbildningsprogram eller väntelista till programmet [3]. Syftet med utbildningen var att förbättra läkarnas kommunikationsförmåga, och den bestod av fyra tvåtimmars kurstillfällen. Konsultationerna där läkarna träffade två standardiserade patienter spelades in med video. Två psykologer bedömde intervjuförmågan med en skattningsskala. Wong och medarbetare kom fram till att läkarna i interventionsgruppen blev bättre på att lyssna aktivt men för övrigt sågs inga signifikanta skillnader.

Den tredje studien, av Shirazi och medarbetare, genomfördes i Teheran [5,6]. Den var en av få studier som baserade interventionen på en teori, i detta fall Prochaskas modell för förändringsbenägenhet. Utbildningen individanpassades efter graden av benägenhet att ändra beteende vid handläggning av depression mätt med hjälp av ett frågeformulär. De 192 allmänläkarna delades därefter in i tre grupper beroende på grad av förändringsbenägenhet. Inom varje grupp randomiserades läkarna till anpassad utbildning eller ett reguljärt fortbildningsprogram. Tio studenter från psykolog- och sjuksköterskeutbildningarna spelade standardiserade patienter. De kom på oannonserat besök två månader före respektive efter utbildningen. Studenterna bedömde läkarnas sätt att ställa diagnos och erbjuda behandling med hjälp av validerade checklistor. I den grupp som var mest förändringsbenägen var den anpassade utbildningen signifikant mera effektiv för att ändra beteende för såväl diagnos som behandling.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Studierna använde olika sätt att mäta resultaten, vilket medför att det inte gick att väga samman dem kvantitativt. Bara studien av Shirazi och medarbetare, som individanpassade utbildningen, kunde se någon effekt [5,6]. De övriga fyra fann inga förbättringar efter utbildningen.

Sammanfattningsvis pekar studierna mot att kortare, generella utbildningsinsatser, oavsett pedagogiskt upplägg, inte påverkar allmänläkarnas följsamhet till evidens om depression. Utbildningen påverkade varken läkarnas beteende mätt som diagnostisk och kommunikativ förmåga eller patientens symtombörda i studierna. Studierna har medelhög kvalitet

och överförbarheten till svenska förhållanden bedöms som god. Det innebär att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att denna typ av utbildning som enda åtgärd inte ger någon effekt på vårdgivarens följsamhet och patienternas depression.

Det går inte att bedöma om utbildning som anpassats efter läkarnas benägenhet att förändra sitt beteende är effektiv eftersom det bara finns en (positiv) studie.

Riskbruk av alkohol

Fyra studier av medelhög kvalitet undersökte om utbildningsinsatser kan förbättra implementeringen av riktlinjer för screening och handläggning av riskkonsumtion av alkohol [9–12].

Chossis och medarbetare genomförde en randomiserad studie med 27 läkare och nära 400 riskbrukare vid två universitetsanslutna vårdcentraler i Schweiz [9]. Interventionen utgjordes av en utbildning om kort rådgivning om alkohol. Utbildningen omfattade två halvdagsseminarier som gavs med två veckors mellanrum. Programmet inkluderade rollspel, patientmaterial, checklistor och skriftligt material kring alkohol och patientcentrerat förhållningssätt. Kontrollgruppen deltog i en utbildning om lipider. Utbildningen hade inga nämnvärda effekter. Drygt hälften av läkarna i interventionsgruppen, jämfört med 46 procent i kontrollgruppen, tog upp ämnet alkoholkonsumtion under konsultationen. Patienternas alkoholkonsumtion påverkades inte heller förutom att fler i interventionsgruppen rapporterade ”tungt alkoholbruk”.

Ruf och medarbetare genomförde en randomiserad studie med 112 vårdcentraler i Tyskland [10]. Syftet var att implementera ett webbaserat stöd för evidensbaserad handläggning av alkoholrelaterade sjukdomar i primärvården. Studien undersökte tre olika dissemineringsstrategier för en online-version av programmet. En grupp fick tillgång till systemet och 4–6 timmars utbildning av läkarna. Den andra gruppen fick dessutom utbildning av resten av teamet. Kontrollgruppen fick endast tillgång till programmet. Andelen läkare som loggade in och registrerade sig på webben var ungefär densamma för samtliga grupper, cirka 40 procent. Läkarna i interventionsgrupperna ställde korrekt diagnos i signifikant

högre grad än i kontrollgruppen. I övrigt sågs inga skillnader på kliniska utfallsmått.

Kaner och medarbetare undersökte om implementering av riktlinjer för upptäckt och rådgivning vid riskkonsumtion av alkohol kunde förbättras med hjälp av utbildning [11]. Studien var en del av WHO:s multinationella studie om implementering av korta interventioner riktade mot alkoholmissbruk i primärvården. Ett hundratjugoåtta allmänläkare i Storbritannien deltog. Studien testade två interventioner. Den ena bestod av utbildning i riktlinjerna och träning i att tillämpa dem på hemmakliniken. Den andra interventionen omfattade även kontinuerligt stöd genom telefonsamtal med forskarna varannan vecka. Riktlinjerna lades i receptionen för dem som hörde till kontrollgruppen. Implementeringsgrad beräknades som andelen läkare som screenade minst en patient genom programmet. Skillnaden mellan grupperna var signifikant (44 procent för kontrollgruppen, 56 procent för utbildning enbart och 71 procent för gruppen som fick utbildning och stöd). Däremot skilde sig inte grupperna åt vad beträffar rådgivning till riskpatienter.

Kaner och medarbetare genomförde även en randomiserad studie med 212 sjuksköterskor [12]. Interventioner och kontrollåtgärd var desamma som i studien med läkare. Efter tre månader genomförde 39 procent av kontrollerna SBI-programmet jämfört med 74 procent av sjuksköterskor i gruppen som fått utbildning och 71 procent i gruppen med utbildning och telefonstöd. Kontrollgruppen undersökte färre patienter och genomförde färre korta interventioner för personer med riskbeteende. Interventionsgrupperna var mera benägna att ge korta behandlingar till personer som inte var riskkonsumenter.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Effekterna av att stödja implementering av riktlinjer om diagnostik och rådgivning i samband med riskbruk av alkohol är svårtolkade. Två studier som byggde på samma protokoll kom fram till att program visserligen implementerades men att vårdpersonalen inte genomförde rådgivningen som avsett. Två andra studier visade att implementeringsstödet inte påverkade användningen av program för riskbrukare. Sam-

mantaget tyder resultaten på att de olika utbildningsinitiativen inte hade någon nämnvärd effekt. I och med att studierna hade medelhög studiekvalitet och att insatserna skulle kunna överföras till svenska förhållanden bedömde vi att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att utbildning inte har någon nämnvärd effekt.

Bruk av bensodiazepiner

Vi kunde inte identifiera några studier som undersökte effekter av utbildning.

Academic detailing

Academic detailing innebär att en expert går ut i vården och utbildar och/eller ger återkoppling på t ex klinikens förskrivningsmönster jämfört med förskrivning enligt riktlinjer.

Six studier undersökte effekten av academic detailing [13–18]. Fyra av dem avsåg evidens om depression och två bruk av bensodiazepiner. Dessa beskrivs kortfattat nedan. För detaljer hänvisar vi till tabellerna.

Depression

Eccles och medarbetare använde sex farmaceuter för att stödja implementering av riktlinjer om förskrivning av antidepressiva läkemedel i norra England [13]. De 73 vårdcentralerna i distriktet randomiserades till att få academic detailing eller inte. Interventionsgruppen erbjöds personliga besök av en av farmaceuterna om 20–45 minuter och ett uppföljande telefonsamtal. De flesta kliniker accepterade bara ett besök. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel påverkades inte av interventionen.

Brown och medarbetare undersökte effekter av dels academic detailing, dels ett kvalitetsförbättringsprogram inom en del av primärvårdsorganisationen Kaiser Permanente i USA (det sistnämnda beskrivs i avsnittet om effekter av implementeringsstrategier med flera komponenter) [14]. Syftet var att implementera riktlinjer för depression. Tre nyckelbudskap kommunicerades vid fyra tillfällen av farmaceuter från läkarnas egen klinik. Patienternas symtombörda påverkades inte.

Däremot ökade andelen patienter som fick antidepressiva läkemedel signifikant.

van Eijk och medarbetare jämförde två typer av academic detailing, till grupp eller till enskild läkare, med ingen åtgärd i en nederländsk studie [15]. Syftet var att öka följsamhet till riktlinjer om förskrivning av antidepressiva läkemedel till äldre. van Eijk besökte var och en av de 57 läkarna och apotekarna i den individuella gruppen för ett 20 minuters samtal om behandling med antikolinerga läkemedel och förskrivningen under det senaste året. De flesta accepterade ett uppföljningsmöte fyra månader senare för en genomgång av individuell förskrivningsstatistik. van Eijk besökte också fem fortbildningsgrupper. Endast en av dem hade ett andra möte där gruppmedlemmarnas sammanlagda förskrivning redovisades. Förskrivningen av antikolinerga antidepressiva läkemedel till äldre minskade i båda interventionsgrupperna, men skillnaden mot kontrollgruppen var bara signifikant för gruppinterventionen.

Nilsson och medarbetare genomförde en studie i Sverige [16]. Syftet var att öka följsamheten till riktlinjer vid förskrivning inom tre områden, bl a farmakologisk behandling av depression. I studien deltog 40 läkare, dels från tre fortbildningsgrupper och dels från sex vårdcentraler. De tre besöken innehöll utbildning om riktlinjer av en betrodd sjukhuskollega och återkoppling av förskrivning både för den enskilde allmänläkaren och för gruppen. Budskapet för depression var att uppmärksamma diagnosen och öka förskrivningen. Resultatet visade inte någon statistiskt signifikant ökning av förskrivning av antidepressiva läkemedel.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Samtliga studier bedömde effekter på förskrivningen av antidepressiva läkemedel på grupp nivå men kom fram till motsatta resultat. Det går därmed inte att dra några slutsatser om academic detailing på grupp nivå.

En studie undersökte värdet av academic detailing på individ nivå och såg ingen effekt. Det går därför inte att bedöma om metoden påverkar förskrivning av antidepressiva läkemedel på vare sig grupp- eller individ- nivå. Endast en studie undersökte om patienternas hälsotillstånd på-

verkades. Studien är inte tillräckligt stor för att vara enda underlag för en bedömning.

Riskbruk av alkohol

Vi kunde inte identifiera några studier som undersökte effekten av academic detailing.

Bruk av bensodiazepiner

Avorn och medarbetare randomiserade 12 äldreboenden med totalt 823 äldre personer i USA till utbildning av teamen enligt principer för academic detailing eller ingen åtgärd [17]. Syftet var att minska förbrukningen av icke rekommenderade psykofarmaka. Samtliga läkare på interventionsboendena fick skriftligt utbildningsmaterial med posten. Högföreskrivande läkare besöktes tre gånger av en apotekare. Dessutom inbjöds sjuksköterskor och biträden till fyra fortbildningstillfällen. Efter utbildningsinsatsen minskade förskrivningen av icke rekommenderade psykofarmaka signifikant.

De Burgh och medarbetare genomförde en randomiserad studie i Australien där 286 läkare deltog [18]. I studien undersöktes effekten av ett enstaka utbildningsbesök på förskrivningen av bensodiazepiner. Vid besöket fick interventionsgruppen ta del av riktlinjer samt patientinformation angående sömnsvårigheter. Mötet följdes upp med ett telefonsamtal. Läkarna uppmanades att granska fem patienter som långtidsbehandlades med bensodiazepiner. Förskrivningen av bensodiazepiner minskade med cirka 24 procent i båda grupperna. Samtidigt minskade antalet patienter som fick diagnoserna sömnsvårigheter och ångest. Den enda skillnaden mellan grupperna var att interventionsgruppen minskade sin förskrivning av bensodiazepiner för patienter där sömnsvårigheter var en ny diagnos.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

De två granskade studierna kom fram till delvis olika resultat. Det gör att det inte går att bedöma om academic detailing kan stödja ökad följsamhet till riktlinjer om förskrivning av psykofarmaka.

Återkoppling

Fyra studier i fem artiklar av medelhög kvalitet undersökte värdet av återkoppling [19–23]. Två amerikanska studier undersökte evidens om depression. Två studier avsåg missbruk av alkohol och en av dem även bruk av bensodiazepiner. Studierna sammanfattas nedan. För en detaljerad beskrivning hänvisar vi till Tabell 3.1.8–3.1.10.

Depression

Simon och medarbetare genomförde en randomiserad studie på fem stora vårdcentraler i USA [19]. Syftet var att undersöka effekterna av återkoppling med eller utan så kallad care manager jämfört med sedvanlig vård. Den del av studien som handlade om care manager redovisas i avsnittet om sammansatta interventioner.

Cirka 10 allmänläkare från varje vårdcentral deltog, samt totalt 613 patienter. Läkarna fick återkoppling på handläggningen av de drygt 200 patienter som fått nyutskrivet antidepressivt läkemedel. Detta innebar att läkarna efter 8 och 16 veckor fick en sammanställning av behandlingen (dos av läkemedel och antal genomförda och planerade uppföljningsbesök) tillsammans med behandlingsrekommendationer. Återkoppling hade ingen effekt på adekvat förskrivning eller antal besök. Det var inte heller någon skillnad i andelen patienter som tillfrisknat eller förbättrats efter sex månader.

Magruder-Habib och medarbetare undersökte effekten av att återkoppla patienters självskattning av symtom på en mottagning inom Department of Veteran Affairs i USA [20]. Nio läkare deltog. Alla patienter som kom till mottagningen screenades och drygt 100 patienter bedömdes vara deprimerade. Läkarna hade randomiserats till att antingen få information om resultatet av patientens screening i samband med besöket eller inte. Studien omfattade regelbundna uppföljningar under ett år. Gruppen som fått återkoppling dokumenterade en depressionsdiagnos i journalen i signifikant högre utsträckning vid indexbesöket. Andelen läkare som uppmärksammat depression ökade för båda grupperna under det kommande året men skillnaden mellan grupperna bestod. Andelen som behandlades för sin depression på något sätt var också högre i återkopplingsgruppen.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Det går inte att bedöma effekter av återkoppling. De två studierna har använt olika mått på förändrat beteende och påverkan på patienternas hälsotillstånd. De har också kommit fram till motstridiga resultat.

Riskbruk av alkohol

Saitz och medarbetare genomförde en randomiserad studie med 50 läkare på en universitetsansluten vårdcentral i USA [21]. Saitz och medarbetare undersökte om screening av patienter och återföring av resultaten påverkade sannolikheten för en läkare att ha en diskussion med patienten om alkohol under besöket och om det skulle påverka patientens alkoholkonsumtion. Läkarna stratifierades efter utbildningsnivå (resident eller faculty). Läkarna i interventionsgruppen fick individualiserade rekommendationer från en forskare baserade på resultaten av screeningen. De läkare som fick återkoppling ökade antalet diskussioner om alkohol och råd till patienter, men effekten var blygsam.

