

SAMMANFATTNING

För att rekommenderade metoder ska komma fler patienter tillgodo är det viktigt att öka kunskapen kring implementering inom fysioterapi. Implementering av nya arbetssätt är utmanande och sker oftast inte med automatik – det krävs ett aktivt stöd. Det finns i dag sparsamt med studier inom fysioterapi som visar på effektiva metoder för att stödja implementering av nya arbetssätt. Den här artikeln belyser vad forskningen visar i dag gällande olika metoder för att stödja implementering. Artikeln exemplifierar också hur man kan gå tillväga för att utveckla, genomföra och utvärdera en implementeringsintervention.

Viktigt att öka kunskapen kring implementering



FOTO: JOHANNES ÖLLSSON

JOHANNA FRITZ

specialistfysioterapeut, fil.dr i fysioterapi, universitetslektor vid Akademin för hälsa, vård och välfärd, Mälardalens högskola, Västerås.

EVIDENSBASERAD PRAKTIK, det vill säga att använda metoder som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet, ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (1). Begreppet evidensbaserad praktik introducerades i början av 1990-talet och innebär att de behandlingsmetoder som används väljs i enlighet med bästa tillgängliga vetenskapliga forskning i kombination med sjukvårdspersonalens kliniska kompetens och patientens behov och önskemål (2). Trots detta används inte rekommenderade behandlingsmetoder i den utsträckning som skulle vara önskvärdt. I en systematisk litteraturoversikt över behandlingsmetoder som används inom fysioterapi för behandling av patienter med besvär från muskler och leder, visade det sig att 54 procent av fysioterapeuterna använde rekommenderade behandlingsmetoder (3). Svårigheten inom fysioterapi såväl som inom annan hälso- och sjukvård är att införa nya metoder, vilket inte sker med automatik. Det behövs ofta stödande åtgärder när nya metoder ska införas. I kölvattnet för det här behovet har intresset för implementering och implementeringsforskning ökat (4).

Vad menas med implementering och implementeringsforskning?

Implementering avser i det här sammanhanget en

systematisk process för att främja införandet av evidensbaserade metoder för att förbättra vårdkvaliteten (5). Implementeringsforskning handlar således om att studera dessa processer. När vi studerar utfallet av kliniska interventioner inom fysioterapi utvärderar vi ofta effekten i relation till förändringar av patientens hälsa. Om patientens hälsa förbättras kan vi anta att den kliniska interventionen var effektiv och implementeringen lyckad. Om patientens hälsa inte förbättras så står vi inför två scenarion: antingen var inte den kliniska interventionen effektiv eller så misslyckades implementeringen. Implementeringsforskningen underlättas därför om det är en evidensbaserad metod som ska implementeras (6).

Vad är det då som skiljer en klinisk intervention från en implementeringsintervention? Jo, den kliniska interventionen syftar på den metod som du vill införa i vården. Att utvärdera den kliniska interventionen är ett bidrag till metodens evidensbaserings. Målgruppen är ofta en patientgrupp och utfallsmåttet handlar om att förbättra patientens hälsa. Till exempel skulle den kliniska interventionen kunna vara att vårdpersonalen ska tvätta händerna innan och efter varje patientmöte. Att utvärdera effekten av att tvätta händerna innebär att studera om interventionen bidrar till minskad smittspridning bland patienterna. En implemen-

teringsintervention är den metod (en eller flera) som används för att stödja implementeringen av den kliniska interventionen (7). I exemplet om att tvätta händerna så skulle implementeringsinterventionen kunna vara utbildning av vårdpersonalen angående bakteriologi, virologi och basala hygienrutiner samt påminnelser genom strategiskt uppsatta anslag som uppmanar vårdpersonalen att tvätta händerna. Att utvärdera implementeringsinterventionen innebär vanligtvis att studera förändringar i vårdpersonalens arbetssätt och vad som bidrog till dessa förändringar.

