

En oppsummering av kunnskap

# Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

Ann Mari Gransjøen



Implementeringsarbeid kan være utfordrende, men det finnes flere tiltak som kan gjøre det enklere.



**Utgitt av:** Senter for omsorgsforskning, 2022

**Tittel:** Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

**English title:** How to implement guidelines and guides in municipal healthcare?

**Ansvarlig redaktør:** Terje Emil Fredwall, førsteamanuensis, UiA og NTNU

**Forfatter:** Ann Mari Gransjøen, forsker, Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU

**ISBN:** 978-82-8340-129-5

**ISSN:** 2464-4382

**Oppsummering nr.:** 31

**Omslagsbilde:** Gary Kramer

**Emneord:** implementering, iverksetting, kliniske retningslinjer, nasjonale faglige veiledere

**Nettside:** [www.omsorgsbiblioteket.no](http://www.omsorgsbiblioteket.no)

# INNHold

SAMMENDRAG .....	1
ABSTRACT IN ENGLISH .....	3
1. INNLEDNING .....	5
1.1 Definisjon av sentrale begreper .....	5
1.2 Bakgrunnen for oppsummeringen .....	6
1.3 Hensikt og problemstillinger .....	8
2. METODE .....	9
2.1 Søkestrategi .....	9
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
2.3 Utvalg .....	10
2.4 Analyse .....	11
2.5 Ekspertgruppe og intern fagfellevurdering .....	11
3. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID .....	13
3.1 Hvilke modeller og rammeverk har blitt brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere? .....	13
3.2 Hvilke metoder er brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvilke resultater har de gitt? .....	23
3.3 Hvilke faktorer påvirker iverksetting og resultatene av den? .....	26
3.4 Hemmere og fremmere for å ta i bruk retningslinjer/veiledere .....	28
3.5 Hvilke holdninger har helsepersonell til retningslinjer/veiledere, og hvordan kan det påvirke iverksettingen av dem? .....	31
4. VERKTØY OG RESSURSER .....	33
5. KONKLUSJONER .....	35
6. REFERANSER .....	38
7. TABELLER .....	44

# SAMMENDRAG

Dette er en oppsummering av kunnskap om hvordan retningslinjer og veiledere kan implementeres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kunnskapen som blir presentert, er basert på forsknings og utviklingsarbeid som er relevant for implementering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette inkluderer 20 artikler som beskriver forskning, 2 artikler som beskriver både forskning og utviklingsarbeid, 5 rapporter, 4 masteroppgaver og 2 kronikker. De 20 forskningsartiklene består av både systematiske oversikter og enkeltstudier som beskriver forskjellige implementeringsprosesser og resultatene av dem. Disse er fra forskjellige kontekster (forskjellige land og forskjellige sektorer i helsevesenet), men alle er relevante for å implementere retningslinjer og veiledere i kommunen i norsk sammenheng.

Oppsummeringen omhandler i hovedsak retningslinjer siden det er der det er gjort mest forskning. Veiledere er inkludert, men det er ikke gjort like mye forskning på implementering av disse i helsevesenet. Følgende temaer dekkes:

- teoretiske rammeverk som kan brukes som en veileder for å iverksette retningslinjer/veiledere
- hva som fungerer som hemmere og fremmere for å iverksette retningslinjer og veiledere i helsetjenesten
- holdninger til retningslinjer/veiledere og hvordan det påvirker en iverksetting
- hvilke metoder som har blitt brukt for å iverksette retningslinjer og veiledere
- resultatene av implementeringsarbeid som har blitt gjort

Målgruppen for oppsummeringen er alle som jobber med å iverksette retningslinjer og veiledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## Sentrale utviklingstrekk

Den kommunale helse- og omsorgssektoren er et stort og komplekst felt og får stadig flere oppgaver. Det betyr at det blir mange retningslinjer og veiledere å forholde seg til. Disse dekker mange forskjellige områder: fra nasjonal faglig retningslinje for demens til nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

I Norge er det i hovedsak Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet som utvikler nasjonale faglige retningslinjer og veiledere for helse- og omsorgssektoren. Formålet med disse er å gi veiledning for det som anses som best medisinsk praksis. De er også ansvarlig for å bidra til å iverksette disse retningslinjene og veilederne. Det gjøres gjennom ressurser som nasjonale og regionale kompetansesentre, for eksempel Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Til tross for ansvaret for å bidra til implementering har Helsedirektoratet tidligere gjort lite for dette i praksis. Direktoratet har satt noen minimumskrav for iverksetting av retningslinjer og veiledere, som blant annet inkluderer at både kort og lang versjon av retningslinjer og veiledere skal være tilgjengelig. I 2012 var det kun i et fåtall av retningslinjene og veilederne at minimumskravene for iverksetting hadde blitt oppfylt av Helsedirektoratet.

Det å skulle iverksette nasjonale retningslinjer og veiledere på et lokalt nivå er en utfordrende oppgave. Det har ført til at det har blitt utviklet flere forskjellige rammeverk og modeller som kan brukes som veiledere for å planlegge og gjennomføre en iverksetting, eller

gi en oversikt over hva som kan påvirke resultatet av iverksettingen. Relevante modeller og rammeverk som har blitt brukt både i Norge og land med sammenlignbare helsetjenester, beskrives i denne oppsummeringen.

## Hovedfunn

1. Jeg har funnet lite forskning på implementering av retningslinjer og veiledere i kommunesektoren spesifikt. Det finnes mer forskning som er gjort i spesialisthelsetjenesten.
2. Implementeringsmetoder som har resultert til vellykkede implementeringer, handler ofte om en blanding av undervisning, møter, verksteder og samlinger. Til tross for dette anvendes det i Norden mest passive metoder, som publisering på nett og sending i post.
3. Hemmere for å ta i bruk retningslinjer og veiledere lokalt er press fra flere hold, manglende lokal motivasjon og ressurser og en opplevelse av at utvikleren ikke kjenner den kliniske hverdagen. Andre hemmere er uklare retningslinjer/veiledere, at innsatsen som gjøres for å iverksette dem, er større enn gevinsten, og at kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen/veilederen ikke oppleves som relevant for praksis.
4. Fremmere er å la ansatte delta i relevante prosjekter og støtte iverksettingen, ha praksisnær opplæring og tilbakeføre resultatene av implementeringsforskning til avdelingene. En annen fremmer er evnen til å innlemme retningslinjer og veiledere med pasientens/brukerens preferanser.

## Konklusjoner

Kunnskapsoppsummeringen viser at for å lykkes med en lokal implementering av nasjonale veiledere og retningslinjer er det viktig å:

- planlegge arbeidet godt og benytte en modell eller et rammeverk både i planleggingen og gjennomføringen av implementeringen.
- bruke ressurser som kompetansesentre og deres nettverk der det er relevant.
- bruke aktive metoder som undervisning, verksteder og samlinger og gjøre det praksisnært.
- evaluere resultatene av implementeringen og gi tilbakemeldinger og veiledning til de ansatte om arbeidet med å gjøre en retningslinje eller veileder til en del av arbeidshverdagen.

# ABSTRACT IN ENGLISH

## **Title:**

How to implement guidelines and guides in municipal healthcare.

This summary of knowledge concerns how guidelines and other national guidance documents can be implemented in municipal health and care services. The knowledge presented here is based on research and development work that is relevant for the subject. This includes 20 articles describing research, 2 articles describing research and development work, 5 reports, 4 master's theses, and 2 chronicles. The 20 research articles consists of both systematic reviews and single studies that describe different implementation processes and their results. These studies has been carried out in different contexts (different countries and different sectors in the healthcare system), but all are relevant for the implementation of guidelines and guides in the context of Norwegian municipalities.

The focus of the summary ahs been guidelines, since little research has been done on the implementation on other types of national guides for healthcare. Guides are included, however there is less research on the implementation of these compared to guidelines. These topics are covered in this summary of knowledge:

- Theoretical frameworks that can be used as a guide for the process of implementing guidelines/guides
- What acts as barriers and promoters for the implementation of guidelines and guides in the health services
- Attitudes towards guidelines/guides and how it affects and implementation
- Which methods have been used to implement guidelines and guides
- The results of implantation work that has been done

The target audience for this summary of knowledge is everyone who works with implementing guidelines and supervisors in the municipal health and care service.

## **Key development features**

The municipal health and care sector is a large and complex field, and is given more and more tasks. This means that there are many guidelines and guides to deal with. These covers many different areas; from national professional guidelines for dementia, to national guides for the follow-up of persons with large and complex needs.

In Norway, it is mainly the Directorate of Health and the Institute of Public Health that develop national professional guidelines and guides for the health and care sector. The purpose of these is to provide guidance for what is considered best medical practice. They are also responsible for contributing to the implementation of these guidelines and guides. This is done through resources such as national and regional competence centers, such as the Development Centers for Nursing Homes and Home Services (USHT).

Despite the Directorate of Health and the Institute of Public Health having the responsibility to contribute to the implementation of guidelines and guides little has been done in this regard. The Norwegian Directorate of Health has set some minimum requirements for the implementation of guidelines and guides, which include, among other things, that both

short and long versions of guidelines and guides must be available. In 2012, it was only for a small number of guidelines and supervisors that even the minimum requirements for implementation had been met by the Directorate of Health.

Having to implement national guidelines and guides at a local level is a challenging task. This has led to several different frameworks and models being developed that can be used as guides to plan and carry out an implementation, or provide an overview of what can influence the outcome of the implementation. Relevant models and frameworks that have been used both in Norway and countries with comparable healthcare services are described in this summary.

## Main findings

1. Little research was retrieved regarding the implementation of guidelines and guides in the municipal health and care sector specifically, more research has been carried out in the specialist health service.
2. Implementation methods that have resulted in successful implementations are often a mixture of teaching, meetings and workshops and gatherings. Despite this, mostly passive methods are used in the Nordics, such as publishing guidelines and guides online and sending them by post.
3. What are highlighted as barriers to adopting guidelines and guides locally are pressure from several quarters, a lack of local motivation and resources, and the experience that the developer is not familiar with clinical everyday life. Other barriers are unclear guidelines/guides, that the effort made to implement them is greater than the gain, and the knowledge base for the guideline/guide is not perceived as relevant for practice.
4. What is highlighted as promoters to adopting guidelines and guides is to allow employees to participate in relevant projects and support implementation, to have practice-based training and to return the results of implementation research to the departments. Another promoter highlighted is the ability to incorporate guidelines and guides with the patient's/user's preferences.

## Conclusions

The knowledge summary shows that in order to succeed with a local implementation of national guides and guidelines, it is important to:

- plan the work well, and use a model or a framework in both the planning and execution of the implementation.
- use resources such as competence centers and their networks where relevant.
- use active methods such as teaching, workshops and gatherings, and make the educational components practical
- evaluate the results of the implementation, and give feedback and guidance to the employees about the work that is done in making a guideline or guide a part of everyday work.

# 1. INNLEDNING

Dette er en oppsummering av kunnskap om hvordan retningslinjer og veiledere kan implementeres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Siden det ikke er så mange studier om dette temaet fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge spesifikt, har jeg også inkludert relevant kunnskap om implementering fra andre deler av helsetjenesten og andre land. Det dreier seg om kliniske retningslinjer i denne oppsummeringen. Oppsummeringen omhandler i hovedsak retningslinjer, siden det er der det er gjort mest forskning. Veiledere er inkludert, men det er ikke like mye informasjon om iverksetting av dem. Disse temaene dekkes:

- teoretiske rammeverk som kan brukes som en veileder for å iverksette retningslinjer/veiledere
- hva som fungerer som hemmere og fremmere for å iverksette retningslinjer og veiledere i helsetjenesten
- holdninger til retningslinjer/veiledere og hvordan det påvirker en iverksetting
- hvilke metoder som har blitt brukt for å iverksette retningslinjer og veiledere
- resultatene av implementeringsarbeid som har blitt gjort

Målgruppen for oppsummeringen er alle som jobber med å iverksette retningslinjer og veiledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

## 1.1 Definisjon av sentrale begreper

**Implementere.** Ordet *implementere* kommer fra det latinske *implere*, som betyr å «fylle, gjøre ferdig». Begrepet *implementere* sånn som det blir brukt i dag, betyr å iverksette, utføre eller realisere. I denne konteksten betyr det å iverksette eller realisere retningslinjer/veiledere – med andre ord å sørge for at retningslinjer/veiledere som utvikles, blir brukt (Nilstun, 2020).

**Retningslinjer.** En *retningslinje* gir føringer for et mindre område (for eksempel en spesifikk pasientgruppe eller sykdom, som *nasjonal faglig retningslinje for demens*). Retningslinjer er ikke rettslig bindende, «men beskriver nasjonale helsemyndigheters oppfatning av for eksempel hva som er god faglig praksis, hvordan relevant regelverk skal tolkes og hvilke prioriteringer mv. som er i samsvar med vedtatt politikk for helse- og omsorgstjenesten» (Nylenna, 2018). Retningslinjer kan også handle om praktiske gjøremål på en avdeling, skikkethet under en utdanning eller yrkesetikk (Røsvik, 2015). Retningslinjer er i hovedsak ikke påbud, men det finnes eksempler på retningslinjer som fungerer som påbud. Det opplevde vi spesielt under covid-19-pandemien.

**Nasjonale faglige råd.** Ifølge Helsedirektoratet skiller nasjonale faglige råd seg fra retningslinjer på den måten at retningslinjer er for temaer med stor variasjon i praksis og et behov for veiledning. Nasjonale råd er for temaer med lite faglig uenighet, men fortsatt et behov for å gi noe veiledning (Helsedirektoratet, 2019).

**Veileder.** En *veileder* er ofte mindre presis enn retningslinjer og nasjonale faglige råd. «En veileder kan være et relativt overordnet dokument som gir føringer på et bredt område, gjerne



både organisatorisk og medisinsk» (Nylenna, 2018), for eksempel *prioriteringsveiledere*. En retningslinje er gjerne mer konkret og rettet mot klinisk praksis enn en veileder, men betegnelsene har blitt brukt om hverandre (Røsvik, 2015), siden veiledere også kan være for mer spesifikke områder som lover, forskrifter og tekniske prosedyrer (for eksempel koding samt utstyr til ambulanse). Veiledere kan også bestå av flere retningslinjer.

**Handlingsplan.** En *handlingsplan* er et verktøy som ofte brukes i offentlig politikk, og for å sette søkelys på et aktuelt tema. Handlingsplaner baseres vanligvis på en utredning, men behøver ikke å gjøre det. De definerer hvilke mål som skal nås innen hvilken tidsperiode, og hvem som er de sentrale aktørene i iverksettingen (Tronstad et al., 2013). De kan også beskrive virkemidler for å nå målene, konkretisere forpliktelser og spesifisere ansvar (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2017).

**Kontekst.** I implementering betyr kontekst miljøet eller sammenhengen en endring skal iverksettes i. Det kan for eksempel være en omsorgsbolig eller en avdeling på et sykehjem (Nilsen & Bernhardsson, 2019). Forståelse av konteksten er viktig for iverksettelsen, men kan også være vanskelig siden miljøene er komplekse og dynamiske. Det gjør det også mer utfordrende å overføre resultater mellom kontekster (Nilsen & Bernhardsson, 2019).

**Interessent.** En *interessent* er en som har en andel eller interesse i en innovasjon, bedrift eller et prosjekt. I implementeringsforskning kan en interessent være det lokalsamfunnet som påvirkes av endringen, helsepersonell, ledere, helsepolitiske beslutningstakere og forskere (Peters et al., 2017).

**Resultater/utfall/effekt.** Når vi snakker om utfall i implementeringsforskning, betyr positive utfall forbedring i pasientens/brukerens helse og velvære, mens negative utfall kan være ingen endring eller forverring (Lewis et al., 2015). Resultater kan defineres som alle typer funn fra de fleste typer forskning. Effekt refererer som regel til funnene fra en spesifikk type studier som bruker testgrupper og kontrollgrupper for å se på forskjeller ved spesifikke tiltak.

**Fremmere og hemmere.** En fremmer er noe som stimulerer til og gjør det lettere å ta i bruk ny kunnskap. En hemmer er noe som gjør det vanskeligere, hindrer eller sakter ned prosessen med å ta i bruk ny kunnskap. Slike fremmere og hemmere forbindes med flere ting. Det kan være fremstillingen av retningslinjen/veilederen, de som leverer den, målgruppen, pasienten eller brukeren som påvirkes av endringen, og miljøet som retningslinjen/veilederen skal implementeres i (Ogden, 2014).

**Implementeringsstrategier.** I denne oppsummeringen har jeg valgt å definere dette som måter å forholde seg til miljøet en implementering skal foregå i, og beskrivelser av konkrete metoder som brukes for at retningslinjen/veilederen skal tas i bruk.