Bonevski och medarbetare utvärderade ett datoriserat system för återkoppling som del i ett fortbildningsprogram för förebyggande insatser i primärvården [22]. Tjugoen allmänspecialister i Australien deltog. Identifiering av riskbeteendet alkoholkonsumtion ingick i systemet. Programmet var byggt på komponenter som ansågs främja beteendeförändringar hos vuxna, t ex att sätta mål, jämföra med kollegor och få återkoppling på egen prestation, och baserades på aktuella riktlinjer.

Vid start och efter tre månader utvärderades läkarnas förmåga att identifiera riskbeteenden. Vid båda tillfällena fyllde 80 konsekutiva patienter i uppgifter om sin konsumtion av alkohol på en dator i väntrummet. Feedback av uppgifterna förbättrade läkarnas förmåga att identifiera riskfylld alkoholkonsumtion.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

En studie visade att återkoppling förbättrade läkarnas följsamhet till riktlinjer om alkoholrelaterade problem [22]. Studien hade medelhög kvalitet och omfattade bara drygt 20 läkare och 160 patienter. Den andra studien visade blygsamma effekter på läkarnas benägenhet att

diskutera alkoholvanor [21]. Eftersom studierna använde olika utfalls-
mått gick det inte att väga samman dem.

Bruk av bensodiazepiner

I den ovan nämnda studien av Bonevski och medarbetare utvärderades även effekten av ett datoriserat feedbacksystem på användning av bensodiazepiner [22]. Återkoppling förbättrade läkarnas förmåga att identifiera bruk av bensodiazepiner.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

En studie visade att återkoppling förbättrade läkarnas följsamhet till riktlinjer om bruk av bensodiazepiner [22]. Studien hade medelhög kvalitet och omfattade bara drygt 20 läkare och 160 patienter. Det är inte ett tillräckligt underlag för att dra slutsatser om effekten av återkoppling om bruk av bensodiazepiner.

Påminnelser

Det vetenskapliga underlaget bestod av två studier, en om riktlinjer för depression och en om evidens rörande bensodiazepiner.

Depression

Rollman och medarbetare rekryterade 17 läkare och 226 patienter på en universitetsanknuten vårdcentral i USA [24]. Läkarna randomiserades till sedvanlig vård, passiv vård och aktiv vård. Alla patienter som kom till kliniken screenades och de med misstänkt depression intervjuades av prövarna med hjälp av en strukturerad intervju. Läkarna fick information elektroniskt om de patienter som var deprimerade enligt prövarna. Om läkaren bekräftade diagnosen lades den in i journalsystemet.

De läkare som ingick i gruppen passiv vård fick en påminnelse utanpå journalen i samband med patientens besök samt hänvisning till behandlingsrekommendationer på internet. Gruppen aktiv vård fick dessutom behandlingsrekommendationer som var anpassade till den specifika patienten och som byggde på riktlinjer. Vid uppföljningen av patienterna efter sex månader fanns ingen skillnad i tillfrisknande mellan de tre grupperna.

Bruk av bensodiazepiner

Baker och medarbetare genomförde en randomiserad studie i Storbritannien [23]. De rekryterade 18 allmänläkarmottagningar (median fyra allmänläkare/mottagning) och totalt 2 409 patienter. Syftet med studien var att implementera riktlinjer för långtidsförskrivning av hypnotika framför allt bensodiazepiner. Alla allmänläkare fick riktlinjerna och kriterier för god vård samt återkoppling om andelen patienter som var långtidsanvändare av hypnotika. Interventionsgruppen fick dessutom en påminnelse i form av ett kort med kriterierna som placerades på journalen i samband med patientens besök. Andelen patienter där hypnotika sattes ut ökade under uppföljningsåret men skillnaden mellan grupperna var liten.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Det går inte att bedöma värdet av påminnelser som stöd för att införa riktlinjer om depression respektive bensodiazepiner. Det finns bara en studie för vardera området och ingen av dem visade någon effekt på förskrivning eller patienternas hälsotillstånd.

Sammanfattande bedömning av effekten av enskilda implementeringsmetoder

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt eller saknas för att bedöma om enstaka metoder för att förändra beteendet kan förbättra följsamhet till psykiatrisk evidens och riktlinjer i primärvården jämfört med att inte använda sådana metoder. Undantaget är utbildning utan hänsyn till individuella faktorer som inte har någon mätbar effekt i studierna.

Effekter av implementeringsstrategier med flera komponenter

De implementeringsstrategier som undersökts i de granskade studierna omfattade bl a genomförande av kvalitetsutvecklingsprogram, organisationsförändringar, utbildningsinsatser, workshops, kollegialt stöd samt kvalitetssäkring med återkoppling.

Det vetenskapliga underlaget bestod av sju studier med medelhög eller hög kvalitet [14,19,25–30] varav en presenteras i två studier. Två studier

kombinerade de ovan beskrivna metoderna på olika sätt. Fem kombinerade flera metoder varav en var av organisatorisk art. Dessa två kategorier analyseras var och en för sig. Studierna beskrivs kortfattat nedan. För mera detaljer hänvisar vi till Tabell 3.1.11–3.1.12.

Depression

Det vetenskapliga underlaget bestod av sju studier, varav en bedömdes ha hög studiekvalitet [25] och sex medelhög [14,19,26–30] varav en presenterades i två studier.

Strategier utan organisationsförändring

Baker och medarbetare undersökte värdet av ”skräddarsydda” interventioner i en randomiserad studie i Storbritannien [26]. Båda grupper fick riktlinjer skriftligt samt en bok med sammanfattning av bakomliggande evidens. De 34 läkarna i interventionsgruppen intervjuades sex veckor senare individuellt om vad de såg som problem med att implementera riktlinjerna. Varje sådant identifierat hinder relaterades till en psykologisk teori. Teorin användes sedan för att välja en lämplig metod för att tackla hindret. Implementeringsmetoden var alltså individuellt utformad. De två teorier som användes oftast var benägenhet för förändring (Prochaska) och tilltro till den egna förmågan (self-efficacy, Bandura). De metoder som användes vid implementeringen var återkoppling och utbildningsbesök. Effekterna var svåra att tolka. Båda grupperna ökade följsamheten i viss utsträckning.

Brown och medarbetare undersökte effekter av dels academic detailing, dels ett kvalitetsförbättringsprogram inom en del av primärvårdsorganisationen Kaiser Permanente i USA (det förstnämnda beskrivs i avsnittet om academic detailing) [14]. Syftet var att implementera riktlinjer för depression. Kvalitetsutvecklingsprogrammet rymde en förberedande del där orsaker till avvikande händelser analyserades av en tvärdisciplinär grupp och ett förbättringsprogram utvecklades. Implementeringen rymde nyproducerade patientbroschyrer, möten där riktlinjen presenterades, identifiering av lokala experter, olika stödåtgärder för diagnostisering och behandling, samt en lokalt utvecklad rekommendation om behandlingsstrategi. Programmet implementerades i begränsad omfattning.

I utvärderingen fann man inga effekter vare sig på handläggning eller på patienternas symtombörda.

*Strategier med organisationsförändring –
inrättande av en så kallad care manager*

Fem studier i sex artiklar, varav en av hög kvalitet [25] och fyra av medelhög [19,27–30], ingick i det vetenskapliga underlaget. Samtliga studier avsåg depression. Organisationsförändringarna omfattade inrättandet av en speciell funktion (care manager) i vilken en yrkesutbildad person (oftast sjuksköterska) ansvarade för stöd genom kontinuerlig patientkontakt och patientuppföljning. Samtliga fem studier hade signifikant positiva utfall för olika patientmått.

Två av studierna kombinerade utbildningsinsatser med förändringar i professionella roller där sjuksköterskor fick ansvar för kontinuerlig patientkontakt.

Hunkeler och medarbetare genomförde en studie i USA (Kalifornien) [27]. I studien ingick 90 distriktsläkare och 10 specialistutbildade sjuksköterskor från två primärvårdsorganisationer. Samtliga utbildades under tre timmar i diagnos och handläggning av depression. Effekten av läkarbesök jämfördes enbart med läkarbesök kompletterat med telefonstöd från sjuksköterska. De sjuksköterskor som tillhandahöll telefonstödet tränades under en sextimmars manualbaserad workshop. De fick också handledning en gång per vecka av en psykolog. Vissa patienter hade även telefonstöd från personer som tidigare framgångsrikt vårdats för depression (peer support). Dessa ”peers” fick 20 timmars utbildning i bl a bemästrandestrategier (coping skills).

Sjuksköterskorna genomförde i genomsnitt tio samtal, som varade i medeltal sex minuter per patient. Samtalen gällde bl a frågor kring medicineringen, biverkningar, emotionellt stöd och aktivitetsplanering. De flesta patienter hade upp till fem kontakter med sin ”peer”. De patienter som hade telefonstöd av sjuksköterska förbättrades signifikant i sin depression jämfört med sedvanlig vård, mätt med symtomskattningsskalor. Att dessutom få stöd av en ”peer” medförde inga ytterligare förbättringar.

Rost och medarbetares studie hade som mål att utvärdera om omdefinierade roller i primärvårdsteamet förbättrade utfallen för patienter som påbörjade en behandlingsperiod för depression [25]. Studien genomfördes vid 12 vårdcentraler i USA och var av hög studiekvalitet. Två läkare och en sjuksköterska på de vårdcentraler som ingick i interventionsgruppen fick utbildning per telefon vid fyra tillfällen (1,5 timme/gång). Dessutom utbildades en sjuksköterska i åtta timmar för att ansvara för uppföljning av patienterna. Sjuksköterskan hade kontakt med patienten vid i genomsnitt fem tillfällen under åtta veckor efter det första läkarbesöket och ansvarade för bedömning av symtom, undervisning om behandling, att engagera patienten i behandlingen och att ordna återbesökstid. Vid sex månader överensstämde handläggningen av patienter som påbörjade en ny behandlingsperiod i signifikant högre grad med riktlinjer i interventionsgruppen. Samtidigt lindrades patienternas sjukdomsburda. För patienter som nyligen varit under behandling var det ingen skillnad mellan interventions- och kontrollvårdcentraler.

I tre studier bestod implementeringsinterventionen förutom utbildningsinsatser och förändrade funktioner för sjuksköterskan i vårdteamet även av andra komponenter.

Wells, Unutzer och medarbetare undersökte effekten av en strategi för att stödja kvalitetsutveckling vid 46 vårdcentraler i USA [28,29]. Strategin byggde på lokala opinionsledare (en läkare, en sjuksköterska och en så kallad mental health specialist). Dessa utbildade i sin tur personalen vid månatliga föreläsningar och academic detailing samt genomförde audit med återkoppling på klinik- och individnivå. Dessutom fick personalen olika sorters utbildningsmaterial. En framträdande del av strategin var en heldags workshop för sjuksköterskor. Sjuksköterskorna tränades i att månatligen göra manualbaserade patientbedömningar, driva patientundervisning och aktivera patienterna. Vid både 6 och 12 månader fick en signifikant större andel av patienterna som var i interventionsgruppen relevant vård. Likaså var andelen patienter som fortfarande bedömdes som deprimerade signifikant lägre i interventionsgruppen.

Katzelnick och medarbetare genomförde en randomiserad studie vid 163 vårdcentraler i USA [30]. Strategin för att stödja ett program för

handläggning av depression bestod av två timmars utbildning av läkare, skriftlig patientinformation och videofilm riktad till patienten, samt införande av care manager. Care managers hade kandidat- eller masterutbildning och någon form av erfarenhet av psykiatrisk vård. Deras ansvar var främst att övervaka att recept förnyades och patienterna fick återbesök så att behandlingsuppehåll undveks. Vidare följde de upp patienterna via telefon avseende följsamhet till ordination, behandlingseffekt och eventuella biverkningar av medicineringen. Detta gjordes efter 2 och 10 veckor, samt vid behov efter 18, 30 och 42 veckor. Interventionen jämfördes med sedvanlig vård. Vid mätning efter 12 månader sågs en signifikant förbättring för patienterna i interventionsgruppen avseende behandling och avklingad depression jämfört med kontrollgruppen.

Simon och medarbetare genomförde en studie av medelhög studiekvalitet på fem vårdcentraler i delstaten Washington i USA [19]. Studien har beskrivits i avsnittet om återkoppling. En interventionsgrupp hade förutom återkoppling till läkarna om patientdata och behandlingsrekommendationer även en care manager. Care managern kontaktade patienterna per telefon vid 0, 8 och 16 veckor och utarbetade en rapport till behandlande läkare med aktuell patientinformation och behandlingsrekommendationer. Care managern gav också läkaren stöd i att implementera rekommendationerna genom att snabbt meddela angelägna rekommendationer, ordna återbesök, kontakta patienter som avbrutit behandlingen samt hjälpa till med remittering av patienter.

Vid uppföljning efter sex månader fann Simon att patienter i gruppen som fått stöd av en care manager signifikant oftare fick adekvat utskrivning av antidepressiva läkemedel liksom att de förbättrades i signifikant högre grad jämfört med kontrollgruppen. Resultaten kan sammanfattas som att enbart återkoppling grundat på data i systemet inte visade effekter. Det var först när återkopplingen grundades på kontinuerlig patientkontakt och mer detaljerad återkoppling till behandlande läkare som signifikanta skillnader uppstod.

Bedömning av effektstorlek

Två studier som undersökt insatser som består av flera komponenter utan organisatoriska förändringar kunde inte visa någon effekt [14,26].

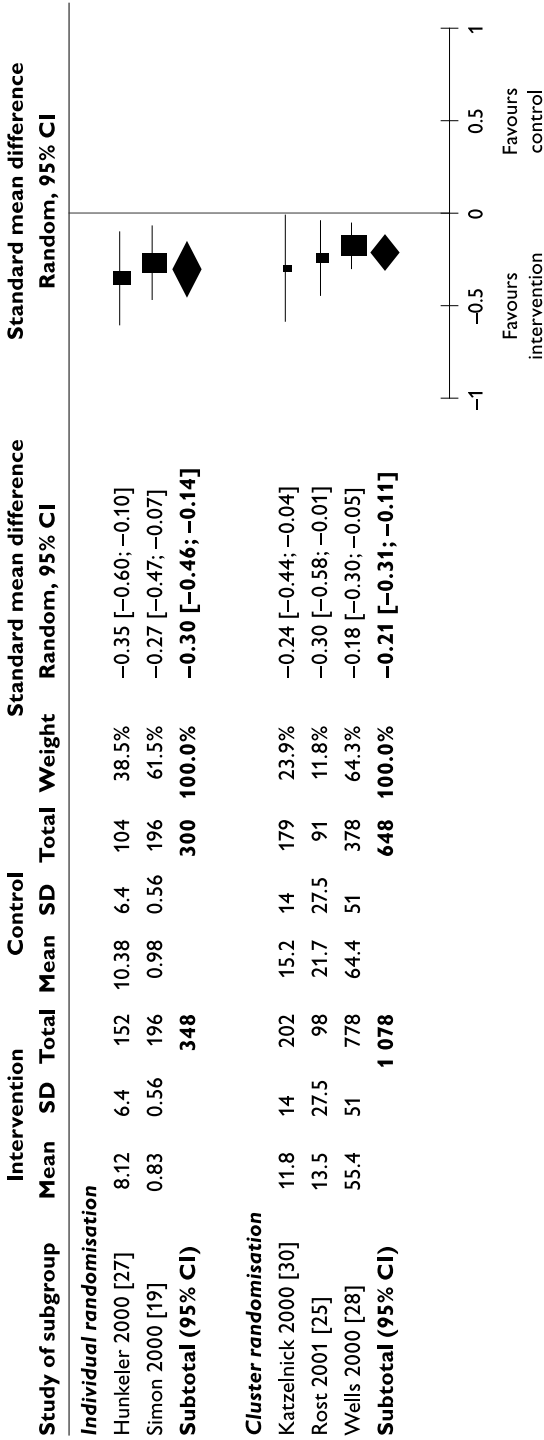
Studierna är dock så olika att det inte går att dra några slutsatser om effekten från dem.