Att implementera nya evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården är fortfarande en utmaning trots mer än två decennier av implementeringsforskning (8). Implementering inom fysioterapi är inget undantag från detta (9–13). Ett uttalat antagande är att fysioterapeuter, efter att ha deltagit i en kortare kurs eller enstaka utbildningsinsatser, skulle kunna använda den nya kunskapen i sitt kliniska arbete. Generellt sett verkar effekterna av sådana passiva utbildningsinsatser vara låga (6, 13, 14). En viss ökning av kunskap och förändrade attityder har påvisats, men just inga förändringar av det kliniska arbetssättet (13, 15–17). De orsaker som har rapporterats påverka den bristande implementeringen är otillräcklig färdighetsträning (9, 11), passiv utbildningsinsats (13), komplexiteten i den kliniska interventionen (16), fysioterapeuternas uppfattning om den kliniska interventionen som ineffektiv (18) och för korta utbildningsinsatser (9, 12, 18). Implementering av nya metoder behöver därför aktiv stöttning.

Vilken implementeringsintervention fungerar bäst?

Vid implementering av nya metoder inom fysioterapi riktas implementeringsstödet oftast till fysioterapeuten, men stödet kan också riktas till patienten eller organisationen. De vanligaste metoderna för att stödja implementeringen inom hälso- och sjukvård är utbildningsmaterial, utbildningsträffar, påminnelser, återkoppling, handledning och stöd från eldsjälarna (se tabell 1) (19). *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care group* (EPOC) genomför systematiska litteraturoversikter av implementeringsmetoder som används inom vården. Generellt sett så har det visat sig att effekten av dessa metoder för att stödja implementering är ganska begränsad och effekten skiljer sig inte så mycket mellan metoderna (14, 20–24). Viss forskning tyder på att frekvensen och durationen av implementeringsinterventionen spelar större roll än själva implementeringsmetoden i sig (12). Många implementeringsinterventioner inom fysioterapi kombinerar flera implementeringsmetoder (25). Utifrån den forskning som finns i dag är det dock inte helt tydligt om det är bäst att använda en eller flera implementeringsmetoder (25–27) och inte heller om någon metod är att föredra (12, 13, 25–27).

Att planera och utvärdera implementering

En svårighet med att hitta framgångsrika metoder för att stödja implementering är att implementering sker i en viss kontext. Det som fungerar i ett sammanhang fungerar inte alltid i ett annat



Tabell 1. Beskrivning av vanliga implementeringsmetoder

Implementeringsmetod	Beskrivning
Utbildningsmaterial (14)	Skriftliga eller elektroniska rekommendationer gällande det kliniska arbetssättet.
Utbildningsträffar (28)	Konferenser, föreläsningar eller workshop.
Påminnelser (20)	Muntlig, skriftlig eller elektronisk information för att påminna om önskvärt arbetssätt.
Återkoppling (23)	Återkoppling av det kliniska arbetets utförande under en specifik tidsperiod.
Handledning (24)	Handledning i klinik med extern person i syfte att ge information och återkoppling som ett stöd för vårdpersonalens beteendeförändring.
Elds själar (21)	Drivande personer inom arbetsgruppen som utsetts att leda och inspirera implementeringen.

→ sammanhang (29). Det är därför av vikt att utforska möjliga determinanter för implementeringen, det vill säga faktorer som kan hindra eller underlätta implementeringen, och skraddarsy implementeringsinterventionen utifrån dessa (30). Determinanter kan identifieras på olika nivåer och kan till exempel vara relaterade till den kliniska interventionen som ska implementeras eller till fysioterapeuten, patienter, kollegor och chef, organisationsstruktur, ekonomiska resurser och politiska incitament (6, 31–33). Till exempel tyder forskning på att komplexa kliniska interventioner, det vill säga interventioner som innebär flera nya beteenden för fysioterapeuten, är svårare att implementera (13).

Vid utvärdering av implementeringsinterventionen rekommenderas det att fokusera både på effekterna av implementeringsinterventionen, det vill säga förändringar av fysioterapeutens kunskap, attityder och kliniska arbetssätt, men också på implementeringsprocessen för att öka förståelsen för varför implementeringsinterventionen var framgångsrik eller inte (6, 34, 35). Även hälsoekonomiska utvärderingar uppmuntras men har hittills inte förekommit speciellt ofta inom fysioterapi (36, 37).

