



YINNVÅRD



Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården

– En litteraturöversikt

Therese Kardakis
Rickard Garvare

Linda Sundberg
Lars Weinehall

Monica E. Nyström

Public Health Report Series 2011:1

Epidemiologi och global hälsa
Institutionen för Folkhälsa och Klinisk Medicin
Umeå Universitet
90185 Umeå

Epidemiology and Global Health
Department of Public Health & Clinical Medicine
Umeå University
90185 Umeå
Sweden

Medical Management Centre
Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik
Karolinska institutet
171 77 Stockholm

Medical Management Centre
Department of Learning, Informatics, Management and Ethics
Karolinska institutet
171 77 Stockholm
Sweden

Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle
Luleå tekniska universitet
971 87 Luleå

Department of Business Administration, Technology and Social Sciences
Luleå University of Technology
SE-971 87 Luleå
Sweden

Public Health Report Series 2011:1

Utveckling och implementering av kliniska riktlinjer för hälso- och sjukvården
– En litteraturöversikt

Development and implementation of clinical guidelines for health care
– A literature overview

Kardakis, Therese, Umeå Universitet, Umeå
Sundberg, Linda, Umeå Universitet, Umeå
Nyström, Monica, E. Karolinska Institutet, Stockholm och Umeå universitet, Umeå
Garvare, Rickard, Luleå tekniska universitet, Luleå
Weinehall, Lars, Umeå Universitet, Umeå
Umeå, mars 2011

ABSTRACT: Clinical practice guidelines are frequently developed to enhance quality in health care. However implementation is complex and often only partially completed. Our aim was to investigate and to analyze factors that are important to the development and implementation of clinical practice guidelines. We systematically searched for relevant papers in Pubmed. The results indicate that successful development of guidelines often is characterized by its use of multidisciplinary development groups and systematic literature review methods. Implementation of guidelines requires a planned multifaceted strategy based on analysis of organizational and individual readiness, as well as on the availability of necessary resources and a supportive leadership. (Swedish)

Innehåll

1. Inledning	1
1.1. Vad är kliniska riktlinjer och varför behövs de?	2
1.2 Utveckling av riktlinjer	2
1.3 Ny kunskap i hälso- och sjukvårdssystemet	3
1.4 Syfte	3
2. Metod för genomförande	4
2.1 Litteratursökning	4
2.2 Urvalsprocessen	4
2.3 Dataanalys och syntes	4
2.4 Avgränsningar	5
3. Resultat	5
3.1 Utveckling av kliniska riktlinjer	5
3.2 Spridning och implementering av kliniska riktlinjer	7
4. Diskussion	11
5. Slutsatser	11
6. Referenser	15
Bilaga 1. Inkluderade artiklar i litteraturöversikt.	

Sammanfattning

Rapporten redovisar resultat från en inledande litteraturundersökning inom ramen för forskningsprojektet "Nationella Riktlinjer för vårdens hälsofrämjande arbete – Utmaningen att gå från evidens till klinisk tillämpning". Projektet undersöker på olika nivåer innovationskedjan för arbetet med Nationella Riktlinjer – Sjukdomsförebyggande metoder; från nationell framtagning till etablerad tillämpning inom vårdens lokala mikrosystem som finansierats av Vinnvård.

Kliniska riktlinjer utvecklas allt oftare för att förbättra kvaliteten i sjukvården. Implementeringen av sådana riktlinjer i hälso- och sjukvårdssystemet är ofta mycket komplicerad och resultaten blir därför inte sällan ofullständiga. Syftet med undersökningen har varit att identifiera aspekter som lyfts fram som viktiga vid utveckling och implementering av kliniska riktlinjer. En strukturerad sökning i PubMed, tillsammans med ytterligare artiklar hämtade från referenslistor, genererade 66 artiklar som inkluderats i undersökningen. Innehållet i dessa analyserades och kategoriserades kvalitativt.

Resultatet indikerar att framgångsrik utveckling av riktlinjer ofta har karaktäriserats av multidisciplinär expertis och systematisk litteraturgenomgång. Implementering kan underlättas av en planerad och multifacetterad strategi baserad på en analys av berörda organisationers och individers beredskap, tillgången till resurser och ett stödjande ledarskap.

Resultatet är i första hand tänkt att fungera som vägledning för forskargruppen, men kan också användas av aktörer i hälso- och sjukvården som en introduktion i ämnet.

1. Inledning

Forskningsprojektet ”Nationella Riktlinjer för vårdens hälsofrämjande arbete – Utmaningen att gå från evidens till klinisk tillämpning” undersöker på olika nivåer innovationskedjan för arbetet med Nationella Riktlinjer – Sjukdomsförebyggande metoder; från nationell framtagning till etablerad tillämpning inom vårdens lokala mikrosystem. Dessa nationella riktlinjer utvecklas av Socialstyrelsen och är avsedda att fungera som ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

Forskarna representerar Umeå Universitet, Luleå tekniska universitet och Karolinska Institutet. Forskargruppen samarbetar med Socialstyrelsen, Västerbottens och Jämtlands Läns Landsting, samt samverkar med Statens folkhälsoinstitut. Forskningsprojektet har finansierats av Vinnvård¹, ansökan A2008-225.

Det övergripande syftet med huvudprojektet är att på olika nivåer utforska hela innovationskedjan för arbetet med Nationella Riktlinjer – Sjukdomsförebyggande metoder, från nationell framtagning till etablerad tillämpning inom vårdens lokala mikrosystem, för att finna vägar att underlätta lärandeprocesser och implementering av kunskap inom vårdens organisationer. Fyra huvudområden som representerar olika delar i en innovations- och implementeringskedja berörs inom projektet:

1. *Interventionens innehåll, form och framtagandeprocess*
2. *Mottagandekontexten beredskap och struktur för lärande och implementering*
3. *Stöd och verktyg för att underlätta implementeringsprocessen*
4. *Uppföljningssystemens relation till lärande och förändring (för detta steg söks ytterligare forskningsmedel)*

Som ett led i forskningsprojektets övergripande syfte undersöks tidigare erfarenheter kring faktorer som påverkar riktlinjers utvecklings- och implementeringsprocess. Denna arbetsrapport presenterar resultatet av litteraturundersökningen.

Resultatet är i första hand avsett att vara en hjälp i det fortsatta arbetet i projektet och fungera som vägledning, exempelvis vid val av intervju- och enkätfrågor, men kan även användas av olika aktörer inom hälso- och sjukvård som en introduktion till utveckling och implementering av kliniska riktlinjer.