## 1.2 Bakgrunnen for oppsummeringen

I hovedsak er det to organisasjoner som utvikler kliniske veiledere og retningslinjer som er aktuelle for kommunene: Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI). Det er den typen retningslinjer som er temaet for denne oppsummeringen. Et av oppdragene Helsedirektoratet og FHI har, er å utvikle ny kunnskap og lage retningslinjer og veiledere basert på denne (Folkehelseinstituttet, 2014; Helsedirektoratet, 2017a). Retningslinjer for ting som praktiske gjøremål på en avdeling, skikkethet under en utdanning eller yrkesetikk utvikles av andre. Yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet av fagorganisasjoner (for eksempel Norsk Sykepleierforbund), retningslinjer for skikkethetsvurderinger er

ofte utarbeidet av utdanningsstedene (mens forskrift om skikkethet er utarbeidet av Kunnskapsdepartementet), og retningslinjer for praktiske gjøremål på en avdeling er som regel utarbeidet av arbeidsplassen. Fagmiljøer i helsetjenesten utarbeider også egne veiledere og retningslinjer innenfor sine fagområder. For eksempel utarbeider Den norske legeforeningens fagmedisinske foreninger kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere som supplerer de nasjonale. Andre organisasjoner som lager retningslinjer og veiledere som er aktuelle for kommunale helse- og omsorgstjenester, er KS (Kommunesektorens organisasjon).

Et annet ansvarsområde for Helsedirektoratet og FHI er å bidra til å iverksette retningslinjer/veiledere gjennom nasjonale og regionale kompetansesentre og andre ressurser, som Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) (Folkehelseinstituttet, 2014; Helsedirektoratet, 2017a). De sprer også retningslinjer/veiledere gjennom forskjellige kanaler, for eksempel Helsebiblioteket og Omsorgsbiblioteket. Andre måter de kan spre ny kunnskap på, og til dels retningslinjer/veiledere, er kvalitetsreformer som Leve hele livet og Kompetanseløft 2025.

Siden den kommunale helse- og omsorgssektoren er et stort og komplekst felt, er det mange retningslinjer/veiledere å forholde seg til. Dette strekker seg fra nasjonale faglige retningslinjer innen blant annet demens, kols, hjerneslag, diabetes, underernæring (Guttormsen et al., 2013), forebygging av kroniske nyresykdommer (Ånstad, 2011) og koordinering og strukturert oppfølging av multisyke eldre (Helsedirektoratet, 2017b). Eksempler på nasjonale veiledere er aktivitetshåndboken og nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Litteraturen har også vist at sykepleiere selv har etterspurt retningslinjer i spesifikke områder, som gjennombruddssmerter hos pasienter som er i palliativ kreftbehandling (Unnerud et al., 2021). I tillegg har de forskjellige yrkesgruppene innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene sine respektive yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Eksempler på veiledere fra KS som kan være aktuelle, er veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap og veiledere for velferdsteknologi.

Når det gjelder iverksetting av retningslinjer og veiledere, er det viktig å vite forskjellen på hva som er en *iverksetting*, og hva som er *spredning eller formidling*. Selv om begrepet *implementering* ofte blir brukt om begge deler i dagligtalen, er det en viktig forskjell mellom dem.

Spredning og *formidling* er når retningslinjer og veiledere spres til målgruppen, og informasjon om at de eksisterer, når frem til dem (McCormack et al., 2013). Dette kan for eksempel være når retningslinjer legges ut på Helsedirektoratets nettsider eller sendes i posten uten at det gjøres noe mer for at de skal tas i bruk.

*Iverksetting*, på den annen side, er når det lages en intervensjon eller plan for hvordan man skal få målgruppen til å bruke en retningslinje eller veileder, og ikke bare spre informasjon om den (Nilstun, 2020). Eksempler på dette kan være at man planlegger undervisning og verksteder om anbefalingene i retningslinjen/veilederen som skal iverksettes, hvorfor den er nyttig, og hvordan den kan brukes. Det kan kombineres med evalueringer og tilbakemeldinger om resultatene for å sørge for at retningslinjen/veilederen blir brukt.

Det er mange utfordringer knyttet til å iverksette slike anbefalinger, som en opplevelse av at det totalt er for mange å forholde seg til. Det gjør at man ikke orker å forholde seg til flere (Hutchison, 2012; McMurdo, 2010; Storvik, 2014). Uenighet med retningslinjen/veilederen kan også gjøre iverksetting utfordrende (Barth et al., 2016; Sandström et al., 2015). Mangel på bevissthet om retningslinjen/veilederen og mangel på motivasjon til å ta den i bruk er også et hinder i implementeringsarbeid. I tillegg kan ting som har mer med miljøet og andre ting enn implementeringen å gjøre, være hindre som gjør det vanskeligere å ta retningslinjer/

veiledere i bruk (Barth et al., 2016; Bessen et al., 2009; Clement et al., 2016; Lugtenberg et al., 2009). Selv om man prøver å legge til rette for en vellykket iverksetting av retningslinjer og veiledere, har det fortsatt vært en tendens til å se etter hva som er «galt» med de som ikke tar i bruk retningslinjen/veilederen, fremfor å fokusere på hva som er «galt» med retningslinjen/veilederen som gjør at den ikke tas i bruk (Storvik, 2014).

Det er mange arbeider innen forskning og utvikling som beskriver hvordan man kan iverksette retningslinjer og veiledere, men resultatene de har oppnådd, er ofte forbigående. Det at det finnes så mange forskjellige rammeverk og metoder man kan bruke, gjør at det ikke er noen enighet om hva som er den beste metoden og rammeverket. Denne uenigheten kombinert med at man skal navigere seg gjennom et stort og komplekst felt med mange målgrupper, gjør iverksetting ganske utfordrende.

### 1.3 Hensikt og problemstillinger

Hensikten med denne oppsummeringen er å identifisere, presentere og oppsummere kunnskap om hvordan retningslinjer og veiledere kan implementeres i kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppsummeringen har følgende problemstillinger:

1. Hvilke modeller og rammeverk har blitt brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere?
2. Hvilke metoder er brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvilke resultater har de gitt?
3. Hvilke faktorer påvirker iverksetting og resultatene av den?

## 2. METODE

### 2.1 Søkestrategi

For å finne informasjon som kunne svare på problemstillingene, gjorde jeg to forskjellige søk. Det ene søket var etter forskning i form av både enkeltstudier og forskjellige typer systematiske oversikter. Jeg søkte i databasene Medline, Embase, Pubmed, Scopus og Cochrane. Se tabell 1 (til slutt i oppsummeringen) for en full oversikt over søkene i disse databasene.

Det andre søket var etter grålitteratur, som studentoppgaver (for eksempel masteroppgaver og avhandlinger), rapporter, kronikker og utviklingsarbeider i samarbeid med bibliotekar Karen Marie Øvern. Disse søkene gjorde vi i Google Scholar, Oria og Semantic Scholar. Vi søkte også på sidene til Helsedirektoratet, FHI, KS, USHT, SINTEF og Lovdata. I disse søkene brukte vi både engelske og norske søkeord. De engelske søkeordene vi brukte, var:

- implementation
- guidelines
- municipal
- healthcare

De norske søkeordene vi brukte, var:

- implementering
- iverksetting
- retningslinje(r)
- veileder(e)
- kommunal(e) helse- og omsorgstjeneste(r)
- (implementering OR iverksetting) AND (retningslinjer OR retningslinje OR veiledere OR veileder OR veiledning OR bruk OR bruke OR benytte) AND (kommune OR kommunehelsetjeneste OR primærhelsetjeneste)

Etter å ha gått gjennom disse søkene brukte vi snøballmetoden. Det innebærer å gå gjennom litteraturlisten til de inkluderte dokumentene for å se etter flere aktuelle forsknings- og utviklingsarbeider. De artiklene vi fant, leste vi igjennom for å se om de var relevante for oppsummeringen. Til slutt brukte vi funksjonen «Beslektede artikler» i Google Scholar for å finne artikler, oppgaver, rapporter og utviklingsarbeider som ligner de som allerede hadde blitt inkludert.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

*Inklusjonskriteriene* var at artikkelen, oppgaven, rapporten eller utviklingsarbeidet

- handler om kommunale helse- og omsorgstjenester eller primærhelsetjenesten
- handler om en iverksetting som er både gjennomført og evaluert

- sier noe om resultatene av iverksettingen
- er utført i en kontekst kan sammenlignes med den norske. Med det mener jeg at studien er publisert i land med helsetjenester som kan sammenlignes med det norske (for eksempel andre nordiske land og Storbritannia).

*Eksklusjonskriteriene* var at artikkelen, oppgaven, rapporten eller utviklingsarbeidet

- handler om spesialisthelsetjenesten (akuttmedisin, intensivpleie, anestesi, etc.)
- beskriver en iverksetting som er planlagt, men ikke gjennomført
- beskriver en iverksetting som er gjennomført, men ikke evaluert, så de kan ikke si noe om resultatene
- handler om en iverksetting som er gjennomført i kontekster som ikke er relevante for den norske kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Unntak for disse kriteriene gjorde jeg i tilfeller der artiklene hadde overbevisende resultater av iverksettingen, men fra en kontekst som var på siden av det som var satt. For eksempel tok jeg med noen studier fra Kina, som hadde gode resultater som samsvarte godt med studier fra land som det er lettere å sammenligne med den norske konteksten.

Av de artiklene jeg fant gjennom søkene i databaser, leste jeg 32 artikler i fulltekst og brukte 22 artikler. Grunnen til at jeg brukte så få artikler fra det første databasesøket, er at det er svært få artikler som ikke handler om implementering i sykehus. Det var også artikler der implementeringen bare var planlagt, men ikke utført enda, noe som førte til at de ble ekskludert. Det var også noen som ble ekskludert på grunn av at de ikke sa noe om resultatet av iverksettingen.. Se tabell 3 (til slutt i oppsummeringen) for en oversikt over disse artiklene.

Når det gjelder studentoppgaver, rapporter og utviklingsarbeid, var det ikke mye som ble brukt fra det første oversiktssøket i Google Scholar. Det skyldtes i hovedsak at det var mange studentoppgaver som beskrev tiltak de ønsket å gjøre i fremtiden. Disse studentoppgavene kunne dermed ikke beskrive et utfall av en implementering. Gjennom dette søket fant jeg tre relevante masteroppgaver og én rapport. Av dokumentene som ble funnet i Oria, Google Scholar, Semantic Scholar, og nettsidene til Helsedirektoratet, FHI, KS, USHT og SINTEF, leste jeg 13 dokumenter. Av disse inkluderte jeg fire rapporter, én masteroppgave og to kronikker. Se tabell 2 for en oversikt over arbeidene jeg brukte.

Til sammen er det 22 artikler, 5 rapporter, 4 masteroppgaver og 2 kronikker som utgjør litteraturen som er grunnlaget for denne oppsummeringen.

## 2.3 Utvalg

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utviklings (2015) definisjon av forskning og utviklingsarbeid ligger til grunn for oppsummeringen.

*Forskning* er arbeider som resulterer i en vitenskapelig publikasjon eller et patent, eller har intensjon om å gjøre det. For å bli regnet som en vitenskapelig publikasjon må publikasjonen

- presentere ny innsikt
- være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning
- være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den

- være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelser, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utvikling, 2015)

Utviklingsarbeid er systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlig forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester (Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utvikling, 2015). Jeg inkluderer mastergradsoppgaver, rapporter, kronikker og utviklingsarbeid fra kommuner i kategorien utviklingsarbeid.

## 2.4 Analyse

Dokumentene som denne oppsummeringen er basert på, ble analysert med metoden Qualitative Content Analysis (Schreier, 2014). Denne metoden kan brukes for å analysere dokumenter, videoer og intervjuer.

Analysen gjøres ved å lage det som kalles en koderamme. Dette betyr at man går gjennom hele materialet, der målet er å finne temaene som går igjen i materialet. Temaene som går igjen, blir da gruppert sammen i kategorier (koder). Disse gruppene kan bestemmes på forhånd, eller man kan lage gruppene basert på det man finner i materialet (Schreier, 2014).

I denne oppsummeringen ble noen av kategoriene bestemt på forhånd basert på problemstillingene, mens andre ble basert på det jeg fant i materialet. Dette er typisk for Qualitative Content Analysis. Denne analysemetoden består av fem steg: 1) lage en koderamme, 2) segmentering, 3) prøvecoding, 4) evaluering av koderammen og 5) hovedanalyse (Schreier, 2014).

Som nevnt var noe av koderammen her forhåndsbestemt, og de forhåndsbestemte kodene eller kategoriene var basert på problemstillingene som er beskrevet i innledningen. De kategoriene som var forhåndsbestemt, var:

- rammeverk og modeller som brukes innen implementering i helse- og omsorgstjenesten
- hemmere (barrierer/hindre) for å bruke retningslinjer og veiledere
- fremmere (fasilitatorer, motivasjonsfaktorer) for å ta i bruk retningslinjer og veiledere
- holdninger helsepersonell har til retningslinjer/veiledere
- implementering av retningslinjer og veiledere

Ut fra materialet ble undergrupper bestemt. Disse undergruppene utgjør hovedstrukturen i oppsummeringens kapittel 3.

Noen av studiene vil kunne passe under forskjellige undergrupper. For eksempel kan en implementeringsstrategi være en blanding av både aktiv og komplisert og enkel og passiv. Dersom det er flere ting som gjøres i en og samme strategi, kan noen deler være aktive og noen deler være passive. Selv om enkeltdele i seg selv kan være ganske enkle, vil den totale strategien være komplisert.

## 2.5 Ekspertgruppe og intern fagfellevurdering

Denne publikasjonen er forfattet av emneredaktør og forsker Ann Mari Gransjøen, Senter for omsorgsforskning, øst (ph.d). Den er kommentert av en oppnevnt ekspertgruppe for emnet.

Gruppen har bestått av:

- Wenche Helene Falch Linberg, kvalitetssjef, Masterudhjemmet (Oslo)
- Anne Elisabeth Bredvold, kvalitetssjef, Bjølsenhjemmet (Oslo)
- Elin Berven, kvalitetssjef, Lilleborg helsehus (Oslo)
- Hege Christin Huseklepp, rådgiver, Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestland (Hordaland)
- Rune Eidset, spesialrådgiver, Etat for sykehjem (Bergen)

Oppsummeringen er fagfellevurdert av professor Oddvar Førland, Senter for omsorgsforskning, øst. Den er kommentert, vurdert og godkjent av Omsorgsbibliotekets ansvarlige redaktør, førsteamanuensis Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, sør.

# 3. FORSKNINGS- OG UTVIKLINGSARBEID

## 3.1 Hvilke modeller og rammeverk har blitt brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere?

Det er mange forskjellige rammeverk og modeller som kan brukes for å veilede en implementeringsprosess, og det gjelder også implementering av retningslinjer og veiledere. Det å vite om de forskjellige rammeverkene og modellene som kan brukes for å veilede en implementeringsprosess, er nyttig når man skal sette i gang eller er i en prosess med å iverksette retningslinjer og veiledere. Når man vet om hvilke alternativer som kan brukes for å veilede prosessen, kan det også bli enklere å gjennomføre, siden man har en god «oppskrift» å følge. Men hva er egentlig forskjellen på en modell og et rammeverk?

En *modell* vil typisk innebære en bevisst forenkling av et fenomen eller en spesifikk del av et fenomen. Modeller trenger heller ikke å være helt nøyaktige representasjoner av virkeligheten for å være verdifulle for å beskrive en prosess (Nilsen, 2020). En modell er opptatt av å forenkle og beskrive prosessen av å oversette forskning til praksis (Nilsen, 2020).

Et *rammeverk* beskriver vanligvis en type struktur, oversikt, system eller plan. Denne oversikten består av forskjellige kategorier (for eksempel begreper)(Nilsen, 2020). Rammeverk hverken beskriver eller forklarer prosessen, men gir en beskrivelse av faktorer som kan påvirke utfallet (Nilsen, 2020).

Så hva kan da modeller og rammeverk brukes til? Modeller brukes ofte i implementeringen til å enten beskrive eller veilede selve prosessen med å oversette forskning til praksis. Rammeverk brukes til å forutsi eller analysere hvilke faktorer som påvirker implementeringsresultatene (Nilsen, 2020). Modeller vil dermed være egnet der man trenger en steg for steg-veileder for prosessen man skal utføre (Nilsen, 2020).

Rammeverk brukes til å beskrive de faktorene man antar påvirker resultatene av en implementering, for eksempel hva det er som påvirker hvordan helsepersonell tar i bruk en spesifikk behandling. De kan også brukes til å beskrive hva som *påvirket* utfallet når man evaluerer iverksettingen (Nilsen, 2020). Rammeverk vil være egnet i tilfeller der man ikke er ute etter en veileder for prosessen, men ønsker å vite hvilke faktorer som kan påvirke utfallet (Nilsen, 2020).

Nedenfor kommer noen eksempler på modeller og rammeverk som tidligere har blitt brukt for å veilede implementeringsarbeid, for å gi et inntrykk av de modellene/rammeverkene som har blitt brukt i en relevant kontekst. Du kan lese mer om disse modellene og rammeverkene i kapittel 4 (Verktøy og ressurser) for å lære mer om den spesifikke modellen eller det spesifikke rammeverket du ønsker å bruke.