Samtliga fem studier där strategierna bestått av flera metoder inklusive tillägg av särskilt utsedd person med ansvar för att stödja och följa upp patienterna redovisade hur patienternas symtombörda förändrats efter sex månader. Graden av symptom mättes med olika skattningsskalor. Vi kunde därmed väga samman resultaten i en metaanalys, vilket visas i Figur 3.1.1. De ingående studiernas resultat räknades om som SMD (standard mean difference, se Kapitel 2).

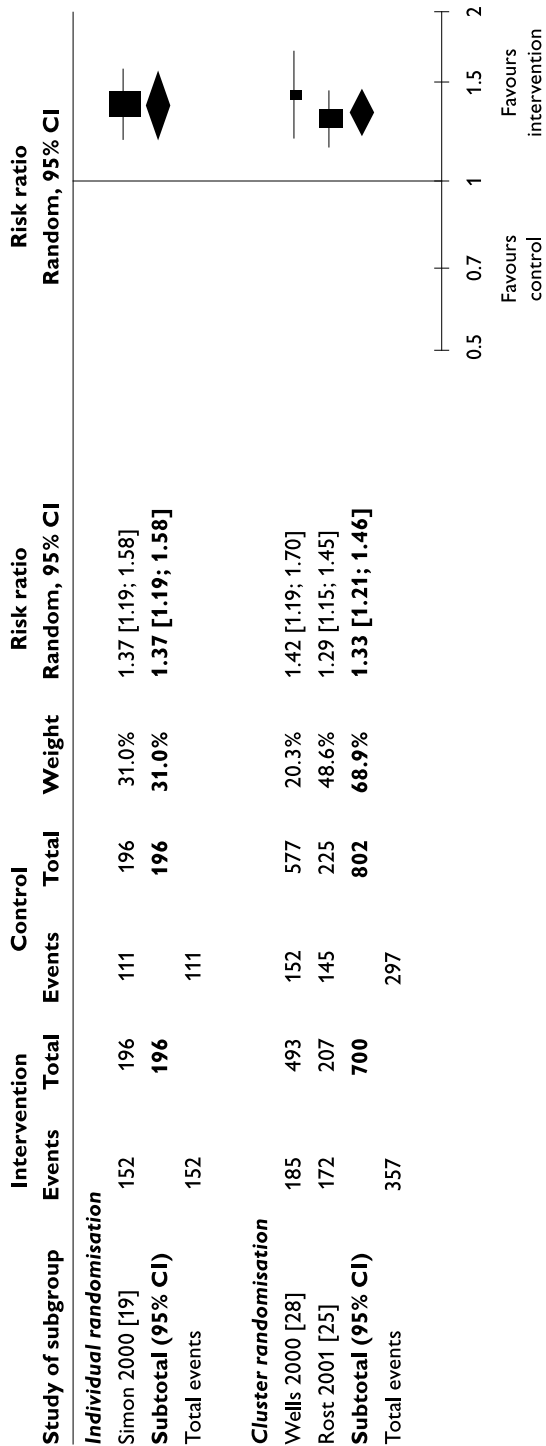
Av statistiska skäl delade vi upp analysen beroende på om studierna randomiserat deltagarna på klinik- eller individnivå.

Som framgår av figuren är SMD för studierna med individuell randomisering, $-0,30$ och för studierna med klusterrandomisering $-0,21$. Effekterna är signifikanta till interventionens fördel. Ett SMD på $-0,30$ motsvarar en minskning av symtombördan med 12 procentenheter jämfört med kontrollgruppen, och ett SMD på $-0,21$ en minskning med åtta procentenheter.

Tre av studierna redovisade även flera mått på förbättrad följsamhet till riktlinjerna [19,25,28]. Samtliga undersökte om förskrivningen av antidepressiva läkemedel förändrades och det var därmed möjligt att göra en metaanalys av resultaten (Se Figur 3.1.2). Analysen tyder på implementeringsstrategier som inkluderar en care manager förbättrar följsamheten till riktlinjer om depression signifikant. Andelen läkare som förskrev antidepressiva läkemedel på ett adekvat sätt var mer än 30 procentenheter högre i gruppen med en care manager.



Figur 3.1.1 Förändring av patienternas självskattning av depression vid uppföljning efter sex månader av implementeringsstrategier som hade det gemensamma draget att de innehöll en patientansvarig person.



Figur 3.1.2 Förändring av förskrivning av antidepressiva läkemedel vid uppföljning efter sex månader av implementeringsstrategier som inkluderade en patientansvarig person.

Bedömning av evidensstyrka

Vi bedömde evidensstyrkan med hjälp av GRADE (se Kapitel 2). Våra bedömningar finns sammanställda i Tabell 3.1.2.

Vi kom fram till att det finns ett måttligt vetenskapligt underlag för att sammansatta interventioner som innefattar en care manager förbättrar patienternas depression. Effekten är liten (SMD 0,30 för individuell randomisering respektive 0,21 för randomisering på klinisknivå) men signifikant. Evidensstyrkan drogs ner ett steg pga att patientgrupper som baseras på väntrumsscreening inte är helt representativa för svenska patienter.

Det finns också ett begränsat vetenskapligt underlag för att läkarens förskrivning av antidepressiva läkemedel följer riktlinjer i högre utsträckning. Förutom den ovan nämnda bristen i överförbarhet är precisionen bristfällig. De klusterrandomiserade studierna har redovisat sina resultat på ett sätt som krävt vissa extrapoleringar. Det innebär att konfidensintervallen skulle kunna vara bredare än vad som framgår av metaanalysen i Figur 3.1.2. Vi drog därför ner evidensstyrkan ytterligare ett steg.

Tabell 3.1.2 Sammanfattande resultattabell för effekter av implementeringsstrategier som innehåller en care manager för att stödja införande av riktlinjer för depression.

Utfallsmått efter sex månader	Antal studier Antal patienter	Sammanvägt värde (95% KI)	Bedömning av vetenskapligt underlag	Kommentarer till poängavdrag
Symtombörda, självskattning	3 klusterrandomiserade studier n=1 726	SMD -0,21 (95% KI, -0,31; -0,11)	Måttligt starkt ⊕⊕⊕○	Bristande överförbarhet (-1)
Symtombörda, självskattning	2 individrandomiserade studier n=648	SMD = -0,30 (95% KI, -0,46; -0,14)	Måttligt starkt ⊕⊕⊕○	Bristande överförbarhet (-1)
Adekvat förskrivning av antidepressiva läkemedel	5 studier n=2 374	RR >1,3	Begränsat ⊕⊕○○	Bristande överförbarhet (-1) Bristande precision (-1)

KI = Konfidensintervall; RR = Relativ risk; Standard mean difference

Riskbruk av alkohol och bruk av bensodiazepiner

Vi kunde inte identifiera några studier som uppfyllde inklusionskriterierna.

Insatser riktade till patienter

Boekeloo och medarbetare genomförde en randomiserad studie vid fem vårdcentraler i USA [31]. De rekryterade 444 ungdomar mellan 12 och 17 år som sökte för hälsokontroller.

Boekeloo undersökte två interventioner. I den ena fick ungdomarna ett inspelat program som adresserade frågor om sekretess, vikten av att diskutera personliga levnadsvanor under en hälsokontroll samt alkoholvanor och kopplingen till deras egen konsumtion och därmed hälsorisker. Ungdomarna uppmanades att diskutera sina svar och alkoholrelaterade frågor med vårdgivaren under det aktuella besöket. I den andra interventionen fick läkaren dessutom tillgång till de ungas svarsblanketter inför besöket samt en broschyr om att minska riskerna för alkoholrelaterade skador. Studien observerade att diskussion kring alkohol ökade. Vid uppföljning ett år senare hade ungdomarnas bruk av alkohol inte minskat men deras benägenhet att rapportera sina alkoholvanor hade ökat [32].

Little och medarbetare undersökte om främjande av diskussion (priming) genom patienter påverkade deras välbefinnande och om vården förbättrades [33]. Drygt 600 konsekutiva patienter på fem vårdcentraler i Storbritannien screenades med en depressionsskala. De randomiserades också till att fylla i inget, ett eller två formulär där de beskrev sina förväntningar på läkarbesöket och uppmanades att tala med läkaren om sina problem. Det ena formuläret var inriktat på allmänna hälsoproblem. Det andra fokuserade på depression och innehöll även en lista på möjliga symtom vid depression. Den allmänna broschyren ledde till att patienterna blev mera nöjda med besöket. Samtidigt ökade antalet undersökningar i samband med konsultationen. Den broschyr som inriktades på depression hade ingen effekt.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

De två studier som undersökt värdet av att aktivera patienterna visade obetydliga effekter och använde olika utfallsmått. Underlaget är därmed otillräckligt för att bedöma värdet av insatser som riktas till patienten.

Långtidseffekter

Den tidpunkt där effekterna av interventionerna mättes varierade mellan studierna från några veckor och upp till ett år. Några studier följde upp effekterna vid flera tillfällen (Tabell 3.1.3). Av de fem studier som undersökte strategier som inkluderade en care manager följde tre upp resultaten vid minst två tillfällen och effekterna kvarstod.

Tabell 3.1.3 Effekter av implementeringsstödjande metoder vid upprepade uppföljningar.

Författare, referens	Metod	Uppföljningstider	Effekt vid uppföljning
Magruder-Habib et al [20]	Återkoppling	Regelbundet upp till 12 månader	Positiv, kvarstod
Hunkeler et al [27]	Flera, inkl care manager	6 veckor, 6 månader	Positiv, kvarstod
Simon et al [19]	Flera, inkl care manager	3 månader, 6 månader	Positiv, kvarstod
Unutzer et al [29] Wells et al [28]	Flera, inkl care manager	6, 12, 18 och 24 månader	Positiv, kvarstod
Boekeloo et al [31,32]	Priming av patienter	6 och 12 månader	Ingen, kvarstod

Jämförelse mellan enskilda metoder och strategier med flera metoder

Endast en studie jämförde en enskild metod och en strategi som bestod av flera komponenter [19]. Simon och medarbetare kom fram till att återkoppling som enda åtgärd inte påverkade läkarnas beteende eller patienternas depression medan tillägg av en care manager påverkade både beteende och depression.

Med tanke på det heterogena underlaget bedömde vi att indirekta jämförelser mellan studier som använt en enskild metod och studier som använt strategier med flera komponenter inte var meningsfull. Det finns därmed inte tillräckligt många studier för att kunna dra några slutsatser.

Diskussion

Vår systematiska översikt syftade till att undersöka om det går att få en mera precis uppskattning av effekter av implementeringsstöd om sammanhanget begränsas till primärvården och evidens för handläggning av patienter med psykisk ohälsa. De studier som analyserats rörde depression, ångest, riskbruk av alkohol respektive bruk av bensodiazepiner.

I översikten fann vi stöd för att en förändrad organisation där en utsedd person (så kallad care manager, vilken oftast var en sjuksköterska) fått i uppdrag att följa patienter med depression, både ökade vårdgivarnas följsamhet till evidensen för handläggning och minskade patienternas symtombörda. I de undersökta studierna ingick förutom den organisatoriska förändringen med en care manager också andra åtgärder som t ex tillgängliga, tydliga behandlingsriktlinjer, utbildning av primärvårdspersonalen och i några studier också nära kontakt med psykiatrisk skolad personal. Den förbättrade följsamheten till riktlinjer innebar adekvat och bibehållen antidepressiv medicinerings, bibehållen psyko-terapeutisk kontakt samt extra insats när patienten inte klarade att fullfölja behandlingen eller inte förbättrades.

Våra resultat stämmer väl överens med den kunskap som finns om att care manager fyller en viktig funktion i vården av personer med kroniska sjukdomar. Tre andra systematiska översikter med något annorlunda frågor och inklusionskriterier har kommit fram till likartade resultat.

Den första översikten, av Williams och medarbetare, utgick från Wagners Chronic Care Model, CCM [34] (Faktaruta 3.1.1) och analyserade vilka komponenter i sammansatta interventioner för

att förbättra depressionsvård som var viktigast [35]. Studier som enbart studerade interventioner riktade mot läkaren, t ex utbildning, exkluderades. Williams och medarbetare inkluderade 28 randomiserade studier som publicerats före februari 2006. Alla studierna byggde på care management och patientutbildning och de flesta omfattade ytterligare CCM-komponenter. Nitton av 26 studier kom fram till att sammansatta interventioner med organisatorisk komponent hade kliniskt relevanta effekter.

Faktaruta 3.1.1 Definition av Chronic Care Model [34].

CCM består av sex komponenter: beslutsstöd för läkaren, stöd för självhjälp till patienterna, delivery system redesign, kliniska informationssystem, hälsovårdsorganisation och resurser i samhället.

Gilbody och medarbetare undersökte insatser för att förbättra handläggning av depression [36]. Underlaget omfattade RCT publicerade före mars 2003. Huvuddelen av översikten ägnades åt organisatoriska modeller som t ex collaborative care. Implementering av riktlinjer undersöktes i 22 studier. Gilbody och medarbetare kom fram till att endast strategier som kombinerade utbildning med organisatoriska interventioner var effektiva.

Chong och medarbetare studerade vilka interventioner som förbättrade följsamhet till behandling med antidepressiva läkemedel i den tredje översikten [37]. Chong och medarbetare delade upp metoderna i care management, patientutbildning, beteendeförändring hos patienterna (påminnelser, telefonuppföljning m m), affektiva strategier (motiverande intervjuer och patientstöd) och strategier riktade mot utföraren. Strategier som bara byggde på patientutbildning och ändring av patientbeteende var inte framgångsrika. Däremot förbättrades följsamheten i cirka två tredjedelar av studierna med strategier med flera komponenter,

och patientens hälsotillstånd förbättrades i cirka hälften av studierna. Resultaten tydde på att ju fler metoder som användes desto större blev effekten.

I vår granskning valde vi att strikt avgränsa till studier som undersökte effekter av strategier för att öka följsamhet till riktlinjer och evidens. Vi har noterat att Collaborative Care hamnar i en gråzon. Den beskrivs som en strategi för att utveckla kvaliteten i vården av patienter med depression snarare än som en metod för att stödja implementering av riktlinjer. I och med att studierna har utvärderat Collaborative Care som vårdmodell har vi exkluderat dem.