¹ *Vinnvård - Från kunskap till praktik* är ett forskningsprogram som syftar till att öka vårdens förmåga att omsätta kunskap till praktik. Bakom Vinnvård står [Socialdepartementet](#), [Sveriges Kommuner och Landsting](#), [VINNOVA](#) och [Vårdalstiftelsen](#).
www.vinnvard.se

1.1. Vad är kliniska riktlinjer och varför behövs de?

Det är sedan länge en etablerad strategi att utveckla kliniska riktlinjer som sammanfattar forskningsresultat för att kunna stödja och ge rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal i deras arbete med att leverera högkvalitativ och evidensbaserad vård- och behandling [1-2]. Kliniska riktlinjer innebär att arbeta evidensbaserat d.v.s. att kombinera evidens (bästa tillgängliga vetenskapliga grund) med kliniskt kunnande och patientens unika situation och önskemål [2-3]:

“Clinical practice guidelines are systematically developed statements which assist clinicians and patients in making decisions about the appropriate management of specific conditions and situations with the aim of improving the quality of health care” [4].

1.1.1 Vårdkvalitet

En evidensbaserad hälso- och sjukvård har stöd i svensk lag [3] och är ett sätt att förbättra vårdens kvalitet [4-5]. Det finns dock studier som visar att mellan 30 till 40 procent av patienterna inte får vård enligt aktuell vetenskaplig evidens och ca 25 procent av patienterna får även onödig eller rent av skadlig medicinsk behandling [6-7]. Inom primärvården får mellan 3 och 49 procent av patienterna rekommenderad behandling [8]. Gapet mellan evidens och behandling är alltså betydande med implikationer för kvaliteten.

Den kliniska praxisen varierar och många kliniskt aktiva har svårt att hinna med att hålla sig uppdaterade om relevant forskning. En specialistläkare skulle t.ex. behöva läsa cirka 19 artiklar om dagen 365 dagar om året för att hålla sig uppdaterad inom sitt område [9]. Därför kan riktlinjer också ses som ett lättillgängligt sätt att få en samlad och aktuell kunskapsbas för det egna området.

Ur såväl organisations- som samhällsperspektiv kan kliniska riktlinjer ses som ett sätt att kontrollera kostnader och skapa kostnadseffektivitet i verksamheten eftersom hälsoekonomiska beräkningar ofta tas med som en av utgångspunkterna vid utvecklingen av riktlinjer [10-11].

1.2 Utveckling av riktlinjer

Riktlinjer utvecklas på internationell, nationell och lokal nivå [12]. Det är stor variation i hur utveckling av riktlinjer sker, både olika nivåer och hur det har sett ut över tid [12]. Vissa av de aktörer som utvecklar riktlinjer har även framställt handböcker för hur man bör gå tillväga, exempelvis ”National Institute for Health and Clinical Excellence” (NICE), the ”Scottish Intercollegiate Guideline Network” (SIGN) and the ”National Health and Medical Research Council of Australia” (NHMRC) [12]. Metoderna för utvärdering av riktlinjers kvalitet har utvecklats i takt med det ökande intresset för riktlinjer. Det förmodligen mest använda och pålitliga instrumentet är AGREE² [2].

1.2.1 Nationella riktlinjer i Sverige

² Appraisal of Guidelines Research & Evaluation, www.agreecollaboration.org

I Sverige har Socialstyrelsen under det senaste decenniet utvecklat ett flertal nationella riktlinjer för vården. Det finns nationella riktlinjer för tillstånd som depression och ångest, diabetes, stroke, hjärtsjukvård, missbruk och beroende, bröst-, kolorektal- och prostatacancer, schizofreni och demens. Preliminära riktlinjer finns för lungcancer, rörelseorganens sjukdomar, tandvård, sjukdomsförebyggande metoder, schizofreni och demens. Under produktion är riktlinjer för: komplettering av hjärtsjukvård, palliativ vård och en uppdatering av bröst-, kolorektal- och prostatacancer [13]. Riktlinjerna är avsedda att ge vägledning vid prioritering av insatser genom en systematisk sammanvägning av medicinsk evidens, hälsoekonomi samt etiska aspekter. De är vidare avsedda att stimulera samverkan mellan politiker, administratörer och kliniskt verksamma på lokal, regional och nationell nivå [14].

1.2.2 Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

I folkhälsopropositionen (2007) sägs att *”ett hälsofrämjande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården samt vara en del i all vård och behandling”*. Hälso målet finns också med i Hälso- och sjukvårdslagen [15]. Hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande metoder är ett område som fått ökad uppmärksamhet på senare tid. I arbetet med sjukdomsförebyggande metoder har Socialstyrelsen valt fyra riktlinjeområden gällande levnadsvanor som alla rör många människors hälsa och därmed tar stora samhällsekonomiska resurser i anspråk [14]. Riktlinjerna berör områdena tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet. De är avsedda att göra det tydligt för vårdgivaren vilka metoder som är lämpliga i mötet med patienter som röker, dricker för mycket alkohol, äter ohälsosamt och rör på sig för lite. Även beslutsfattare ges bättre förutsättningar att fördela resurser efter olika riskgruppers behov [13]. Riktlinjerna gör det också möjligt med en mer enhetlig och säker uppföljning och utveckling av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder i vården [14].

1.3 Ny kunskap i hälso- och sjukvårdssystemet

Kliniska riktlinjer kan leda till bättre kvalitet inom hälso- och sjukvården [3]. På senare tid har synen på implementering förändrats, från att främst ha betraktats som en linjär och teknisk process på individnivå så framhålls nu komplexiteten och att det handlar om ett förändringsarbete som involverar både individ- och organisationsnivå [16-17]. Utveckling i sig är ingen garanti för att riktlinjer sprids och används och många riktlinjer blir i realiteten endast partiellt implementerade [6, 17-19]. Under senare år har aspekter av framgångsrik implementering av innovationer i hälso- och sjukvården diskuterats i en mängd artiklar [16-17, 19-22] där även den aktuella organisationens förutsättningar och beredskap till förändring poängteras [23-24]. Vad gäller interventioner kring tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet är det få riktlinjer som blivit implementerade trots att de rekommendationer som riktlinjerna omfattat varit väl underbyggda ur ett vetenskapligt perspektiv [25]. Vissa nationella organisationer som utvecklar riktlinjer framställer och bifogar även **anvisningar för implementering** av desamma, t.ex. NICE och SIGN.

1.4 Syfte

Syftet med undersökningen var att via en litteraturstudie identifiera aspekter som lyfts fram som viktiga vid utveckling och implementering av kliniska riktlinjer.

2. Metod för genomförande

En strukturerad litteraturundersökning med efterföljande analys genomfördes under perioden augusti 2009 t.o.m. januari 2011.

2.1 Litteratursökning

En första explorativ sökning genomfördes i Google science och i artikeldatabasen PubMed av tre personer (TK; LS, RG) för att rama in och avgränsa området. Efter att ha prövat ett antal sökord föll valet på att kombinera två MesH-termer: "Health Plan Implementation" och "Practice Guidelines as Topic" för sökning i Pubmed. Sökningarna gjordes i oktober 2009. I de efter sökning inkluderade fulltextartiklarnas referenslistor sökte vi även efter andra artiklar som kunde antas innehålla information kring vår frågeställning för att ytterligare mätta materialet.