### 3.1.1 Modeller som kan anvendes i implementering av retningslinjer og veiledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er flere modeller som kan brukes for å veilede og gjøre implementeringsarbeid lettere. Blant disse er kunnskap-til-handling-modellen og PRECEDE-PROCEED- modellen.



Spesielt kunnskap-til-handling-modellen er brukt i Norge, men også PRECEDE-PROCEED-modellen og rammeverkene som presenteres i denne oppsummeringen, kan brukes i norsk sammenheng. Alle disse modellene og rammeverkene kan brukes i flere forskjellige kontekster siden de har en ganske åpen utforming man ikke trenger å følge slavisk. Det gjør at man kan velge å bruke de elementene som er relevante, i sitt eget iverksettingsarbeid, som igjen gjør disse modellene og rammeverkene relevante for flere prosjekter.

Disse modellene handler i hovedsak om å implementere forskningskunnskap, men de har også blitt brukt til å implementere retningslinjer. Helsebiblioteket påpeker at utgangspunktet man starter på i kunnskap-til-handling-modellen, er forskningsbasert kunnskap, og at denne kunnskapen kan være i form av retningslinjer. Grol og Wensing (2004) viser også til to studier der PRECEDE-PROCEED-modellen har blitt brukt i implementering av retningslinjer. Dette viser at disse modellene også kan brukes som veiledning for arbeidet med å implementere nasjonale eller internasjonale retningslinjer i en lokal kontekst. Siden spesielt kunnskap-til-handling-modellen har blitt brukt også i den norske konteksten, og PRECEDE-PROCEED-modellen har blitt brukt i implementeringsforskning innen helse, er det relevant å si noe om begge.

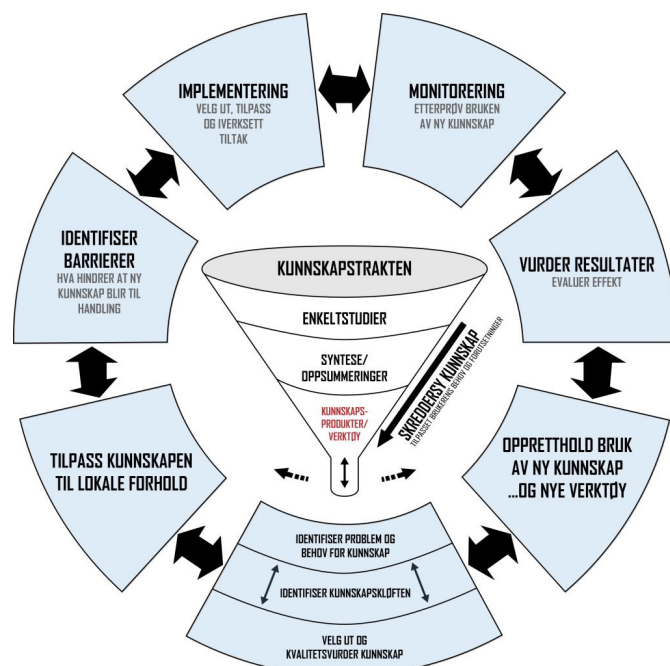
#### *Kunnskap-til-handling-modellen*

Denne modellen er et verktøy som brukes for å oversette forskningsbasert kunnskap til praksis (se figur 1 for en oversikt over modellen). I grove trekk er den delt i to deler: kunnskapsdannelse og handling. Utgangspunktet for *kunnskapsdannelse* er forskningsbasert kunnskap. Når du søker etter forskning i enten databaser eller nettsteder som Google Scholar, finner du ofte overveldende mange studier av varierende kvalitet. Det kalles *førstegenerasjonskunnskap*. Dette er ofte enkeltstudier der resultatene er vanskelig å ta i bruk i praksis.

Det som kalles *andregenerasjonskunnskap*, er kunnskap som har blitt bearbeidet fra enkeltstudier til systematiske oversikter, metaanalyser og metasynteser. Alle disse er oversikter over resultater fra enkeltstudier som har blitt gjennomført. Disse resultatene er enklere å ta i bruk i praksis, men det er fortsatt vanskelig å ta dem i bruk direkte.

*Tredjegerasjonskunnskap* har blitt enda mer spisset enn oversiktene i forrige steg. Tredjegerasjonskunnskap kan være retningslinjer, beslutningshjelp, regler og pasientforløp. Formålet her er å presentere kunnskapen på en klar, konsis og brukervennlig måte og komme med anbefalinger om hva som skal gjøres. Det gir en større sjanse for at kunnskapen tas i bruk i praksis enn om man hadde med bare enkeltstudier.

Gjennom hele kunnskapsdannelsen har du muligheten til å tilpasse det du gjør, for å oppnå et godt resultat for målgruppen. For eksempel kan du tilpasse problemstillingen for å finne en løsning på et problem som målgruppen opplever. Du kan også tilpasse hvordan den spissede kunnskapen skal formidles til de som skal bruke den.



**Figur 1:** Oversikt over kunnskap-til-handling-modellen som viser de forskjellige delene av prosessen, og hvordan alle henger sammen. Kunnskapstrakten er den første delen (kunnskapsdannelsen), mens systemet rundt er handlingsdelen av modellen. Denne figuren er hentet fra Helsebibliotekets beskrivelse av modellen (Helsebiblioteket, 2019).

Handlingsdelen av modellen er den delen som skal føre til oversettelsen av kunnskapen til praksis. Denne delen består av følgende faser:

1. *finne ut hva som er et problem som må løses/besvares*
2. *finne, gjennomgå og velge kunnskapen som kan brukes til å løse problemet (for eksempel retningslinjer eller veiledere). Du kan også starte med en retningslinje eller veileder for å se om det er avstand mellom det som er nåværende praksis, og det kunnskapen sier er mønsterpraksis.*
3. *tilpasse kunnskapen man finner til den lokale konteksten. Er kunnskapen nyttig/hensiktsmessig og verdifull for målgruppen og deres situasjon? Hva kan man gjøre for å tilpasse kunnskapen til målgruppen? Her er det lurt å engasjere de som blir påvirket av endringen, og kartlegge hva slags innflytelse og motivasjon de har, i tillegg til hva som er hemmere for å ta i bruk kunnskapen.*
4. *vurdere hemmere for å bruke kunnskapen. Hvilke hemmere kan hindre eller begrense bruken av kunnskapen? Hvordan kan du redusere eller fjerne dem? Du skal også finne ut hva som er motivasjonsfaktorer for å bruke kunnskapen. Disse faktorene kan brukes til å skreddersy tiltakene som gjøres, for å øke sjansen for at kunnskapen brukes.*
5. *velge implementeringsstrategi og tilpasse den til den lokale konteksten. Dette innebærer at du velger og tilpasser tiltak for å sørge for at kunnskapen brukes. Hvilke(t) tiltak man velger, er basert på de hemmerne og fremmerne man har funnet. For eksempel kan verksteder, kurs og praksisbesøk være nyttige hvis hemmerne for å bruke kunnskapen handler om kunnskap, holdninger eller ferdigheter. Handler de om organisasjonen, kan påminnelser, endring av dokumentasjonssystem, endring i bemanningsnivå, eller innkjøp av utstyr være nyttige intervensjoner. Man skiller også mellom spredning (passiv, uplanlagt innsats, som å gjøre informasjon tilgjengelig på nettet), *formidling* (tilpasse budskapet og rette det mot en spesifikk målgruppe) og *implementering* (systematisk innsats for å oppmuntre målgruppen til å bruke kunnskapen).*

6. *observere bruken av kunnskapen*. Her er det viktig å definere hva du mener det er å bruke kunnskapen. Det er minst tre typer bruk av kunnskap som er beskrevet.
  - konseptuell bruk av kunnskap = endring i kunnskapsnivå, forståelse eller holdninger.
  - instrumentell bruk = endringer i atferd eller praksis
  - strategisk bruk = bruk av kunnskap for å oppnå spesifikke makt- eller profittmålÅ observere bruken av kunnskapen er også nyttig for å finne ut hvordan, og i hvilken grad, kunnskapen har spredt seg i målgruppen.
7. *evaluere resultatene av å bruke kunnskapen*. Har implementeringen ført til endringer i helsen til pasienten/brukeren? Har den ført til endringer i hvordan helsepersonell utfører forskjellige oppgaver? Har implementeringen ført til endringer i systemet rundt dem? Dette steget er viktig for å avgjøre om implementeringen var vellykket eller ikke.
8. *opprettholde bruken av kunnskapen*. Her bør man vurdere hva som kan være barrierer for å bruke kunnskapen videre, og gjøre tiltak for å fjerne eller redusere dem. Til slutt bør man gjøre nye observasjoner av bruken og gjøre nye evalueringer.

### **PRECEDE-PROCEED-modellen**

Denne modellen skiller mellom det som kalles:

- *disponerende faktorer* (kunnskap og holdninger),
- *tilretteleggende faktorer* (kapasitet, ressurser og tilgjengelighet av tjenester) og
- *forsterkende faktorer* (meninger og oppførselen til de rundt deg, for eksempel kolleger) (Grol & Wensing, 2004).

Det som er spesielt med *PRECEDE-PROCEED*-modellen, er at man planlegger «baklengs» i forhold til det som er vanlig i implementering. Du starter med å definere hva som er målet, før du begynner å planlegge hvordan du kommer deg dit. Modellen består av to deler: *PRECEDE*-delen og *PROCEED*-delen (Grol & Wensing, 2004).

*PRECEDE*-delen består av tre forskjellige vurderinger av miljøet hvor iverksettingen gjøres (Crosby & Noar, 2011). Den første vurderingen (*sosial vurdering*) dreier seg om å finne ut hva som gjør at retningslinjen/veilederen ikke blir brukt. Det er mange spørsmål som kan brukes i denne vurderingen, som:

- Hvor mange i målgruppen synes at retningslinjen/veilederen er nyttig?
- Stoler målgruppen på de som har utviklet retningslinjen/veilederen?
- Hva er de største hindrene for å ta den i bruk? (Crosby & Noar, 2011)

I den andre vurderingen (*epidemiologisk vurdering*) lager du et mål for implementeringen. Målet skal være tidsbegrenset og noe du faktisk kan måle for å se om du faktisk kom deg dit du ønsket. Du kan da vurdere kvaliteten på implementeringen basert på de målene du satte deg (Crosby & Noar, 2011).

I den siste vurderingen (*atferdsmessig og miljømessig vurdering*) er det to ting du skal finne ut av: Hvilke faktorer i miljøet (for eksempel et sykehjem, en omsorgsbolig eller en enhet i hjemmetjenesten) kan påvirke implementeringen, og hvilke faktorer knyttet til de enkelte ansatte, kan påvirke implementeringen (Crosby & Noar, 2011)? De faktorene du finner, kan du bruke til å lage delmål når det gjelder å planlegge selve iverksettingen. Et eksempel på et delmål du kan bruke, er at alle ansatte skal ha lett tilgang til anbefalingene (miljø), eller at en erfaring skal brukes daglig der det er relevant (atferd) (Crosby & Noar, 2011).

Etter at disse vurderingene er gjort, begynner arbeidet med å lage selve planen for implementeringen (*pedagogisk vurdering*). Planen du legger, bør ta hensyn til de disponerende, tilretteleggende og forsterkende faktorene for å ta i bruk retningslinjen/veilederen du fant i den atferdsmessige og miljømessige vurderingen. Det vil også inkludere å bruke teori der det er relevant (Crosby & Noar, 2011).

Der *PRECEED*-delen av modellen er planleggingsdelen av en implementering, er *PROCEED*-delen gjennomføringen og evalueringen av implementeringen, som består av fem steg. *PROCEED*-delen begynner med en vurdering av kapasiteten og ressursene man har tilgjengelig til å gjennomføre implementeringen (*administrasjon og politikk-vurdering*) (Crosby & Noar, 2011). I steg nummer to lager du en plan for hvordan du skal evaluere implementeringen mens den gjennomføres, og etter at den er ferdig (Crosby & Noar, 2011).

Det tredje steget i denne delen er selve *prosessevalueringen*. I dette steget skal du sørge for at den planen du har lagt for å iverksette retningslinjen/veilederen, faktisk følges. I denne evalueringen kan du også gi tilbakemeldinger til de som jobber med – og målgruppen for – implementeringen (Crosby & Noar, 2011).

Det nest siste steget er en *effektevaluering*. Her skal du finne ut om du nådde de delmålene du satte deg i den *atferdsmessige og miljømessige vurderingen*. Til slutt gjør man en *evaluering av resultatene* for å se om implementeringen har gitt de resultatene man ville ha (Crosby & Noar, 2011).

### 3.1.2 Rammeverk som kan anvendes ved implementering av retningslinjer og veiledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Flere rammeverk har blitt brukt for implementeringsarbeid. Jeg vil trekke frem tre rammeverk som ofte er brukt i implementering av retningslinjer i flere felt innen helse, deriblant kommunale tjenester. Selv om de kanskje ikke er mye brukt i Norge, er de brukt en del i land vi kan sammenligne oss med (for eksempel New Zealand). Disse er *Konsolidert rammeverk for implementeringsforskning (CFIR)*, *Fremme handling i forskningsimplementering i helsetjenester (PARIHS)* og *ADAPTE*. Rammeverk er, som tidligere nevnt, best egnet til å beskrive faktorer som *kan påvirke* eller har *påvirket* utfallet. Dette er i motsetning til modellene som er beskrevet, som er bedre egnet som en veileder for implementeringsprosessen.

Som med modellene som er beskrevet, er disse rammeverkene i hovedsak utviklet for å implementere forskningsbasert kunnskap generelt, men har i stor grad blitt brukt i arbeidet med å implementere nasjonale/internasjonale retningslinjer i en lokal kontekst. Siden alle disse har blitt brukt til å implementere retningslinjer i helsevesenet, kan det også være relevant for arbeidet med å implementere nasjonale retningslinjer i den norske konteksten.

#### *CFIR*

CFIR er en liste over faktorer som kan påvirke utfallet av en implementering, og kan brukes til å veilede implementeringsarbeid. Rammeverket består av fem hoveddomener (Damschroder et al., 2009). Disse domene er *intervensjonskarakteristikker*, *ytre omgivelser*, *indre omgivelser*, *karakteristikker hos individene i organisasjonen* og *prosess* (se figur 2 for en oversikt over domene og hva de innebærer) (Damschroder et al., 2009).



**Figur 2:** Illustrasjon av de fem hoveddomene i CFIR, hva de inneholder, og hvordan de henger sammen. Individet ligger i midten siden det både påvirker og blir påvirket av de andre domene.

Domene 1, *intervensjonskarakteristikk*, inkluderer elementer som (Damschroder et al., 2009):

- intervensjonskilden – er den utviklet internt, eller kommer den utenfra der den skal gjennomføres?
- bevisstyrke og kvalitet – stoler målgruppen på kunnskapsgrunnlaget?
- fordelene med implementeringen – hvilke fordeler får man med å gjennomføre denne iverksettingen kontra å gjøre andre tiltak eller ikke å gjøre noen ting?
- tilpasningsevne – i hvilken grad kan man tilpasse og skreddersy iverksettingen etter lokale behov?
- prøvbarhet – kan man prøvekjøre iverksettingen i liten skala først? Kan den avsluttes og reverseres hvis det er nødvendig?
- kompleksitet
  - Hvor lenge varer implementeringen?
  - Hva er omfanget av den?
  - Hvor innviklet er den, og hvor mange steg kreves for å gjennomføre den?
- design, kvalitet og presentasjon – hvor godt blir implementeringen presentert for målgruppen?
- kostnad – hva koster det å gjennomføre tiltakene?

Domene 2, *ytre omgivelser*, omhandler (Damschroder et al., 2009):

- pasientens behov og ressurser
  - Er organisasjonen klar over pasientens behov?
  - Vet organisasjonen hvilke utfordringer det er med å møte dem?
  - I hvor stor grad prioriteres pasientens behov?

- kosmopolitisme – er organisasjonen en del av et nettverk av andre, eksterne organisasjoner?
- gruppepress – opplever organisasjonen et press for å iverksette tiltak fordi de fleste, eller flere, sammenlignbare organisasjoner allerede har gjennomført de samme eller lignende tiltak?
- eksterne retningslinjer og motivasjoner – inkluderer retningslinjer og forskrifter fra statlige og andre sentrale enheter eksterne mandater og anbefalinger etc.?

Domene 3, indre omgivelser, omhandler (Damschroder et al., 2009):

- organisasjonen – hva er den sosiale strukturen i organisasjonen? Er det for eksempel et hierarki?
  - Hvor gammel er organisasjonen? Er det noe som har vært lenge, eller er den relativt nyetablert?
  - Hvor stor er organisasjonen?
- nettverk og kommunikasjon – hva er kvaliteten på nettverket organisasjonen er en del av?
  - Hvilke typer formell og uformell kommunikasjon brukes?
  - Hvordan er kvaliteten på kommunikasjonen?
- kultur – hva er normene og verdiene til organisasjonen?
- implementeringsklima – kjenner målgruppen et behov for endring?
  - Er endring en prioritet hos målgruppen?
  - Hvilke motivasjoner og belønninger brukes?
  - Hva er målene, og hvordan skal det gis tilbakemeldinger gjennom prosessen med å iverksette retningslinjen/veilederen?
  - Hvordan er læringsklimaet i organisasjonen?
- hvor klar organisasjonen er for implementeringen
  - Er lederne engasjerte og motivert for å gjøre en endring?
  - Er det nok ressurser tilgjengelig?
  - Er det god tilgang til kunnskap og informasjon?