Under de senaste tio åren har fokus ökat på implementering av evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvård (19, 37). Det finns ett växande intresse för att använda teorier och modeller för att göra implementeringen lättare att förstå och öka sannolikheten att den lyckas. Nilsen (38) beskriver en mängd användbara teorier och modeller för implementering: processmodeller som används i syfte att guida den övergripande implementeringsprocessen, determinantramverk, klassiska teorier och implementeringsteorier som används för att underlätta förståelsen av vad som påverkar utfallet av implementeringen samt utvärderingsramverk. Vissa av dessa teorier och modeller har sitt ursprung inom implementeringsforskningen medan andra lånas från andra discipliner såsom psykologi och sociologi.

Det finns ett växande intresse för att använda teorier och modeller för att göra implementeringen lättare att förstå och öka sannolikheten att den lyckas.

Ett exempel på hur man kan gå tillväga

Den kliniska interventionen som ska implementeras i följande exempel är ett evidensbaserat beteendemedicinskt arbetssätt vid behandling av patienter med långvarig smärta ifrån muskler och leder. Det beteendemedicinska arbetssättet är ett komplext arbetssätt med många olika komponenter såsom att integrera såväl fysiska som psykosociala aspekter av betydelse för patientens aktivitets- och delaktighetsförmåga samt användning av beteendeförändringstekniker för att stödja patientens beteendeförändring. Implementeringsinterventionen riktar sig till fysioterapeuter som arbetar inom primärvården.

För att underlätta struktur och systematik användes en modell för den övergripande implementeringsprocessen (6). Modellen beskriver implementeringen i flera steg, *se figur 1*.

Processen inleddes med att konkretisera den kliniska interventionen, i det här fallet det beteendemedicinska arbetssättet (steg 1). Då det rekommenderas att målgruppen ska involveras, skapades en referensgrupp bestående av fem fysioterapeuter som arbetade med aktuell patientgrupp och två forskare. Referensgruppen träffades vid fyra tillfällen under planeringsstadiet och diskuterade bland annat vilka beteenden som borde kunna observeras hos en fysioterapeut som använder ett beteendemedicinskt arbetssätt. Det mynnade ut i ett observationsprotokoll innehållande 58 olika beteenden.

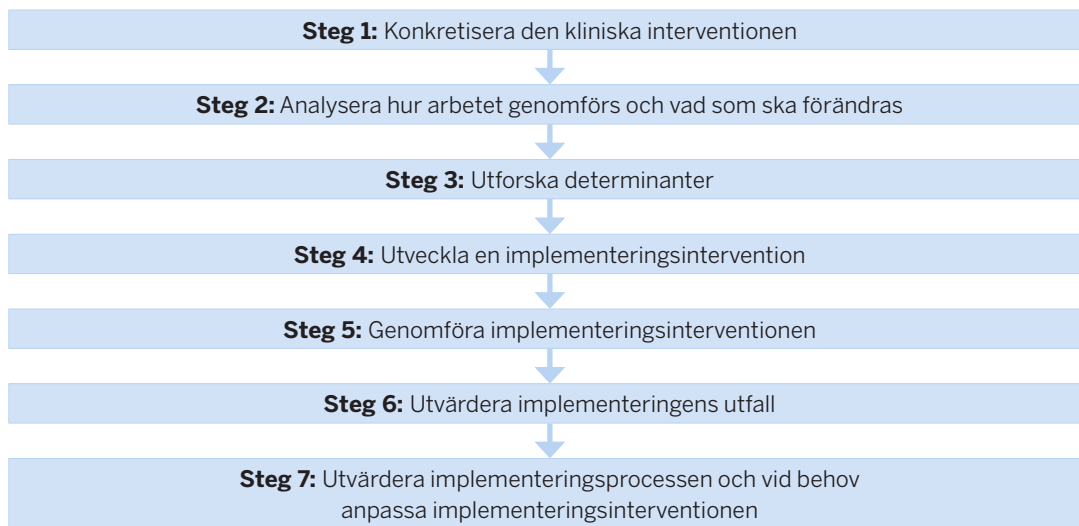
Därefter analyserades hur fysioterapeuter med en beteendemedicinsk utbildning i dag arbetar med patienter som har långvarig smärta och vad som bör förändras (steg 2). Genom intervjuer av fysioterapeuterna framkom det att det fanns god kunskap om det beteendemedicinska arbetssättet och goda intentioner till att använda det, men videoobservationer visade att tillämpningen ändå var liten i patientsituationen. Färdighetsträning ansågs därmed vara en viktig ingrediens i den kommande implementeringsinterventionen.

