

Die Stillkommission auf dem Weg von der Empfehlung zur Leitlinie

A. Wöckel

Universitätsfrauenklinik Ulm

(Direktor: Prof. Dr. Kreienberg)

Begriffsklärung

Standard

Leitlinie

**klinischer
Pfad**

Empfehlung

Versorgungsleitlinie

Richtlinie

Richtlinien

Richtlinien sind

„Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht“.

Beurteilungskriterien für Leitlinien in der med. Versorgung; Beschlüsse der Vorstände von BÄK und KBV v. Juni 1997, DÄB 1997; 33: A 2154-2155

Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Versorgungsweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.....

.....**Leitlinien** sind Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Beurteilungskriterien für Leitlinien in der med. Versorgung; Beschlüsse der Vorstände von BÄK und KBV v. Juni 1997, DÄB 1997; 33: A 2154-2155

Definition

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung in spezifischen Krankheitssituationen erleichtern.

Sie dienen damit der Vermittlung und der Bereitstellung des gegenwärtigen Standes des Wissens.

**umfangreiches Wissen
werten**

Information der Öffentlichkeit

**Entscheidungsfindung für
Ärzte und Patienten
erleichtern**

**Klärung
gegensätzlicher
Standpunkte**

Leitlinien

**Vermeidung
überflüssiger
und überholter
Maßnahmen**

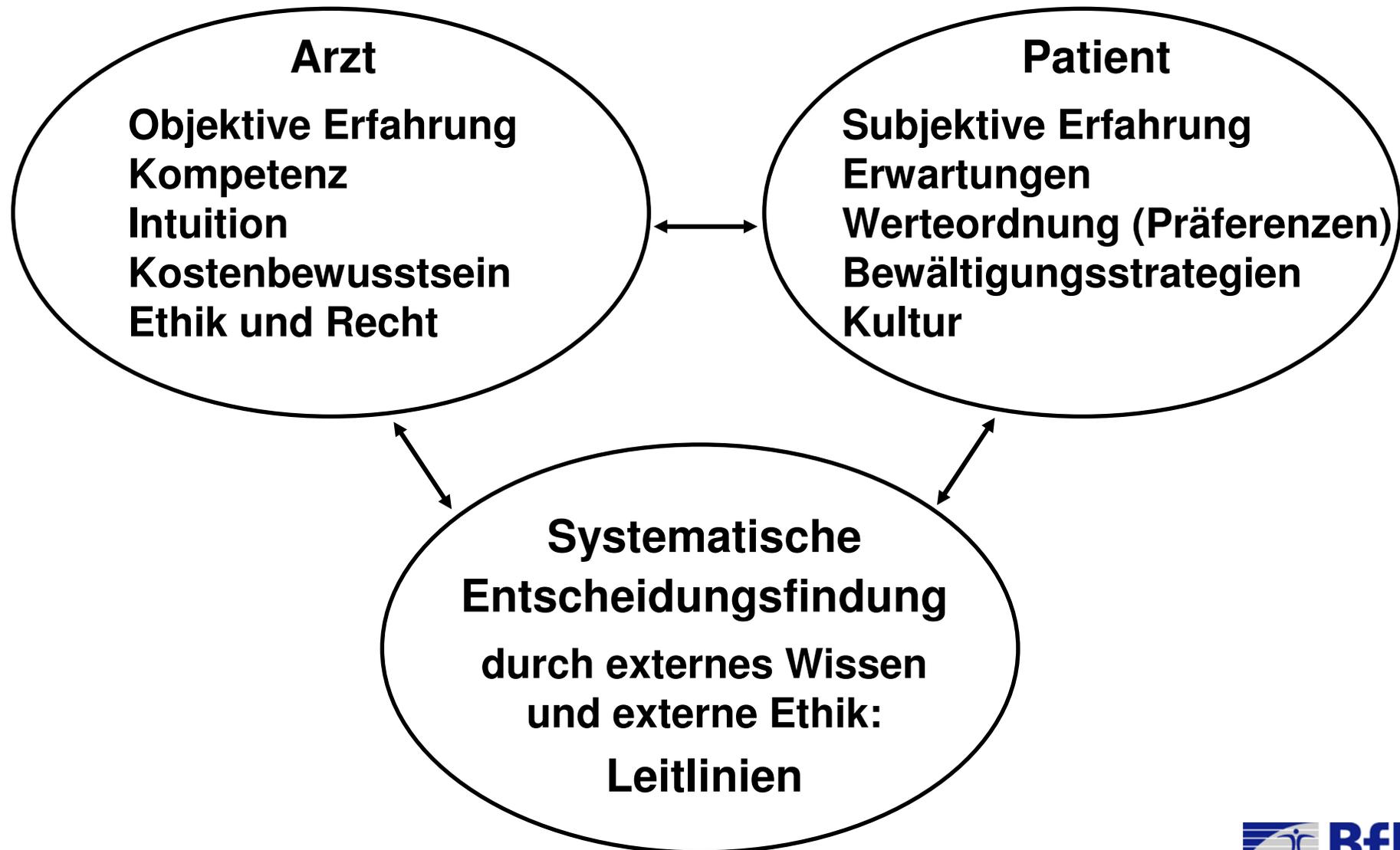
Systematische Entwicklung

**Sicherung und Verbesserung
der gesundheitlichen
Versorgung**

**Vermittlung des
gegenwärtigen
Standes des Wissens**

Nutzen und Schaden abwägen

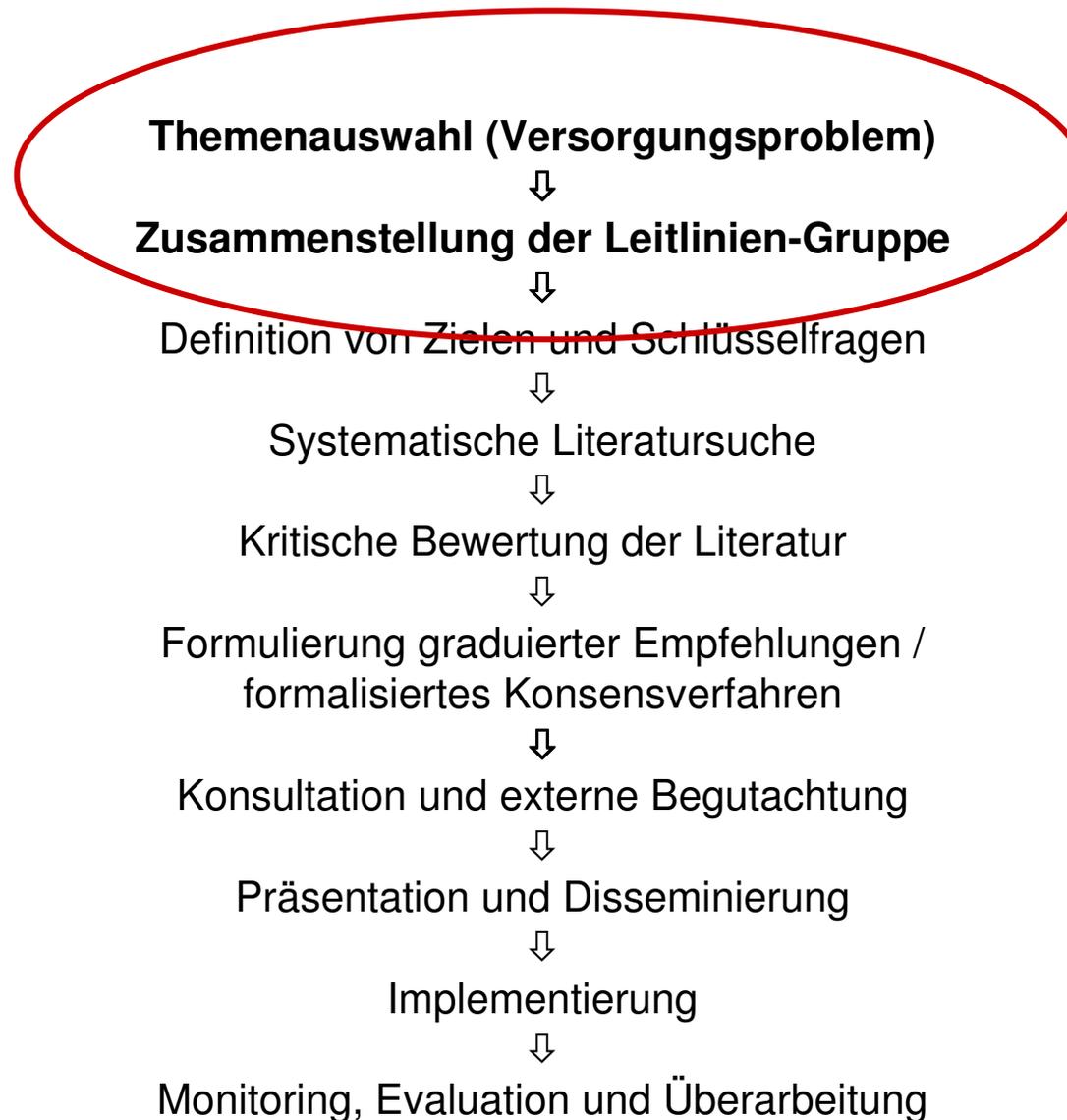
Entscheidungsunterstützung in der Medizin: Integriertes Modell



Thesen zu Leitlinien

- Veränderung ist das Ziel von Leitlinien
- Empfehlungen sind das Charakteristikum von Leitlinien
- Konsens über die Empfehlungen unterscheidet Leitlinien von Evidenzanalysen bzw. Evidenzdarlegungen