Domene 4, karakteristikk hos individene i organisasjonen, omhandler (Damschroder et al., 2009):

- kunnskap og antagelser om intervensjonen
  - Hvilken holdning har målgruppen til iverksettingen?
  - Har målgruppen blitt gjort kjent med det som skal gjøres?
- følelse av mestring – målgruppens tro på egne evner til å nå målene for implementeringen
- individets identifisering i organisasjonen – hvordan den enkelte ser på organisasjonen de er en del av, og deres posisjon og rolle i den
- andre personlige egenskaper – toleranse for tvetydighet, intellektuell evne, motivasjon, verdier, kompetanse, kapasitet og måten man lærer best på.

Domene 5, prosess, omhandler (Damschroder et al., 2009):

- planlegging
  - Hvor godt er implementeringsstrategien utviklet på forhånd?
  - Hvor høy er kvaliteten på strategien som er utviklet?
- *engasjement* – hvordan inkluderer man for eksempel opinionsledere, interne og eksterne implementeringsledere for å nå målene for implementeringsarbeidet?
- *utførelse* – hvordan har du tenkt å utføre iverksettingen så du oppnår målene du har satt deg?
- *refleksjon og evaluering* – hvordan man gir tilbakemeldinger om prosessen og kvaliteten av implementeringen, og jevnlig møter om framgang og opplevelse av arbeidet.

#### *PARIHS-rammeverket*

Dette rammeverket tar utgangspunkt i at implementering av ny kunnskap avhenger av:

- klarhet i hvilken type kunnskap som skal implementeres (Rycroft-Malone, 2004)
- at grunnlaget for kunnskapen er vitenskapelig robust, og samsvarer med klinisk erfaring og pasientens preferanser (Rycroft-Malone, 2004)
- at miljøet hvor iverksettingen skal foregå, er mottakelig for endring, har et sterkt lederskap, og gode systemer for å gi tilbakemeldinger er på plass (Rycroft-Malone, 2004)
- klarhet i hva slags type tilrettelegging som trengs for at kunnskapen kan innføres (Rycroft-Malone, 2004)
- hensiktsmessig tilrettelegging for endring med innspill fra dyktige tilretteleggere både internt og utenfra (Rycroft-Malone, 2004)



**Figur 3:** Figuren viser de tre hoveddelene av rammeverket og kort hva de handler om. Det er et dynamisk forhold mellom dem, og alle tre bør være på plass for å få en vellykket implementering. I dette rammeverket kan man se på oversettelsen av kunnskap til praksis som en funksjon av forholdet mellom disse tre delene (bevis, kontekst og tilrettelegging).

Når det gjelder hva som er bevis, fremheves det at i praksis må kunnskap komme fra flere typer kilder. Bevis kan da være forskning, klinisk erfaring, pasienterfaring og lokal informasjon. Du kan anta at beviset kan stoles på om det møter disse kravene:

- Forskning som er godt planlagt, og det er enighet om resultatene (Rycroft-Malone, 2004)
- Klinisk erfaring som er gjort klar og konsis, og det er gjort kritiske refleksjoner og diskusjoner rundt dem (Rycroft-Malone, 2004)
- Pasienterfaring som brukes som en del av grunnlaget for beslutningsprosesser (Rycroft-Malone, 2004)
- Lokal informasjon som er systematisk samlet inn og evaluert (Rycroft-Malone, 2004)

I PARIHS-rammeverket er konteksten det miljøet der implementeringen skal foregå. Konteksten som man utøver helsetjenester i, kan man si er nesten uendelig variert. Det er fordi den er en del av forskjellige miljøer, samfunn og kulturer, som igjen er påvirket av økonomiske, sosiale, politiske, skattemessige, historiske og psykososiale faktorer. Faktorene som kan påvirke konteksten, er delt inn i de tre hovedbolkene kultur, ledelse og evaluering (Rycroft-Malone, 2004). De som har vist seg å være best egnet til å tilrettelegge for endring i praksis, er de som:

- skaper læringskulturer som tar hensyn til individer, gruppeprosesser og organisasjonssystemer
- er preget av desentralisert beslutningstaking, vektlegging av forholdet mellom lederen og de ansatte og en lederstil som tilrettelegger for å innføre endringer

Ledere har en nøkkelrolle når det gjelder å endre kulturer og lage et miljø som er klart for endring. Måten de gjør det på, skaper også klare roller og effektivt samarbeid. En annen faktor som påvirker hvor klar en organisasjon er for endring, er evaluering. Målinger gir resultater man kan basere praksis på, og er også en del av vurderingen av om det er hensiktsmessig eller effektivt å gjøre endringer i praksis. Miljøer som bruker flere, varierte kilder til kunnskap i tillegg til håndgripelige resultater, har en tendens til å være mer mottakelige for endringer. En sterk kontekst, med klarhet i roller, desentralisert beslutningstaking, verdsettelse av ansatte, ledere som oppmuntrer til endring, og bruk av flere kilder til kunnskap vil øke sjansene for en vellykket implementering (Rycroft-Malone, 2004).

Den siste hoveddelen i dette rammeverket er tilrettelegging. Her betyr det å gjøre innføring av ny kunnskap mulig – eller enklere. Tilrettelegging kan gjøres ved at man velger (no)en person(er) som skal hjelpe de andre i organisasjonen. Hvem disse skal være, velges på grunn av rollen de har, og ferdighetene og kunnskapene de har som kan brukes for å gjøre innføringen av kunnskap mulig. Tilrettelegging kan deles inn i formål, rolle og ferdigheter og egenskaper (Rycroft-Malone, 2004).

Formålet med tilrettelegging kan variere. Målet kan være veldig spesifikt (hjelpe til med en spesifikk oppgave) eller mer vidt (for eksempel endring i atferd, holdning eller måten man jobber på). Siden målet med tilrettelegging er variert, vil også rollen som tilrettelegger være variert. Det kan være en veldig praktisk rolle for å hjelpe til med endring eller en mer helhetlig rolle i innføringen av ny kunnskap (for eksempel nettverksbygging). Uansett mål vil noen av oppgavene være å finne ut hva lærebehovene er, veilede gruppeprosesser, oppmuntre til kritisk tenkning og vurdere måloppnåelse. Ferdigheter og egenskaper som trengs, vil også variere, men man trenger evnen til å tilpasse seg forskjellige situasjoner og justere sin rolle etter hva det er behov for (Rycroft-Malone, 2004).



Måten PARIHS-rammeverket har blitt brukt i praksis, har vært som en slags veileder og en slags sjekklister når man gjør evalueringer.

#### **ADAPTE**

Det siste rammeverket jeg ønsker å si noe om, er ADAPTE. Det er egentlig ikke et implementeringsrammeverk som CFIR og PARIHS. ADAPTE er en måte man kan tilpasse nasjonale, eller til og med internasjonale, retningslinjer og veiledere til et lokalt nivå. Det er i hovedsak brukt i kontekster der man ikke har mulighet til å gå gjennom forskningsartikler og utvikle egne retningslinjer. Dette er ofte på grunn av manglende tid og ressurser. Da kan man ta i bruk retningslinjer som allerede eksisterer andre steder som de er (ofte internasjonale), eller ta utgangspunkt i en eller flere eksisterende retningslinjer for å lage sine egne.

Forfatterne av dette rammeverket påpeker at produksjonen av retningslinjer av høy kvalitet krever et høyt antall personer med forskjellige kunnskaper og er også veldig tidkrevende. Det gjør at det ikke er aktuelt for alle å lage egne retningslinjer innenfor sine felt (Attia, 2013). Det er også viktig å påpeke at dette rammeverket er utviklet for kliniske retningslinjer, altså råd for den beste medisinske praksisen for å unngå store variasjoner i helsetilbud. I den norske konteksten vil dette for eksempel være nasjonale faglige retningslinjer og veiledere utviklet av Helsedirektoratet eller FHI. Det er derfor ikke sikkert at hele rammeverket vil være like relevant å bruke for andre typer retningslinjer (for eksempel yrkesetiske retningslinjer), selv om deler av det kanskje vil være relevant.

Som allerede nevnt trenger man heller ikke å finne opp hjulet på nytt hver gang når det allerede eksisterer retningslinjer som kan tilpasses den lokale konteksten. Spørsmålet man må stille seg, er om vi kan ta i bruk *deres* retningslinjer (enten nasjonale eller internasjonale). Noen ganger er svaret enkelt, siden noen anbefalinger kan brukes som de er, mens andre kanskje krever noen endringer for å kunne brukes lokalt. Med andre ord: Noe tilpasning må kanskje til før man opplever at retningslinjen eller veilederen fungerer i en spesifikk kontekst (Attia, 2013).

ADAPTE-rammeverket består av de tre fasene oppstart/planlegging, tilpasning og avslutning. Oppstartsfasen innebærer å forberede seg på prosessen ved å finne ut hvilke oppgaver som skal gjøres, og hvilke ressurser som trengs. Tilpasningsfasen består av å:

- bestemme tema, omfang og formål med retningslinjen/veilederen
- søke etter eksisterende retningslinjer/veiledere om emnet
- kvalitetsvurdere de retningslinjene/veilederne som velges, og avgjøre hvilke av dem som skal tilpasses til den lokale konteksten
- gå gjennom anbefalingene og bestemme om de kan godtas som de er, og se på hvor matnyttige de vil være i den lokale konteksten

Den siste fasen, eller avslutningsfasen, består av å utarbeide den tilpassede retningslinjen, fagfelleevaluering og formidling. Man skal også legge en plan for fremtidige evalueringer og oppdateringer.<sup>1</sup>

Dersom noen av disse rammeverkene virker interessante for ditt arbeid, er det lagt ved ressurser til de forskjellige rammeverkene senere i denne oppsummeringen som kan brukes for å få mer kunnskap om modellen/rammeverket som du tenker på å bruke.

---

<sup>1</sup> Se Attia (2013) for en full oppsummering av rammeverket.

## 3.2 Hvilke metoder er brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere i kommunale helse- og omsorgstjenester, og hvilke resultater har de gitt?

Det er mange forskjellige metoder som har blitt brukt for å iverksette retningslinjer i helsevesenet (både i kommunene og andre felt), med mer eller mindre hell. Her har jeg valgt å dele de forskjellige metodene inn i to kategorier: aktive og kompliserte strategier og passive og enkle strategier. Aktive strategier betyr at målgruppen deltar aktivt, og ikke bare mottar informasjon passivt, som man gjør i for eksempel en klassisk forelesning. Passive strategier heller mer mot den sistnevnte måten å innføre retningslinjer/veiledere på. Kompliserte strategier er de metodene som består av flere deler (for eksempel møter, verksted, og observasjon og tilbakemelding), mens de enkle består av en eller to deler.

Det å vite noe om disse metodene er nyttig siden man kan se hvilke metoder som har fungert tidligere i lignende prosjekter som man selv er i, og hvilke metoder som ikke har fungert. Det kan gjøre det enklere å velge en metode som vil gi resultater.

Jeg har også valgt å si noe om de faktorene som litteraturen, gjennomgått i denne oppsummeringen, nevner er påvirkere av iverksetting og bruk av retningslinjer/veiledere. Denne påvirkningen kan være enten positiv eller negativ. Det er ikke alle faktorene som blir nevnt, man har kontroll over, men det er likevel nyttig å vite om og tenke over dem så man kan ta hensyn til dem og tilrettelegge der det er mulig.

Nedenfor følger en beskrivelse av forskjellige metoder som har blitt brukt til å iverksette retningslinjer/veiledere og en generell beskrivelse av resultatene av dem. I tillegg beskriver jeg de tingene som påvirket iverksettingen enten positivt eller negativt.

### 3.2.1 Aktive og kompliserte metoder

De fleste aktive og kompliserte strategiene som ble beskrevet i litteraturen, gjennomgått i denne oppsummeringen, inkluderte en eller annen form for kurs eller undervisning. Denne undervisningen ble ofte kombinert med å dele ut kurs-, trenings- eller støttematerialer til målgruppen (McKay & Nigro, 2016). Andre kombinasjoner som ble nevnt mye, var undervisning, bruk av opinionsledere og observasjon og tilbakemelding. Undervisningsdelen består ofte av møter, praksisbesøk eller tverrfaglig undervisning. Den kan også bestå av verksteder som tar for seg behandlinger og undersøkelser for en spesifikk pasientgruppe, hvordan man kan etterleve retningslinjen/veilederen, eller nettbaserte kurs for både ansatte, pasienter/brukere og pårørende. I noen tilfeller ble det bare gitt ut undervisningsmaterialer (Johansen et al., 2014; Köpke et al., 2012; Spoon et al., 2020).

En form for undervisning eller kurs kan også kombineres med treningsopplegg. Det kan også kombineres med registreringssystemer for å evaluere kvaliteten på iverksettingen (Grønne et al., 2017; Østerås et al., 2015). Noen spesifikke prosjekter jeg kan nevne som har brukt en slik type strategi, er Aktiv med Artrose (AktivA), basert på det danske programmet Godt Liv med Artrose i Danmark (GLA:D), og Raskere Tilbake (Grønne et al., 2017; Skogli et al., 2019). Denne typen programmer har resultert i både økt bruk av retningslinjer/veiledere og bedre pasientutfall (Grønne et al., 2017).

Denne typen strategier gir ofte gode resultater. Blant annet ser man større etterlevelse av retningslinjer/veiledere, og i de tilfellene man inkluderer pasientene selv i implementeringen, har man også sett at de bruker det de har lært gjennom programmet. Pasientene opplever også positive, langvarige endringer av sine symptomer. På den annen side er det ikke alle prosjekter som kan dokumentere gode effekter av en slik strategi. For eksempel fikk Raskere Tilbake kritikk for å være lite effektivt med lange ventetider (Skogli et al., 2019).

Kombinasjoner av forskjellige tiltak har også vist seg å være gode alternativer for å oppnå faktiske endringer i bruken av retningslinjer/veiledere. For eksempel viste en artikkel en signifikant nedgang i bruken av tvang i sykehjem med en slik fremgangsmåte (Köpke et al., 2012). Noen eksempler på dette er kombinasjoner av:

- undervisning/informasjonsprogrammer, opplæring og støttematerialer (Devik & Olsen, 2018; Karrer et al., 2020; Köpke et al., 2012; McKillop et al., 2012; Spoon et al., 2020)
- tilbakemelding på tiltak og endringer som gjøres (McKillop et al., 2012; Spoon et al., 2020)
- forbedring av tilgang til ressurser dersom det er mulig (Karrer et al., 2020)
- gjøre kortversjon av retningslinje/veileder tilgjengelig (Blackmore et al., 2011; Cobo et al., 2009; Gransjøen et al., 2018)
- eksplisitt støtte fra ledelsen (Karrer et al., 2020; Köpke et al., 2012)

Andre iverksettingsmetoder som har blitt brukt i norske kommuner, er kursing med innføring i aktuell retningslinje/veileder, opplæring i aktuelle kartlegginger (for eksempel vekrutiner) og dokumentasjon. Undervisningspakker som består av kompendier, filmer, brosjyrer og kort med en oppsummering av det viktigste fra retningslinjen/veilederen, har også blitt brukt (Devik & Olsen, 2018). Disse måtene å iverksette retningslinjer/veiledere på har gitt gode resultater. Noen av tingene som har blitt påpekt som suksessfaktorer, har vært (Devik & Olsen, 2018):

- praksisnær opplæring med autentiske caser i små grupper ansatte
- god ledelsesforankring
- kartlegging av ansattes kompetanse
- evaluering av endring over tid
- tilbakeføring av resultatene til avdelinger/enheter
- oppdaterte prosedyrer er lett tilgjengelig
- involvering av brukere og pårørende
- samhandling mellom aktuelt personell

Dersom man klarer å lage endringer som pasienter/brukere ikke legger merke til, ser det også ut til at det er lettere å ta i bruk retningslinjer/veiledere. Eksempler på dette er retningslinjer for ernæring for eldre (Bamford et al., 2012). Når de eldre følte at de fortsatt fikk maten de ønsket seg, der det var gjort endringer de ikke la merke til, var det lettere å gjennomføre anbefalingene som ble gitt i retningslinjen (Bamford et al., 2012).

Å bruke tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk gjennom hele implementeringsprosessen fra start til slutt har også gitt positive utfall for pasientene. Dette kan gjøres med å gi tilbakemeldinger i oppstartfasen av implementeringen. Underveis er det viktig med observasjoner og konstruktiv kritikk for å fremheve punkter der endring er nødvendig. Kontinuerlige møter med en tilrettelegger for å få både inspirasjon og tilbakemeldinger om hvordan ting har gått, kan også være positivt (Törmä et al., 2015).