Implementeringsstöd med en komponent

Den enda strategi som bygger på *enskilda* insatser som vi kunde bedöma var korta utbildningar i samband med evidens om depression. Studierna visade ingen effekt av kort utbildning som enda insats. En svårighet var att bedöma vilka studier som syftade till att utvärdera effekten av utbildning och därmed skulle inkluderas gentemot studier där utbildning ingick som en komponent för att utveckla en ny behandlingsmetod. Vi kan inte utesluta att vi exkluderat studier där utbildning som enda insats varit av värde men vi har bedömt risken som liten.

Vår analys gav inte ökad kunskap om effekter av enskilda metoder som t ex audit, återkoppling och påminnelser. Det fanns visserligen studier, men ett problem i vårt arbete var att studierna använde många olika utfallsmått, vilket begränsade vår möjlighet att jämföra studiernas resultat med varandra.

Vi identifierade två systematiska översikter som berörde de områden som vi undersökte. Båda kom fram till likartade resultat även om inklusions- eller kvalitetskriterier inte överensstämde med våra. Nilsen och medarbetare utvärderade metoder för implementering av korta interventioner för handläggning av riskfylld alkoholkonsumtion [38]. Elva studier av varierande design som publicerats senast mars 2005 inkluderades. De strategier som prövades omfattade academic detailing, utbildning och påminnelser. Nilsen och medarbetare kom fram till att effekten, mätt som andel screenade patienter eller andel som fått rådgivning, ökade

ju mera intensivt implementeringsstödet var. Däremot var studierna så heterogena att det inte gick att dra några slutsatser om vilka strategier som var mest effektiva. Generellt sett var dock effekterna blygsamma.

Smolders och medarbetare utvärderade metoder för att stödja evidens om ångest i primärvården och inkluderade sju studier om enskilda interventioner som publicerats före december 2006 [39]. Av de sju studierna hade även vi inkluderat tre. En av dem avsåg bensodiazepinförskrivning och hade medelhög kvalitet [18] och två hade låg studiekvalitet [40,41]. Övriga fyra hade vi exkluderat pga att populationerna inte var väl definierade eller att studien använde andra utfallsmått. Smolders och medarbetare fann inga skillnader i patientutfall i tre studier om audit och feedback. Två studier om utbildning gav motstridiga resultat. Två studier om outreach såg inte någon effekt på förskrivningen.

Kunskapsläget om enstaka metoder ska ses i ljuset av att huvuddelen av de granskade studierna publicerades för tio år sedan eller tidigare. De senaste åren har implementeringsforskningen tagit till sig de hypoteser och modeller som arbetats fram av bl a Michie och medarbetare [42]. Michie och medarbetare understryker vikten av att analysera hinder för förändring som finns i en organisation och att välja en metod som teoretiskt sett kan reducera hindren. Bara två av de inkluderade studierna har gjort en sådan analys [6,26]. Baker och medarbetare anpassade implementeringen efter intervjuer om hinder med varje läkare men såg inga signifikanta effekter på vård och grad av depression. Shirazi och medarbetare åstadkom däremot en signifikant förändring i motiverade läkares handläggning av depression.

Nu antyder protokoll som fortlöpande publiceras i tidskriften "Implementation Science" att vi de kommande åren kan se fram emot resultat från studier med en helt annan utgångspunkt. De baserar val av implementeringsmetod på psykologiska teorier eller skraddarsyr interventioner efter analys av lokala hinder mot förändring. Sådana studier kan förhoppningsvis bidra med mera kunskap om vilka metoder som är effektiva och i så fall hur effektiva.

En annan orsak till våra resultat kan vara att vi bara inkluderat kontrollerade studier. För att få en djupare förståelse av hur införandet av ny kunskap går till och orsaker till att stöd för implementering lyckas eller misslyckas krävs att studier med processutvärdering tas i beaktande. Sådana studier fokuserar på att följa införandeprocessen och genomförs ofta med kvalitativ metodik. Processutvärdering kan genomföras fristående men förekommer allt oftare som en komponent i implementeringsstudier med experimentell design.

Table 3.1.4 Education as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding depression in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention Control Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Thompson et al 2000 [4] United Kingdom	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Recognition and management of depression in line with clinical guidelines</p> <p><u>Setting</u> Primary care clinics in New Hampshire, United Kingdom</p> <p><u>Patients</u> n=59 practices; 169 physicians. 21 409 patients were screened for depression (HAD scale)</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not described</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months</p>	<p><u>Intervention</u> Seminars in groups of 20 for 4 hours. Teaching was supplemented by videotapes, small groups discussions and role plays n=29</p> <p><u>Control</u> Care as usual (educational meetings delayed until after intervention period) n=30</p> <p><u>Drop-out rate</u> Providers: 9.7%</p>	<p><u>Diagnosis of depression</u> Sensitivity: OR 1.00 (95% CI, 0.73; 1.37)</p> <p>Specificity: OR 0.97 (95% CI, 0.70; 1.34)</p>	<p><u>Proportion improved</u> OR 1.23 (95% CI, 0.84; 1.79)</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.4 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention Control Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Lin et al 2001 [2] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Improved depression care in patients not high utilizers of medical care</p> <p><u>Setting</u> 2 HMO, urban, suburban and rural with 15 primary clinics</p> <p><u>Patients</u> 124 893 enrolled patients</p> <p><u>Providers</u> n=139 eligible primary care physicians, 109 participated</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p>	<p><u>Intervention</u> Small group interactive discussion, role play, AD, feedback and review of patient progress with a psychiatric consultant, 2 hours training on diagnostic assessment, pharmacotherapy, patient education, importance of follow-up n=56 primary care physicians n=44 031 patients</p> <p><u>Control</u> CAU n=53 primary care physicians n=46 693 patients</p> <p><u>Drop-out rate (overall)</u> Providers 21.6%</p>	<p><u>Diagnosis of new depression I vs C</u> OR 1.01 (95% CI, 0.83; 1.2)</p> <p><u>Prescription of new antidepressant I vs C</u> OR 0.83 (95% CI, 0.69; 1.03)</p>	<p><u>Adequacy of pharmacotherapy</u> OR 0.82 (95% CI, 0.43; 1.55)</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.4 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention Control Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Gerrity et al 1999 [1] USA	<p><u>Design</u> RCT, stratification by sex, blinded "patients"</p> <p><u>Target</u> The AHCPR Guidelines on depression in Primary Care [7]</p> <p><u>Setting</u> Primary care clinics in Portland, Oregon</p> <p><u>Patients</u> Two standardized patients (actors), unannounced visit at the office</p> <p><u>Providers</u> n=166 GPs that responded to an invitation n=56 practising at least 50% of the time and able to attend both sessions of the workshop</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 2 to 6 weeks after intervention</p>	<p><u>Intervention</u> The Depression Education Program focusing on diagnosis and communication skills. Two sessions, 4 hours each, given 2 weeks apart on com- munications skills and screening. Included setting personal goals, role plays, case discussions and home work (audiotape) n=27</p> <p><u>Control</u> CAU n=29</p> <p><u>Drop-out rate</u> 12%</p>	<p><u>Physician behavior and communication skills</u> Behaviour improved for the female patient but not for the male</p>		<p>Moderate</p> <p><u>Fidelity</u> Coaching the actors and videotaping being inter- viewed by 3 physicians as part of their training. Hidden microphones were used and 10% were reviewed</p>

The table continues on the next page

Table 3.1.4 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention Control Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Wong et al 2007 [3] Hong Kong	<p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Target</u> Improve doctors' consultation skill to diagnose and manage patients with depression and generalized anxiety</p> <p><u>Setting</u> Primary care Hong Kong</p> <p><u>Patients</u> Standardized patients n=2</p> <p><u>Providers</u> n=40 of 2 260 (the first to respond to the invitation)</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not stated</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 month</p>	<p><u>Intervention</u> CME, the Depression and Anxiety Education Program. Two hour sessions two days per week for two consecutive weeks. Covered eight communication skills and two knowledge objectives. Sessions were interactive and included role plays, video vignettes with discussion and oral presentations n=20 physicians</p> <p><u>Control</u> CAU n=20 physicians</p> <p><u>Drop-out rate</u> 20%</p>	<p><u>Change in desired interviewing behaviour for depression, global rating (composite score)</u> I: 0.06 C: -0.34 p=0.052</p>		Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.4 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention Control Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Shirazi et al 2007 [5] Iran	<u>Design</u> RCT, randomisation within stratified groups, no blinding	All groups received 8 hours teacher led training and the same educational background material	<u>Change in practice score for diagnostic performance</u> I: 15 C: 1 p=0.007		Moderate
Shirazi et al 2011 [6] Iran	<u>Target</u> Evidence based guidelines for depression in primary care based on WHO documents <u>Setting</u> Private primary care clinics registered with Teheran University of Medical Sciences, Iran <u>Population</u> n=300 GPs, randomly selected from all 1 600 GPs. 192 accepted to participate. They were stratified in three groups according to their readiness to change based on a questionnaire Attitude stage: n=147 Intention stage: n=45 Action stage: n=0 n=5 standardized patients (actors) who used validated checklists for performance on diagnosis and treatment. Max score 100 <u>Theoretical reference</u> The Prochaska theory of readiness to change (trans-theoretical model) <u>Follow-up time</u> Unannounced visit by SP 2 months before and 2 months after the training	<u>Intervention (tailored education)</u> I1 (attitude stage): Large group education with methods relevant for large groups, Four extra hours with collaborative small-group learning n=74 I2 (intention stage): Small group training in workshop setting n=22 <u>Control (standard CME curricula)</u> C1 (attitude stage): Large group n=73 C2 (intention stage): Workshop with mini-lectures followed by questions and answers n=23 <u>Drop-out rate</u> n=19% in the intervention group n=15% in the control group	<u>Treatment performance</u> I: 16 C: -4 p<0.001 Differences between large and small group learning were not significant		

AD = Antidepressant drug; AHCPR = Agency for Health Care Policy and Research; C = Control; CAU = Care as usual; CI = Confidence interval; CME = Continuing medical education; GP = General practitioner; HAD = Hospital and anxiety depression scale; HMO = Health Maintenance Organization; n = Number; OR = Odds ratio; RCT = Randomised controlled trial; SP = Standardized patient; WHO = World Health Organization

Table 3.1.5 Education as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding excessive alcohol consumption in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Chossis et al 2007 [9] Switzerland	<p><u>Design</u> Cluster RCT, provider and staff researchers were blinded</p> <p><u>Target</u> Reduce hazardous drinking</p> <p><u>Setting</u> Primary care affiliated to internal medicine outpatient academic centers of Lausanne and Geneva university hospitals</p> <p><u>Patients</u> n=2 438 patients n=1 985 french speaking patients were screened and n=160 hazardous drinkers were randomised</p> <p><u>Providers</u> Residents without prior training in BAI</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> At index visit and at 3 months</p>	<p><u>Intervention</u> BAI training, 2 group sessions, 2 weeks apart, one half-day each. Included theory, role playing, case discussion, practice with standardized patients n=14</p> <p><u>Control</u> Half-day traditional didactic training program on lipid management n=13</p> <p><u>Drop-out rate</u> 1/27 providers 15.8% of patients</p>	<p><u>Mean numbers of BAI components performed by the resident (patient report) at index visit</u> I: 2.4 (out of 12) C: 1.5 p=0.001</p> <p><u>At follow-up</u> No differences between groups</p> <p><u>Proportion of providers that addressed alcohol consumption at index visit</u> I: 54% C: 46%</p> <p><u>Median occasions of heavy drinking per month at follow-up</u> I: 2.5 (5.0) C: 2.0 (2.7) p=0.05</p>		Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.5 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Ruf et al 2010 [10] Germany	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Evaluate dissemination strategies to general practitioners of an online quality improvement program for alcohol-related disorders</p> <p><u>Setting</u> GPs in 12 districts in South Baden and South Württemberg in Germany</p> <p><u>Patients</u> –</p> <p><u>Providers</u> n=2 647 of which 112 were included in the trial and randomised</p> <p><u>Theoretical reference</u> –</p> <p><u>Follow-up time</u> 4 months</p>	<p><u>Intervention</u> I1: Physicians received 4–6 hour central training session on alcohol-related disorders, the online system, exercises on the system and a discussion of the transfer of the system into practice n=43 practices n=36 patients (baseline)</p> <p>I2: Physicians and the practice team (nurse) got the same program as in I1. The nurses also got an introduction to the guideline and potential responsibilities of nurses in the treatment of patients n=42 practices n=33 patients (baseline)</p> <p><u>Control</u> Physicians were given access to the online system but no training n=27 practices n=22 patients (baseline)</p> <p><u>Drop-out rate (intention to treat)</u> Providers: –</p> <p>Patients: I1: 19% I2: 0% C: 18%</p>	<p><u>Intention to treat analyses</u> <i>Acceptance and use of the system (registration and at least 1 login)</i> I1: 41.9% I2: 42.9% C: 44.4% (p=0.978)</p> <p><i>Number of logins (≥6)</i> I1: 55.6% I2: 33.3% C: 8.3% (p=0.019)</p>	<p><u>Intention to treat analyses</u> <i>Proportion of correct diagnoses</i> I1: 72.2% I2: 69.7% C: 36.4% (p 0.034)</p> <p>This outcome was not defined as a primary outcome. It was 1/7 secondary outcomes where two more had a patient outcome focus. These two were not significant</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.5 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Kaner et al 1999 [11] United Kingdom	<p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Target</u> Implementation of “Drink Less” program for screening and counselling of persons with hazardous drinking behaviors</p> <p><u>Setting</u> Primary care practices in United Kingdom</p> <p><u>Patients</u> All patients were screened with AUDIT in the waiting room (except repeat attenders)</p> <p><u>Providers</u> 128 GPs, one per practice</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not stated</p> <p><u>Follow-up time</u> 3 months after program delivery</p>	<p><u>Intervention</u> I1: Face-to-face training at the GPs practice plus demonstration on how to run the program n=43</p> <p>I2: I1 + supportive telephone calls by the researches fort- nightly n=42</p> <p><u>Control</u> Written guidelines were dropped-off at reception n=43</p> <p><u>Drop-out rate</u> Not reported</p>	<p><u>Proportion of GPs who screened at least one patient using the program</u> I1: 56% I2: 71% C: 44% p=0.03</p> <p>No other differences between groups were recorded</p>		Moderate

AUDIT = Alcohol use disorders identification test; BAI = Brief alcohol intervention;
C = Control; GP = General practitioner; I = Intervention; n = Number; RCT =
Randomised controlled trial

Table 3.1.6 Academic detailing as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding depression in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Eccles et al 2007 [13] United Kingdom	<p><u>Design</u> Pragmatic RCT</p> <p><u>Target</u> Evaluate the effectiveness of outreach visiting by existing pharmaceutical advisers for the choice of antidepressants in the management of depression</p> <p><u>Setting</u> Primary care trusts in Newcastle and North Tyneside, United Kingdom</p> <p><u>Patients</u> –</p> <p><u>Providers</u> n=73 general practices (number of available practices, all randomised)</p> <p><u>Theoretical reference</u> –</p> <p><u>Follow-up time</u> 12 months</p>	<p>A guideline on depression medication were distributed by courier or post to all GPs in the study</p> <p><u>Intervention</u> GPs received educational outreach visits by a pharmaceutical adviser (6 in total). The purpose of the visit was to encourage implementation of the main messages in the posted guideline using a set of educational materials based on the guideline. Two visits were planned at each practice</p> <p>n=35 practices</p> <p><u>Control</u> GPs in the control arm only received the guideline</p> <p>n=37 practices</p> <p><u>Drop-out rate</u> Not applicable as register data was used</p>	<p>Aggregated register data on prescribing was used to compare intervention and control arms. Number of items and costs were compared regarding prescriptions of: Tricyclic antidepressants (TCA) loeframine Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRI) Monoamine oxidase inhibitors (MAOI)</p> <p><u>Results</u> There were no significant differences between intervention and control on prescribing for any of these drugs. There was a significant increase in costs in the control arm regarding TCAs</p>	–	High