- Die ausgesprochenen Empfehlungen resultieren bei einer evidenzbasierten Leitlinie mit größerer Wahrscheinlichkeit in einem tatsächlichen Nutzen
- Der multidisziplinäre Konsens über die Empfehlungen repräsentiert den „Brückenschlag“ zwischen der Welt der Evidenz und der realen Welt der Patientenversorgung

Systematische Entwicklung



Zusammensetzung der Leitliniengruppe

- **Anwenderzielgruppe sollte im Sinne der späteren Implementierung und der Validität an der LL-Erstellung beteiligt werden**
 - fachgruppenübergreifend und berufsgruppenübergreifend
 - zusätzliches Expertenwissen im Einzelfall z.B. Gesundheitsökonomie, Verfahren der klinischen Entscheidungsanalyse, Pharmakologie
 - methodisches Wissen
Evidenzrecherche und Evidenzbewertung

GUIDELINE DEVELOPMENT TEAM

Dr Patrick Manning (Chair)

Endocrinologist, Dunedin Hospital, Dunedin*

Ms Angela Bayley

Podiatrist, Wellington

Dr Kirsten Coppell (Project Manager 2003)

Public Health Physician, Dunedin*

Ms Marilyn Cullens

Senior Dietitian, Diabetes Centre, Christchurch

Dr Rick Cutfield

Diabetologist, Waitemata Health, Auckland*

Mr Murray Dear

Vice-President, Diabetes New Zealand; Consumer representative, Hamilton

Dr Mark Donaldson

Ophthalmologist; Clinical Senior Lecturer, Discipline of Ophthalmology, University of Auckland, Auckland

Dr Paul Drury

Diabetologist, Auckland Diabetes Centre, Auckland

Ms Betty Dunn

Registered Nurse; Practitioner Nurse, Whangarei

Dr Andrew MacGill

General Practitioner, Warkworth

Dr Krishan Madhan

Renal Physician, Taranaki Base Hospital, New Plymouth

Dr Justine Mesui

General Practitioner; Pacific peoples' representative, Auckland; Author of Chapter 9, *Pacific Perspectives*

Ms Luana Murray

President, Te Roopu Mate Huka O Aotearoa; Māori consumer representative, Kaitiaki