2.1.1 Inklusionskriterier

Tre inklusionskriterier ställdes upp:

- A. Artiklar som behandlar utvecklings- och implementeringsaspekter av riktlinjer i hälso- och sjukvård
- B. Riktlinjer som vänder sig till medicinska och paramedicinska professioner
- C. Artiklar som i första hand fokuserar på beskrivning av riktlinjerna snarare än riktlinjers medicinska innehåll.

2.2 Urvalssprocessen

Inkluderingen av artiklar gjordes i fyra olika steg. Det första urvalet baserade sig på artiklarnas titlar. Två forskare gick oberoende av varandra igenom träfflistan (n.148). Om en eller båda forskarna ansåg att artiklarna motsvarade inklusionskriterierna togs artikeln med för vidare bedömning. Sammanlagt inkluderades 73 artiklar i det första steget. Därefter gjordes en bedömning av artiklarnas abstract enligt samma tillvägagångssätt som i steg ett. Antalet inkluderade artiklar reducerades då till 54. Vi läste sedan genom dessa artiklar och ytterligare 3 kunde då baserat på innehållet väljas bort. Steg fyra bestod sedan i att granska referenslistorna i fulltextartiklarna och 15 artiklar tillkom d.v.s. sammanlagt 66 artiklar inkluderades i studien, se bilaga 1.

2.3 Dataanalys och syntes

Alla inkluderade artiklar klassades sedan i en av kategorierna 1) utveckling, 2) spridning/implementering samt 3) övrigt. Innehåll i dessa kategorier analyserades sedan och ett antal underkategorier rörande vad som påverkar utveckling och implementering av riktlinjer utkristalliserades (se figur 1).

På grund av den stora variationen av faktorer som påverkar utveckling/implementering och de många olika metoderna som användes i enskilda artiklar och reviews samt att få artiklar hade någon effektuppskattning så har ingen kvantitativ analys gjorts.

2.4 Avgränsningar

Vi exkluderade artiklar på annat språk än engelska. Ingen avgränsning i förhållande till tidsperiod för när artiklarna publicerats har gjorts. En begränsning av upplägget är att vi utgick enbart från riktlinjer och ej vårdprogram och liknande. En bredare ingång i sökningarna skulle troligen ha genererat en mer uttömmande och nyanserad bild av faktorer som påverkar utveckling och implementering av riktlinjer inom hälso- och sjukvård.

3. Resultat

Resultatet har delats upp i två huvuddelar med faktorer som påverkar: 1) utveckling av kliniska riktlinjer och 2) spridning/implementering av kliniska riktlinjer, se figur 1.

Huvudkategorier	Utveckling	Spridning/implementering
Underkategorier	<ul style="list-style-type: none"> • Drivkrafter och värdegrund • Evidens och process • Multidisciplinär expertis • Lokal/Nationell utveckling och anpassning 	<ul style="list-style-type: none"> • Förändringsarbete • Riktlinjens karaktär och inriktning • Strategi • Professionen • Organisation • Ekonomiska resurser • Patienter

Figur 1. Huvudkategorier och underkategorier i resultatsammanställningen.

3.1 Utveckling av kliniska riktlinjer

3.1.1 Drivkrafter och värdegrund

Motiven bakom en specifik riktlinjes uppkomst inverkar på utvecklingsprocessen. En av de tidiga drivkrafterna bakom användandet av riktlinjer var att därigenom stödja systematisk sammanställning och utvärdering av aktuell evidens. Andra motiv till att utveckla riktlinjer kan vara ny kunskap om möjligheter till förbättrad vårdkvalitet, ny evidens och/eller resursförändringar i hälso- och sjukvårdssystemet, d.v.s. ekonomiska motiv [2].

Endast ett fåtal av de organisationer som utvecklar riktlinjer anger tydligt och öppet på vilken värdegrund deras arbete vilar, NICE är en av organisationerna som gör det i "Statement on social value judgements" [26]. Redogörelsen innehåller bl.a. uttalanden om att rekommendera interventioner när god evidens finns och att inte göra det när

evidens saknas; att överväganden om kostnadseffektivitet är inkluderade i rekommendationerna; att endast beakta ålder, ras och kön om de bedöms vara inverka på effektiviteten i rekommenderad intervention och att inte neka rekommendationer för tillstånd som delvis kan vara självförorsakade. Redogörelsen visar även på svårigheten att utveckla rekommendationer till grund för resursallokering där alla ska vara överens. Det är däremot ofta möjligt att kunna komma överens om hur processen för att nå vissa beslut ska se ut [26]. De som utvecklar riktlinjer förväntas då inte tillfredsställa alla, men kan hållas ansvariga för en rimlig beslutsprocess. Det blir också viktigt att alla viktiga intressentgrupper är inblandade i utvecklingen av riktlinjerna [2].

3.1.2 Evidens och process

I en forskningsöversikt poängteras betydelsen av god evidens vid utveckling av tillförlitliga riktlinjer [27]. Styrkan och kvaliteten hos evidensgrunden beskrivs som den mest begränsande faktorn för utvecklingen av kliniska riktlinjer [2, 28]. GRADE³ är ett välkänt instrument utvärdering och prioritering av evidens. Vikten av en systematisk analysprocess med forskningsöversikter och metaanalyser baserade på granskning med ett peer-review-förfarande, samt att riktlinjerna har varit på "remiss" för kommentarer till peer-reviews innan spridning påtalas [29]. En regelbunden uppföljning av innehållet i riktlinjerna rekommenderas också [18].

Under utvecklingsprocesser har det visat sig finnas funderingar hos deltagarna gällande typen av evidens, hur evidensen tas fram och vem som förbereder sammanställningen samt vilken roll de olika medlemmarna ges i arbetet. I den följande prioriteringsprocessen förekommer ofta oro kring värdegrundade bedömningar och subjektivitet. Prioriteringsprocessen sällan är neutral; tidigare erfarenhet, professionell bakgrund och ledarskap påverkar medlemmarnas interagerande och input i arbetet. Det är därför viktigt med en hög grad av öppenhet. [30]

3.1.3 Multidisciplinär expertis

De grupper som utvecklar riktlinjer bör utgöras av multidisciplinär expertis och vara lagom stora, mellan 6-15 personer [28-29]. Detta för att få en adekvat diskussion och en effektiv och funktionell grupp [28]. Att gruppen är av multidisciplinär karaktär har betydelse för hur rekommendationerna kommer att se ut [31]. Målgruppen/avsnämen för riktlinjerna bör vara involverade under utvecklingen av riktlinjer som en del i denna multiexpertis bl.a. för att förbättra implementeringen [27]. Om representanter för berörda målgrupper finns med i utvecklingsarbetet kan det också medföra att riktlinjerna först kan testas i liten skala i praktiken [27]. En pilottest kan sedermera också ge en ökad följsamhet i praktiken [32]. I en studie där det ingick 431 riktlinjer utvecklade av en specialistprofession ansågs endast 5 % vara adekvata i termer av sökstrategier och gradering av rekommendationer [33]. Utvecklingen har gått från en mer professionsinriktad framtagning av riktlinjer utan tydlig evidenskoppling till multiprofessionella expertisgrupper vilka baserar sitt arbete på vetenskap och beprövad erfarenhet [12]. På nationell nivå använder man ofta multidisciplinära utvecklingsprogram för riktlinjer, exempelvis NICE och SIGN i Storbritannien och Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) i USA [2].

³ Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.
www.gradeworkinggroup.se

3.1.4 Lokal/nationell utveckling och anpassning

Det finns delvis motstridiga tecken på att riktlinjer som är lokalt utvecklade är mer effektiva än de som är utvecklats på nationell nivå [18]. Innovationer som är anpassade till lokala förhållanden har större chans att bli framgångsrikt implementerade [21, 34]. Det förefaller också som om lokal anpassning, genom möjligheterna att identifiera lokala hinder och styrkor, ökar graden av implementering. Hinder som finns i en kontext behöver inte finnas i en annan och därför bör beslut fattas med hänsyn tagen till lokala omständigheter [18, 35]. Andra menar att nationella riktlinjer ska tas emot och anpassas till en lokal verklighet och att uppdatering av riktlinjer ska kunna fortsätta på lokal nivå [36]. Nationell utveckling motiveras även av att den breda kompetens som behövs för att utveckla riktlinjer med hög kvalitet ofta inte finns på lokal nivå [37]. Även en individanpassning kan vara viktig [32].

3.2 Spridning och implementering av kliniska riktlinjer

3.2.1 Förändringsarbete

En forskningsöversikt visar att många implementeringsprocesser av riktlinjer fokuserar enbart på att förändra den enskilde läkarens förändrade arbetssätt, och helt bortser från organisationens systematiska förändringsprocess [38]. Implementering ligger nära koncept som organisationsutveckling och "change management". Det kan t.o.m. vara svårt att helt separera implementering från andra förändringsbegrepp. Processen att bli varse om en nyhet, i det här fallet en riktlinje, till att helt integrera densamma i den egna organisationen är en icke linjär process med inslag av motgångar, överraskningar och oväntade händelser. En organisation som har kapacitet och rutiner för ett kontinuerligt lärande implementerar lättare ny kunskap [19, 39]. Implementeringens utfall beror också på faktorer relaterade till beslut om adoption, den första introduktionen av riktlinjen och att organisationen är redo [18, 21]. Mer uppmärksamhet i riktlinjearbetet bör ges till hela "riktlinjecykeln"[34].

3.2.2 Riktlinjens karaktär och inriktning

Karaktären på innovationen är viktig för implementeringen [19]. Riktlinjer som har en god evidensbas, är tydliga, inte för komplexa och inte förutsätter stora förändringar eller kräver stora resurser implementeras i större utsträckning [18, 27]. Innovationer generellt har visats implementeras lättare om de karaktäriseras av relativa fördelar d.v.s. har en bättre effektivitet eller kostnadseffektivitet än tidigare metoder; är kompatibla med professionella värden, normer och arbetssätt; om de uppfattas som enkla att använda och kan anpassas till egna behov samt ökar användarnas arbetsprestation [21].

I implementeringssammanhang har liten uppmärksamhet givits åt interventionens inriktning d.v.s vilken område inom medicinen som riktlinjen innefattar vilket dock Grol och Grimshaw [6, 19] uppfattar vara viktigt. Riktlinjens status och vilket tillstånd/sjukdom/hälsoproblem den gäller påverkar också implementeringen. Litteraturen visar att det är få hälsofrämjande och förebyggande interventioner som implementeras trots vetenskaplig evidens om dess effekt [25, 40].

Det har visat sig att i kontakter med multisjuka patienter så används riktlinjer i lägre utsträckning. När riktlinjer utvecklas bör denna kunskap beaktas så att de färdiga riktlinjerna även innehåller information riktad till avnämarna kring kontakten med multisjuka, samt vilka särskilda risker som finns i relation till denna grupp [27].

3.2.3 Strategi

En framgångsrik implementering förutsätter en proaktiv strategi som inkluderar evidensbaseade metoder för spridning/implementering. Passiv spridning och implementering av riktlinjer är normalt inte ett effektivt sätt att förändra klinikers inställning och arbetssätt. Aktiva insatser kräver naturligtvis resurser för att kunna genomföras [18, 41-42].

Det finns en rad mer eller mindre etablerade sätt att sprida/implementera riktlinjer. Effekten varierar mellan olika typer av strategier, kombinationer av strategier och antalet använda strategier. Det är fortfarande oklart vilka strategier för spridning och implementering som fungerar bäst under olika omständigheter [18, 27, 43]. Generellt verkar strategier som ligger nära avnämarna och som är väl integrerade i hälso- och sjukvårdsprocessen ha bäst effekt [27].

Få strategier fungerar i alla kontexter och är värda de resurser som krävs för deras implementering [34, 41]. Vissa forskare har funnit att informations/utbildningsmaterial och påminnelser fungerar bra, medan mindre resurser bör läggas på utbildningsmöten, information från experter, utvärdering och återkoppling [2, 34]. Andra framhåller utbildningssammankomster [1, 18] och att involvera många berörda aktörer [1], eller utbildningsaktiviteter i kombination med någon annan intervention [18]. Påminnelser nämns också som ett av de mest effektiva sätten, speciellt om de blir en del av konsultationsprocessen [18]. Metoder med information om patientens nytta/medverkan (patient-mediated interventions) är effektiva, framför allt i primärvården [44].

En strategi med två eller flera interventioner är ofta mer effektiv än en strategi med enskilda inslag [18, 44-45]. En systematisk översikt visar att det inte finns någon signifikant skillnad i effekt enbart för att man ökar antalet interventioner, d.v.s. mer behöver nödvändigtvis inte betyda bättre [41]. Istället är det kombinationen av strategier som tycks vara en nyckel till framgångsrik implementering [41]. En studie visar att skriftlig information om en viss riktlinje och deltagande i en kurs om densamma var effektivt för att öka följsamheten av riktlinjen. Efterföljande audit, feedback och datastöd gav däremot ingen ytterligare effekt [46].

Det är av vikt att ”aktiviteter/interventioner” genomförs vid rätt tidpunkt i implementeringsarbetet och de är förlagda på normal arbetstid [21].

3.2.4 Professionen

En effektiv implementering beror mycket på motivation, förmåga och kompetens hos personalen. Det förefaller viktigt att på ett tidigt stadium av processen involvera berörd personal på alla nivåer genom formella implementeringsaktiviteter och då få dem att känna att processen är ”deras egen” [18, 21, 27].