The table continues on the next page

Table 3.1.6 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
van Eijk et al 2001 [15] The Netherlands	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Decrease prescribing of highly anticholinergic antidepressant for elderly people</p> <p><u>Setting</u> Primary care in the Netherlands</p> <p><u>Patients</u> 46 078 >60 years</p> <p><u>Providers</u> n=21 groups of GPs education groups</p> <p><u>Theoretical reference</u> Social marketing</p> <p><u>Follow-up time</u> Not reported</p>	<p><u>Intervention complex</u> I1: Individual approach 20 minutes academic detailing, visit by peer presenting evidence 4 months later feedback of prescribing performance n=70 GPs</p> <p>I2: Group approach 20 minutes academic detailing visit by peer presenting evidence 4 months later feedback of prescribing performance n=52 GPs</p> <p><u>Control</u> CAU n=66 GPs</p> <p><u>Drop-out rate</u> 14% individual visits only 1 visit 85% group visits only 1 visit</p>	<p><u>Rate ratios for highly anticholinergic antidepressant compared to control after intervention (ITT)</u> I1: 2.02 p=0.005</p> <p>I2: 1.66 p=0.066</p>		Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.6 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Nilsson et al 2001 [16] Sweden	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Increased prescribing of antidepressants</p> <p><u>Setting</u> 3 CME groups (I) and 6 health care centers (C), Stockholm, Sweden</p> <p><u>Patients</u> 50 000</p> <p><u>Providers</u> n=50 GPs</p> <p><u>Theoretical reference</u> None stated</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p>	<p><u>Intervention</u> CME group 3 x 1–1,5 hour academic detailing, local opinion leader, individual feedback + educational material n=23 GPs</p> <p><u>Control</u> CAU n=27 GPs</p> <p><u>Drop-out rate (overall)</u> GPs 20%</p>	<p>I: 6.8% increase of prescribed DDD of antidepressants/1 000 patients</p> <p>C: 4.3% decrease of prescribed DDD of antidepressants/1 000 patients ns</p>		Moderate

C = Control; CAU = Care as usual; CME = Continuing medical education;
DDD = Defined daily dose; GP = General practitioner; I = Intervention;
n = Number; ns = Not significant; RCT = Randomised controlled trial

Table 3.1.7 Academic detailing as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding use of benzodiazepines in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Avorn et al 1992 [17] USA	<p><u>Design</u> Six matched pairs, randomisation within each pair</p> <p><u>Target</u> Prescription rate of inappropriate psychoactive drugs</p> <p><u>Setting</u> 12 nursing homes in Massachusetts</p> <p><u>Patients</u> n=823 residents</p> <p><u>Providers</u> Physicians with prescription rate exceeding a threshold level at baseline, not reported</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p>	<p><u>Intervention</u> Academic detailing. Printed, educational material was based on systematic reviews and interviews with nurses and physicians on factors that influenced prescription. The educational material was mailed to the participants. Three interactive visits by a clinical pharmacist</p> <p><u>Control</u> No intervention</p> <p><u>Drop-out rate</u> I: 22% C: 27%</p>	<p><u>Decrease in inappropriate drug use score</u> I: 27% C: 8% p=0.02</p>		Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.7 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
de Burgh et al 1995 [18] Australia	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Improve benzodiazepine prescription</p> <p><u>Setting</u> Primary care clinics in New South Wales, returning at least 1 500 Medicare consultation claim forms to the government</p> <p><u>Patients with insomnia or anxiety</u> n=1 464 at baseline n=1 127 at follow-up</p> <p><u>Providers</u> A representative sample for the area, who had at least 110 GP patients in 3 weeks and who reported being present during the study period (n=633), n=286 completed baseline data survey</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 5 months</p>	<p><u>Intervention</u> Academic detailing 2 months after data survey. 20 minutes educational visit by one in the research team. Interactive talk on benzodiazepines and other topics. Educational material was offered, including management guidelines n=142 providers</p> <p><u>Control</u> CAU n=144 providers</p> <p><u>Drop-out rate</u> 11/286 dropped out 5/142 in the intervention group declined a visit</p>	<p><u>Decrease in benzodiazepine prescription rate ARR</u> <i>Anxiety, new prescriptions</i> OR=0.66 p=0.4</p> <p><u>Insomnia, new prescriptions</u> OR=0.47 p=0.17</p>		<p>Moderate</p> <p>50% of the variance was accounted for by decline in rate of diagnosis of insomnia</p> <p><u>Fidelity</u> High</p>

ARR = Absolute risk ratio; C = Control; CAU = Care as usual; GP = General practitioner; I = Intervention; n= Number; OR = Odds ratio; RCT = Randomised controlled trial

Table 3.1.8 Audit and feedback and reminders as tools to increase adoption of guidelines and evidence regarding depression in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Simon et al 2000 [19] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT, randomised at patient level, blinded assessors</p> <p><u>Target</u> Improved depression management</p> <p><u>Setting</u> Five primary care clinics of an HMO in Washington state</p> <p><u>Patients</u> n=872 patients with a new prescription for antidepressants (no use in the previous 120 days) and who had a diagnosis of depression; n=613 were eligible and consented</p> <p><u>Providers</u> Not described</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not described</p> <p><u>Follow-up time</u> Interviews at 3 and 6 months</p>	<p><u>Intervention</u> I1: Feedback. Computerized data on prescription and visits + algorithm based treatment recommendations based on the data n=221</p> <p>I2: Complex intervention, see Table 3.1.12</p> <p><u>Control</u> CAU n=196</p> <p><u>Drop-out rate</u> 5% at 6 months follow-up</p>	<p><u>Adequate prescription of antidepressants</u> No difference between I1 and C</p> <p>No differences between groups regarding number of visits in primary care or mental health</p>	There were no differences between I1 and C on any measure	Moderate (no description of providers which may confound results)

The table continues on the next page

Table 3.1.8 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Rollman et al 2002 [24] USA	<p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Target</u> Examine whether feedback and treatment advice for depression presented for primary care physicians via an electronic medical record system improve clinical outcomes and care processes</p> <p><u>Setting</u> University of Pittsburgh School of Medicine's main urban primary care centre</p> <p><u>Patients</u> All patients (n=9 513) were screened for mood disorder. Through a step-wise procedure the final sample for randomisation was established (n=226)</p> <p><u>Provider</u> All eligible primary care physicians were included stratified according to their number of half-day clinic sessions per week (n=17)</p> <p><u>Theoretical reference</u> –</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months</p>	<p>Primary care physicians were randomised to 3 electronic medical record (EMR) conditions</p> <p><u>Intervention</u> I1 (care as usual): Notification of depression diagnosis via EMR n=71</p> <p>I2 (passive care): As I1 and depression diagnosis on patient encounter form n=77</p> <p>I3 (active care): As I2 and patient-specific guideline-based treatment advice on patient encounter form n=78</p> <p><u>Drop-out rate</u> Providers: –</p> <p><u>Patients</u> I1: 13% I2: 9% I3: 13%</p>	<p>A number of care processes variables were assessed at 3 and 6 months. However, none of them pointed out as primary. Of 20 variables 3 were significant favouring active and passive care before usual (mean office visits with usual GP at 3 and 6 months and >2 contacts with usual GP at 6 months)</p>	<p>Intention to treat analyses: Patient's depression status at 6 months did not differ between the 3 EMR conditions (p=0.8)</p>	<p>High</p>

The table continues on the next page

Table 3.1.8 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Magruder- Habib et al 1990 [20] USA	<p><u>Design</u> RCT, triple blind</p> <p><u>Setting</u> One clinic at the VA medical centre in Durham, North Carolina</p> <p><u>Patients</u> n=1 586 veterans whereof 880 eligible and consented patients with depression in the medical record 6 months prior to the index visit were excluded. Screening with SDS and DIS</p> <p><u>Follow-up time</u> Regularly up to 12 months</p>	<p><u>Intervention</u> Feedback of SDS scores at index visit n=48 patients Mean SDS: 60.4 (0.77)</p> <p><u>Control</u> C1: No feedback n=52 patients Mean SDS: 61.6 (0.85)</p> <p>C2: No feedback; random sample of those who were negative in both screens n=60 patients Mean SDS: 37.4 (0.88)</p>	<p><u>Percent recognized at index visit</u> I: 25.0 C1: 7.7 p<0.05</p> <p><u>At 12 months</u> I: 41.7 C1: 21.2 C2: 6.7</p>	<p><u>Treatment initiated at index visit</u> I: 27.9% C1: 3.8% p<0.05 C2: 5%</p> <p><u>At 12 months</u> I: 56.2% C1: 42.3% C2: 11.7%</p>	Moderate

C = Control; CAU = Care as usual; EMR = Electronic medical record; DIS = Diagnostic interview schedule; HMO = Health maintenance organization; I = Intervention; n = Number; RCT = Randomised controlled trial; SDS = Zung depression rating scale; VA = Veteran affairs

Table 3.1.9 Audit and feedback and reminders as tools to increase adoption of guidelines and evidence regarding excessive use of alcohol in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Saitz et al 2003 [21] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT, randomised at GP level</p> <p><u>Target</u> Increase alcohol counselling for hazardous drinkers</p> <p><u>Setting</u> Urban, academic primary care clinic in Boston</p> <p><u>Patients</u> After screening for hazardous drinking n=565 were eligible n=312 consented</p> <p><u>Providers</u> n=all 82 GPs whereof n=50 were eligible, consented and were randomised</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months</p>	<p><u>Intervention</u> Reminder. Screening results, a preliminary assessment and specific recommendations. Included a patient pamphlet on drinking n=24 physicians (20 randomly selected to participate, 10 faculty and 10 resident physicians) n=168 patients</p> <p><u>Control</u> CAU n=26 physicians (20 randomly selected to participate, 11 faculty and 10 resident physicians) n=144 patients</p> <p><u>Drop-out rate</u> Providers: Physicians with lack of patients were replaced I: n=3 C: n=3</p> <p>Patients: I: 20% C: 29%</p>	<p><u>Discussing alcohol with patients</u> <i>Faculty physicians</i> I: 74 (95% CI, 59; 85) C: 51 (95% CI, 39; 62) ns</p> <p><i>Resident physicians</i> I: 51 (95% CI, 32; 69) C: 70 (95% CI, 55; 82) ns</p> <p><u>Advice</u> <i>Faculty physicians</i> I: 64 (95% CI, 47; 79) C: 42 (95% CI, 33; 53) ns</p> <p><i>Resident physicians</i> I: 38 (95% CI, 21; 60) C: 59 (95% CI, 43; 73) ns</p> <p><u>Alcohol counselling</u> <i>Faculty physicians</i> I: 56 (95% CI, 47; 79) C: 41 (95% CI, 30; 52) ns</p> <p><i>Resident physicians</i> I: 29 (95% CI, 17; 45) C: 46 (95% CI, 29; 64) ns</p>	<p><u>Drinks per day (185 patients)</u> <i>Faculty physicians</i> I: 6.0 (95% CI, 4.3; 7.7) C: 6.5 (95% CI, 4.4; 8.6)</p> <p><i>Resident physicians</i> I: 3.8 (95% CI, 1.9; 5.7) C: 11.6 (95% CI, 5.4; 17.7)</p>	Moderate

C = Control; CAU = Care as usual; CI = Confidence interval; GP = General practitioner;
I = Intervention; n = Number; ns = Not significant; RCT = Randomised controlled trial

Table 3.1.10 Audit and feedback and reminders as tools to increase adoption of guidelines and evidence regarding use of benzodiazepines in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Bonevski et al 1999 [22] Australia	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Improve identification rate of benzodiazepine use and excessive drinking</p> <p><u>Setting</u> General practices in one part of Australia</p> <p><u>Patients</u> Two cohorts of 80 patients >17 years, presenting for a consultation</p> <p><u>Providers</u> 37 GPs were invited; 21 accepted to participate</p> <p><u>Theoretical reference</u> The program was designed to include features advocated as important for adult behaviour change (Diffusion of Innovation)</p> <p><u>Follow-up time</u> 3 months</p>	<p><u>Intervention</u> Computer feedback system with CME program. Physicians set their own performance goals. After each cohort of patients GPs had feedback on performance. Number not reported</p> <p><u>Control</u> The same components as the intervention group but feedback was delayed 3 months. Number not reported</p> <p><u>Drop-out rate</u> 10%</p>	<p><u>Accuracy of benzodiazepine use classification (vs self report) at 3 months</u> Z=2.7339, p<0.05</p> <p><u>Detection of harmful drinking at 3 months</u> Z=2.3079, p<0.02</p>		Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.10 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Baker et al 1997 [23] United Kingdom	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Management of long term benzodiazepine users</p> <p><u>Setting</u> Primary care</p> <p><u>Patients</u> n=125 846; whereof 2 409 were long term benzodiazepine users (1.9%)</p> <p><u>Providers</u> 20 practices in Leicestershire out of 147 accepted to parti- cipate</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 12 months</p>	<p><u>Intervention</u> Audit and feedback + reminders n=8 practices n=791 patients Mean medication time: 10.4 (6.7) years</p> <p><u>Control</u> Audit and feedback n=10 practices n=1 618 patients Mean medication time: 9.9 (6.7) years</p> <p><u>Drop-out rate</u> 20% (2 practices in the I-group) 20% in the I-group did not use the reminders None in the C-group</p>		<p><u>Proportion of patients withdrawing at</u> I: 9.9% C: 9.4% ns</p>	Moderate

CI = Control; CME = Continuing medical education; GP = General practitioner;
I = Intervention; n = Number; ns = Not significant; RCT = Randomised controlled
trial