Dr Diana North

Medical Director, National Heart Foundation of New Zealand, Auckland**

Ms Helen Pahau

Registered Nurse; Diabetes Nurse Specialist; Māori representative, Gisborne

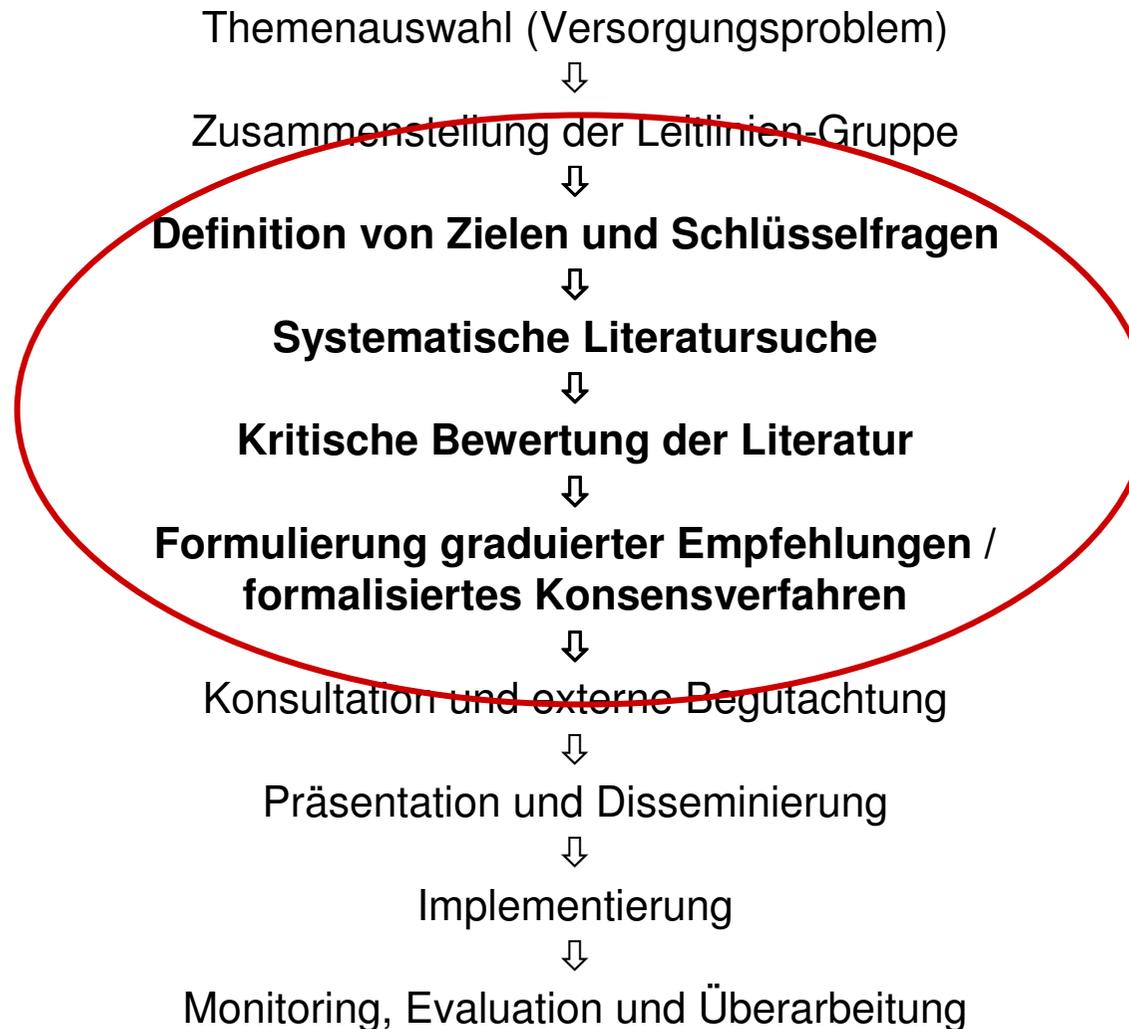
19 Personen gesamt

7 nicht „Ärzte“

MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

**New Zealand
Guideline Group 2003**

Systematische Entwicklung



Leitlinien Entwicklung

- ✓ **systematische Recherche**
- ✓ **Studienbewertung – critical appraisal**



Evidenzklassifizierung



Hierarchie der Evidenz

Leitlinien Entwicklung

- ✓ **systematische Recherche**
- ✓ **Studienbewertung – critical appraisal**



Evidenzklassifizierung → **Hierarchie der Evidenz**

Medline, Embase, BIOSIS,
Previews, CDSR, ACP Journal
Club, DARE, CCTR, CINHAL,
Leitliniendatenbank Guidelines
International Network (GIN)

Evidenzklassen

Evidenz Level	Studientyp	Grad der Empfehlung
1	Randomisierte kontrollierte Studien oder systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen von RCTs	A
2	Beobachtungsstudien (Kohortenstudien/Fall-Kontroll-Studien oder deren systematische Übersichtsarbeiten bzw. Metaanalysen	B
3	Fall – Serien, Fallberichte	C
4	Expertenmeinung	D

Evidenzhierarchie nach SIGN / Intervention

1++	Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit von RCTs, oder RCTs hoher Qualität mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung
1+	gut-durchgeführte Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit von RCTs, oder RCT mit geringem Risiko für systematische Verzerrung
1-	Meta-Analyse, systematische Übersichtsarbeit oder RCT mit hohem Risiko für systematische Verzerrung
2++	systematische Übersichtsarbeit hoher Qualität von Kohorten-oder Fall-Kontroll-Studien Kohorten- oder Fall-Kontroll-Studien hoher methodischer Qualität mit sehr geringem Risiko für systematische Verzerrung und einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass die Assoziation kausal ist
2+	gut-durchgeführte Fall-Kontroll oder Kohortenstudie mit einem geringem Risiko für systematische Verzerrung oder confounding und einer mittleren Wahrscheinlichkeit, dass die gefundene Assoziation kausal ist
2-	Fall-Kontroll oder Kohortenstudie mit hohem Risiko für confounding oder systematische Verzerrung und dem erheblichen Risiko, dass die gefundene Assoziation nicht kausal ist
3	Fallserien, Fallberichte
4	Expertenmeinungen