Fysioterapeuterna, deras patienter och chefer intervjuades också angående determinanter (steg 3). Dessutom granskades regelverk och lokala riktlinjer. Determinanter identifierades på olika nivåer (39).

Hindrande faktorer var till exempel:

- Ambivalensen till det beteendemedicinska arbetssättet, där vissa delar uppskattades mer än andra bland annat utifrån hur enkla de var att tillämpa i arbetet.
- Att det upplevdes generande att fråga patienten om psykosociala faktorer.

Figur 1. Modell som ger struktur åt den övergripande implementeringsprocessen (6)



- Omedvetenheten om hur arbetet skedde. Fysioterapeuterna trodde att de gjorde på ett sätt men de videoinspelade patientmötena visade ibland något annat.
- Upplevelsen av ett otydligt stöd från chefen.
- Upplevd tidsbrist.
- Patienter som förväntade sig en passiv behandling.

Möjliggörande faktorer var till exempel:

- Fysioterapeuternas goda pedagogiska färdigheter.
- Stödet från kollegor.
- Patienter som förväntade sig att vara delaktiga i sin behandling.

Därefter utvecklades själva implementeringsinterventionen, det vill säga stödet vid införandet av det beteendemedicinska arbetssättet i primärvården (steg 4). De metoder som inkluderades i implementeringsinterventionen valdes utifrån de identifierade determinanterna (se figur 2) samt tankar grundade i teorier för beteendeförändring (socialkognitiv teori) och lärande (konstruktivistiskt lärande) (40). Det resulterade i en implementeringsintervention som innehöll åtta implementeringsmetoder, varav sex riktade sig mot fysioterapeuten, en riktade sig mot chefen och en riktade sig mot patienten, se figur 3.

Fysioterapeuterna erbjöds implementeringsinterventionen under sex månader vilket möjliggjorde tio handledningstillfällen (steg 5).

Utfallet av implementeringsinterventionen studerades som förändringar i fysioterapeuternas arbetssätt och dessa förändringar jämfördes med

en kontrollgrupp (steg 6). Genom observation av videoinspelade patientmöten, fysioterapeuternas självrapportering och granskning av fysioterapeuternas dokumentation i patientjournalen identifierades fysioterapeuternas beteenden. De 58 beteenden som referensgruppen tidigare identifierat utgjorde underlag till de protokoll som användes vid mätningarna. Fysioterapeuternas arbetssätt mättes före och direkt efter implementeringsperioden samt efter 3, 6 och 12 månader. Resultatet såg lovande ut omedelbart efter implementeringsinterventionen: fysioterapeuterna förändrade signifikant sitt arbetssätt och effekten var stor. Uppföljningsmätningarna visade tyvärr det som alltför ofta händer vid implementeringsförsök: förändringarna i arbetssättet kvarstod inte (40).

För att undersöka vad som gjorde att fysioterapeuterna initialt ändrade sitt arbetssätt men inte vidmakthöll förändringarna, gjordes en processutvärdering (steg 7) (41, 42). Fysioterapeuterna självrapporterade vilka implementeringsmetoder som användes och i vilken utsträckning, samt intervjuades om sina erfarenheter av implementeringen. Det visade sig att handledning och kollegialt lärande var de implementeringsmetoder som fysioterapeuterna ansåg ha störst betydelse för implementeringen, följt av utbildningsmaterial och individuella mål. Processutvärderingen visade också vilka mekanismer som bidrog till den omedelbara beteendeförändringen och tänkbara mekanismer för att vidmakthålla en beteendeförändring.



→ **Mekanismer som bidrog till den omedelbara beteendeförändringen**

OLIKA LÄRMETODER. Fysioterapeuterna föredrog olika sätt att lära, såsom att kunna läsa, lyssna, observera, öva praktiskt och diskutera, samt kombinationen av nätbaserat stöd och stöd ansikte mot ansikte. Då en variation av implementeringsmetoder erbjöds kunde fysioterapeuterna skraddarsy sitt implementeringsstöd genom att kombinera de metoder som passade dem bäst.