En rapport som gikk gjennom en rekke studier som implementerte retningslinjer, viste at de tiltakene som mest sannsynlig fører til økt bruk av dem, er (Fretheim et al., 2015):

- klinisk beslutningsstøtte (dette inkluderer forskjellige typer påminnelser)

- praksisbesøk
- observasjon og tilbakemelding
- bruk av lokale opinionsledere
- skreddersydde tiltak basert på lokale hemmere og fremmere for å bruke retningslinjer/veiledere, og andre lokale forhold
- kurs og møter

Selv om disse kan gi positive resultater når de brukes alene, er det fortsatt større sannsynlighet å oppnå de resultatene man ønsker ved å kombinere flere. For eksempel viser en rapport fra Danmark at forskjellige typer møtevirksomhet og undervisning av personale hadde usikker effekt alene, både når det gjaldt å øke bruken av retningslinjer/veiledere, og bedre utfall for brukere/pasienter (Johansen et al., 2014). Det mest positive utfallet de fant, var at de som deltok i arbeidsgruppen, mente implementeringsarbeidet hadde vært nyttig, og de så mer nytten av retningslinjen/veilederen de jobbet med (Johansen et al., 2014). Dette kan være fordi de ansatte som var med i arbeidsgruppene, i større grad følte eierskap til materialet, og gjennom arbeidet hadde fått større motivasjon til å ta i bruk retningslinjene/veilederne.

En siste implementeringsmetode som kan være både aktiv eller passiv, avhengig av hvem som utfører oppgaven, er å tilpasse eksisterende nasjonale eller internasjonale føringer og anbefalinger til den lokale konteksten. Å tilpasse eksisterende retningslinjer/veiledere både øker sjansen for at de blir tatt i bruk, og gjør at man utnytter eksisterende ressurser på en bedre måte (Norman, 2011). Grunnen til at man ofte får gode resultater med denne måten å iverksette retningslinjer/veiledere på, er at man kan gå inn der man vet at det kan være en løsning på en utfordring målgruppen har. Dermed kan du gå inn der behovet for å oversette helseforskning til praksis er størst, og der målgruppen ser nytten av å bruke den (Norman, 2011).

Denne metoden kan være aktiv dersom målgruppen selv er med på å tilpasse retningslinjen/veilederen, men kan også være passiv dersom de tilpassede anbefalingene kun informeres om og spres til målgruppen i etterkant.

### 3.2.2 Passive og enkle metoder

Passive og enkle strategier består som regel av spredning eller formidling av retningslinjen/veilederen som skal iverksettes. Dette kan gjøres digitalt eller med fysiske dokumenter. Denne typen strategier er de som tradisjonelt sett har blitt brukt for å iverksette retningslinjer/veiledere i Norden og Skandinavia generelt. Det har blitt anslått at ca. halvparten av metodene som blir brukt for implementering, er passive i Norden/Skandinavia (Miilunpalo, 2001). Noen ganger er formidlingen kombinert med flere ting, mens andre ganger er det bare formidling som brukes (Miilunpalo, 2001).

Noen av måtene man kan spre veiledere/retningslinjer på fysisk, er at man sender dokumentene i posten, eller publiserer informasjon om dem i relevante lokale/nasjonale aviser eller fagtidsskrifter. Digital spredning kan være å legge ut informasjon om dem på kommunenes nettsider eller nasjonale nettsteder (for eksempel nettsidene til regjeringen/Helsedirektoratet/FHI). Man kan også spre informasjon om retningslinjer/veiledere ved å ha dem som tema på møteplasser målgruppen allerede har (Norman, 2011).

Denne typen implementering er den metoden som har gitt minst resultater når det gjelder å endre bruken av retningslinjer/veiledere (Miilunpalo, 2001). Dette kan henge sammen med at målgruppen

- føler motstand mot å ta i bruk retningslinjen/veilederen de blir informert om, men ikke føler noe eierskap til
- kanskje ikke har ressurser til å ta i bruk og lære seg mer om
- ikke føler seg motiverte til å bruke, men heller tvunget til å bruke (Sandström et al., 2015)

Passive metoder fungerer sjelden som implementeringsstrategi når de brukes alene. De kan fungere når de brukes i kombinasjon med andre ting, som undervisning eller tilbakemelding på justeringene som har blitt gjort, og arbeidet som gjøres (Miilunpalo, 2001).

En rapport fra Riksrevisjonen i 2012 viste også til at det var mangler i jobben som Helsedirektoratet gjorde for å iverksette sine egne retningslinjer/veiledere. Rapporten konkluderte med at jo flere tiltak som ble brukt, jo mer så brukerne nytten av retningslinjen/veilederen. Likevel var det bare i noen tilfeller at selv et minimum av tiltak ble satt inn (Riksrevisjonen, 2013). Minimumskravene som ble trukket fram, var:

- at det skal finnes både en kort og lang versjon av retningslinjen/veilederen
- at det ble publisert en nettversjon
- at målgruppen informeres om at dokumentene finnes

Kun for 5 av 16 retningslinjer og 4 av 20 veiledere som ble undersøkt, ble alle tre minimumstiltakene brukt. Det som oftest ikke ble brukt, var kravet om at det skulle finnes både korte og lange versjoner av dokumentene (Riksrevisjonen, 2013).

Som jeg allerede har nevnt under aktive og kompliserte metoder, kan det å tilpasse eksisterende retningslinjer/veiledere til en lokal kontekst også være en passiv metode. En måte denne metoden kan være passiv på er at selve jobben med å tilpasse dem ikke gjøres av målgruppen for implementeringen, men de tilpassede anbefalingene spres til målgruppen i etterkant (Norman, 2011).

### 3.3 Hvilke faktorer påvirker iverksetting og resultatene av den?

#### 3.3.1 Forhold som påvirker iverksetting negativt

Det er flere faktorer som har påvirket iverksetting av retningslinjer/veiledere og bruken av dem negativt. Noen av de påvirkende faktorene er:

- at samarbeidet og kommunikasjonen mellom forskjellige deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (som for eksempel sykehjem og hjemmetjeneste) ikke fungerer optimalt (Hansen, 2013)
- at retningslinjer/veiledere oppleves som uklare av målgruppen (Hansen, 2013)
- at målgruppen ikke vet om retningslinjen/veilederen, uavhengig om det har blitt gjort en innsats for å spre, formidle eller iverksette dem (Hansen, 2013)
- at målgruppen vet om retningslinjen/veilederen, men har ikke tatt den i bruk på grunn av for eksempel uenighet om innholdet, manglende ressurser til å utføre det som blir anbefalt, etc. (Hansen, 2013)
- at innsatsen som må legges inn for å iverksette retningslinjen/veilederen, oppleves som større enn gevinsten (Karrer et al., 2020)

- at forskningen som danner kunnskapsgrunnlaget, anses som frakoblet «den virkelige verden» (Swaithe et al., 2020)
- at retningslinjen/veilederen oppleves som vanskelig å integrere i arbeidet som gjøres (Meyer et al., 2017)

Hvor godt retningslinjer/veiledere følges, varierer mellom de forskjellige sektorene i helsevesenet. For eksempel ble de brukt noe mer i sykehus enn i kommuner etter kun publisering som implementeringsstrategi (Egholm et al., 2018). Et annet eksempel var at en retningslinje for diabetesbehandling ble brukt mindre i sykehjem enn hjemmetjenesten. Denne variasjonen fantes også mellom de kommunene som var inkludert (Neumark et al., 2015). Denne forskjellen i bruken av retningslinjer/veiledere kan føre til en kvalitetskløft mellom tjenestene som tilbys i de forskjellige delene av helse- og omsorgstjenesten. Dette motstrider målet med å ha nasjonale føringer, som er å oppnå evidensbaserte tjenester av høy kvalitet, og redusere uønskede praksisvariasjoner (Egholm et al., 2018).

Det har kommet forslag på tiltak som kan gjøres for å hindre disse variasjonene i bruken av retningslinjer/veiledere. Noen av forslagene har vært å rette tiltak mot å gjøre koordineringen mellom de forskjellige delene av helse- og omsorgstjenestene bedre og gjøre retningslinjer/veiledere klarere (Neumark et al., 2015).

Noen av tingene som påvirker iverksetting negativt, har med pasient/brukere å gjøre. Dette kan være at de er uenige med anbefalingene som retningslinjen/veilederen gir, eller er uenige i prognosen for sin egen sykdom. For eksempel kan det være pasienter med artrose som mener at de ikke kan behandles konservativt, og at de kommer til å bli verre uten kirurgi (Swaithe et al., 2020).

### 3.3.2 Forhold som påvirker iverksetting positivt

En av faktorene som påvirker iverksetting positivt, er at kommunen har høy sosioøkonomisk status. Dette henger sammen med at kommuner med høyere sosioøkonomisk status har bedre tilgang til ressurser for å utføre anbefalingene enn det kommuner med lavere sosioøkonomisk status har. Det betyr at kommuner med mindre ressurser må gjøre flere tilpasninger for å kunne gjøre nytte av retningslinjer/veiledere enn de med høyere sosioøkonomisk status (Gregorič et al., 2015; Riksrevisjonen, 2013).

Størrelsen på avdelingen eller enheten der retningslinjen/veilederen skal iverksettes, kan også påvirke begge veier. Større forhold gir tilgang til ressurser man kanskje ikke har tilgang til ellers, mens mindre forhold kan gi bedre oversikt over oppgavene man har, og hvor retningslinjer/veiledere kan være nyttige. I tillegg kan mindre forhold føre til at man har et større eierskap til prosessene som utføres i avdelingen (Gregorič et al., 2015).

En annen faktor som kan påvirke iverksettingen og bruken av retningslinjer/veiledere, er hvor aktuelt temaet er i samfunnet som helhet, og hvor mye søkelys det er på det. For eksempel så Kuunders et al. (2017) at en retningslinje for å forebygge overvekt ble brukt mye i Nederland, siden dette er noe som det ble satt søkelys på ellers i samfunnet. Hvor brukervennlige retningslinjer/veiledere er for målgruppen, er også en viktig faktor for hvor sannsynlig det er at de ble tatt i bruk (Kuunders et al., 2017).

Noen av forslagene som har blitt gitt for å tilrettelegge for disse faktorene, har blant annet vært å spre kunnskap om anbefalinger som eksisterer, siden bedre kjennskap til dem kan øke bruken av dem. Lederes rolle og ansvar i implementering kan påvirke positivt. Systematisk jobb over tid samt felles beslutninger og engasjement er også faktorer som påvirker positivt. At retningslinjen/veilederen fremmer god praksis, og at man vet hvordan

man innlemmer dem med pasientpreferanser, er også viktige faktorer som kan være positivt for en iverksetting (Bernhardsson et al., 2014; Kuunders et al., 2017).

Alle faktorene jeg har nevnt som påvirker en iverksetting både negativt og positivt, bør tas i betraktning når man skal iverksette en retningslinje/veileder.

Dersom det for eksempel er mindre ressurser tilgjengelig på grunn av lavere sosioøkonomisk status, kan man prøve å legge til rette på en måte som gjør at denne faktoren ikke påvirker i like stor grad. Man kan også utnytte positive ting, som at temaet for retningslinjen/veilederen er noe som det fokuseres på i samfunnet ellers.

## 3.4 Hemmere og fremmere for å ta i bruk retningslinjer/veiledere

### 3.4.1 Hemmere (barrierer/hindre) for å bruke retningslinjer og veiledere

Det finnes mange hemmere for å bruke retningslinjer og veiledere som også kan kalles barrierer eller hindre. Mange av dem er de samme på tvers i helse- og omsorgstjenesten og kan deles inn i tre hovedgrupper: manglende motivasjon til å ta i bruk retningslinjer og veiledere, mangler som kan påvirke evnen til å utføre anbefalinger, og press utenfra. Disse hindrene kan gjøre det vanskeligere å komme over klinisk tregghet (et slags ønske om å beholde ting som de er) og forandre praksis mot det som retningslinjen/veilederen beskriver som mønsterpraksis (Lau, 2014).

Det å vite hva som kan gjøre iverksetting mer utfordrende, er viktig slik at man kan inkludere det i planleggingen av tiltakene. Da er det enklere å håndtere det. Hvis et av hindrene for eksempel er at det er vanskelig å finne retningslinjen/veilederen, kan et av tiltakene man gjør i iverksettingen, være å gjøre den lettere tilgjengelig.

#### *Manglende motivasjon til å ta i bruk retningslinjer og veiledere*

Det er flere faktorer som påvirker motivasjonen til å ta i bruk retningslinjer/veiledere. En av disse faktorene er antallet retningslinjer/veiledere som allerede eksisterer. Er det for mange, kan målgruppen bli sittende med en følelse av at det er overveldende, og at man ikke orker å forholde seg til flere (Hutchison, 2012; McMurdo, 2010). Et eksempel på dette er norske allmennleger som i 2014 ble styrt av 65 nasjonale retningslinjer – eller 5000 sider med anbefalinger (Storvik, 2014).

En annen faktor som kan påvirke motivasjonen til å ta i bruk retningslinjer/veiledere, er at målgruppen for retningslinjen/veilederen er uenige i anbefalingene som blir gitt. Dette kan gjelde alle retningslinjer/veiledere, bare noen eller bare deler av dem. Dersom man er uenig i det som står der, er det også naturlig nok mindre sannsynlig at man bruker dem (Bessen et al., 2009). Faktorer som er i omtrent samme kategori som uenighet om innholdet, kan være at retningslinjen(e)/veilederen(e) oppleves som:

- irrelevant(e) for praksis (Evenstad et al., 2020)
- ikke samsvarende med tidligere erfaringer (Evenstad et al., 2020)
- ikke revideres i tråd med klinisk erfaring (Evenstad et al., 2020)
- motstridende eller i konflikt med tradisjoner i yrket (Evenstad et al., 2020)
- ikke spesifikke nok eller for spesifikke (Slade et al., 2016)
- utdaterte og i utdaterte formater (Storvik, 2014)

- upraktiske (Gransjøen et al., 2018)
- anbefalinger oppleves som motstridende med hverandre (Storvik, 2014)
- uklar eller forvirrende (Lugtenberg et al., 2009).

Hvis målgruppen sitter med dette inntrykket av retningslinjen/veilederen som skal innføres, vil de naturligvis heller ikke være så motivert til å begynne å bruke den.

#### *Mangler som kan påvirke evnen til å utføre anbefalingene i retningslinjer/veiledere*

Eksempler på slike mangler kan være at avdelingen/kommunen der implementeringen skal gjøres, mangler bemanning av en spesifikk type for å utføre det anbefalingene sier, eller utstyret for å utføre det (Lugtenberg et al., 2009). Det kan også være at man mangler finansiering, eller at man rett og slett ikke har fått nok kunnskap om anbefalingene (Barth et al., 2016; Borgundvaag, 2019; Lugtenberg et al., 2009). Denne typen mangel kan for eksempel være at man ikke vet hvor man kan få tak i veilederen/retningslinjen (Bernhardsson et al., 2014; Zeng et al., 2017). Det kan også være at man generelt mangler ressurser (Borgundvaag, 2019).

Det kan også være at man mangler et system for å gi og få tilbakemeldinger på arbeidet man gjør, som kan gjøre iverksetting vanskeligere (Evenstad et al., 2020). Hvis man ikke får tilbakemeldinger på det man gjør, blir det også vanskelig å vite om justeringene man gjør, er de rette. Alle disse manglene gjør implementering av anbefalinger utfordrende og fungerer også som en barriere man må komme seg rundt for at retningslinjer/veiledere skal tas i bruk.

#### *Press utenfra*

En barriere som flere studier om implementering av retningslinjer/veiledere sier noe om, er mangel på tid (tidspress) (Borgundvaag, 2019; Clement et al., 2016). Dette tidspresset gjør at man ikke tar seg tid til å lete opp informasjon i retningslinjer eller veiledere. Disse er ofte veldig lange skriv, som gjør det vanskelig og tregt å lete fram spesifikk informasjon (Gransjøen et al., 2018). Noen løsninger for å komme over dette hinderet kan være å gjøre retningslinjer lettere å søke i slik at det går raskere å finne informasjonen som man leter etter (Gransjøen et al., 2018). Man kan også gjøre dem lettere å finne, som vil gjøre det raskere å finne informasjonen man er ute etter (Cobo et al., 2009). Man kan også legge inn anbefalingene fra retningslinjer og veiledere i digitale systemer som allerede brukes, slik at man unngår å måtte lete etter dem i det hele tatt (Blackmore et al., 2011; Gransjøen et al., 2020).