Darlegung der Evidenz

Randomisierte kontrollierte Studien / Evidenzklasse I

Tabelle 7: Kombinationstherapie der frühen rheumatoiden Arthritis

Referenz	Intervention	Kontrolle	N Gesamt	Typ	Dauer	primärer Zielparameter	Ergebnis für primären Zielparameter	sekundäre Zielparameter	
								DAS	HAQ
47 Haagsma, CJ et al. 1997	SSZ + MTX ^a	SSZ ^b oder MTX ^c	105	doppelblind	52 Wo.	Veränderung DAS	kein sign. Unterschied -1,9 ^a ⇔ -1,6 ^b / -1,7 ^c	s. primärer Zielparameter	-0,5 ^a ⇔ -0,3 ^b SSZ -0,4 ^c MTX
48 Dougados, M et al. 1999	MTX + SSZ ^a	SSZ ^b oder MTX ^c	209	doppelblind	52 Wo.	Veränderung patient's global assessment	kein sign. Unterschied -0,8 ^a ⇔ -0,9 ^{b, c}	-1,26 ^a ⇔ -1,2 SSZ ^b -0,9 MTX ^c	-0,7 ^a ⇔ -0,74 SSZ ^b -0,73 MTX ^c
40 Möttonen, T et al. 1999	SSZ + MTX + HCQ + Prednisone ^a	SSZ oder MTX ^b (gemeinsame Auswertung)	199	offen	2 Jahre	Remission	Kombination besser 37% ^a ⇔ 18% ^b	keine Angabe	-0,6 ^a ⇔ -0,6 ^b
49 Boers, M et al. 1999	SSZ + MTX + Prednisolon ^a "step down" Therapie	SSZ ^b	155	doppelblind	28 Wo.	Veränderung „pooled index“ 5 Messpunkte zusammengefasst	Kombination besser 1,4 ^a ⇔ 0,8 ^b	-2,1 ^a ⇔ -1,3 ^b	-1,1 ^a ⇔ -0,6 ^b
43 Proudman, SM et al. 2000	MTX + Cyclosporin ^a	SSZ ^b	82	offen	48 Wo.	ACR 20 und ACR 50	kein sign. Unterschied ACR 20 58% ^a ⇔ 45% ^b ACR 50 40% ^a ⇔ 31% ^b	-2,2 ^a ⇔ -1,9 ^b	-0,6 ^a ⇔ -0,6 ^b

Eine weitere Studie untersucht HCQ + Dapsone versus HCQ oder Dapsone allein, aber nur die Patienten in den beiden Monotherapiegruppen haben eine mittlere Krankheitsdauer von < 2 Jahren [166]. In einer Studie, welche die Kombination von D-Penicillamin und Chloroquin mit den jeweiligen Monosubstanzen vergleicht, bestehen ebenfalls große Unterschiede hinsichtlich der Krankheitsdauer der eingeschlossenen Patienten [167].

Formulierung von Empfehlungen

- ✓ systematische Recherche
- ✓ Studienbewertung – critical appraisal ⇒ Evidenzklassifizierung
- ✓ Evidenzklassifizierung + **Evidenzdarlegung**



Ableitung der resultierenden Empfehlung (Vorschlag)

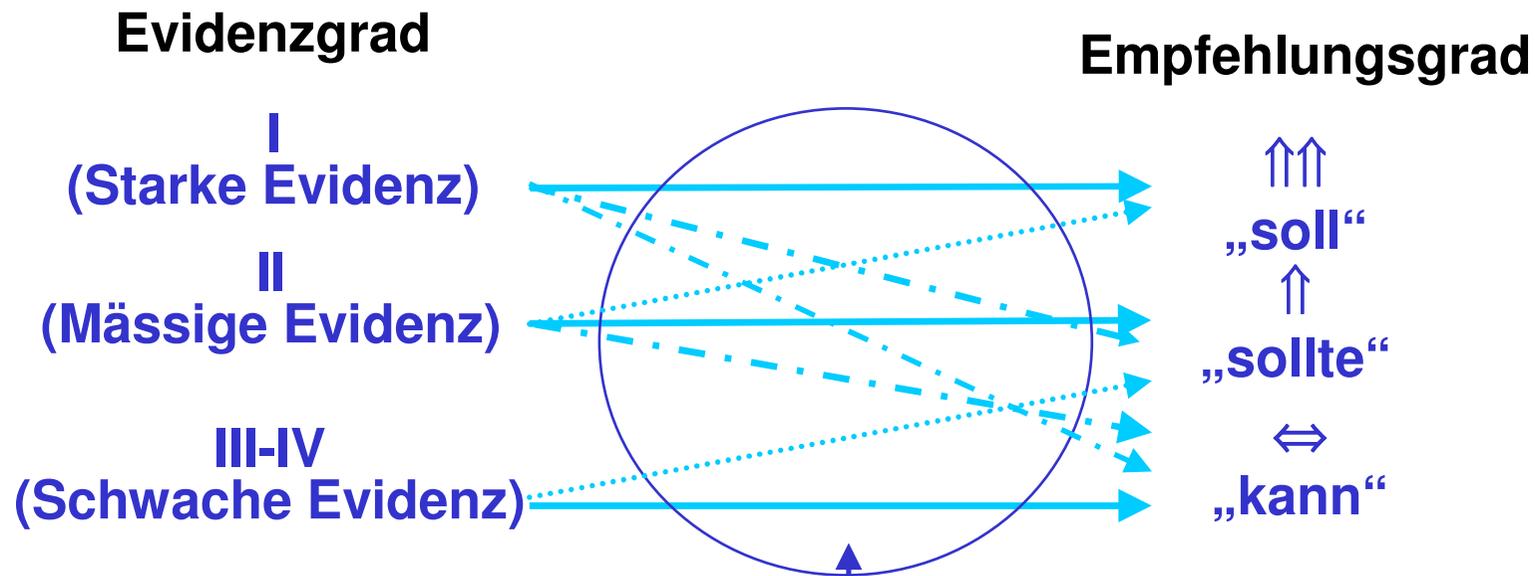
- ✓ **Konsensprozess – formalisiert, transparent, unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligter Berufs- und Fachgruppen, incl. der Patienten**



Formulierung der Empfehlung → **Graduierung**

Graduierung von Empfehlungen

Abstimmung der Empfehlungen, Graduierung



- Klinische Relevanz
- Ethische Aspekte, Patientenpräferenzen
- Konsistenz und Effektstärke der Studien
- Anwendbarkeit auf die Patientenzielgruppe
- Umsetzbarkeit in den Versorgungsalltag