HANDLINGSPLANERING. Fysioterapeuterna behövde stöd för att avsätta tid för implementeringen då arbetsbelastningen var hög. De schemalagda handledningsträffarna underlättade tidsplaneringen för implementeringen och likaså flexibiliteten som inspelade filmer och föreläsningar gav. De individuella målen och handledningsträffarna fungerade som påminnelser för att träna moment från gång till gång.

BEARBETNING AV ERFARENHETER. Den återkommande handledningen stimulerade fysioterapeuternas lärande genom möjlighet till reflektion, feedback och problemlösning tillsammans med både en erfaren handledare och kollegor.

SELF-EFFICACY (TILLTRO TILL SIN FÖRMÅGA). Fysioterapeuternas self-efficacy för att tillämpa ett beteendemedicinskt arbetssätt påverkades sannolikt genom stödet från kollegorna men också genom att kontinuerligt klara av de uppsatta individuella målen. Denna tilltro ökade efter implementeringsinterventionen och bestod över tid, men lyckades ändå inte bidra till att fysioterapeuterna vidmakthöll förändringen av arbetssättet. Det har visat sig att olika metoder tillsammans kan ge synergi-

effekter som initierar en beteendeförändring (43). Ökad self-efficacy tillsammans med de övriga mekanismerna klarade i det här fallet av att initiera en beteendeförändring hos fysioterapeuterna, men inte att vidmakthålla den när implementeringsinterventionen upphörde.

YTTRER MOTIVATION. En vilja att behaga handledaren och kollegorna var en stark drivkraft hos fysioterapeuterna. Nackdelen med den typen av drivkraft är att den försvinner när handledningsträffarna upphör.

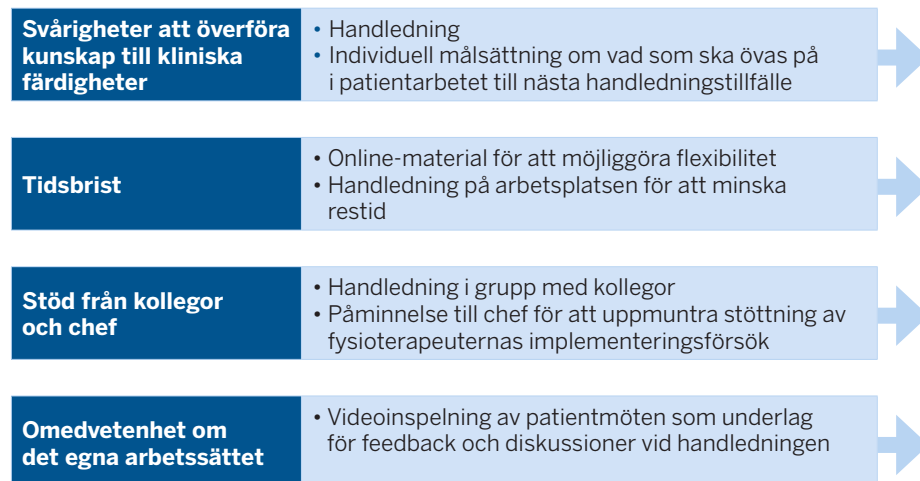
Tänkbara mekanismer för att vidmakthålla en beteendeförändring

I det här exemplet blev det ganska uppenbart att det är olika mekanismer som påverkar initiering av fysioterapeuternas beteendeförändring och andra mekanismer som påverkar om de vidmakthålls.

INRE MOTIVATION. Det behövs ett eget intresse för att ändra sitt arbetssätt och en egen tillfredsställelse av att genomföra denna förändring för att förändringen ska vidmakthållas. Ett sätt att stödja detta vid implementering är att tydliggöra fördelarna med arbetssättet och uppmuntra belöning av sig själv vid förändrat arbetssätt.