Et annet hinder for å bruke retningslinjer/veiledere som har blitt nevnt i flere studier, er at helsepersonell opplever press fra pasienter/brukere og deres pårørende «til å gjøre noe». Dette presset kan gjøre det lettere å gå mot anbefalingene som finnes i retningslinjer og veiledere, for å møte de forventningene befolkningen har om å få en eller annen type tilbud eller behandling (Baker et al., 2006). Disse barrierene kan være vanskeligere å komme seg rundt enn mangel på tid. Bevissthetkampanjer rettet mot den generelle befolkningen kan være en løsning. Paradoksalt nok kan retningslinjer og veiledere også hjelpe til med å redusere denne barrieren. Man kan bruke den for å vise til at avgjørelsen som gjøres, er basert på nasjonale anbefalinger og ikke «bare for å være vanskelig» (Gransjøen et al., 2020).



### 3.4.2 Fremmere (fasilitatorer/motivasjonsfaktorer) for å ta i bruk retningslinjer og veiledere

Slik som det finnes flere hemmere/barrierer for bruk av veiledere og retningslinjer, finnes det også flere fremmere/fasilitatorer (eller motivasjonsfaktorer) for å bruke dem. Å vite om slike fremmere kan være nyttig når man jobber med iverksetting siden dette er ting man kan bruke for å gjøre jobben lettere. Det er tre hovedgrupper fremmere som jeg har delt denne bolken opp i, og det er støtte, lokale protokoller og tilgang.

#### *Støtte til å følge retningslinjer/veiledere*

En av fremmerne som har blitt sett på som viktig når det gjelder bruk av veiledere/retningslinjer, er at man opplever å få støtte fra ledelsen på alle nivåer til å følge de anbefalingene som blir gitt i disse dokumentene. Det er også viktig at lederne aksepterer og bruker anbefalingene selv. Begge disse fremmerne viser viktigheten av at alle jobber som en enhet. Det er også viktig at man opplever at dette ikke bare er noe som har blitt pålagt en, men noe som faktisk støttes av lederne (Clement et al., 2016).

#### *Lokale protokoller basert på nasjonale føringer*

En annen gruppe fremmere som en kan si er nært beslektet med hverandre er at målgruppen for retningslinjen/veilederen kan:

- lage lokale protokoller (en annen måte å si at man kan tilpasse retningslinjen/veilederen til lokale forhold på)
- se at retningslinjen/veilederen gir rom for fleksibilitet (du kan også si at den gir mulighet til å bruke profesjonell autonomi og eget skjønn)
- se at retningslinjen/veilederen er tilpasset den faktiske målgruppen.

At disse fremmerne blir nevnt mye, viser at det er viktig å unngå at retningslinjer og veiledere gjør at ansatte føler at de driver med kokebokmedisin. Det viser også at det er viktig at de får bruke sine kunnskaper og sitt skjønn for å tilpasse behandlinger og tilbud til individene de jobber med (Gransjøen et al., 2018).

#### *Tilgang til retningslinjer/veiledere*

Andre ting som har blitt nevnt som fremmere for å bruke retningslinjer/veiledere i forskningsartiklene jeg har gått gjennom for denne oppsummeringen, er:

- muligheten til å bruke elektroniske beslutningsverktøy og lommekort med en kort oppsummering av retningslinjer (Blackmore et al., 2011; Cobo et al., 2009)
- at retningslinjene/veilederne er lett tilgjengelig og korte (Gransjøen et al., 2018)
- at kunnskapsgrunnlaget er klart (Lugtenberg et al., 2009)
- at målgruppen er enige i kunnskapsgrunnlaget (Bessen et al., 2009)
- at de som skal følge retningslinjen/veilederen, har nok tid til å følge anbefalingene som retningslinjen/veilederen gir (Clement et al., 2016)

### 3.5 Hvilke holdninger har helsepersonell til retningslinjer/veiledere, og hvordan kan det påvirke iverksettingen av dem?

Holdningene målgruppen(e) har til retningslinjer/veiledere, påvirker hvor lett det er å implementere dem. Er målgruppen i utgangspunktet negative til den retningslinjen/veilederen som skal iverksettes, er det vanskeligere å få til implementering enn hvis de i utgangspunktet er positive til den. Dette er en faktor som man også må ta hensyn til ved iverksetting, og er derfor nyttig å vite noe om.

#### 3.5.1 Generelt positiv holdning

Det er flere versjoner av hva en positiv holdning til retningslinjer/veiledere kan være. For eksempel kan det innebære at man er strukturert når det gjelder å ta i bruk anbefalinger, blir klar over dem tidlig og innarbeider dem i de daglige rutinene (Nordstrand et al., 2016). En annen versjon er at man ser nytten av dem, og hvordan de er relevante for egen praksis og pasienter på en eller annen måte (Nordstrand et al., 2016). De som er positivt innstilt til retningslinjer/veiledere, kan også plukke opp nye metoder beskrevet i dem, og begynne å bruke dem.

Man kan også se at anbefalinger kan være gode verktøy for å imøtekomme utfordringene som følger med oppgavene og ansvaret man har i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Strømsvold, 2017). Retningslinjer/veiledere har også blitt brukt som et slags støtteverk når kommunen har fått en større rolle innenfor ulike felter innenfor helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer/veiledere brukes også som en støtte ved økte krav fra både pasienter/brukere og pårørende. De kan også ses på som viktige bidrag til å gi et mer helhetlig tjenestetilbud til pasienter og brukere (Strømsvold, 2017).

Det er også viktig å huske at selv om man har en generelt positiv holdning til retningslinjer/veiledere, behøver ikke det å bety at det er helt og holdent positivt. For eksempel viste en studie at flere var kritiske til å ta dem i bruk dersom de opplevde dem som utilstrekkelige for formålet, selv om de i utgangspunktet var positive til dem (Nordstrand et al., 2016)

#### 3.5.2 Generelt nøytral holdning

De som har en mer nøytral holdning til retningslinjer/veiledere, anerkjenner at de kanskje dekker et område med potensial for forbedring, men at det vil være krevende å utføre. Det er heller ikke alltid at de oppleves som relevante for praksis. De kan også oppleves som lite tillitsvekkende (Nordstrand et al., 2016).

En måte å løse disse problemene på er at man kan utarbeide anbefalinger på en måte som gjør at de inneholder mer dokumenterte intervensjoner og konkrete verktøy som kan brukes. I tillegg bør brukerrepresentanter og representanter for målgruppen(e) være med på å utarbeide anbefalingene (Strømsvold, 2017).

#### 3.5.3 Generelt negativ holdning

Det er flere ting som bidrar til en mer negativ holdning til retningslinjer/veiledere. Noe som ofte bidrar til en mer negativ holdning, er at retningslinjer/veiledere oppleves som uklare (hva er det egentlig av konkrete oppgaver og tiltak som anbefales?).

En annen viktig faktor er at målgruppen ikke stoler på de som utvikler og publiserer veiledere/retningslinjer (Sandström et al., 2015; Strømsvold, 2017). Ofte vil man heller

forholde seg til lokale prosedyrer, protokoller og autoriteter enn nasjonale føringer og anbefalinger. Denne motviljen til å ta i bruk retningslinjer/veiledere, og manglende tillit til utviklerne, henger sammen med at de ofte blir ansett som rene akademikere som ikke har noen kunnskap om den kliniske hverdagen (Sandström et al., 2015).

Andre ting som bidrar til en negativ holdning til retningslinjer/veiledere, er at de ikke oppleves som rettet til målgruppen, er for inngripende og styrende eller at utviklerne har liten forståelse for hvordan den faktiske arbeidshverdagen er (Strømsvold, 2017).

## 4. VERKTØY OG RESSURSER

Her kommer en liste over ressurser som kan være nyttige når du skal iverksette eller tilpasse en retningslinje eller veileder. Listen inkluderer mer inngående informasjon om de forskjellige rammeverkene og modellene som har blitt nevnt tidligere i oppsummeringen.

Jeg har også lagt ved et verktøy for å vurdere kvaliteten på retningslinjer (AGREE II). Det kan være nyttig når du skal tilpasse anbefalinger til den lokale konteksten.

I kapitlet finner du videre generelle internasjonale ressurser og spesifikt norske ressurser som kan være nyttige. Dette kan være hjemmesider til organisasjoner som jobber med implementering, oversikter over norske retningslinjer og veiledere samt informasjon om aktuelle organisasjoner og reformer.

1. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#5anvende-51-kunnskap-til-handling>  
Kunnskap til handling – norsk beskrivelse av Kunnskap til handling-modellen
2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/chp.47>  
På bærtur i kunnskapsoversettelse – på tide med et kart? – mer utfyllende innføring i Kunnskap til handling-modellen (på engelsk)
3. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>  
Hva er en planleggingsmodell? En introduksjon til PRECEDE-PROCEED – En god introduksjon til PRECEDE-PROCEED-modellen (på engelsk).
4. <https://cfirguide.org/>  
Konsolidert rammeverk for implementering – beskrivelse av CFIR-rammeverket samt en meny man kan bruke for å finne inspirasjon til spørsmål å bruke i evaluering av en implementering (på engelsk).
5. <https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/85>  
Fremme handling om forskningsimplementering i helsetjenester (PARIHS) – en kort oppsummering om dette rammeverket og hvordan det kan brukes i implementeringsarbeid (på engelsk).
6. [https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2004/10000/the\\_parihs\\_framework\\_a\\_framework\\_for\\_guiding\\_the.2.aspx?casa\\_token=Wu3AqpnX0EAAAAA:tzPJXvt9XKuMSGSNVv1FUVD9Fx6UkdE7eV ECd6qL8u-irqlpTxQ1uBCTmIAHZ\\_pIWHbCvzvSiDp\\_ZljbSEnE](https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2004/10000/the_parihs_framework_a_framework_for_guiding_the.2.aspx?casa_token=Wu3AqpnX0EAAAAA:tzPJXvt9XKuMSGSNVv1FUVD9Fx6UkdE7eV ECd6qL8u-irqlpTxQ1uBCTmIAHZ_pIWHbCvzvSiDp_ZljbSEnE)  
PARIHS-rammeverket – et rammeverk for å veilede implementeringen av kunnskapsbasert praksis – artikkel som beskriver rammeverket i mer detalj enn den korte oppsummeringen over (på engelsk).
7. <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>  
Retningslinjetilpasning – et verktøysett – en verktøykasse som beskriver hva retningslinjetilpasning er, hva målet med det er, og hvordan man kan gjøre det (på engelsk).
8. <https://www.agreetrust.org/agree-ii/>  
AGREE II – Tilgang til AGREE II-verktøyet, som er et internasjonalt verktøy som brukes til å vurdere kvaliteten på retningslinjer (på engelsk).
9. <https://g-i-n.net/>  
Guidelines International Network (GIN) – hjemmesiden til GIN, som er et nettverk

som jobber med det meste innen retningslinjer. Her ligger det flere typer ressurser, for eksempel forskning som kan gi inspirasjon til eget implementeringsarbeid (på engelsk).

10. <https://jbi.global/>  
Joanna Briggs Institute (JBI) – utvikler og leverer evidensbasert informasjon, programvarer, og opplæring laget for å forbedre praksis. Som med GIN er det flere typer implementeringsressurser tilgjengelig på denne hjemmesiden (på engelsk).
11. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter?tema=retningslinje>  
Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp – oversikt over alle Helsedirektoratets retningslinjer, nasjonale faglige råd, veiledere, pakkeforløp og rundskriv.
12. <https://www.fhi.no/om/nettpublikasjoner/>  
Nettbaserte veiledere, håndbøker og rapporter – en fullstendig oversikt over Folkehelseinstituttets veiledere, håndbøker og andre dokumenter.
13. <https://www.utviklingssenter.no/om-oss/om-oss>  
Vårt samfunnsoppdrag – beskrivelse av oppgavene til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, deriblant å bidra til og støtte implementeringsarbeid.
14. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/leve-hele-livet-kvalitetsreformen-for-eldre>  
Leve hele livet – kvalitetsreformen for eldre – informasjon for de som er involvert i gjennomføringen av Leve hele livet (deriblant informasjons og inspirasjonsmaterieil).
15. <https://legehandboka.no/>  
Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) – et generelt medisinsk oppslagsverk for leger og annet helsepersonell som er laget for å kunne brukes i en travel klinisk hverdag, og inkluderer blant annet retningslinjer.
16. <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg>  
Gjør Kloke Valg – kampanje som tar sikte på å redusere undersøkelser og behandling som pasienter ikke har nytte av, og som i verste fall kan føre til skade (viser til nyeste forskningsbaserte kunnskap på en oppsummert og lett tilgjengelig måte).

## 5. KONKLUSJONER

Den kommunale helse- og omsorgssektoren er et stort og komplekst felt og får stadig flere oppgaver. Dette betyr at det blir mange retningslinjer og veiledere å forholde seg til. Disse dekker mange forskjellige områder – fra nasjonal faglig retningslinje for demens til nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

I Norge er det i hovedsak Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet (FHI) som utvikler nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Formålet med disse er å gi veiledning for det som anses som den beste medisinske praksisen. Helsedirektoratet og FHI er også ansvarlige for å bidra til å iverksette disse retningslinjene og veilederne. Det gjøres gjennom ressurser som nasjonale og regionale kompetansesentre, for eksempel Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Til tross for at de har ansvaret for å bidra til implementering, har det tidligere blitt gjort kun for et fåtall av de retningslinjene og veilederne som finnes.

Det å skulle iverksette nasjonale retningslinjer og veiledere på et lokalt nivå er en utfordrende oppgave. Det har ført til at det har blitt utviklet flere forskjellige rammeverk og modeller som kan brukes som veiledere for å planlegge og gjennomføre en iverksetting, eller gi en oversikt over hva som kan påvirke resultatet av iverksettingen. Relevante modeller og rammeverk som har blitt brukt både i Norge og land med sammenlignbare helsetjenester, er beskrevet i denne oppsummeringen.

### *Trender*

En trend internasjonalt, men ikke like mye i Norden, er at det i større grad brukes aktive metoder for iverksetting som involverer målgruppen mer enn å passivt ta imot informasjon. Det har også blitt et større søkelys på brukerinvolvering i iverksetting av retningslinjer/veiledere. Dette er en utvikling vekk fra den tradisjonelle spredningen eller formidlingen av retningslinjer/anbefalinger. Dette er en trend man kanskje har sett mest internasjonalt, selv om prosjekter som AktivA er nasjonale prosjekter som bruker aktive iverksettingsmetoder.

I tillegg er det også et større søkelys på å inkludere forskjellige interessenter i arbeidet med å iverksette retningslinjer/veiledere. Disse kan for eksempel være pårørende til pasienter og brukere. Dette har også bidratt til opptaket av retningslinjer/veiledere i praksis, siden det da er lettere for alle å se nytten av dem.

Avslutningsvis ser det ut til at det er et større søkelys på samarbeid og tverrfaglighet også når det gjelder å iverksette retningslinjer/veiledere i form av for eksempel tverrfaglig undervisning. Dette kan være en viktig del av arbeidet der retningslinjer/veiledere omfavner flere grupper.

Disse trendene innen implementering av retningslinjer/veiledere kan være med på å forbedre opptaket av ny kunnskap, siden man ser at trendene sammenfaller med faktorer som bidrar til en vellykket implementering. Disse trendene er også noe som ses i hele helsevesenet, ikke bare i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### *Suksessfaktorer og utfordringer*

Det er noen faktorer som går igjen i vellykkede implementeringsprosjekter. Noen av dem bør være på plass i forkant av iverksetting for å legge til rette for den på en god måte. Det kan for eksempel være å få på plass ressursene som trengs i forkant av iverksettingen. Her kommer en oppsummert liste over utfordringer og suksessfaktorer.

Utfordringer:

- Samarbeidet og kommunikasjonen mellom de forskjellige delene av tjenestene (for eksempel mellom sykehus og hjemmetjeneste, eller sykehjem og hjemmetjeneste) fungerer ikke optimalt.
- Målgruppen opplever at retningslinjer/veiledere er uklare.
- Målgruppen er uenige i anbefalingene som er gitt i retningslinjene/veilederne.
- Miljøet der retningslinjen/veilederen skal iverksettes, har mangler som påvirker evnen til å utføre det som står i retningslinjen/veilederen. Det kan være at målgruppen ikke kjenner til retningslinjen/veilederen, at arbeidsplassen mangler ressurser eller kompetanse til å gjennomføre anbefalingene, etc.
- Målgruppen for implementeringen opplever at innsatsen som legges i å iverksette retningslinjer/veiledere, er større enn gevinsten.
- Målgruppen opplever at forskningen som danner kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene i retningslinjer/veiledere, er «frakoblet den virkelige verden».
- Målgruppen føler ikke eierskap til retningslinjen/veilederen som iverksettes.
- Målgruppen mangler motivasjon til å ta i bruk retningslinjer/veiledere. Dette kan ha flere årsaker, som at det totale antallet retningslinjer og veiledere er for stort.
- Helsepersonell opplever press fra pasienter/brukere og deres pårørende om «å gjøre noe», som kan motstride anbefalingene som gis i retningslinjene/veilederne.