Formale Konsensusverfahren

Nominaler Gruppenprozess	Von Delbecq et al. (1975) entwickelter Gruppenentscheidungsprozess. Das Ergebnis ist eine Liste von Ideen und Stellungnahmen, die nach ihrer Wichtigkeit geordnet sind. Ablauf: (1) Jeder Teilnehmer verfasst zunächst für sich allein, ohne Diskussion schriftliche Antworten zu den vorgegeben Problemen und Fragen. (2) Die Antworten werden gesammelt und allen Mitgliedern gezeigt, ohne jedoch den Autor zu nennen. (3) Die einzelnen Mitglieder nehmen in einer gemeinsamen Runde nacheinander Stellung zu den gesammelten Antworten. (4) Die Schritte (1)-(3) können mehrmals wiederholt werden. (5) Nach mehreren Runden einigen sich die Teilnehmer durch Wahl oder Rangbildung schließlich auf einen bestimmter Satz von Antworten.
Konsensus Konferenz	Ablauf von Konsensuskonferenzen : (1) Bildung einer Vorbereitungsgruppe. (2) Themenauswahl und Zerlegung der Fragestellung in möglichst sich nicht überschneidende Unterthemen durch die Vorbereitungsgruppe. (3) Bildung eines Panels (zusammen 9-15 Experten, Anwender und Laien) und Verteilung der Unterthemen auf Panelmitglieder durch die Vorbereitungsgruppe. (4) Zusammenstellung des Stands des Wissens und der Erfahrungen durch die Vorbereitungsgruppe. (5) Breit gestreute Einladung zur Konsensuskonferenz mit ausführlichen Unterlagen über den Stand des Wissens und der Erfahrungen durch Panelmitglieder. (7) Offene Diskussion, eventuell in Arbeitsgruppen. (8) Versuch einer Konsensusfindung (inklusive „weiße“ Felder, zu erwartender Effizienz und Evaluationsstrategie) im Plenum. (9) Offizielle Bekanntmachung in einer Art konzertierter Aktion.
Delphi-Technik	Delphi-Technik (Delphi-Verfahren, Delphi-Konferenz) Die Delphi-Technik, die bereits 1948 entwickelt wurde, ist eine interaktive Umfragemethode. Charakteristisch sind das kontrollierte Feedback und die Befragung einander unbekannter, anonymisierter Teilnehmer. Ablauf: (1) Einholung anonymisierter Meinungen von Experten mit Hilfe eines Fragebogens oder eines Interviews. (2) Durchführung mehrerer Befragungsrunden, wobei nach jeder Runde die eingetroffenen Antworten zusammengefasst und den Befragten erneut zur Begutachtung zugeschickt werden. So kommt es zur systematischen Modifikation und Kritik der zusammengefassten anonymen Antworten. (3) Erreichung einer Gruppenantwort durch eine Zusammenfassung (häufig statistisch) der individuellen Meinungen in einer Abschlussrunde. Das Delphi-Verfahren sollte abgeschlossen werden, wenn eine Konvergenz der Meinungen erkennbar wird oder wenn das Interesse der Teilnehmer spürbar abnimmt.

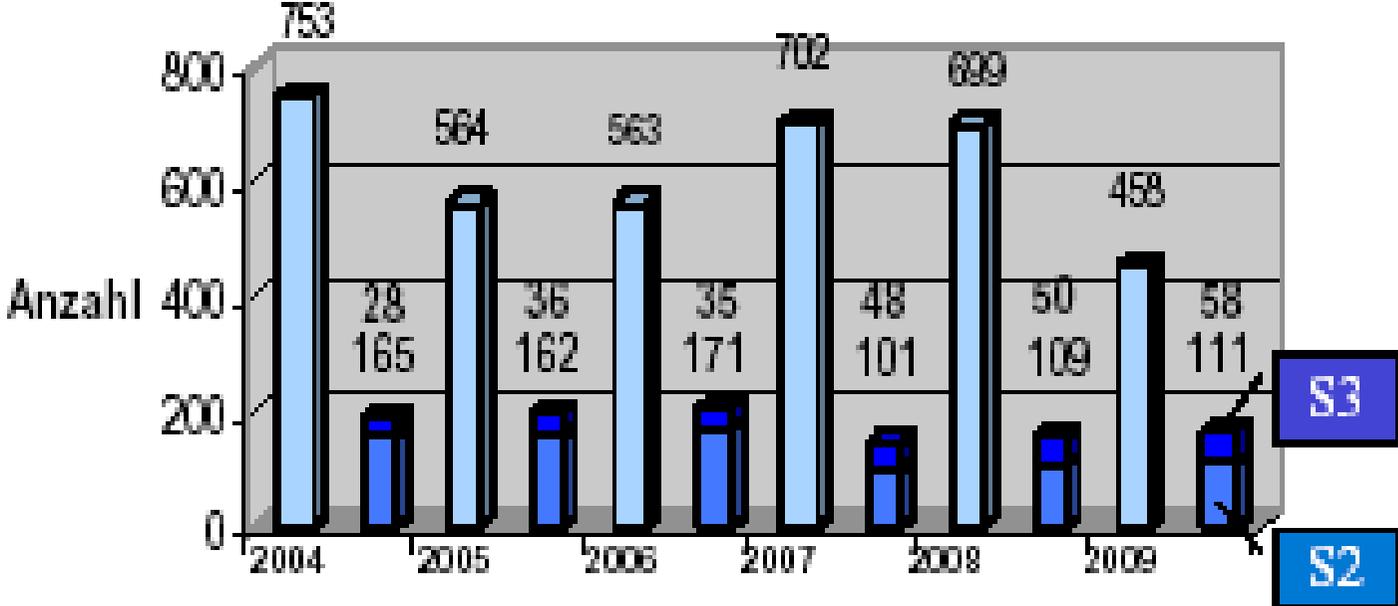
Konsensregel

Starker Konsens	$\geq 95\%$ der Teilnehmer
Konsens	$> 75\% - 95\%$
Mehrheitliche Zustimmung	$> 50-75\%$
Kein Konsens	$\leq 50\%$ der Teilnehmer

Leitlinienklassifikation der AWMF

Typ	Charakteristika der Entwicklung	Auf-wand	Method. Legiti-mation	Politische Legiti-mation
Handlungsem-pfehlungen von Experten (S1)	Gremium selektiert Ebasis nicht belegt Konsens nicht belegt	gering	niedrig	normativ gering
Konsens-basierte LL (S2k)	Gremium repräsent. Ebasis nicht belegt Konsens belegt	mittel	niedrig	normativ hoch
Evidence-basierte LL (S2e)	Gremium selektiert Ebasis belegt Konsens nicht belegt	hoch,	hoch,	normativ gering
Evidence- und Konsensba-sierte LL (S3)	Gremium repräsent. Ebasis belegt Konsens belegt	sehr hoch	hoch	normativ hoch