SJÄLVREGLERING. Förmågan till självreglering uppmuntrades på flera sätt genom implementeringsinterventionen, till exempel genom att sätta individuella mål och genom självmonitorering. Den svagaste länken vad gäller självreglering i det här exemplet handlade om fysioterapeuternas förmåga att genomföra implementeringen utan externt stöd. Under implementeringsperioden var handledaren

Figur 2. Exempel på metoder i implementeringsinterventionen för att bemöta identifierade determinanter.



drivande i att uppmuntra fysioterapeuterna till att sätta mål, reflektera och diskutera vid handledningen, följa upp självmonitoreringen med mera. När implementeringsperioden avslutades så upphörde även den drivande kraften. Handledaren borde i stället ha fasat ut sig själv under implementeringsperioden för att successivt lägga över drivkraften på fysioterapeuterna själva.

CHEFSSTÖD. Fysioterapeuterna efterfrågade ett tydligare stöd från chefen i hur de skulle prioritera sin tid under implementeringen när arbetsbelastningen var hög. Implementering handlar ofta om att bryta vanor vilket kan vara en tidskrävande process. Fysioterapeuterna hade troligtvis behövt fortsatt stöd även efter den sex månader långa implementeringsperioden. Individuell målsättning, kollegialt stöd, uppmuntran och påminnelser skulle därför behöva integreras i det rutinemässiga arbetet, vilket kan vara en fråga för ledningen.

Slutsats

Även om det fortfarande finns mycket att lära om implementering så vet vi att implementering av nya metoder kräver ett aktivt stöd. Stödet, det vill säga implementeringsinterventionen, behöver skräddarsys utifrån relevanta determinanter som exempelvis kan vara knutna till den kliniska interventionen, fysioterapeuten, patienten eller arbetsplatsen. Det finns flera olika teorier och modeller som kan vara till hjälp vid utveckling av en implementeringsintervention. En implementeringsintervention kan bestå av en eller flera metoder. Forskning visar att olika metoder ger snarlik effekt, att det är oklart om en eller flera metoder är att föredra och att intensiteten av stödet kan ha större betydelse än metoden i sig. Det finns därmed ett behov av att fortsätta att studera effekten av olika implemen-



Figur 3. Implementeringsinterventionen bestod av åtta olika metoder för att stödja implementeringen av ett beteendemedicinskt arbetssätt i primärvården.

teringsmetoder inom fysioterapi och implementeringsmetodernas verkningsmekanismer. Den största utmaningen vid implementering är inte bara att förändra fysioterapeutens arbetssätt genom att införa en ny arbetsmetod, det är också att vidmakthålla denna förändring. ■

REFERENSER

- 1. Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659)[Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 27 oktober 2020]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- 2. Guyatt G, Cairns J, Churchill D, Cook D, Haynes B, Hirsh J, et al. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
- 3. Zadro J, O’Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open* 2019;9(10):e032329.
- 4. Li LC, van der Wees PJ. ‘Knowing Is Not Enough; We Must Apply. Willing Is Not Enough; We Must Do’. *Phys. Ther.* 2015;95(4):486-91.
- 5. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: National Implementation Research Network; 2005.
- 6. Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D. Improving patient care. The implementation of change in health care. 2nd ed. Chichester, England: Wiley-Blackwell; 2013.
- 7. Eldh AC, Almost J, DeCorby-Watson K, Gifford W, Harvey G, Hasson H, et al. Clinical interventions, implementation interventions, and the potential greyness in between – a discussion paper. *BMC Health Serv. Res.* 2017;17(1):16.
- 8. Westerlund A, Nilsen P, Sundberg L. Implementation of implementation science knowledge: the research-practice gap paradox. *Worldviews Evid. Based Nurs.* 2019;16(5):332-4.
- 9. Gray H, Howe T. Physiotherapists’ assessment and management of psychosocial factors (Yellow and Blue Flags) in individuals with back pain. *Phys. Ther. Rev.* 2013;18(5):379-94.
- 10. Sanders T, Foster N, Bishop A, Ong BN. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists’ accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2013;14:65.