Table 3.1.11 Complex interventions without organizational change as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding depression in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Baker et al 2001 [26] United Kingdom	<p><u>Design</u> RCT</p> <p><u>Target</u> Examine whether methods to overcome obstacles to change using psychological theories are more effective than dissemination alone in the implementation of guidelines for depression among general practitioners</p> <p><u>Setting</u> General practitioners in 5 districts in England</p> <p><u>Patients</u> 1st data collection n=402 2nd data collection n=378</p> <p><u>Provider</u> n=64</p> <p><u>Theoretical reference</u> Various psychological theories (specified in another paper) were used to guide tailoring of implementation methods to the obstacles facing general practitioners asked to implement guidelines for the management of depression</p> <p><u>Follow-up time</u> One year in between first and second data collection. The intervention was delivered meanwhile. Data regarding specific patients were collected 4 and 16 weeks after initial consultation</p>	<p><u>Intervention</u> Received guidelines and tailored implementation</p> <p>General practitioners n=34</p> <p>Patients: 1st data collection n=192 2nd data collection n=181</p> <p><u>Control</u> Only received guidelines</p> <p>General practitioners n=30</p> <p>Patients: 1st data collection n=210 2nd data collection n=197</p> <p><u>Drop-out rate</u> Providers: –</p> <p>Patients: 1st data collection At recruitment: I: 18%, C: 19% After 4 weeks: I: 34%, C: 36% After 16 weeks: I: 45%, C: 44%</p> <p>2nd data collection At recruitment: I: 19%, C: 14% After 4 weeks: I: 27%, C: 29% After 16 weeks: I: 36%, C: 38%</p>	<p>Adherence to eight guideline recommendations was assessed. Of these were only one significant (and in favour of intervention): ≥ 3 symptoms recorded for diagnosis, OR 5.6 (95% CI, 2.8; 11.3)</p>	<p><u>Beck depression inventory (BDI)</u> BDI <11 at 16 weeks 1st data collection C: 45% I: 27%</p> <p>2nd data collection C: 42% I: 45% OR 2.5 (95% CI, 1.5; 5.2)</p> <p>(Not significant results at 4 weeks)</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.11 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Brown et al 2000 [14] USA	<p><u>Design</u> Two studies run simultaneously with the same cohort of physicians; one randomised in matched pairs (AD) and one quasi randomised per geographical area (CQI)</p> <p><u>Target</u> Implementation of the AHCPR guideline on depression</p> <p><u>Setting</u> A not-for-profit group model HMO in Oregon</p> <p><u>Patients</u> Cohort 1: A randomly sampled "depressive cohort" of HMO members likely to have had MDD at study baseline, n=3 320; n=928 patients had HSCL-D >1.1 at entry and retained the same provider throughout follow-up</p> <p>Cohort 2: "Membership population cohort" consisting of all members >18 years of the HMO, n=115 486 were eligible</p> <p><u>Providers</u> n=211 physicians, nurse practitioners or physician</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p>	<p><u>Intervention</u> Were built up locally</p> <p>I1: AD. Pharmacists from the providers' own medical offices delivered three messages formed in focus groups and a fourth meeting was used to reinforce the messages. The pharmacist had 14 hours training in presentation skills n=79 providers</p> <p>C1: CAU n=81</p> <p>I2: CQI. A team analyzed "roots of failure", defined and pilot tested remedial actions. A sponsor group was appointed for broad scale implementation. The model included: new printed material for patients, expert meetings, availability of support and local recommendations for treatment strategy n=84 providers</p> <p>C2: CAU n=76</p> <p><u>Provider drop-out rate</u> n=55 that were no longer in active practice at follow-up</p>	<p><u>Receipt of depression treatment in cohort 1 (%)</u> I1: 2 C1: -5.50 p= 0.046</p> <p>I2: -3.90 C2: 0.60 p=0.223</p> <p><u>Dispensing of antidepressant medication in cohort 2 (%)</u> I1: 3.10 C1: 2.40 p=0.025</p> <p>I2: 2.90 C2: 2.70 p=0.439</p>	<p><u>Change in HSCL-D in cohort 1</u> I1: 0.08 C1: 0.13 ns</p> <p>I2: 0.11 C2: 0.10 ns</p>	<p>Moderate</p> <p>Low level of use of the CQI components</p>

AD = Academic detailing; AHCPR = Agency for Health Care Policy and Research; BDI = Beck depression inventory; C = Control; CAU = Care as usual; CI = Confidence interval; HMO = Health Maintenance Organization; HSCL-D = Hopkins symptom checklist depression scale; I = Intervention; MDD = Major depression disorder; OR = Odds ratio; RCT = Randomised controlled trial; SP = Standardized patient

Table 3.1.12 Complex interventions including nurse assigned as care manager as tool to increase adoption of guidelines and evidence regarding depression in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Hunkeler et al 2000 [27] USA	<p><u>Design</u> RCT, stratified for facility, unbalanced (60% intervention)</p> <p><u>Target</u> Improved depression care</p> <p><u>Setting</u> Two clinics within Kaiser Permanente HMO in California</p> <p><u>Patients</u> Patients who were diagnosed with MDD or dysthymia and given a prescription on SSRI. Patients who had received a previous prescription within the past 6 months were excluded</p> <p>n=486 were referred and 302 were enrolled</p> <p><u>Providers</u> 90 GPs and 10 nurse practitioners. All received 2 hours training on detection and management of depression + at least 1 hour booster training</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 weeks and 6 months after study entry</p>	<p><u>Intervention</u> I1: CAU + nurse telehealth care 12 to 14 nurse calls during 16 weeks, limited to 10 minutes each. Content: questions, importance to take medication, emotional support, review of activities and plan for next steps. Telehealth nurses received a manualized 6 hours training workshop and weekly supervision n=117</p> <p>I2: I1 + peer support Volunteer peers had experienced a successfully treated episode of MDD or dysthymia. Peers were trained for approximately 20 hours</p> <p>Peers were expected to share their skills, provide emotional support and encourage connection with care. At least on contact during 6 months n=62</p> <p><u>Control</u> C: CAU n=123</p> <p><u>Drop-out rate</u> 15% of patients at 6 months</p>		<p><u>50% improvement in HDRS at 6 months</u> I1 + I2: 57% C: 38% p=0.003</p> <p>No differences between I1 and I2</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.12 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Rost et al 2001 [25] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Management of depression</p> <p><u>Setting</u> Community primary care practices, urban and rural</p> <p><u>Patients</u> n=479 screened with depression</p> <p><u>Providers</u> n=12 Primary care practices</p> <p><u>Theoretical reference</u> Quality enhancement by strategic teaming</p> <p><u>Follow-up time</u> 6 months</p>	<p><u>Intervention</u> 4 x 90 minutes conferences for two physicians and one nurse/ practice + 8 hours training for one nurse/practice</p> <p>Screening of patients and noti- fying physician. First revisit after 1 week to nurse and physician. Visits and contacts by the nurse weekly during 8 weeks n=239 patients n=41 primary care physicians</p> <p><u>Control</u> CAU n=240 patients n=30 primary care physicians</p> <p><u>Drop-out rate</u> I: 12% C: 7%</p>	<p><u>Guideline-concordant pharmaco- therapy and/or psychotherapy</u> New treatment episode I: 42.3% C: 12.0% p=0.0001</p> <p>Recently treated group I: 82.1% C: 74.8% p=0.31</p>	<p><u>Depression severity</u> Effect size: 0.43 p=0.04</p>	High

The table continues on the next page

Table 3.1.12 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Wells et al 2000 [28] USA	<u>Design</u> RCT	<u>Intervention</u> Common intervention in both arms.	<u>Overall appropriate care (medication use or specialty counselling)</u> 6 months I: 50.9% C: 39.7% p<0.001	<u>Proportion depressed (CES-D) (Wells)</u> 6 months I: 55.4% C: 64.4% p=0.005	Moderate
Unutzer et al 2001 [29] USA	<u>Target</u> Improved depression care and health related outcomes <u>Setting</u> 6 managed care organisations spread over the nation, 46 primary care clinics <u>Patients</u> 27 332 patients screened 3 918 potentially eligible 1 356 eligible enrolled <u>Providers</u> n=181 primary care clinicians (internists, family practice physicians 87% and nurse practitioners 13%) <u>Theoretical reference</u> Collaborative care model <u>Follow-up time</u> 6, 12, 18 and 24 months	I: Two days training of a primary care physician, a nursing super- visor, a mental health specialist, who distributed material, gave monthly lectures, academic detailing, feedback on clinical or individual clinician level. One day workshop of nurses for clinical assessment, patient education and activation. List of study patients. Nurses contacted intervention patient 2 weeks after screening, physicians asked to provide a treatment plan I1: I + antidepressant medication and monthly follow-up by nurse for 6 or 12 months n=424 patients I2: I + therapy and assistance of nurse with referral n=489 <u>Control</u> CAU n=443 patients <u>Drop-out rate (overall)</u> 12 months I: 18% C: 16%	12 months I: 59.2% C: 50.1% p=0.006 <u>Antidepressant use</u> 6 months I 1: 52.4% I 2: 40.3% C: 32.9% I1 vs C: p<0.001 I2 vs C: p=0.02 12 months I1: 43.5% I2: 35.8% C: 33.7% I1 vs C: p=0.003 I2 vs C: p=0.49 24 months I1: 40.4% I2: 33.6% C: 35.7% I1 vs C: p=0.14 I2 vs C: p=0.5	12 months I: 54.5% C: 61.4% p=0.04	

The table continues on the next page

Table 3.1.12 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Katzelnick et al 2000 [30] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> Identify and treat depression among high utilizers of medical care</p> <p><u>Setting</u> 3 HMO (for profit and not-for-profit), urban, suburban and rural</p> <p><u>Patients</u> Patients 25–63 years with ambulatory visits >85th percentile 2 previous years and Ham-D score >15 n=410 eligible n=407 consented</p> <p><u>Providers</u> n=163 physicians practices</p> <p><u>Theoretical reference</u> None stated</p> <p><u>Follow-up time</u> 1 year</p>	<p><u>Intervention</u> 2 hours physician education + patient education (booklet + videotape) + prescheduled physician visits + monitoring and feedback to physician by coordinator + telephone monitoring of patients by coordinator + access to psychiatric consultation n=82 physicians n=218 patients</p> <p><u>Control</u> CAU n=81 physicians n=189 patients</p> <p><u>Drop-out rate (overall)</u> 7%</p>		<p><u>Response rate to treatment of depression after 12 months (ITT)</u> I: 53.2% C: 32.8% p<0.001</p> <p><u>Remission rate of depression after 12 months (ITT)</u> I: 45.3% C: 27.7% p<0.001</p>	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.1.12 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Simon et al 2000 [19] USA	<p><u>Design</u> Cluster RCT, randomised at patient level, blinded assessors</p> <p><u>Target</u> Improved depression management</p> <p><u>Setting</u> 5 primary care clinics of an HMO in Washington state</p> <p><u>Patients</u> n=872 patients with a new pre-prescription for antidepressants (no use in the previous 120 days) and who had a diagnosis of depression n=613 were eligible and consented</p> <p><u>Providers</u> Not described</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not described</p> <p><u>Follow-up time</u> Interviews at 3 and 6 months</p>	<p><u>Intervention</u> I1: Reminder n=221</p> <p>I2: I1 + care management. Supplemented with three phone assessments (0, 8 and 16 weeks) by a care manager. The care manager supported doctors in implementation of recommendations n=196</p> <p><u>Control</u> C: CAU n=196</p> <p><u>Drop-out rate</u> 5% at 6 months follow-up</p>	<p><u>Adequate prescription of antidepressants</u> OR 1.99 (95% CI, 1.23; 3.22) for I2 and C</p> <p>No difference between I1 and C</p> <p>No differences between groups regarding number of visits in primary care or mental health</p>	<p><u>HSCL-20 depression score at 6 months follow-up</u> I2: 0.83 C: 0.98 (95% CI for the difference, 0.02; 0.27)</p> <p><u>Response rate (50% decrease in HSCL-20)</u> OR 2.22 (95% CI, 1.31; 3.75) for I2 and C</p> <p>There were no differences between I1 and C on any measure</p>	Moderate (no description of providers which may confound results)

C = Control; CAU = Care as usual; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; GP = General practitioner; HDRS = Hamilton depression rating scale; HMO = Health Maintenance Organization; HSCL = Hopkins symptom checklist; I = Intervention; ITT = Intention to treat; MDD = Major depression disorder; N = Number; OR = Odds ratio; RCT = Randomised controlled trial; SSRI = Selective serotonin receptor indicator

Table 3.1.13 Complex interventions as tools to increase adoption of guidelines and evidence regarding excessive alcohol consumption in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Kaner et al 2003 [12] United Kingdom	<p><u>Design</u> RCT, cluster at practice level</p> <p><u>Target</u> Screening and brief alcohol intervention (SBI) program, Drink Less</p> <p><u>Setting</u> General practices from 7 health districts in Northern England n=312</p> <p>Clinics were eligible if they contained at least one nurse who would not be away for the practice for more than 2 weeks during the study n=212 practices agreed to participate</p> <p><u>Patients</u> Risk drinkers identified by AUDIT, Cut off = +8 for men and +7 for women</p> <p><u>Providers</u> Nurses</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not reported</p> <p><u>Follow-up time</u> 3 months</p>	<p><u>Intervention</u> I1: Training in the program during an outreach visit (mean duration 34 minutes, SD13) n=68 practices</p> <p>I2: I1 (mean duration 33 minutes, SD10) + biweekly telephone support calls n=68 practices</p> <p><u>Control</u> Written guidelines on how to use the program were delivered to the nurses in person to avoid that they were lost n=76 practices</p> <p><u>Drop-out rate</u> I1: 26% I2: 29% C: 61%</p>	<p><u>Proportion implementing SBI</u> I1: 74% I2: 71% C: 39% p<0.001 between I1+I2 and C</p>	<p><u>Appropriate management of patients</u> C: Displayed more appropriate management because they were less likely to erroneously intervene with non-risk drinkers p<0.001</p>	Moderate

AUDIT = Alcohol use disorders identification test; C = Control; I = Intervention; n = Number; RCT = Randomised controlled trial; SBI = Screening and brief intervention; SD = Standard deviation

Table 3.1.14 Interventions to patients as tool to increase adoption of psychiatric guidelines and evidence in primary care.