Enligt teorier om förändringsbenägenhet så finns ett visst "motstånd" till förändring i större eller mindre utsträckning hos flertalet individer [1, 19]. Den egna motivationen till att förändra sitt arbetssätt påverkar acceptansen [19], likaså nationell härkomst, ålder och erfarenhet. Yngre och mindre erfarna personer är mer benägna att följa riktlinjernas rekommendationer [27, 47].

Om professionen känner till att riktlinjerna finns och innehållet känns igen så ökar chansen för implementering. På samma sätt kan det utgöra ett hinder om individer inte samtycker till innehållet i riktlinjerna eller anser att dessa bygger på vag evidens eller är subjektiva [27, 47]. I ett antal utvärderingar så refererar professionen själv till hinder som tidsbrist, arbetsbörda och konkurrerande krav som anledningar till utebliven följsamhet gentemot riktlinjen [47-49].

3.2.5 Organisation

En organisation kan vara öppen för en innovation, men ändå inte vara "redo". Att vara redo symboliseras av att det finns ett visst tryck för förändring, s.k. tension for change [21]. Dessutom behövs överensstämmelse med organisationens nuvarande normer, strategier, mål, kompetens, teknologi och arbetssätt. En föregående analys bör utröna innebörden av implementeringen; det bör finnas en adekvat resursallokering, stöd och förespråkande; samt en kapacitet att analysera och utvärdera innovationen både före och efter dess implementering [21]. Likaså kan kulturen och den värdegrund man har inom organisationen underlätta implementering [19].

Organisationsstrukturen är viktig. En flexibel struktur med processer som tillåter ett decentraliserat beslutfattande, gynnar implementering av riktlinjer [19, 21]. Exempelvis visar en utvärdering kring rökslutarstöd att ett av hindren i implementeringen var brist i organisationens flexibilitet att modifiera existerande protokoll för konsultation, vilket gjorde det svårt att inkludera nya rutiner för rökslutarstöd [19]. Det är vidare viktigt med teamwork och samarbete [1]. En organisationsmiljö som präglats av många organisatoriska förändringar kan skapa en resistens hos personal och minska motivationen/viljan att följa ytterligare en förändring [1]. Det är viktigt med en organisation är lyhörd för personalens inställning och kan hantera detta.

Ledarskap och organisation är mycket viktiga för ett framgångsrikt införande av riktlinjen. Stöd från chefer, på både högre och mellanhög nivå, vilka förespråkar och är engagerade i implementeringsprocessen, och som blir konsulterade i densamma, ökar förutsättningarna för en lyckad implementering. Medan ett uteblivet ledningsstöd ofta upplevs som en barriär [1, 19, 27, 41, 49]. Det underlättar ytterligare om innovationen överensstämmer med tidigare vision och målsättning hos beslutsfattarna [21]. Litteraturen visar dock att det ofta är oklart vem i organisationen som är ansvarig för implementeringen, och att det är viktigt att det tydligt framgår vem eller vilka ansvariga i organisationen som leder, stödjer och driver igenom en implementering [18].

Kommunikationen i organisationen är en ytterligare faktor som påverkar implementering av riktlinjer. En effektiv kommunikation mellan administrativa enheter ökar förutsättningarna att lyckas, likaså att uttryckligen beskriva vad som pågår under

implementeringsprocessen, t.ex. i en verksamhetsberättelse [21]. På motsvarande sätt kan icke adekvata kommunikationsrutiner försvåra implementeringen [49].

Relevant uppföljning med lämpliga tidsintervall via en effektiv datainsamling förbättrar möjligheterna att implementera riktlinjer [21]. Det är viktigt att processen lätt kan checkas av via uppföljningssystem, annars kan man felaktigt tro att spridningen är komplett och att arbetssättet har förändrats trots att så inte är fallet [2, 18].

3.2.6 Ekonomiska resurser

Att utveckla, sprida och implementera riktlinjer är förenat med kostnader (ibland höga) för olika resurser, t.ex. kurser, arbetstid till att delta i kurser och informationsaktiviteter, teknisk utrustning, utbildningsmaterial, löner till extra personal, ekonomiska medel som kan skapa incitament eller belöning för den enhet som förändrar sitt arbetssätt i enlighet med riktlinjen etc. [1, 18-19, 49]. Man vet att riktade ekonomiska medel till implementeringsarbete ökar förutsättningarna för ett lyckat genomförande [1-2, 21, 49], men det är många gånger svårt att allokera resurser till arbetet. I utvärderingar anses brist på resurser ibland vara en barriär och därför en anledning till utebliven effekt [18, 49].

Det är nödvändigt för beslutsfattare att beakta kostnader i samband med implementering av nya riktlinjer. Det kan dock vara svårt att uppskatta dessa kostnader och det behövs forskning om kostnader för riktlinjer i olika omgivningar/organisationsformer [1, 37]. En utvärdering av riktlinjer för trycksår visar t.ex. att de initiala kostnaderna var höga för utbildning och att senare kostnader framförallt kunde härröras till arbetet med patienterna [1].

En forskningsöversikt angående effektiva strategier för spridning och implementering av riktlinjer, visar att det är få utvärderingar kring riktlinjer som också rapporterar ekonomiska analyser [41]. Bara 29,4% av de studerade utvärderingarna innehöll någon form av ekonomiska data. De flesta rapporterade detta i form av konsekvensanalyser, kostnadseffektivitet eller som kostnader utan relation till fördelar med strategierna. De flesta refererade till behandlingkostnader och inte till kostnader för utveckling, spridning och implementering av själva riktlinjerna [41]. Det är fortfarande oklart vilka strategier för spridning/implementering som är kostnadseffektiva under vilka omständigheter [34]. En utvärdering av rökstutstöd i Australien visar att multistrategier är dyra och att den bästa användningen av resurser förmodligen är att enbart ge stöd i de kontexter där man tror att de blir framgångsrika [42].

3.2.7 Patienter

Patienterna påverkar också implementeringsarbetet då deras förväntningar och uppträdande kan underlätta eller försvåra en implementering [19]. Patientens personlighet, typ av sjukdom/hälsoproblem, typ av behandling och relationen mellan läkare och patient kan inverka på följsamheten till riktlinjer [47]. Det var patienters bristande motivation och intresse för rökstopp som läkarna i en studie uppgav som motiv till att de inte följde aktuella riktlinjer [42]. Multisjuka patienter minskar följsamheten till riktlinjer och därmed implementeringen i sin helhet [27].

4. Diskussion

Utvecklingen av en riktlinje föregår dess implementering, men de båda skeendena kan ses som intimt förknippade delar av en process. Utveckling av riktlinjer bör därför redan inledningsvis ta hänsyn till aktuella förutsättningar för implementering. Det är en utmaning att omsätta riktlinjer till praktik, vilket har implikationer för de aktörer som utvecklar riktlinjer. Innebär detta att nationella aktörer bör anses som delansvariga även för att riktlinjerna kommer till användning i praktiken? Bör en utveckling av nationella riktlinjer även omfatta guider för implementering, som t.ex. i fallen NICE och SIGN? Detta är frågor för främst de nationella aktörerna att fundera vidare över i diskussion med mottagarorganisationerna.