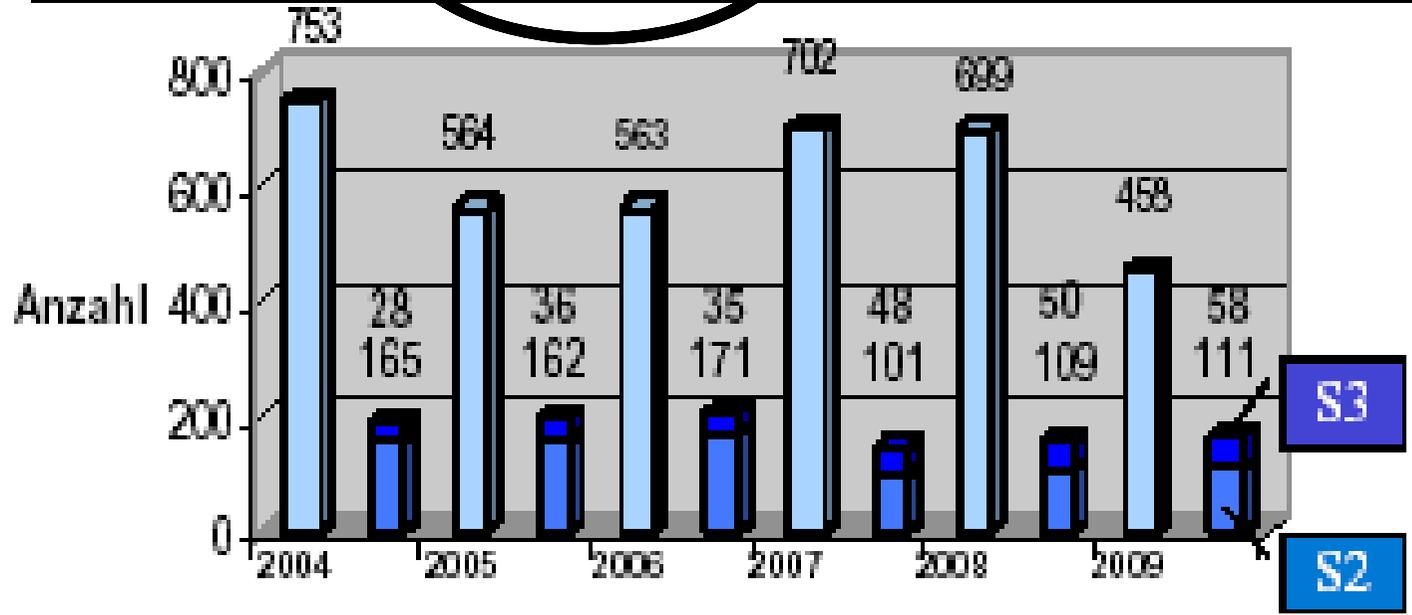
■ S2- und S3-Leitlinien ■ S1 Handlungsempfehlungen



Selbmann, Internistenkongress 2009



■ S2- und S3-Leitlinien ■ S1 Handlungsempfehlungen



Selbmann, Internistenkongress 2009



Der bisherige Erfolg der "Leitlinienpolitik" der AWMF zeigt sich darin, dass zur Zeit monatlich weit über 800.000 Zugriffe (insgesamt bereits über 130 Millionen Zugriffe) auf die Leitlinien über das Internet erfolgen.

Darüber hinaus haben mehr 60 % der Krankenhäuser und Kliniken das Leitliniensystem der AWMF in krankenhauserinterne "Intranets" eingebaut.

Systematische Entwicklung

Themenauswahl (Versorgungsproblem)