#### Suksessfaktorer:

- Organisasjonen der implementeringen skal foregå, lar de ansatte delta i relevante prosjekter.
- Inkludering av interessenter i implementeringsarbeidet.
- Implementeringen er organisatorisk forankret, og pasientgruppen som retningslinjen eller veilederen gjelder, er mottakelige for endringen som følger implementeringen.
- God spredning av informasjon om retningslinjer/veiledere til målgruppen.
- Målgruppen vet hvordan man kan innlemme anbefalingene som gis i retningslinjer/veiledere, med pasientpreferanser.
- Eventuell opplæring som gis i forbindelse med implementeringen, er praksisnær.
- Det gis støtte til å følge retningslinjer/veiledere fra ledelse, støttesystemer for ansatte etc.
- Det utføres en evaluering av endring over tid, og resultatene tilbakeføres til praksis.
- God samhandling mellom relevant personell bidrar positivt til å iverksette retningslinjer/veiledere.
- Delegering av ansvar til relevant personell kan bidra til at alle føler eierskap til prosessen.
- Involvering av brukere og pårørende i prosessen kan bidra til at de selv bruker det de har lært av anbefalingene i sitt dagligliv.
- Kartlegging av ansattes kompetanse bidrar til at man kan spille på hverandres styrker gjennom implementeringsprosessen.
- Forbedring av tilgang til ressurser dersom det er mulig, kan gjøre det mulig (eller

lettere) å gjennomføre det anbefalingene i retningslinjene/veilederne sier.

- Det er både lett og god tilgang til retningslinjer og veiledere (også kortversjoner av dem), fortrinnsvis digitalt.
- Det er mulighet til å lage lokale protokoller basert på nasjonale føringer for å skreddersy anbefalinger til lokale forhold.
- Bruk av aktive metoder som praksisbesøk, observasjon og tilbakemelding, kurs og møter og skreddersydde tiltak for de lokale forholdene gir best resultater.

Det å bruke en modell eller et rammeverk som en veileder for iverksettingen kan også gjøre arbeidet lettere. Å bruke en modell som kunnskap-til-handling kan gi en god veileder for prosessen og hva man skal gjøre for å gjennomføre en iverksetting. Et rammeverk som CFIR kan også være nyttig som en veileder for iverksetting, selv om det ikke fokuserer like på mye prosessen, men mer på hvilke faktorer som påvirker resultatet du vil få av det du gjør.

### *Kunnskapshull*

Selv om det har blitt gjort en del arbeid med å iverksette retningslinjer og veiledere i praksis, er det fortsatt noen kunnskapshull. Det er for eksempel fortsatt uenighet om hvilke metoder for iverksetting som faktisk gir varige resultater. Det er litt mer enighet om hva som ikke fungerer. Det kan ha sammenheng med at de tiltakene som gir minst resultater, er de som har vært mest brukt.

Jeg fant også svært lite forskning- og utviklingsarbeider om iverksetting av retningslinjer/veiledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten spesifikt. Til sammenligning finnes det en god del mer på dette temaet fra spesialisthelsetjenesten, og da spesielt fra intensiv og operasjon. Det er derfor behov for mer dokumentert kunnskap fra kommuner som kan komme andre kommuner, pasienter og brukere til gode. Økt bruk av retningslinjer kan potensielt føre til bedre utfall for pasienter og brukere på sikt og kan også bidra til at alle får et så likt behandlingstilbud som mulig.

### *Noen råd på veien*

Til slutt vil jeg komme med noen råd på veien for dere som skal iverksette retningslinjer/veiledere. Først er det viktig å planlegge arbeidet godt og bruke en modell eller et rammeverk som en veileder både i planleggingen og gjennomføringen. Ta i bruk ressurser som regionale og nasjonale kompetansesentre, som UHST og deres nettverk, der det er relevant. Bruk aktive metoder som undervisning, og gjør det praksisnært. Vurder kvaliteten på iverksettingen, og gi tilbakemelding til de som er involvert på jobben de gjør.

Det er også viktig å huske på at det finnes veldig mange forskjellige metoder for å iverksette retningslinjer og veiledere. Det bør gjøres en vurdering av hvilke metoder som vil fungere best i den spesifikke konteksten retningslinjen eller veilederen skal implementeres i. Her kan brukerrepresentanter være viktige medspillere for å finne ut hva som fungerer best for de ansatte.

Det er lurt å finne ut hvilke fremmere som er på plass allerede (for eksempel kan det være at det allerede er støtte fra ledelsen til å gjennomføre iverksettingen) og utnytte dem til din fordel. Det kan også være lurt å finne ut hvilke ting som kan fungere som fremmere i din kontekst og lage tiltak som inkluderer dem.



## 6. REFERANSER

- Attia, A. (2013). Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertility Society Journal*, 18(2), 123–126. <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2013.03.002>
- Baker, R., Lecouturier, J. & Bond, S. (2006). Explaining variation in GP referral rates for x-rays for back pain. *Implementation Science*, 1(1), 15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-15>
- Bamford, C., Heaven, B., May, C. & Moynihan, P. (2012). Implementing nutrition guidelines for older people in residential care homes: a qualitative study using normalization process theory. *Implementation Science*, 7(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-106>
- Barth, J. H., Misra, S., Aakre, K. M., Langlois, M. R., Watine, J., Twomey, P. J. & Oosterhuis, W. P. (2016). Why are clinical practice guidelines not followed? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 54(7), 1133–1139. <https://doi.org/10.1515/cclm-2015-0871>
- Bernhardsson, S., Johansson, K., Nilsen, P., Öberg, B. & Larsson, M. E. (2014). Determinants of guideline use in primary care physical therapy: a cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. *Physical therapy*, 94(3), 343–354. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130147>
- Bessen, T., Clark, R., Shakib, S. & Hughes, G. (2009). A Multifaceted Strategy for Implementation of the Ottawa Ankles Rules in Two Emergency Departments. *Bmj*. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3056>
- Blackmore, C. C., Mecklenburg, R. S. & Kaplan, G. S. (2011). Effectiveness of clinical decision support in controlling inappropriate imaging. *Journal of the American College of Radiology*, 8(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2010.07.009>
- Borgundvaag, L. (2019). *En kartlegging av implementering av retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner* [Masteroppgave, OsloMet – storbyuniversitetet. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid]. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/10642/7656>
- Clement, C. M., Stiell, I. G., Lowe, M. A., Brehaut, J. C., Calder, L. A., Vaillancourt, C. & Perry, J. J. (2016). Facilitators and barriers to application of the Canadian C-spine rule by emergency department triage nurses. *International emergency nursing*, 27, 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.008>
- Cobo, M. E., Vicente, A., Corres, J., Royuela, A. & Zamora, J. (2009). Implementing a guideline for the request of chest and abdominal x-rays in nontrauma pathologic conditions in an ED. *The American journal of emergency medicine*, 27(1), 76–83. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.01.004>
- Crosby, R. & Noar, S. M. (2011). What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of public health dentistry*, 71, S7–S15. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00235.x>

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A. & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2018). *Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene: En oppsummering av kunnskap*. <http://hdl.handle.net/11250/2583947>
- Egholm, C. L., Rossau, H. K., Nilsen, P., Bunkenborg, G., Rod, M. H., Doherty, P., . . . Zwisler, A.-D. (2018). Implementation of a politically initiated national clinical guideline for cardiac rehabilitation in hospitals and municipalities in Denmark. *Health Policy*, 122(9), 1043–1051. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.015>
- Evenstad, B., Larsen, L. S. & Gravningen, K. (2020). Barriers to compliance with guidelines for health personnel in hospital. *Sykepleien*, 15(82573), e-82573. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.82573>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 10.01.2020). *Samfunnsoppdrag og tildelingsbrev*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/om/fhi/org-visjon/>
- Fretheim, A., Flottorp, S. A. & Oxman, A. D. (2015). Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. *Rapport fra kunnskapssenteret*. [https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2475818/K\\_rapport\\_2015\\_10.pdf?sequence=2](https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2475818/K_rapport_2015_10.pdf?sequence=2)
- Gransjøen, A. M., Wiig, S., Lysdahl, K. B. & Hofmann, B. M. (2018). Barriers and facilitators for guideline adherence in diagnostic imaging: An explorative study of GPs' and radiologists' perspectives. *BMC health services research*, 18(1), 556. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3372-7>
- Gransjøen, A. M., Wiig, S., Lysdahl, K. B. & Hofmann, B. M. (2020). Health care personnel's perception of guideline implementation for musculoskeletal imaging: a process evaluation. *BMC health services research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05272-9>
- Gregorič, M., Pograjc, L., Pavlovec, A., Simčič, M. & Blenkuš, M. G. (2015). School nutrition guidelines: overview of the implementation and evaluation. *Public health nutrition*, 18(9), 1582–1592. <https://doi.org/10.1017/S1368980014003310>
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, 180(6), S57. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1032.8527&rep=rep1&type=pdf>
- Grønne, D. T., Roos, E. M. & Skou, S. T. (2017). GLA: D Årsrapport 2017. *Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet*. [https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/183848984/GLAD\\_Danmark\\_rsrapport\\_2020\\_f.pdf](https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/183848984/GLAD_Danmark_rsrapport_2020_f.pdf)
- Guttormsen, A. B., Hensrud, A., Irtun, Ø., Mowè, M., Sørbye, L. W., Thoresen, L., . . . Smedshaug, G. B. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>
- Hansen, M. R. (2013). *På jakt etter god praksis: En studie om iverksetting av faglige retningslinjer i kommunen* [Masteroppgave, Høgskulen i Sogn og Fjordane]. [https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/150533/Hansen\\_Martin\\_Roland\\_2013.pdf?sequence=1](https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/150533/Hansen_Martin_Roland_2013.pdf?sequence=1)

- Helsebiblioteket. (2019). *Kunnskap til handling*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/anvende/kunnskap-til-handling>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Dette gjør Helsedirektoratet* <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter*. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Hutchison, G. (2012). Guidelines can harm patients too. *BMJ*, 344, e2685. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2685>
- Johansen, K. B. H., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Rod, M. H. (2014). *Hvordan kan kommunerne bedst implementere kliniske retningslinjer? En evaluering af implementeringsprocessen i ni pilotkommuner*. [http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id\\_69959/cf\\_202/Evalueringsrapport\\_fra\\_SIF\\_-\\_implementering\\_af\\_kli.PDF](http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_69959/cf_202/Evalueringsrapport_fra_SIF_-_implementering_af_kli.PDF)
- Karrer, M., Hirt, J., Zeller, A. & Saxer, S. (2020). What hinders and facilitates the implementation of nurse-led interventions in dementia care? A scoping review. *BMC geriatrics*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01520-z>
- Kuunders, T. J., Jacobs, M. A., van de Goor, I. A., van Bon-Martens, M. J., van Oers, H. A. & Paulussen, T. G. (2017). Implementation of a guideline for local health policy making by regional health services: exploring determinants of use by a web survey. *BMC health services research*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2499-2>
- Köpke, S., Mühlhauser, I., Gerlach, A., Haut, A., Haastert, B., Möhler, R. & Meyer, G. (2012). Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. *Jama*, 307(20), 2177–2184. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1167317>
- Lau, L. (2014). *National, Regional and Global Radiology and Medical Imaging Referral Guidelines: Issues and Opportunities*. Springer. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7256-4\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-7256-4_6)
- Lewis, C. C., Fischer, S., Weiner, B. J., Stanick, C., Kim, M. & Martinez, R. G. (2015). Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implementation Science*, 10(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0342-x>
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P. & Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science*, 4(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-54>
- McCormack, L., Sheridan, S., Lewis, M., Boudewyns, V., Melvin, C. L., Kistler, C., . . . Lohr, K. N. (2013). Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evidence report/technology assessment*, (213), 1–520. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179104/>

- McKay, K. & Nigro, S. (2016). Policy at play: The implementation of Healthy Eating and Active Living Guidelines in municipal child care settings. *Canadian Journal of Public Health*, 107(6), e556–e561. <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5561>
- McKillop, A., Crisp, J. & Walsh, K. (2012). Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 9(3), 159–171. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2011.00233.x>
- McMurdo, M. E. (2010). Remedy for guideline fatigue syndrome. *Bmj*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c6165>
- Meyer, S. E., Velken, R. & Jensen, L. H. (2017). Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien. *Sykepleien*, 12(61797), e-61797. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61797>
- Miilunpalo, E. T., Päivi Moision, Seppo. (2001). Implementation of guidelines in primary health care. A challenge for the municipal health centres in Finland. *Scandinavian journal of primary health care*, 19(4), 227231. <https://doi.org/10.1080/02813430152706738>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2017). Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner <https://www.nkvts.no/sites/komplan/hva-er-handlingsplan/Sider/Hensikt.aspx>
- Neumark, A.-S. N., Brudin, L. & Neumark, T. (2015). Adherence to national diabetes guidelines through monitoring quality indicators – A comparison of three types of care for the elderly with special emphasis on HbA1c. *Primary care diabetes*, 9(4), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2015.03.002>
- Nilsen, P. (2020). Making sense of implementation theories, models, and frameworks. I *Implementation Science* 3.0 (s. 53–79). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-03874-8_3)
- Nilsen, P. & Bernhardsson, S. (2019). Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC health services research*, 19(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4015-3>
- Nilstun, C. (2020, 18.07.2020). *Implementere*. Store Norske Leksikon. <https://snl.no/implementere>
- Nordisk institutt for studier av innovasjon forskning og utvikling. (2015). *FoU-statistikk 2015. Måling av ressursbruk til forskning og utviklingsarbeid (FoU) i helseforetak og private, ideelle sykehus: NIFU*. [https://www.nifu.no/wp-content/uploads/2016/08/Vedlegg2015-HF\\_v1-1.pdf](https://www.nifu.no/wp-content/uploads/2016/08/Vedlegg2015-HF_v1-1.pdf)
- Nordstrand, A., Fridlund, B. & Sollesnes, R. (2016). Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 31934. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31934>

- Norman, A. M. (2011). *Kompetanseheving for helsepersonell i demensomsorgen. En kunnskapsbasert retningslinje tilpasset ved hjelp av ADAPTE metoden* [Masteroppgave, Høgskolen i Bergen]. <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2481908>
- Nylenna, M. (2018). Veileder, retningslinje, prosedyre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2018/01/sprakspalten/veileder-retningslinje-prosedyre>
- Ogden, T. (2014). Complex Roots and Branches of Antisocial Behavior. I A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes & J. Korbin (red.), *Handbook of Child Well-Being*. Springer, Dordrecht. [https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8\\_99](https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8_99)
- Peters, D. H., Bhuiya, A. & Ghaffar, A. (2017). Engaging stakeholders in implementation research: Lessons from the Future Health Systems Research Programme experience. *Health Research Policy and Systems*, 15(104). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0269-6>
- Riksrevisjonen. (2013). *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet og resultatoppnåelse i Helsedirektoratet*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2013-2014/dok3-201213-003.pdf>
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of nursing care quality*, 19(4), 297–304. <https://doi.org/10.1097/00001786-200410000-00002>.
- Røsvik, R. E. A. H. (2015). *Veileder, retningslinje, behandlingslinje, pasientforløp – hva er forskjellen?* <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/veileder-retningslinje-behandlingslinje-pasientforlop-hva-er-forskjellen>
- Sandström, B., Willman, A., Svensson, B. & Borglin, G. (2015). Perceptions of national guidelines and their (non) implementation in mental healthcare: a deductive and inductive content analysis. *Implementation Science*, 10(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0234-0>
- Schreier, M. (2014). Qualitative Content Analysis. I U. Flick (red.), *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis* (s. 170–183). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446282243.n12>
- Skogli, A. E., Theie, M. G., Stokke, O. M. & Lind, L. H. (2019). *Rammer flest – koster mest*. Menon Economics. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2019-31-Rammer-flest-koster-mest.pdf>
- Slade, S. C., Kent, P., Patel, S., Bucknall, T. & Buchbinder, R. (2016). Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain. *The Clinical Journal of Pain*, 32(9), 800–816. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000324>
- Spoon, D., Rietbergen, T., Huis, A., Heinen, M., van Dijk, M., van Bodegom-Vos, L. & Ista, E. (2020). Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103748. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103748>

- Storvik, A. G. (2014, 09.05.2019). *Leger drukner i retningslinjer*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/10/17/leger-drukner-i-retningslinjer/>
- Strømsvold, I. R. (2017). *Fra oppslagsverk til pest og plage: En kvalitativ studie om betydning og iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet* [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/2471794>
- Swaithes, L., Paskins, Z., Dziedzic, K. & Finney, A. (2020). Factors influencing the implementation of evidence-based guidelines for osteoarthritis in primary care: A systematic review and thematic synthesis. *Musculoskeletal Care*, 18(2), 101–110. <https://doi.org/10.1002/msc.1452>
- Tronstad, K., Ruud, M. E. & Nørve, S. (2013). *Evaluering av handlingsplanen for å fremme likestilling og hindre etnisk diskriminering*. (NIBR-rapport 2013:11). <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5463>
- Törmä, J., Winblad, U., Saletti, A. & Cederholm, T. (2015). Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long-term clinical effects in nursing home residents. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(1), 70–76. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0522-4>
- Unnerud, A. D., Imsdalen, I. & Augunsrud, T. M. (2021). “Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve”: Hvordan kan sykepleiere gi best mulig smertebehandling til palliative kreftpasienter i hjemmet? [Bacheloroppgave, NTNU]. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2782383>
- Zeng, L., Li, Y., Zhang, L., Liu, G., Zhang, Y., Zhen, S., . . . Yu, J. (2017). Guideline use behaviours and needs of primary care practitioners in China: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 7(9), e015379. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015379>
- Østerås, N., van Bodegom-Vos, L., Dziedzic, K., Moseng, T., Aas, E., Andreassen, Ø., . . . Schjervheim, U.-B. (2015). Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: Study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Implementation Science*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0353-7>
- Ånstad, U. (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011–2015)*. [https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan\\_forebygging\\_behandling\\_kronisk\\_nyresykdom.pdf](https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf)