REFERENSER

- 11. Synnott A, O'keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, Amp, Apos, et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J. Physiother.* 2015;61(2):68-76.
- 12. Mesner SA, Foster NE, French SD. Implementation interventions to improve the management of non-specific low back pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet. Disord.* 2016;17:258.
- 13. Bird ML, Miller T, Connell LA, Eng JJ. Moving stroke rehabilitation evidence into practice: a systematic review of randomized controlled trials. *Clin. Rehabil.* 2019;33(10):1586-95.
- 14. Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2012(10).
- 15. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ. Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *J. Eval. Clin.* 2009;15(4):724-32.
- 16. Sandborgh M, Åsenlöf P, Lindberg P, Denison E. Implementing behavioural medicine in physiotherapy treatment. Part II: Adherence to treatment protocol. *Adv. Physiother.* 2010;12(1):13-23.
- 17. Stevenson K, Lewis M, Hay E. Does physiotherapy management of low back pain change as a result of an evidence-based educational programme? *J. Eval. Clin.* 2006;12(3):365-75.
- 18. Lamb SE, Lall R, Hansen Z, Castelnuovo E, Withers EJ, Nichols V, et al. A multicentred randomised controlled trial of a primary care-based cognitive behavioural programme for low back pain. The Back Skills Training (BeST) trial. *Health Technol. Assess. (Winchester, England).* 2010;14(41):1-253.
- 19. Grimshaw, Eccles M, Lavis J, Hill S, Squires J. Knowledge translation of research findings. *Implement. Sci.* 2012;7:50.
- 20. Arditi C, Rège-Walther M, Durieux P, Burnand B. Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2017(7).
- 21. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw JM. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2019(6).
- 22. Forsetlund L, Bjørndal A. Identifying barriers to the use of research faced by public health physicians in Norway and developing an intervention to reduce them. *J. Health Serv. Res. Policy.* 2002;7(1):10-8.
- 23. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2012(6).
- 24. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT, et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2007(4).
- 25. van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebbeck T, de Bie RA, Dekker J, Hendriks EJ. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *J Physiother.* 2008;54(4):233-41.
- 26. Boaz A, Baeza J, Fraser A. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Res. Notes* 2011;4:212.
- 27. Squires JE, Sullivan K, Eccles MP, Worswick J, Grimshaw JM. Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implement. Sci.* 2014;9:152.
- 28. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf FM, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database Syst. Rev.* 2009(2).
- 29. Nilsen P. *Implementering av evidensbaserad praktik.* Malmö: Gleerup; 2014.
- 30. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane database Syst. Rev.* 2015(4).
- 31. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement. Sci.* 2013;8:35.
- 32. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362(9391):1225-30.
- 33. Dannapfel P, Peolsson A, Nilsen P. What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implement. Sci.* 2013;8:31.
- 34. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ.* 2015;350:h1258.
- 35. Pinnock H, Barwick M, Carpenter CR, Eldridge S, Grandes G, Griffiths CJ, et al. Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI) Statement. *BMJ.* 2017;356:i6795.
- 36. Bérubé ME, Poitras S, Bastien M, Laliberté LA, Lacharite A, Gross DP. Strategies to translate knowledge related to common musculoskeletal conditions into physiotherapy practice: a systematic review. *Physiotherapy* 2018;104(1):1-8.
- 37. Jones CA, Roop SC, Pohar SL, Albrecht L, Scott SD. Translating knowledge in rehabilitation: systematic review. *Phys. Ther.* 2015;95(4):663-77.
- 38. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement. Sci.* 2015;10:53.
- 39. Fritz J, Söderbäck M, Söderlund A, Sandborgh M. The complexity of integrating a behavioral medicine approach into physiotherapy clinical practice. *Physiother. Theory Prac.* 2018:1-12.
- 40. Fritz J, Wallin L, Söderlund A, Almqvist L, Sandborgh M. Implementation of a behavioral medicine approach in physiotherapy: impact and sustainability. *Disabil. Rehabil.* 2019:1-8.
- 41. Fritz J, Wallin L, Söderlund A, Almqvist L, Sandborgh M. Implementation of a behavioral medicine approach in physiotherapy: a process evaluation of facilitation methods. *Implement. Sci.* 2019;14(1):94.
- 42. Fritz J. *Implementation of a behavioural medicine approach in physiotherapy: Determinants, clinical behaviours, patient outcomes and the implementation process [Phd dissertation].* Mälardalen University Press Dissertations: Mälardalen University; 2020.
- 43. Rusk RD, Vella-Brodrick DA, Waters L. A complex dynamic systems approach to lasting positive change: the Synergistic Change Model. *J. Posit.* 2018;13(4):406-18.