Zusammenstellung der Leitlinien-Gruppe



Definition von Zielen und Schlüsselfragen



Systematische Literatursuche



Kritische Bewertung der Literatur



Formulierung graduerter Empfehlungen /
formalisiertes Konsensverfahren



Konsultation und externe Begutachtung



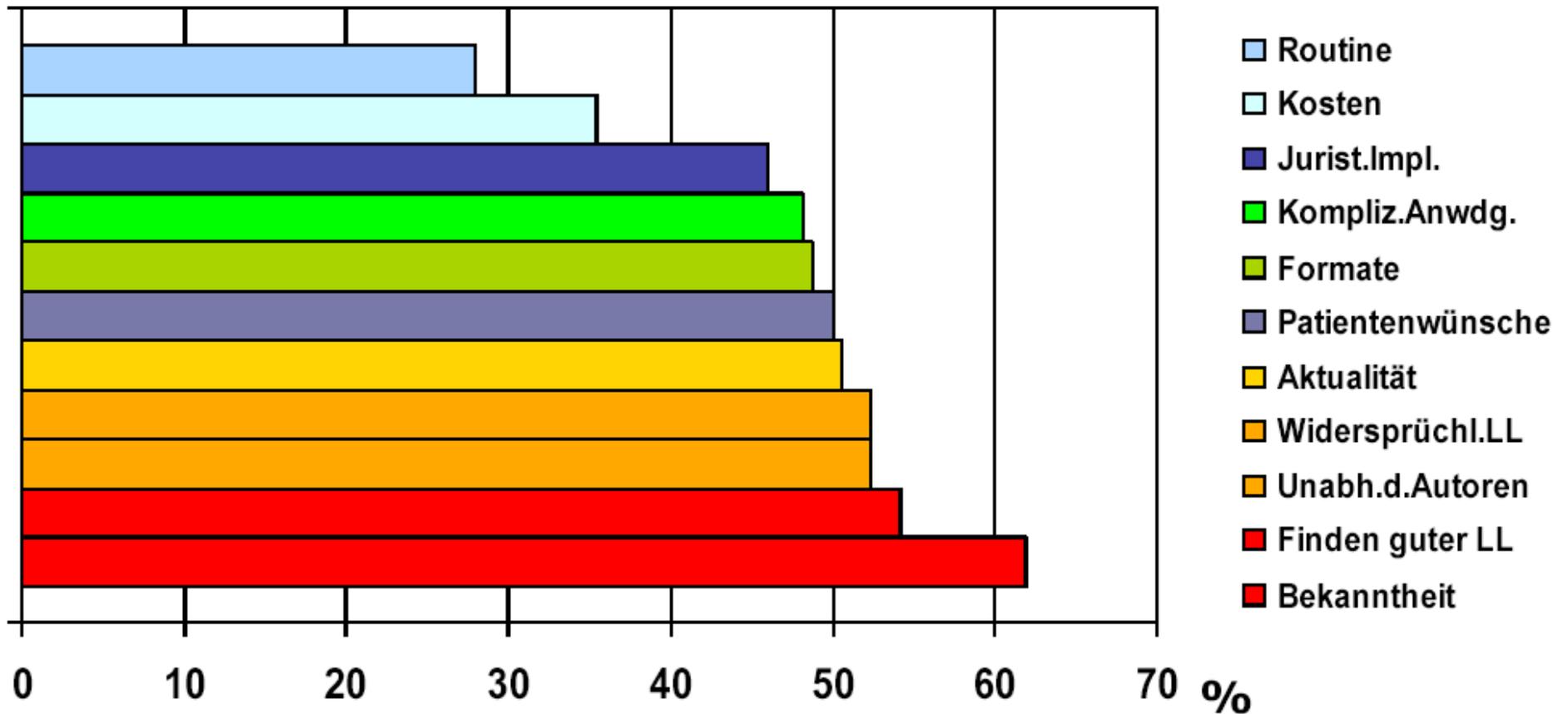
Präsentation und Disseminierung



Implementierung



Monitoring, Evaluation und Überarbeitung



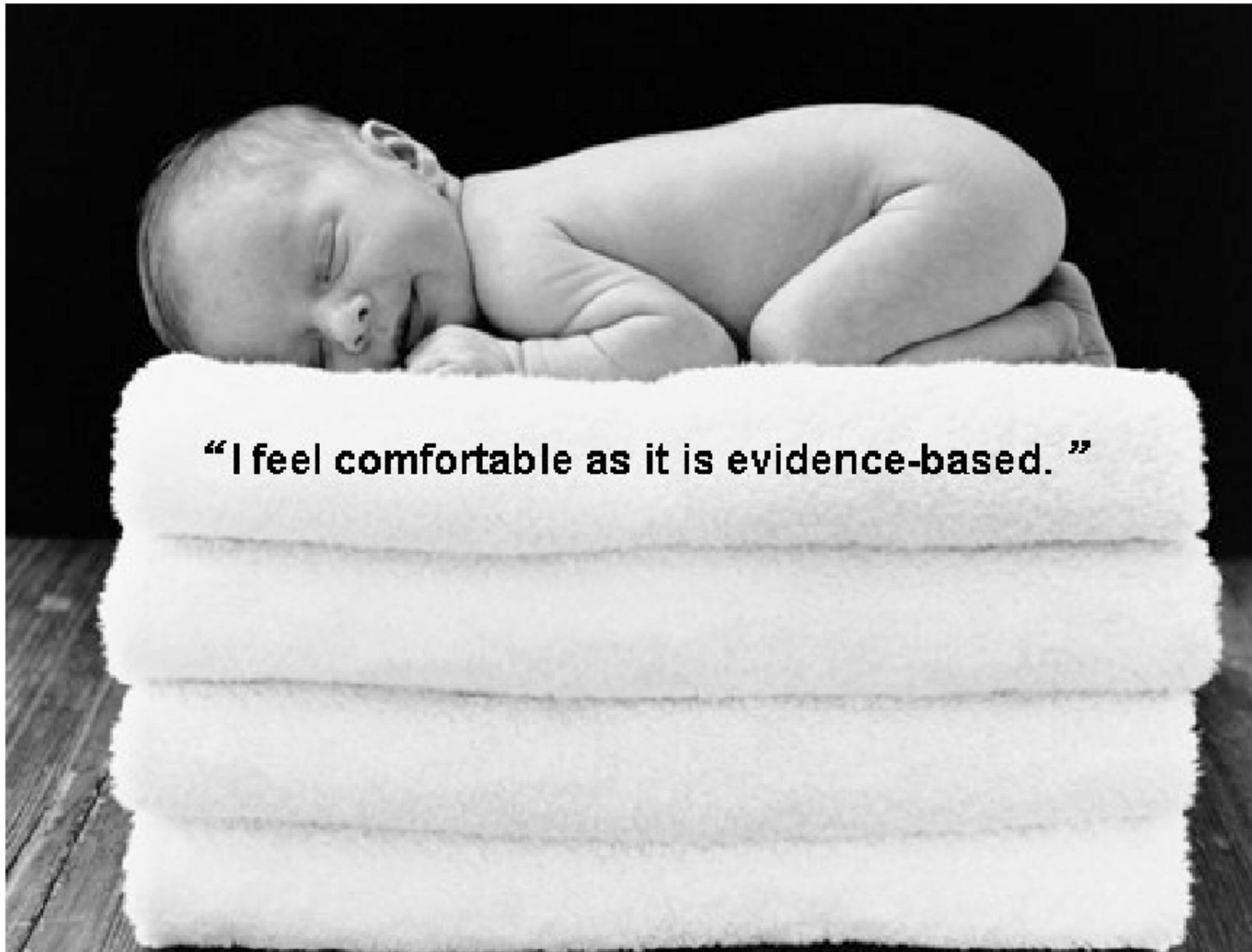
A. Kunz, Magisterarbeit FU Berlin, 2005. Internet: <http://www.aeqz.de>

Implementierung: Interventionen zur Unterstützung der Verhaltensänderung

Konsistenter Effekt	Variabler Effekt	Wenig / kein Effekt
Besuche vor Ort (educational outreach visit)	Audit und feedback	Disseminierung von Informationen
Erinnerungshilfen (manuell/elektronisch)	Einbindung lokaler Meinungsführer	Passive Edukation (z.B. Vorträge)
Interaktive Edukation (Qualitätszirkel)	Lokale Konsensus- prozesse	
Kombinierte Strategie (multifaceted interventions)	Patientenzentrierte Intervention	

Qualität von Leitlinien

- **Klinischer Algorithmus** (*logische Analyse, Klarheit*)
- **Evidenz-Basierung** (*Literatur: Recherche, Bewertung*)
- **Konsensus** (*Beteiligung aller Betroffenen*)
- **Outcome-Analyse** (*relevante Gesundheitsziele*)
- **Entscheidungsanalyse** (*Nutzen, Risiken, Kosteneffektivität*)



“I feel comfortable as it is evidence-based.”

Guidelines to improve maternity practices and support breast-feeding are readily available.

Thorley V.

South Med J. 2009 Feb;102(2):222-3



Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee: 13 Guidelines

ABM clinical protocol #3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate
Breastfeed Med. 2009 Sep;4(3):175-82.

ABM clinical protocol #20: Engorgement.
Breastfeed Med. 2009 Jun;4(2):111-3.

Clinical protocol number #19: breastfeeding promotion in the prenatal setting.
Breastfeed Med. 2009 Mar;4(1):43-5.