# 7. TABELLER

**Tabell 1:** Beskrivelse av søkene som ble gjort i databasene Medline, Embase, Pubmed og Scopus.

DATABASE	DATO FOR SØK	SØKESTRENG	ANTALL TREFF
Medline (OVID)	16/11-20	1: «guideline implementation».mp or exp Guideline Adherence/ 2: municipal*.mp. or exp Hospitals, Municipal/ 3: care services.mp. 4: health services.mp. or exp Health Services/ 5: 2 and 3 and 4 6: 1 and 5 7: exp Practice Guideline/ or exp Guideline/or guideline. mp. 8: exp Implementation Science/ or implementation mp. 9: 7 and 8 10: 5 and 9	3
	11/02-22	1: guideline* .mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 2: implementation.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 3: municipality.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 4: nursing home.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 5: assisted living facilit*.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 6: care home*.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 7: primary care.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 8: retirement home.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 9: home care.mp. (mp=title,abstract,full text, caption text) 10: 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 11: 1 and 2 and 10 12: limit 11 to (yr=2016-current and review articles)	1601
EMBASE (OVID)	16/11-20	1: exp human/ or exp practice guideline/ or guideline* .mp. 2: implement*.mp. or exp practice guideline / 3: municipal*.mp. 4: care services.mp. 5: health care.mp. or exp health care/ or exp health care utilization 6: 1 and 2 7: 3 and 4 and 5 8: 6 and 7	104

PubMed	16/11-20	(Guideline implement* AND municipal AND care services AND health services) Filters applied: full text, Danish, English, Norwegian, Swedish, Humans	65
	11/02-22	((((((((((guideline adherence[MeSH Terms]) AND (implementation[MeSH Terms])) AND (nursing home[MeSH Terms])) OR (nursing homes[MeSH Terms])) OR (assisted living facility[MeSH Terms])) OR (assisted living facilities[MeSH Terms])) OR (facilities, assisted living[MeSH Terms])) OR (facility, assisted living[MeSH Terms])) OR (life care centers, retirement[MeSH Terms])) OR (continuing care retirement centers[MeSH Terms])) OR (home care[MeSH Terms])) OR (primary care[MeSH Terms])  Filters applied: Free full text, review, systematic review, 5 years, English, Norwegian, Danish, Swedish	2184
Scopus	16/11-20	(TITLE-ABS-KEY (guideline* AND implement*) AND TITLE-ABS-KEY (municipal*) AND TITLE-ABS-KEY (care AND services) AND TITLE-ABS-KEY (health and services) AND (LIMIT TO (ACCESSTYPE(OA))) AND LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "re"))	42
Cochrane Library	11/02-22	"guideline implementation" in Title Abstract Keyword AND "nursing homes" in Title Abstract Keyword OR "home care" in Title Abstract Keyword OR "primary care" in Title Abstract Keyword OR "care home" in Title Abstract Keyword- (Word variations have been searched)	141



**Tabell 2:** Kort oppsummering av arbeidene som ble funnet gjennom norske søk i Oria, Google Scholar samt nettsidene til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, KS Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester samt SINTEF.

TYPE KILDE	TITTEL OG FORFATTER	KORT OPPSUMMERING
Masteroppgave	Kompetanseheving for helsepersonell i demensomsorgen. En kunnskapsbasert retningslinje tilpasset ved hjelp av ADAPTE-metoden (Norman, A.M), 2011	Hensikt: utarbeide en retningslinje innenfor demensomsorgen ved å bruke ADAPTE-metoden. Seks eksisterende retningslinjer ble brukt for å gi anbefalinger. Opplæring kombinert med praktisk trening, veiledning og tilbakemeldinger over en lengre periode ga gode resultater.
Masteroppgave	Kompetanseheving for helsepersonell i demensomsorgen. En kunnskapsbasert retningslinje tilpasset ved hjelp av ADAPTE-metoden (Norman, A.M), 2011	Hensikt: utarbeide en retningslinje innenfor demensomsorgen ved å bruke ADAPTE-metoden. Seks eksisterende retningslinjer ble brukt for å gi anbefalinger. Opplæring kombinert med praktisk trening, veiledning og tilbakemeldinger over en lengre periode ga gode resultater.
Masteroppgave	Fra oppslagsverk til pest og plage – en kvalitativ studie om betydning og iverksetting av kunnskapsbaserte retningslinjer for rusfeltet ( Strømsvold, I.R ), 2017	Hensikt: økt forståelse om retningslinjer innen rusfeltets betydning for praksis og forutsetninger for implementering i kommuner. Retningslinjene er betydningsfulle for å imøtekomme oppgaver og krav, men det er konflikter mellom konkrete anbefalinger og feltets kompleksitet.
Masteroppgave	En kartlegging av implementering av retningslinjer fra pasientsikkerhetsprogrammet i overganger mellom institusjoner (Borgundvaag, L), 2019	Hensikt: å kartlegge om retningslinjene fra pasientsikkerhetsprogrammet er implementert i et helsehus. Ansatte selv mener de i stor grad har gjennomført noen tiltak, men opplevde også de en del utfordringer med igangsetting av tiltakene fra retningslinjer.
Rapport	Muskel og skjelettsykdom i Norge: Rammer flest – koster mest. Vurdering av tiltak for å redusere samfunnskostnadene (Skogli, E.S, Theie, M.G., Stokke O.M. & Lind, L.H.), 2019	Denne rapporten kartlegger omfanget og konsekvensene av muskel- og skjelettsykdommer i Norge i dag, beskriver utfordringene denne pasientgruppen har, og trekker frem og vurderer en rekke tiltak for å redusere disse utfordringene.
Rapport	Hvordan kan kommunerne bedst implementere kliniske retningslinjer? (Johansen, K.B.H., Tjørnhøj-Thomsen, T. & Rod, M.H.), 2014	Evaluering av et arbeid der fire forskjellige retningslinjer ble implementert i ni kommuner. Det var vanskelig å si noe sikkert om resultatene av implementeringen. Derfor var det også vanskelig å si noe om hvilken implementeringsstrategi som hadde fungert best.
Rapport	Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer (Fretheim, A., Flottorp, S., & Oxman, A.D.), 2015	Hensikten var å gi en oversikt over hvilke metoder som ga gode resultater når det gjaldt å ta i bruk retningslinjer. Klinisk beslutningsstøtte (inkl. påminnelser), praksisbesøk, observasjon og tilbakemelding, lokale opinionsledere, skreddersydde tiltak og kurs og møter var de tiltakene som ga best resultater.

Rapport	GLA:D Årsrapport 2019 (Grønne, D.T., Roos, E.M., & Skou, S.T.), 2020	Rapporten viser til effektene av prosjektet Godt Liv med Artrose i Danmark. Metodene som ble brukt, var undervisning for aktuelt personell og pasienter og treningsopplegg for pasienter. Resultatene for pasientene har blant annet vært mindre smerter og høyere livskvalitet
Kronikk	Er retningslinjer løsningen? (Nylenna, M. & Fretheim, A.), 2015	Kronikken sier noe om hvilke tiltak som kan fungere for å øke bruken av retningslinjer. Den er basert på rapporten av Fretheim, Flottorp og Oxman (2015).
Kronikk	Er retningslinjer løsningen? (Nylenna, M. & Fretheim, A.), 2015	Kronikken sier noe om hvilke tiltak som kan fungere for å øke bruken av retningslinjer. Den er basert på rapporten av Fretheim, Flottorp og Oxman (2015).

**Tabell 3:** Kort sammendrag av studiene som er grunnlaget for denne kunnskapsoppsummeringen. Disse artiklene ble valgt fra databasesøkene som er beskrevet i tabell 1.

TIDSSKRIFT	TITTEL OG FORFATTER	KORT OPPSUMMERING
Implementation Science	Bamford, C. et al. (2012). "Implementing nutrition guidelines for older people in residential care homes: a qualitative study using normalization process theory."	Mange oppfatter retningslinjene rundt ernæring som for strenge samt irrelevante. Dette er noen av årsakene til at implementering av denne typen retningslinjer er utfordrende.
Health Policy	Egholm, C. L. et al. (2018). "Implementation of a politically initiated national clinical guideline for cardiac rehabilitation in hospitals and municipalities in Denmark."	Implementering av disse retningslinjene indikerte forbedring i sykehus, men ikke kommune. Denne forskjellen i resultater kan føre til at det blir et større skille i kvaliteten av behandling som gis i sykehus og kommune.
Public health nutrition	Gregorič, M. et al. (2015). "School nutrition guidelines: overview of the implementation and evaluation."	Resultatene av denne implementeringen av retningslinjer for kosthold viste at de ble tatt i bruk etter lokale tilpasninger.
BMC Health Services Research	Kuunders, T. J. et al. (2017). "Implementation of a guideline for local health policy making by regional health services: exploring determinants of use by a web survey."	Artikkelen konkluderte med at tiltak burde rettes mot opplevd brukervennlighet for å øke bruk av retningslinjer. Det var også viktig med selvstendighet til å utføre anbefalingene i dem.
Evidence report/ technology assessment	McCormack, L. et al. (2013). "Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence."	Metoder som brukte bare én komponent (for eksempel kun undervisning) ga mindre resultater enn de som brukte flere. Å forklare fordelene med å bruke dem kan være nyttig for å redusere usikkerhet.
Canadian Journal of Public Health	McKay, K. & S. Nigro (2016). "Policy at play: The implementation of Healthy Eating and Active Living Guidelines in municipal child care settings."	Metodene som ble brukt, var opplæring, oppskrifter og menyer og nettbaserte kurs. Denne måten å iverksette retningslinjen på ga positive resultater.
Scandinavian Journal of Primary Health Care	Miilunpalo, S., Toropainen, E. & Moisiö, P. (2001). "Implementation of guidelines in primary health care. A challenge for the municipal health centres in Finland."	Artikkelen gikk gjennom de metodene som har blitt brukt for å iverksette retningslinjer i primærhelsetjenesten. De fleste brukte passive metoder, som ikke ga særlig resultater. Flere brukte også opplæring og andre aktive metoder.
Primary Care Diabetes	Neumark, A.-S. N. et al. (2015). "Adherence to national diabetes guidelines through monitoring quality indicators – A comparison of three types of care for the elderly with special emphasis on HbA1c."	Forfatterne fant at det var behov for langsiktig koordinering mellom kommunal helsehjelp og andre deler av helsetjenesten. De foreslo også at individuelle omsorgsplaner vil minske avvik fra retningslinjer.

International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Nordstrand, A. et al. (2016). "Implementation of national guidelines for the prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents: a phenomenographic analysis of public health nurses' perceptions."	Artikkelen handler om hvordan folkehelseesykepleiere ser på iverksetting av en nasjonal retningslinje for fedme hos barn og unge. Den fremhever at hvordan en retningslinje blir innlemmet i praksis, påvirkes av flere faktorer, som holdningen til det som skal innlemmes.
Implementation Science	Sandström, B. et al. (2015). "Perceptions of national guidelines and their (non) implementation in mental healthcare: a deductive and inductive content analysis."	Det som ble fremhevet, var at retningslinjer ikke ble iverksatt hvis målgruppen for dem ikke stoler på kilden.
The Journal of Nutrition, Health & Aging	Törmä, J., et al. (2015). "Strategies to implement community guidelines on nutrition and their long-term clinical effects in nursing home residents."	Tilrettelegging utenfra og oppsøkende virksomhet (opplæring) ble sammenlignet som metoder for å iverksette retningslinjer i sykehjem. Ernæringsstatus hos beboerne ble hverken bedre eller dårligere, men man så andre positive utfall.
Implementation science	Østerås, N. et al. (2015). "Implementing international osteoarthritis treatment guidelines in primary health care: study protocol for the SAMBA stepped wedge cluster randomized controlled trial."	Forfatterne foreslår en skreddersydd implementeringsstrategi som inkluderer verksteder for fastleger og fysioterapeuter som dekker integrert behandling av slitasjegikt, informasjonsmateriale, opplæring, tilbakemeldinger på behandling og påminnelser.
Sykepleien	Evenstad, B. et al. (2020) Barriers to compliance with guidelines for health personnel in hospital	Tre grupper med hemmere ble påpekt: forståelse av retningslinjer, forståelse og håndtering av avvik og konkurrerende profesjonstradisjoner og verdier.
Journal of the American Medical Association (JAMA)	Köpke, S. et al. (2012). Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes	Implementeringen besto av gruppeundervisning, støttmateriale til relevant personell og pårørende, og opplæring av nøkkelpersonell. Dette førte til en signifikant nedgang i bruken av fysisk tvang i sykehjem.
Wiley Online Library (Musculoskeletal Care)	Swaithes, L. et al. (2020) Factors influencing the implementation of evidence-based guidelines for osteoarthritis in primary care: A systematic review and thematic synthesis	Det at det anbefalingene var mønsterpraksis, var ikke nok til at de ble brukt. Pasientpreferanser ble brukt for å enten engasjere seg eller ikke med implementeringen. Å engasjere gjennom hele organisasjonen var viktig. En opplevelse av at forskningen var «frakoblet den virkelige verden» hindret implementering.
International Journal of Nursing Studies	Spoon, D. et al. (2020) Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: A systematic review	Det ble i hovedsak funnet positive effekter av kombinasjoner av undervisning, bruk av lokale opinionsledere, observasjon og tilbakemelding, vurdering av hindre for å bruke retningslinjer/veiledere og skreddersydde tiltak.

BMC Geriatrics	Karrer, M. et al. (2020) What hinders and facilitates the implementation of nurse-led interventions in dementia care? A scoping review	Faktorer som påvirket implementering, var økonomi, organisasjonens kultur og ressurser, kompleksiteten av implementeringen, opplevd verdi av implementeringen, kompetanse blant ansatte og holdningen til intervensjonen.
Physical Therapy	Bernhardsson, S. et al. (2014) Determinants of Guideline Use in Primary Care Physical Therapy: A Cross-Sectional Survey of Attitudes, Knowledge, and Behavior	Formålet var å finne ut hva som påvirket implementering av retningslinjer blant fysioterapeuter. Dårlig tilgang til retningslinjene og tidspress var de viktigste hindrene for å ta i bruk retningslinjer.
BMJ Open	Zeng, L. et al. (2017) Guideline use behaviors and needs of primary care practitioners in China: a cross-sectional survey	De mest rapporterte hemmerne for å ta i bruk retningslinjer var mangel på opplæring, at de er vanskelige å få tak i, og at de ikke visste om retningslinjene.
World Views on Evidence-Based Nursing – Linking Evidence to Action	McKillop, A., Crisp, J. & Walsh, K. (2012) Barriers and Enablers to Implementation of a New Zealand-Wide Guideline for Assessment and Management of Cardiovascular Risk in Primary Health Care: A Template Analysis	Hemmerne som forfatterne påpekte, var manglende ressurser, tidspress og at det var vanskelig å få tilbakemeldinger. Fremmerne som de påpekte, var klare, aktive roller og god kjennskap til anbefalingene.
Omsorgsbiblioteket	Devik, S.A. & Olsen, R.M. (2018) Underernæring og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene – En oppsummering av kunnskap	Praksisnær opplæring for ansatte i små grupper var en viktig fremmer både i sykehjem og hjemmetjeneste. God ledelsesforankring, kartlegging av kompetanse, evaluering over tid, tilbakeføring av resultater på avdelingsnivå, tilgjengelige og oppdaterte prosedyrer, involvering av brukere og pårørende og samhandling mellom relevant personell er også fremmere.
Sykepleien	Meyer, S.E., Velken, R. & Jensen, L.H.E. (2017) Vurdering av ernæringsstatus – et sykepleiefaglig ansvar i hjemmesykepleien	Ledelsesforankring var viktig når systematisk ernæringskartlegging skulle iverksettes. Det opplevdes også som utfordrende å vurdere mat og drikkeinntak i løpet av døgnet. Det var dessuten en spenning mellom selvbestemmelsen til bruker og anbefalingene om systematisk ernæringskartlegging og tidspress.

# Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap.  
På [omsorgsbiblioteket.no](https://omsorgsbiblioteket.no) finnes flere slike oppsummeringer innen mange ulike tema.

*Ann Mari Gransjøen* er forsker ved Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU.  
E-postadresse: [ann.gransjoen@ntnu.no](mailto:ann.gransjoen@ntnu.no)