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Boekeloo et al 2003 [31] USA	<u>Design</u> Cluster RCT <u>Target</u> Reduce adolescent alcohol use	<u>Intervention</u> I1: Provider prompts + adolescent priming + self-assessment + CAU. Adolescent priming was repeated as a booster at 6 month follow-up n=147 patients Drop-out rate: 6%	There were more provider discussion about alcohol in I1 vs C. There were no differences in I2 vs C	<u>Refusal to drink (self report) at 6 months</u> I1 vs I2: OR 2.08 (95% CI, 1.29; 3.35)	High
Boekeloo et al 2004 [32] USA	<u>Setting</u> Five of seven managed care organisation primary care group practices in Washington and Maryland accepted to participate <u>Patients</u> n=1 333 adolescents Age: 12–17 years Participation rate: 50.1% <u>Providers</u> n=27 of 30 providers accepted to participate Mean number of patients/ provider: 17.1 (±15.9) <u>Theoretical reference</u> Not reported <u>Follow-up time</u> 6 and 12 months	I2: Adolescent priming + self-assessment + CAU. Adolescent priming was repeated as a booster at 6 month follow-up n=150 Drop-out rate: 10% <u>Control</u> Radio program of own choice + CAU n=150 Drop-out rate: 9%	<u>Physician used brochure to discuss alcohol (adolescent report)</u> I1: 41.5% I2: 7.5% C: 4.0%	<u>Binge drinking (self report at 6 months)</u> I2 vs C: OR 3.44 (95% CI, 1.07; 11.01) I1 vs C: OR 4.71 (95% CI, 1.55; 14.30) (results maintained at 1 year follow-up) <u>Alcohol consumption the previous 30 days (self report at 1 year follow-up)</u> I2 vs C: OR 2.31 (95% CI, 1.31; 4.07)	

The table continues on the next page

Table 3.1.14 continued

Author Year Reference Country	Design and target Setting Population (patient, provider) Follow-up time	Intervention (I) Control (C) Drop-out rate	Result, process outcome (primary)	Result, patient outcome (primary)	Study quality Comments
Little et al 2004 [33] United Kingdom	<p><u>Design</u> Cluster RCT</p> <p><u>Target</u> –</p> <p><u>Setting</u> 5 general practices in United Kingdom</p> <p><u>Patients</u> n=636 consecutive patients</p> <p><u>Theoretical reference</u> Not stated</p> <p><u>Follow-up time</u> Results measured immediately after the consultation</p>	<p><u>Intervention</u> I1: General leaflet asking patients to list issues they wanted to raise with their physician</p> <p>I2: Leaflet on depression, listing symptoms and asking if patients had any of these and encouraging them to discuss it with their physician</p> <p>I3: I1 + I2</p> <p><u>Control</u> No leaflet</p> <p><u>Drop-out rate</u> Patients: 23% Physicians: 4%</p>	<p><u>Number of clinical investigations, general leaflet</u> OR 1.43 (95% CI, 1.00; 2.05)</p> <p>No effect on rate of diagnosis, prescribing or referral</p>	<p><u>Patient satisfaction, general leaflet</u> Cohen's d=0.17</p> <p>No effect from the depression leaflet</p>	Moderate

C = Control; CAU = Care as usual; CI = Confidence interval; I = Intervention;
n = Number; OR = Odds ratio; RCT = Randomised controlled trial

Referenser

1. Gerrity MS, Cole SA, Dietrich AJ, Barrett JE. Improving the recognition and management of depression: is there a role for physician education? *J Fam Pract* 1999;48:949-57.
2. Lin EH, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education on depression management improve treatment in primary care? *J Gen Intern Med* 2001;16:614-9.
3. Wong SY, Cheung AK, Lee A, Cheung N, Leung A, Wong W, et al. Improving general practitioners' interviewing skills in managing patients with depression and anxiety: a randomized controlled clinical trial. *Med Teach* 2007;29:e175-83.
4. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91.
5. Shirazi M, Assadi SM, Sadeghi M, Zeinaloo AA, Kashani AS, Arbabi M, et al. Applying a modified Prochaska's model of readiness to change for general practitioners on depressive disorders in CME programmes: validation of tool. *J Eval Clin Pract* 2007;13:298-302.
6. Shirazi M, Lonka K, Parikh SV, Ristner G, Alaeddini F, Sadeghi M, et al. A tailored educational intervention improves doctor's performance in managing depression: a randomized controlled trial. *J Eval Clin Pract* 2011. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01761.x.
7. Depression guideline panel. Depression in primary care: Volume 1. Detection and diagnosis. Clinical practice guideline, Number 5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; April 1993. AHCPR publication No. 93-0550.
8. Depression guideline panel. Depression in primary care: Volume 2. Treatment of major depression. Clinical practice guideline, Number 5. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; April 1993. AHCPR publication No. 93-0551.
9. Chossis I, Lane C, Gache P, Michaud PA, Pecoud A, Rollnick S, et al. Effect of training on primary care residents' performance in brief alcohol intervention: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2007;22:1144-9.
10. Ruf D, Berner M, Kriston L, Lohmann M, Mundle G, Lorenz G, et al. Cluster-randomized controlled trial of dissemination strategies of an online quality improvement programme for alcohol-related disorders. *Alcohol Alcohol* 2010;45:70-8.
11. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:699-703.
12. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief

- alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2003;51:277-84.
13. Eccles MP, Steen IN, Whitty PM, Hall L. Is untargeted educational outreach visiting delivered by pharmaceutical advisers effective in primary care? A pragmatic randomized controlled trial. *Implement Sci* 2007;2:23.
14. Brown JB, Shye D, McFarland BH, Nichols GA, Mullooly JP, Johnson RE. Controlled trials of CQI and academic detailing to implement a clinical practice guideline for depression. *Jt Comm J Qual Improv* 2000;26:39-54.
15. van Eijk ME, Avorn J, Porsius AJ, de Boer A. Reducing prescribing of highly anticholinergic antidepressants for elderly people: randomised trial of group versus individual academic detailing. *BMJ* 2001;322:654-7.
16. Nilsson G, Hjemdahl P, Hassler A, Vitols S, Wallen NH, Krakau I. Feedback on prescribing rate combined with problem-oriented pharmacotherapy education as a model to improve prescribing behaviour among general practitioners. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;56:843-8.
17. Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 1992;327:168-73.
18. de Burgh S, Mant A, Mattick RP, Donnelly N, Hall W, Bridges-Webb C. A controlled trial of educational visiting to improve benzodiazepine prescribing in general practice. *Aust J Public Health* 1995;19:142-8.
19. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320:550-4.
20. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990;28:239-50.
21. Saitz R, Horton NJ, Sullivan LM, Moskowitz MA, Samet JH. Addressing alcohol problems in primary care: a cluster randomized, controlled trial of a systems intervention. The screening and intervention in primary care (SIP) study. *Ann Intern Med* 2003;138:372-82.
22. Bonevski B, Sanson-Fisher RW, Campbell E, Carruthers A, Reid AL, Ireland M. Randomized controlled trial of a computer strategy to increase general practitioner preventive care. *Prev Med* 1999;29:478-86.
23. Baker R, Farooqi A, Tait C, Walsh S. Randomised controlled trial of reminders to enhance the impact of audit in general practice on management of patients who use benzodiazepines. *Qual Health Care* 1997;6:14-8.
24. Rollman BL, Hanusa BH, Lowe HJ, Gilbert T, Kapoor WN, Schulberg HC. A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care. *J Gen Intern Med* 2002;17:493-503.
25. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a

- randomized trial of the quEST intervention. *Quality Enhancement by Strategic Teaming*. *J Gen Intern Med* 2001;16:143-9.
26. Baker R, Reddish S, Robertson N, Hearnshaw H, Jones B. Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51:737-41.
27. Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam Med* 2000;9:700-8.
28. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
29. Unutzer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino IT, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:935-42.
30. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9:345-51.
31. Boekeloo BO, Bobbin MP, Lee WI, Worrell KD, Hamburger EK, Russek-Cohen E. Effect of patient priming and primary care provider prompting on adolescent-provider communication about alcohol. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:433-9.
32. Boekeloo BO, Jerry J, Lee-Ougo WI, Worrell KD, Hamburger EK, Russek-Cohen E, et al. Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:635-42.
33. Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J, et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *BMJ* 2004;328:441.
34. Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2002;325:913-4.
35. Williams JW, Jr., Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29:91-116.
36. 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;289:3145-51.
37. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review. *Int J Clin Pract* 2011; 65:954-75.
38. Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary health-care. A systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2006;24:5-15.

39. Smolders M, Laurant M, Roberge P, van Balkom A, van Rijswijk E, Bower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Can J Psychiatry* 2008;53:277-93.
40. Mathias SD, Fifer SK, Mazonson PD, Lubeck DP, Buesching DP, Patrick DL. Necessary but not sufficient: the effect of screening and feedback on outcomes of primary care patients with untreated anxiety. *J Gen Intern Med* 1994;9:606-15.
41. Zwar NA, Wolk J, Gordon JJ, Sanson-Fisher RW. Benzodiazepine prescribing by GP registrars. A trial of educational outreach. *Aust Fam Physician* 2000;29:1104-7.
42. Michie S, Prestwich A. Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychol* 2010; 29:1-8.

3.2 Hälsoekonomi

Evidensgraderade resultat

- 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, ⊕⊕○○).
- Det går inte att bedöma om utbildning, med eller utan telefonstöd, är kostnadseffektivt för att underlätta implementering av riktlinjer om kort alkoholordgivning i primärvården (otillräckligt vetenskapligt underlag, ⊕○○○).

Fråga

Vilka implementeringsmetoder är kostnadseffektiva för införande av psykiatriska riktlinjer eller evidens om depression, ångest, riskbruk av alkohol och långtidsbruk av bensodiazepiner i primärvården?

Metod

Litteratursökningen genomfördes i de databaser som redovisas i Kapitel 3.1. Sökstrategierna kompletterades med ekonomiska söktermer (costs and cost analyses). Av 814 abstrakt beställdes 27 artiklar i fulltext, varvid 6 studier kunde inkluderas. En förteckning över exkluderade relevanta studier återfinns i Bilaga 1 på SBU:s webbplats www.sbu.se/211.

Depression

Resultat

Vi identifierade en systematisk översikt och två randomiserade studier som inte ingick i översikten.

Neumeyer-Gromen och medarbetare publicerade en systematisk översikt över hälsoekonomiska studier av behandlingsprogram för depression med extra personalresurser (disease management programs, DMPs) år 2004 [1]. Sex hälsoekonomiska studier som grundade sig på randomiserade kliniska studier inkluderades i översikten. Två av dessa studier avser implementeringsstöd med en care manager. De kliniska studierna

har presenterats i Kapitel 3.1 [2,3]. De ekonomiska beräkningarna var publicerade av Simon och medarbetare samt Schoenbaum och medarbetare [4,5]. Båda studierna hade en beräknad kostnad per vunnet QALY för care manager jämfört med vanlig vård som varierade mellan 15 331 och 49 500 amerikanska dollar beroende på olika känslighetsanalyser. Spridningen berodde på att studierna använt olika metoder för att skapa QALY-vikter och att de kostnader som ingick varierade. Samtliga beräkningar ledde till kostnadseffektskvoter som brukar bedömas som rimliga i Sverige.

Båda de, efter översikten, tillkommande randomiserade studierna var genomförda i USA. Den ena byggde på den studie av Simon och medarbetare som redovisats i Kapitel 3.1 och som jämförde återkoppling, återkoppling med care manager och sedvanlig behandling [6]. Kostnaderna inkluderade endast sjukvård (läkemedel, sjukvårdsbesök och tid för care managers). Studien visade att återkoppling som enda åtgärd inte ledde till förbättrade effekter för patienterna vilket medför att återkopplingen inte var kostnadseffektiv. Patienter i gruppen med både återkoppling och care manager förbättrades signifikant mer jämfört med rutinvård men kostnaderna blev högre. Kostnadsökningen per patient var 83 amerikanska dollar, vilket författarna bedömde som kostnadseffektivt.

Den andra studien, av Pyne och medarbetare [7], är en kostnadseffektanalys av det program med förstärkt handläggning som beskrivits av Rost och medarbetare och som redovisats i Kapitel 3.1 [8]. Kostnadsberäkningen är detaljerad och QALY användes som effektmått. QALY-vikterna hade skapats genom användning av instrumentet SF-36, där vikterna hade tagits fram av en allmän befolkning genom en visuell analog skala (VAS). Interventionen visade sig generera ökade kostnader på 634 amerikanska dollar per träningsprogram. Den genomsnittliga QALY-vinsten var 0,041. Kostnadseffektiviteten har därför beräknats till 15 463 amerikanska dollar per vunnet QALY. Pyne och medarbetare har, utifrån samma material, även visat att kostnaden per vunnet QALY sjönk för de patienter som förbättrades med antidepressiva läkemedel [9].

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Samtliga studier stödjer att en multimodal intervention som inkluderar en care manager är kostnadseffektiv. Spridningen mellan studierna är dock ganska stor (kostnad per vunnet QALY varierar mellan cirka 15 000 och 50 000 amerikanska dollar).

Vi tillämpade GRADE och kom fram till att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för att interventioner med en care manager är kostnadseffektivt. Studierna är heterogena, vilket ledde till en minskning av evidensstyrkan med ett steg. Vi bedömde att överförbarheten är en svaghet i underlaget i och med att samtliga studier är genomförda i USA. Detta ihop med att studierna dessutom är omkring tio år gamla ledde till ytterligare sänkning med ett steg.

Ångestsyndrom

Vi kunde inte identifiera några studier som rörde handläggning av patienter med ångestsyndrom.

Riskbruk av alkohol

Det vetenskapliga underlaget bestod av två studier som genomfördes i Storbritannien och som publicerades 1999 respektive 2003. Båda studierna genomfördes av Kaner och medarbetare och har redovisats i Kapitel 3.1 [10,11]. I den ena undersöktes kostnadseffektiviteten för insatser riktade mot allmänläkare för att främja implementering av screening och rådgivning [11]. Utbildning enbart (2) samt utbildning och telefonstöd (3) jämfördes med sedvanlig vård (1). Endast direkta kostnader som var relaterade till respektive insats ingick i beräkningarna. Utbildning och telefonstöd hade lägst extra kostnader per patient för både screening och rådgivning, och sedvanlig vård högst.

Den andra studien var upplagd på samma sätt men riktade sig till sjuksköterskor [10]. Kostnaden per korrekt behandlad patient blev likvärdig mellan de tre studerade strategierna. Studien kom även fram till att det är kostnadseffektivt att använda sjuksköterskor jämfört med allmänläkare för screening och kort alkoholrådgivning.

Bedömning av effekt och evidensstyrka

Vi kom fram till att det finns ett otillräckligt vetenskapligt underlag för att kort utbildning till läkare eller sjuksköterskor är kostnadseffektivt. Utbildningen är som framgår av Kapitel 3.1 inte effektiv och därmed kan den inte heller vara kostnadseffektiv.

Bruk av bensodiazepiner

Vi har inte identifierat några studier med tillräcklig kvalitet.

Diskussion

Studier visar att metoder för att stödja implementering av riktlinjer om depression som inkluderar en care manager är kostnadseffektiva. En stor brist i sammanhanget är att alla studier är amerikanska. En hälsoekonomisk utvärdering inkluderar många faktorer som är landspecifika och resultaten är ofta inte tillämpbara i andra länder utan justering. Amerikansk sjukvård är annorlunda organiserad och finansierad än svensk sjukvård. Vidare skiljer sig kostnadsläget åt. Till exempel är löneläget i amerikansk sjukvård mycket högre än i svensk. I frågan om implementering blir faktorer som rör verksamhetsstyrning helt centrala. Hur dessa skiljer sig åt mellan amerikansk och svensk sjukvård har inte analyserats här, men det rör sig troligen om stora skillnader. Studierna är också cirka tio år gamla och kostnadsbilden har förändrats sedan dess. Detta gäller särskilt om behandlingspraxis har ändrats (t ex vad gäller vilken vård som ges i öppenvården), men även kostnadsutvecklingen över tid är viktig. Kostnaderna i särskilt amerikansk sjukvård ökar i en mycket snabbare takt än inflationen i ekonomin som helhet.

En annan viktig faktor som inte bedömts här gäller validiteten i skattningarna av livskvalitetsvikter. Dessa används för att beräkna QALY:s, och val av metod påverkar resultatet i hög utsträckning.

Table 3.2.1 Health economic findings.