Kvaliteten på riktlinjer är viktig för standarden i sjukvården, men också för att användarna ska uppfatta riktlinjen som intressant, ta till sig innehållet och integrera kunskapen i sitt arbetssätt. Att en evidensbaserad och transparent process skapar kvalitet och acceptans är något som tas upp av flera forskare. Hur ser processerna ut i arbetet med de svenska nationella riktlinjerna?

Organisationer som bestämmer sig för att förbättra kvaliteten med hjälp av riktlinjer bör i ett tidigt skede analysera organisationens beredskap för förändringen. En organisation som redan har kapacitet och rutiner för ett kontinuerligt lärande implementerar generellt sett lättare ny kunskap. Hur ofta analyseras beredskapen för förändring och kunskapsutveckling inom olika områden i landstingsorganisationerna och vilka strategier och verktyg kan underlätta en sådan analys?

Forskning kring implementering rekommenderar sedan att man bör ha en välplanerad strategi för att aktivt implementera en riktlinje med hjälp av en uppsättning olika metoder och gärna analysera möjligheter till uppföljning redan på planeringsstadiet. Det bör också tydligt framgå vem i organisationen som är ansvarig för implementeringen, ledningens engagemang och stöd är viktigt och medel bör skjutas så att resurser som krävs för att uppnå en lyckad implementering finns tillgängliga. Hur ser implementeringsprocessen ut i landstingen idag ur dessa aspekter?

Interventioner inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande området har bara implementerats i en begränsad omfattning. Beror det främst på det fokus på vård och behandling av redan sjuka som sjukvården har [40] eller är det andra faktorer som påverkar? Kommer det då att bli extra svårt för landstingen att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder jämfört med riktlinjer inom andra områden?

5. Slutsatser

Resultatet av denna litteraturoversikt indikerar att tidigare framgångsrika kliniska riktlinjer för vård ofta har karaktäriserats av systematiska genomgångar av aktuell forskningsbaserad evidens och transparenta prioriteringsprocesser med uttalade och öppna värdegrunder. Effektiv implementering kan underlättas av väl genomtänkta strategier där multifacetterade interventioner anpassas till kontext och förutsättningar i de organisationer som ska tillämpa riktlinjerna. Framgångsrik implementering innefattar också tillgång till nödvändiga resurser samt stöd från ledningen. Många aktörer är inblandade i den förändringsprocess som en implementering av en riktlinje innebär, från

nationella aktörer till landstingledningarna och ut i organisationernas olika hierarkiska nivåer och till sist fram till den enskilde medarbetaren ute på en vårdenhets. Det är en komplex process som bör planeras och genomföras med hjälp av evidensbaserade metoder för att uppnå bästa möjliga kvalitet.

6. Referenser

1. Davies, B., et al., *Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings*. BMC Health Serv Res, 2008. **8**: p. 29.
2. Pilling, S., *History, context, process, and rationale for the development of clinical guidelines*. Psychol Psychother, 2008. **81**(Pt 4): p. 331-50.
3. SBU, *Evidensbaserad vård, EBM – evidensbaserad medicin*, S. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Editor. 2011: Stockholm.
4. Mann, T., *Clinical guidelines: using clinical guidelines to improve patient care within the NHS*. 1996, Department of Health NHS Executive.: London.
5. Burgers, J.S., et al., *Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs*. Int J Qual Health Care, 2003. **15**(1): p. 31-45.
6. Grol, R. and J. Grimshaw, *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. The Lancet, 2003. **362**(9391): p. 1225-1230.
7. Borgström, A., *1/4 av all vård är onödig eller skadlig*. Läkartidningen, 2010. **107**(1-2): p. 12-16.
8. Seddon, M.E., et al., *Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand*. Qual Health Care, 2001. **10**(3): p. 152-8.
9. Sackett, D.L., et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. 1996. Clin Orthop Relat Res, 2007. **455**: p. 3-5.
10. Socialstyrelsen. *Så tar vi fram riktlinjerna*. 2011 [cited 2011 11-02-25]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/satarvi framriktlinjerna>.
11. Gustafsson LL, W.B., Godman B, Andersén-Karlsson E, Bergman U, Hasselström J, Hensjö LO, Hjemdahl P, Jägre I., Julander M, Ringertz B, Schmidt D, Sjöberg S, Sjöqvist F, Stiller CO, Törnqvist E, Tryselius R, Vitols S, von Bahr C, *The "Wise List" - a comprehensive concept to select, communicate and achieve adherence to recommendations of essential drugs in ambulatory care in Stockholm*. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology, 2011.
12. Turner, T., et al., *Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches*. Implement Sci, 2008. **3**: p. 45.
13. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer*. 2011 [cited 2011 110224]; Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer>.
14. Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010 – Preliminär version 2010*: Stockholm.
15. *Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)*, in *Svensk författningssamling (SFS)*, Socialdepartementet, Editor. 1982:763.
16. Kitson, A.L., et al., *Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges*. Implement Sci, 2008. **3**: p. 1.
17. Kotter, J.P., *LEADING CHANGE - WHY TRANSFORMATION EFFORTS FAIL*. Harvard Business Review, 1995. **73**(2): p. 59-67.
18. Livesey, E.A. and J.M. Noon, *Implementing guidelines: what works*. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2007. **92**(5): p. ep129-34.
19. Grol, R. and M. Wensing, *What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice*. Med J Aust, 2004. **180**(6 Suppl): p. S57-60.
20. Rogers, E.M., *Diffusion of innovations*. 2003, New York: Free press.
21. Greenhalgh, T., et al., *Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations*. Milbank Q, 2004. **82**(4): p. 581-629.