ABM clinical protocol #4: mastitis.
Breastfeed Med. 2008 Sep;3(3):177-80

ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in nursing mothers.
Breastfeed Med. 2008 Mar;3(1):44-52.

ABM clinical protocol #6: guideline on co-sleeping and breastfeeding
Breastfeed Med. 2008 Mar;3(1):38-43

ABM clinical protocol #13: contraception during breastfeeding.
Breastfeed Med. 2006; 1(1):43-51

BREASTFEEDING MEDICINE
Volume 3, Number 3, 2008
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/bfm.2008.9993

ABM Protocols

ABM Clinical Protocol #4: Mastitis

Revision, May 2008

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee

A central goal of The Academy of Breastfeeding Medicine is the development of clinical protocols for managing common medical problems that may impact breastfeeding success. These protocols serve only as guidelines for the care of breastfeeding mothers and infants and do not delineate an exclusive course of treatment or serve as standards of medical care. Variations in treatment may be appropriate according to the needs of an individual patient.

Special Feature

Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition

ESPGHAN Committee on Nutrition: *¹Carlo Agostoni, †Christian Braegger, ‡Tamas Decsi,
§Sanja Kolacek, ||¹Berthold Koletzko, ¶¹Kim Fleischer Michaelsen, #Walter Mihatsch,
**Luis A. Moreno, ††John Puntis, ‡‡²Raanan Shamir, §§Hania Szajewska, ||||³Dominique Turck,
and ¶¶Johannes van Goudoever

**San Paolo Hospital, University of Milano, Milano, Italy, †University Children's Hospital, Zurich, Switzerland, ‡University of Pecs, Pecs, Hungary, §Children's Hospital, Zagreb Medical University, Zagreb, Croatia, ||Dr von Hauner Children's Hospital, University of Munich, Munich, Germany, ¶University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, #Deaconry Hospital, Schwaebisch Hall, Germany, **Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, Spain, ††Leeds General Infirmary, Leeds, United Kingdom, ‡‡Schneider Children's Medical Center of Israel, Sackler Faculty of Medicine, Tel-Aviv University, Tel Aviv, Israel, §§Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland, ¶¶Erasmus MC/Sophia Children's Hospital, Rotterdam, The Netherlands, and ||||Jeanne de Flandre Children's Hospital, Lille University Faculty of Medicine, Lille, France*

TABLE 1. Comparison of recent systematic reviews and meta-analyses on health effects of breast-feeding in developed countries

Criteria	WHO, 2007 (39)	US Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (5)	Dutch State Institute for Nutrition and Health, 2005 (4)
Study addressed an appropriate and clearly focused question	Well covered To assess the long-term effects of BF on blood pressure, diabetes and related indicators, serum cholesterol, overweight and obesity, and intellectual performance	Well covered To review the evidence on the effects of breast-feeding on short- and long-term infant and maternal health outcomes in developed countries	Well covered To give an overview of the literature on health effects of breast-feeding (taking the beneficial and harmful effects together) for mother and infant
Description of the methodology used is included	Well covered	Well covered	Well covered
Literature search is sufficiently rigorous to identify all relevant studies	MEDLINE (1966–March 2006); Scientific Citation Index databases; references lists; authors were contacted if study did not provide sufficient data	MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library in November 2005 (re-search May 2006) + studies in bibliographies of selected reviews and by suggestions from technical experts	MEDLINE (1980–August/September 2004); re-run August 2005–February 2005
Types of studies included in the review	Observational (nearly all); RCTs	SR/MA; RCT; non-RCT comparative trials, prospective cohort, and case-control studies	Mainly observational
Language Setting	English; French; Portuguese; Spanish High-income countries and in predominantly white populations	English only Developed countries only for updates; no difference for earlier studies	English, Dutch Only populations from Western Europe, North America, Australia, New Zealand
Study quality is assessed and taken into account	Graded for methodological quality using a standardised protocol	Graded for methodological quality	Every article tested on its quality; if an article did not fulfill every quality requirement the study was excluded
There are enough similarities between the studies selected to make combining them reasonable	Well addressed; heterogeneity assessed	Well addressed; heterogeneity discussed or assessed (if authors performed their own MA)	Not applicable (no formal pooling was performed)
Risk of bias	Almost all data were gathered from observational studies	Almost all data were gathered from observational studies	Almost all data were gathered from observational studies

International Lactation Consultant Association (ILCA)

Clinical guideline for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh (NC): International Lactation Consultant Association (ILCA); 2005 Jun. 28 p. [258 references]

SCOPE

METHODOLOGY - including Rating Scheme and Cost Analysis

RECOMMENDATIONS

EVIDENCE SUPPORTING THE RECOMMENDATIONS

BENEFITS/HARMS OF IMPLEMENTING THE GUIDELINE

RECOMMENDATIONS

CONTRAINDICATIONS

QUALIFYING STATEMENTS

IMPLEMENTATION OF THE GUIDELINE

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) NATIONAL HEALTHCARE QUALITY REPORT

CATEGORIES

IDENTIFYING INFORMATION AND AVAILABILITY

DISCLAIMER



METHODS USED TO COLLECT/SELECT EVIDENCE

Searches of Electronic Databases

DESCRIPTION OF METHODS USED TO COLLECT/SELECT THE EVIDENCE

Databases searched include PubMed, MedLine, and Cochrane. Keywords used were specific to each strategy.

NUMBER OF SOURCE DOCUMENTS

Nearly 700 source documents were reviewed and evaluated.

METHODS USED TO ASSESS THE QUALITY AND STRENGTH OF THE EVIDENCE

Weighting According to a Rating Scheme (Scheme Given)

METHODS USED TO ANALYZE THE EVIDENCE

Review

DESCRIPTION OF THE METHODS USED TO ANALYZE THE EVIDENCE

Not stated

METHODS USED TO FORMULATE THE RECOMMENDATIONS

Expert Consensus
Informal Consensus

DESCRIPTION OF METHODS USED TO FORMULATE THE RECOMMENDATIONS

Not stated

RATING SCHEME FOR THE STRENGTH OF THE RECOMMENDATIONS

Not applicable

COST ANALYSIS

A formal cost analysis was not performed and published cost analyses were not reviewed.

METHOD OF GUIDELINE VALIDATION

Comparison with Guidelines from Other Groups

DESCRIPTION OF METHOD OF GUIDELINE VALIDATION

Not stated