Author Year Reference Country	Study design	Population characteristics	Intervention (I) Control (C)	Follow-up period Drop-out rate	Results	Study quality and relevance Comments
Neumeyer-Gromen et al 2004 [1] Germany	Review, based on RCTs Cost-effectiveness analysis	Patients with depression as main diagnosis n=1 763 (from 2 studies (4 CEA excluded due to other intervention))	I: Care manager C: Usual primary care	Between 6 and 12 months Drop-out rate: Not stated in the review	The cost per QALY gained for a care manager vs care as usual ranged between 15 331 USD and 49 500 USD, depending on various assumptions	High
Kaner et al 1999 [11] United Kingdom	RCT Cost-effectiveness analysis	General practitioners who had taken up and agreed to use the 'drink less' SBI programme earlier n=128	I1: Trained GPs (programme + practice-based training) I2: Trained and supported GOs (programme + practice-based training + a support telephone call) C: Written guidelines	3 months Drop-out rate: Not presented	I2 Were more likely to implement the programme (71%) than C (44%) or I1 (56%) <u>Costs per patient screened</u> I1: 1.08 GBP I2: 1.05 GBP C: 1.47 GBP <u>Costs per patient intervened with</u> I1: 6.02 GBP I2: 5.43 GBP C: 8.19 GBP	Moderate
Kaner et al 2003 [10] United Kingdom	RCT Cost-effectiveness analysis	Nurses who had earlier been included in SBI n=212	I1: Training I2: Training + telephone-based support C: Written guidelines	3 months Drop-out rate: Not presented	<u>Cost of implementing SBI</u> I1: 157 GBP I2: 163 GBP C: 93 GBP <u>Implementation rates</u> I1: 74% I2: 71% C: 39% <u>Cost per appropriate intervention</u> I1: 32 GBP I2: 31 GBP C: 32 GBP	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.2.1 continued

Author Year Reference Country	Study design	Population characteristics	Intervention (I) Control (C)	Follow-up period Drop-out rate	Results	Study quality and relevance Comments
Simon et al 2000 [6] USA	RCT Cost calculations	Patients starting antidepressant n=613 Female/male: 72%/28% Mean age: 46 year	I1: Feedback only I2: Feedback + care management C: Continued care as usual	6 months Drop-out rate: 5%	<u>Costs</u> I1 vs C: No significant difference I2 vs C: 83 USD higher costs per patient	Moderate
Pyne et al 2003 [7] USA	RCT (randomised at clinical level) Cost-effectiveness analysis	Patients beginning a new treatment episode for major depression n=211 Female/male: 84%/16% Mean age: 43 year, significantly lower in the intervention group	I: Training the primary care team to assess, educate, and monitor depressed patients C: Care as usual	12 months Drop-out rate: 20.8%	<u>Costs</u> I vs C: 634 USD higher <u>Effects</u> I vs C: 0.041 QALY <u>ICER (cost per QALY gained)</u> I vs C: 15 463 USD	Moderate

The table continues on the next page

Table 3.2.1 continued

Author Year Reference Country	Study design	Population characteristics	Intervention (I) Control (C)	Follow-up period Drop-out rate	Results	Study quality and relevance Comments
Pyne et al 2005 [9] USA	RCT (randomised at clinical level) Cost-effectiveness analysis	Patients beginning a new treatment episode for major depression n=211 Receptivity to anti-depressant medication: 52.6% Female/male: 84%/16% Mean age: 43 year, significantly lower in the intervention group	I: Training the primary care team to assess, educate, and monitor depressed patients C: Care as usual	12 months Drop-out rate: 20.8%	<u>Costs</u> I vs C: Costs for patients receptive to antidepressant medication was \$516 higher <u>Effects</u> I vs C: QALYs for patients receptive to antidepressant medication was 0.088 ICER (cost per QALY gained) I vs C: 5 864 USD	Moderate

C = Control; CEA = Cost-effectiveness analysis; GP = General practitioner;
I = Intervention; ICER = Incremental cost-effectiveness ratio; n= Number;
QALY = Quality adjusted life years; RCT = Randomised controlled trial;
SBI = Screening and brief intervention

Referenser

1. Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004;42: 1211-21.
2. Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, et al. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9:345-51.
3. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unutzer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:212-20.
4. Simon GE, Manning WG, Katzelnick DJ, Pearson SD, Henk HJ, Helstad CS. Cost-effectiveness of systematic depression treatment for high utilizers of general medical care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:181-7.
5. Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA* 2001;286:1325-30.
6. Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320:550-4.
7. Pyne JM, Rost KM, Zhang M, Williams DK, Smith J, Fortney J. Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *J Gen Intern Med* 2003;18:432-41.
8. Rost K, Nutting P, Smith J, Werner J, Duan N. Improving depression outcomes in community primary care practice: a randomized trial of the quEST intervention. Quality Enhancement by Strategic Teaming. *J Gen Intern Med* 2001;16: 143-9.
9. Pyne JM, Rost KM, Farahati F, Tripathi SP, Smith J, Williams DK, et al. One size fits some: the impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary-care intervention. *Psychol Med* 2005;35:839-54.
10. Kaner E, Lock C, Heather N, McNamee P, Bond S. Promoting brief alcohol intervention by nurses in primary care: a cluster randomised controlled trial. *Patient Educ Couns* 2003;51:277-84.
11. Kaner EF, Lock CA, McAvoy BR, Heather N, Gilvray E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999;49:699-703.

4. Konsekvenser

Samtliga studier som undersökte värdet av en särskilt utsedd yrkesutbildad person som ansvarade för kontinuerligt stöd och uppföljning av patienter med depression (care manager) visade på bättre omhändertagande och minskad depression. Därigenom skiljer sig implementeringsstrategier som inkluderar en care manager från övriga i vår granskning. Studierna var genomförda i olika typer av amerikanska sjukvårdsorganisationer och några av dem använde sig av så kallad väntrumsscreening. Det är angeläget att testa hur modellen fungerar i Sverige eftersom den kan ge förutsättningar för bättre kontinuitet. I det sammanhanget är det viktigt att notera att vissa upphandlingsmodeller och beställarkrav som finns idag kan vara ett hinder i och med att telefontid för sjuksköterskor inte ingår i ersättningen.

Vår översikt visar på stora kunskapsluckor. Vår bedömning är att kunskapsläget kommer att förbättras på sikt i takt med att flera randomiserade studier som bygger på psykologiska teorier publiceras. Sådana studier besvarar dock enbart den kvantitativa frågan: Hur stor effekt har en viss metod? För att öka möjligheterna för en framgångsrik implementering behöver vi även veta varför en metod fungerar och i vilka sammanhang. Kunskapen från systematiska översikter med kvantitativa studier behöver kompletteras med studier som belyser implementeringsprocessen, studier som oftast är genomförda med kvalitativ metodik. Något som också denna befintliga översikt skulle kunna kompletteras med.

Kortare utbildning utan andra åtgärder har obetydlig effekt generellt sett, något som även framgår av Cochranes sammanställningar. Därför är strategin att anpassa utbildningen efter läkarnas grad av förändringsbenägenhet intressant. Den bygger på psykologiska teorier och ledde i en studie också till att beteendena förändrades i signifikant utsträckning. Eftersom utbildning är den vanligaste metoden för att föra in ny kunskap vore det värdefullt att upprepa studien under svenska förhållanden och se om resultaten blir desamma.

5. Ord- och förkortningslista

Baseline	Utgångspunkt för mätning vid en studies start, ”baslinje”
Care manager	Speciellt tränad yrkesperson (t ex en sjuksköterska) 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
Estimat	Ett värde som är beräknat direkt från ett urval, t ex ett medelvärde, standardavvikelse
Forest plot	Metaanalys
GRADE	Internationellt system för evidensgradering (the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)
Interbedömarvariation	Variation mellan flera bedömare
Intervention	Ingrepp eller åtgärd i en bestämd situation
Intrabedömarvariation	Variation i tiden för en bedömare
Kluster-randomisering	Randomisering på gruppnivå, t ex vårdcentral

Konfidensintervall	Ett talintervall som med viss angiven sannolikhet innefattar det sanna värdet av t ex ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procent sannolikhet
Kontextuell	Sammanhang
Metaanalys	Metod att göra en samlad bedömning av ett antal undersökningar genom att statistiskt sammanföra deras resultat
Oddskvot	Kvoten av två odds, kan motsvara relativ risk om risken är låg
Publikationsbias	Snedvridning av publicerade resultat av studier orsakad av att undersökare, ibland också tidskriftsredaktörer, föredrar att publicera undersökningar som givit positivt resultat, t ex visat att en behandling har effekt. Studier som inte visat någon effekt blir till stor del okända, och bilden av behandlingens värde blir omotiverat gynnsam
Randomisering	Metod att slumpmässigt fördela personer i en studie så att fördelningen inte kan påverkas av behandlare eller studieperson
RCT	Randomiserad kontrollerad studie. En studie där deltagarna slumpmässigt fördelas mellan experiment och kontroll

6. Projektgrupp, externa granskare, bindningar och jäv

Medlemmarna i gruppen representerar olika infallsvinklar på kunskapsområdet och gruppen har bestått av följande personer:

Projektgrupp

Malin André

Docent, FFoU-enheten, Primärvården, Landstinget Uppsala län

Tord Forsner

Med dr, Socialstyrelsen, Stockholm

Lars Wallin

Professor, Högskolan Dalarna, Docent, Karolinska Institutet, Stockholm

Från SBU

Derya Akcan

Informationspecialist

Thomas Davidson

Hälsoekonom

Agneta Pettersson

Projektledare

Anneth Syversson

Projektassistent

Externa granskare

Cecilia Björkelund

Professor, Enheten för allmänmedicin, Göteborgs universitet

Ingvar Krakau

Universitetslektor, Institutionen för medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Solna

Bindningar och jäv

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

Rapporter publicerade av SBU

Gula rapporter (2007–2012)

-
- Implementeringsstöd för psykiatrisk evidens i primärvården (2012), nr 211
-
- Arbetets betydelse för uppkomst av besvär och sjukdomar – nacken och övre rörelseapparaten (2012), nr 210
-
- Godartad prostataförstoring med avflödes hinder (2011), nr 209
-
- Medicinska och psykologiska metoder för att förebygga sexuella övergrepp mot barn (2011), nr 207
-
- Blödande magsår (2011), nr 206
-
- Tandförluster (2010), nr 204
-
- Rotfyllning (2010), nr 203
-
- Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn (2010), nr 202
-
- Mat vid diabetes (2010), nr 201
-
- Antibiotikaprofylax vid kirurgiska ingrepp (2010), nr 200
-
- Behandling av sömnbesvär hos vuxna (2010), nr 199
-
- Rehabilitering vid långvarig smärta (2010), nr 198
-
- Triage och flödesprocesser på akutmottagningen (2010), nr 197
-
- Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes (2009), nr 196
-
- Patientutbildning vid diabetes (2009), nr 195
-
- Egna mätningar av blodglukos vid diabetes utan insulinbehandling (2009), nr 194
-
- Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? (2009), nr 193
-
- Transkraniell magnetstimulering (Uppdatering av Kapitel 8 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 192. *Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se*
-
- Vacciner till barn – skyddseffekt och biverkningar (2009), nr 191
-
- Öppenvinkelglaukom (grön starr) – diagnostik, uppföljning och behandling (2008), nr 190
-
- Rörbehandling vid inflammation i mellanörat (2008), nr 189
-
- Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling (2007), nr 188
-
- Benartärsjukdom – diagnostik och behandling (2007), nr 187
-
- Ljusterapi vid depression samt övrig behandling av årstidsbunden depression (Uppdatering av Kapitel 9 i SBU-rapport 166/2 från 2004) (2007), nr 186. *Publiceras endast i elektronisk version på www.sbu.se*
-
- Dyspepsi och reflux (2007), nr 185
-
- Nytan av att berika mjöl med folsyra i syfte att minska risken för neuralrörsdefekter (2007), nr 183
-
- Måttligt förhöjt blodtryck (Uppdatering av SBU-rapport 170/1 från 2004) (2007), nr 170/1U
-

Vita rapporter (2000–2012)

Volym och resultat (2011), nr 205

Behandling med vitamin D och kalcium (2006), nr 178

Volym och kvalitet (2005), nr 179

ADHD hos flickor (2005), nr 174

Evidensbaserad äldrevård (2003), nr 163

Rökning och ohälsa i munnen (2002), nr 157

Placebo (2000), Ges ut av Liber, nr 154

Behov av utvärdering i tandvården (2000), nr 152

Sveriges ekonomi och sjukvårdens III, Konferensrapport (2000), nr 149

Alert – Nya medicinska metoder (2000), nr 148

Barn födda efter konstgjord befruktning (IVF) (2000), nr 147

SBU Alert-rapporter (2007–2012)

Vakuumassisterad sårbehandling, nr 2011-09

Perifert inlagd central venkateter (PICC), nr 2011-08

Analys av foster-DNA i kvinnans blod: icke-invasiv fosterdiagnostik för blodgrupps- eller könsbestämning, nr 2011-07

Molekylärdiagnostiska test för män med ökad sannolikhet för prostatacancer, nr 2011-06

Datorassisterad granskning inom mammografiscreening (CAD), nr 2011-05

Dabigatran för att förebygga stroke vid förmaksflimmer, nr 2011-04

Datortomografi för misstänkt kranskärlssjukdom, nr 2011-03

Perkutan vertebroplastik och ballongkyfoplastik vid ryggsmärta pga kotkompression som orsakats av osteoporos, nr 2011-02

Lasermedierad värmebehandling av levermetastaser, nr 2011-01

Kateterburen ablationsbehandling vid förmaksflimmer, nr 2010-06

Urinprov vid diagnostik av klamydia hos kvinnor, nr 2010-05

Hemblodtrycksmätning, nr 2010-04

Tidig och riktad ultraljudsundersökning efter fysiskt trauma, nr 2010-03

Silverförband vid behandling av kroniska sår, nr 2010-02

Cilostazol vid behandling av fönstertittarsjuka (claudicatio intermittens), nr 2010-01

Datorstödd träning för barn med ADHD, nr 2009-05

Dopaminerga medel vid restless legs syndrome, nr 2009-04

Laser vid avlägsnande av karies, nr 2009-03

Leukocytaferes vid inflammatorisk tarmsjukdom, främst ulcerös kolit, nr 2009-02

Kylbehandling av nyfödda barn som drabbats av allvarlig syrebrist under förlossningen, nr 2009-01

Mätning av kväveoxid i utandningsluft vid astma, nr 2008-05

Screening för bukaortaaneurysm, nr 2008-04

Ranibizumab för behandling av åldersförändringar i näthinnans gula fläck, nr 2008-03

EEG-baserad anestesidjupsmonitorering, nr 2008-02

Allmän barnvaccination mot HPV 16 och 18 i syfte att förebygga livmoderhalscancer, nr 2008-01

Självtestning och egenvård vid användning av blodproppsförebyggande läkemedel, nr 2007-05

Operation vid brytningsfel i ögat, nr 2007-04

Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression, nr 2007-03

Perkutan vertebroplastik vid svår ryggsmärta pga kotkompression, nr 2007-02

Pacemaker för synkronisering av hjärtkamrarnas rytm (CRT) vid kronisk hjärtsvikt, nr 2007-01

Rapporter på engelska (2005–2012)

Treatment of Hemophilia A and B and von Willebrand Disease (2011), no 208E

Medical and Psychological Methods for Preventing Sexual Offences Against Children (2011), no 207E

Dementia (2008), three volumes, no 172E

Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (2007), no 184E

Interventions to Prevent Obesity (2005), no 173E