22. Berwick, D.M., *Disseminating innovations in health care*. JAMA, 2003. **289**(15): p. 1969-75.
23. Holt, D.T., et al., *Are You Ready? How Health Professionals Can Comprehensively Conceptualize Readiness for Change*. JGIM: Journal of General Internal Medicine, 2010. **25**: p. 50-55.
24. Weiner, B.J., *A theory of organizational readiness for change*. Implement Sci, 2009. **4**: p. 67.
25. Glasgow, R.E., E. Lichtenstein, and A.C. Marcus, *Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition*. Am J Public Health, 2003. **93**(8): p. 1261-7.
26. (NICE), N.I.f.H.a.C.E., *SOCIAL VALUE JUDGEMENTS - Principles for the development of NICE guidance*, N.I.f.H.a.C.E. (NICE), Editor. 2008.
27. Francke, A.L., et al., *Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review*. BMC Med Inform Decis Mak, 2008. **8**: p. 38.
28. Shekelle, P.G., et al., *Developing clinical guidelines*. West J Med, 1999. **170**(6): p. 348-51.
29. Curry, S.J., *Organizational interventions to encourage guideline implementation*. Chest, 2000. **118**(2 Suppl): p. 40S-46S.
30. Calderon, C., et al., *Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes: qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain*. BMC Health Serv Res, 2006. **6**: p. 138.
31. Grimshaw, J. and I. Russell, *Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines*. Qual Health Care, 1993. **2**(4): p. 243-8.
32. Onion, C.W., et al., *Local clinical guidelines: description and evaluation of a participative method for their development and implementation*. Fam Pract, 1996. **13**(1): p. 28-34.
33. Grilli, R., et al., *Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal*. Lancet, 2000. **355**(9198): p. 103-6.
34. Barosi, G., *Strategies for dissemination and implementation of guidelines*. Neurol Sci, 2006. **27 Suppl 3**: p. S231-4.
35. Cabana, M.D., et al., *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. JAMA, 1999. **282**(15): p. 1458-65.
36. Waitman, L.R. and R.A. Miller, *Pragmatics of implementing guidelines on the front lines*. J Am Med Inform Assoc, 2004. **11**(5): p. 436-8.
37. Eccles, M., et al., *Developing valid guidelines: methodological and procedural issues from the North of England Evidence Based Guideline Development Project*. Qual Health Care, 1996. **5**(1): p. 44-50.
38. Solberg, L.I., *Guideline implementation: what the literature doesn't tell us*. Jt Comm J Qual Improv, 2000. **26**(9): p. 525-37.
39. Grol, R., *Implementing guidelines in general practice care*. Qual Health Care, 1992. **1**(3): p. 184-91.
40. Orlandi, M.A., *Promoting health and preventing disease in health care settings: an analysis of barriers*. Prev Med, 1987. **16**(1): p. 119-30.
41. Grimshaw, J.M., et al., *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. Health Technol Assess, 2004. **8**(6): p. iii-iv, 1-72.
42. Young, J.M. and J.E. Ward, *Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers*. Fam Pract, 2001. **18**(1): p. 14-20.
43. Grimshaw, J., et al., *Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998*. J Gen Intern Med, 2006. **21 Suppl 2**: p. S14-20.
44. Wensing, M., T. van der Weijden, and R. Grol, *Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?* Br J Gen Pract, 1998. **48**(427): p. 991-7.

45. Bero, L.A., et al., *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group*. BMJ, 1998. **317**(7156): p. 465-8.
46. Bahrami, M., et al., *Effectiveness of strategies to disseminate and implement clinical guidelines for the management of impacted and unerupted third molars in primary dental care, a cluster randomised controlled trial*. *Br Dent J*, 2004. **197**(11): p. 691-6; discussion 688.
47. Baiardini, I., et al., *Why do doctors and patients not follow guidelines?* *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2009. **9**(3): p. 228-33.
48. Davis, R.L., et al., *Introduction of the new Centers for Disease Control and Prevention group B streptococcal prevention guideline at a large West Coast health maintenance organization*. *Am J Obstet Gynecol*, 2001. **184**(4): p. 603-10.
49. Flottorp, S., K. Havelsrud, and A.D. Oxman, *Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care--why is it so hard to change practice?* *Fam Pract*, 2003. **20**(3): p. 333-9.

Bilaga 1. Inkluderade artiklar i litteraturöversikt

- *Bahrami, M., C. Deery, et al. (2004). "Effectiveness of strategies to disseminate and implement clinical guidelines for the management of impacted and unerupted third molars in primary dental care, a cluster randomised controlled trial." Br Dent J **197**(11): 691-696; discussion 688.
- *Baiardini, I., F. Braido, et al. (2009). "Why do doctors and patients not follow guidelines?" Curr Opin Allergy Clin Immunol **9**(3): 228-233.
- *Barosi, G. (2006). "Strategies for dissemination and implementation of guidelines." Neurol Sci **27 Suppl 3**: S231-234.
- Bartelli, D., S. Moyer, et al. (1998). "Implementation of HIV postexposure prophylaxis guidelines." N J Med **95**(3): 29-34.
- *Bero, L. A., R. Grilli, et al. (1998). "Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group." BMJ **317**(7156): 465-468.
- Berry, K. and G. Haddock (2008). "The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future." Psychol Psychother **81**(Pt 4): 419-436.
- Brennan, P. J. and E. Abrutyn (1995). "Developing policies and guidelines." Infect Control Hosp Epidemiol **16**(9): 512-517.
- *Cabana, M. D., C. S. Rand, et al. (1999). "Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement." JAMA **282**(15): 1458-1465.
- *Calderon, C., R. Rotaecche, et al. (2006). "Gaining insight into the Clinical Practice Guideline development processes: qualitative study in a workshop to implement the GRADE proposal in Spain." BMC Health Serv Res **6**: 138.
- *Clark, M. (2006). "True cost of guideline implementation." J Wound Care **15**(5): 181.
- Cluzeau, F. A., P. Littlejohns, et al. (1999). "Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines." Int J Qual Health Care **11**(1): 21-28.
- Coopey, M., M. P. Nix, et al. (2007). "Evidence-based practice: AHRQ's role in generating and disseminating knowledge." AORN J **86**(5): 857-860.
- *Curry, S. J. (2000). "Organizational interventions to encourage guideline implementation." Chest **118**(2 Suppl): 40S-46S.
- *Davies, B., N. Edwards, et al. (2008). "Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings." BMC Health Serv Res **8**: 29.
- Davis, R. L., M. B. Hasselquist, et al. (2001). "Introduction of the new Centers for Disease Control and Prevention group B streptococcal prevention guideline at a large West Coast health maintenance organization." Am J Obstet Gynecol **184**(4): 603-610.
- de Campo, J. (2004). "Evidence-based guidelines." Australas Radiol **48**(3): 283-284.
- Dobbins, M., D. Ciliska, et al. (2002). "A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice." Online J Knowl Synth Nurs **9**: 7.
- Doherty, S. (2006). "Evidence-based implementation of evidence-based guidelines." Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv **19**(1): 32-41.
- Doherty, S. R., P. D. Jones, et al. (2007). "Evidence-based implementation of adult asthma

- guidelines in the emergency department: a controlled trial." Emerg Med Australas **19**(1): 31-38.
- Duff, L. and A. Casey (1998). "Implementing clinical guidelines: how can informatics help?" J Am Med Inform Assoc **5**(3): 225-226.
- *Eccles, M., Z. Clapp, et al. (1996). "Developing valid guidelines: methodological and procedural issues from the North of England Evidence Based Guideline Development Project." Qual Health Care **5**(1): 44-50.
- Eccles, M. P. and J. M. Grimshaw (2004). "Selecting, presenting and delivering clinical guidelines: are there any "magic bullets"?" Med J Aust **180**(6 Suppl): S52-54.
- *Flottorp, S., K. Havelsrud, et al. (2003). "Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care--why is it so hard to change practice?" Fam Pract **20**(3): 333-339.
- *Francke, A. L., M. C. Smit, et al. (2008). "Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review." BMC Med Inform Decis Mak **8**: 38.
- *Glasgow, R. E., E. Lichtenstein, et al. (2003). "Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition." Am J Public Health **93**(8): 1261-1267.
- *Greenhalgh, T., G. Robert, et al. (2004). "Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations." Milbank Q **82**(4): 581-629.
- *Grilli, R., N. Magrini, et al. (2000). "Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal." Lancet **355**(9198): 103-106.
- *Grimshaw, J., M. Eccles, et al. (2006). "Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998." J Gen Intern Med **21** Suppl 2: S14-20.
- *Grimshaw, J. and I. Russell (1993). "Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines." Qual Health Care **2**(4): 243-248.
- Grimshaw, J. M. and I. T. Russell (1994). "Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring guidelines change medical practice." Qual Health Care **3**(1): 45-52.
- *Grimshaw, J. M., R. E. Thomas, et al. (2004). "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies." Health Technol Assess **8**(6): iii-iv, 1-72.
- Grol, R. (1992). "Implementing guidelines in general practice care." Qual Health Care **1**(3): 184-191.
- Grol, R. and J. Grimshaw (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care." The Lancet **362**(9391): 1225-1230.
- Grol, R. and M. Wensing (2004). "What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice." Med J Aust **180**(6 Suppl): S57-60.
- Gross, P. A. (2000). "Implementing evidence-based recommendations for health care: a roundtable comparing European and American experiences." Jt Comm J Qual Improv **26**(9): 547-553.
- Guihan, M., B. Simmons, et al. (2003). "Spinal cord injury providers' perceptions of barriers to implementing selected clinical practice guideline recommendations." J Spinal Cord Med **26**(1): 48-58.
- Holmes, M. (2008). "The Guidelines International Network: translating best evidence into best practice around the globe." Healthc Q **11**(1): 64-67, 62.
- Keaney, M. and A. R. Lorimer (1999). "Auditing the implementation of SIGN (Scottish

- Intercollegiate Guidelines Network) clinical guidelines." Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv **12**(6-7): 314-317.
- Koh, S. S., E. Manias, et al. (2008). "Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals." BMC Health Serv Res **8**: 105.
- *Livesey, E. A. and J. M. Noon (2007). "Implementing guidelines: what works." Arch Dis Child Educ Pract Ed **92**(5): ep129-134.
- Lovell, K. and P. Bee (2008). "Implementing the NICE OCD/BDD guidelines." Psychol Psychother **81**(Pt 4): 365-376.
- Malhi, G., D. Adams, et al. (2008). "Comment: clinical practice guidelines--guiding or goading?" Australas Psychiatry **16**(1): 5-7.
- Manfredi, C. and C. W. LeHew (2008). "Why implementation processes vary across the 5A's of the Smoking Cessation Guideline: administrators' perspectives." Nicotine Tob Res **10**(11): 1597-1607.
- McConigley, R., C. Toye, et al. (2008). "Developing recommendations for implementing the Australian Pain Society's pain management strategies in residential aged care." Australas J Ageing **27**(1): 45-49.
- McNeil, C. (2007). "Implementing change: a view from the trenches." Oncology (Williston Park) **21**(8 Suppl): 44-47.
- *Onion, C. W., C. E. Dutton, et al. (1996). "Local clinical guidelines: description and evaluation of a participative method for their development and implementation." Fam Pract **13**(1): 28-34.
- *Orlandi, M. A. (1987). "Promoting health and preventing disease in health care settings: an analysis of barriers." Prev Med **16**(1): 119-130.
- Paiva, E. F. and A. T. Rocha (2009). "[How to implement a guideline from theory to practice: the example of the venous thromboembolism prophylaxis]." Acta Med Port **22**(1): 21-32.
- Petrie, J. C., J. M. Grimshaw, et al. (1995). "The Scottish Intercollegiate Guidelines Network Initiative: getting validated guidelines into local practice." Health Bull (Edinb) **53**(6): 345-348.
- *Pilling, S. (2008). "History, context, process, and rationale for the development of clinical guidelines." Psychol Psychother **81**(Pt 4): 331-350.
- Ploeg, J., B. Davies, et al. (2007). "Factors influencing best-practice guideline implementation: lessons learned from administrators, nursing staff, and project leaders." Worldviews Evid Based Nurs **4**(4): 210-219.
- Rigotti, N. A., V. P. Quinn, et al. (2002). "Tobacco-control policies in 11 leading managed care organizations: progress and challenges." Eff Clin Pract **5**(3): 130-136.
- Sachs, M. (2006). "[Successful strategies and methods of nursing standards implementation]." Pflege **19**(1): 33-44.
- *Shekelle, P. G., S. H. Woolf, et al. (1999). "Developing clinical guidelines." West J Med **170**(6): 348-351.
- *Solberg, L. I. (2000). "Guideline implementation: what the literature doesn't tell us." Jt Comm J Qual Improv **26**(9): 525-537.
- Steffensen, F. H., F. Olesen, et al. (1995). "Implementation of guidelines on stroke prevention." Fam Pract **12**(3): 269-273.
- St-Pierre, I., B. Davies, et al. (2007). "Policies and procedures: a tool to support the implementation of clinical guidelines?" Nurs Leadersh (Tor Ont) **20**(4): 63-78.

- Sullivan, E. E. (2006). "PONV/PDNV: implementing the ASPAN Clinical Guideline." J Perianesth Nurs **21**(6): 439-442.
- Tait, E. (2000). "Thinking ahead--the importance of exit strategies to successful implementation of clinical effectiveness initiatives." Health Bull (Edinb) **58**(3): 159-161.
- Trivedi, M. H., J. K. Kern, et al. (2002). "Development and implementation of computerized clinical guidelines: barriers and solutions." Methods Inf Med **41**(5): 435-442.
- *Turner, T., M. Misso, et al. (2008). "Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches." Implement Sci **3**: 45.
- Wagg, A., L. Cardozo, et al. (2008). "Overactive Bladder and Continence Guidelines: implementation, inaction or frustration?" Int J Clin Pract **62**(10): 1588-1593.
- *Waitman, L. R. and R. A. Miller (2004). "Pragmatics of implementing guidelines on the front lines." J Am Med Inform Assoc **11**(5): 436-438.
- Wallin, L., J. Profetto-McGrath, et al. (2005). "Implementing nursing practice guidelines: a complex undertaking." J Wound Ostomy Continence Nurs **32**(5): 294-300; discussion 300-291.
- *Wensing, M., T. van der Weijden, et al. (1998). "Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective?" Br J Gen Pract **48**(427): 991-997.
- *Young, J. M. and J. E. Ward (2001). "Implementing guidelines for smoking cessation advice in Australian general practice: opinions, current practices, readiness to change and perceived barriers." Fam Pract **18**(1): 14-20.

* Indikerar att artiklarna framgår i denna rapport