



Folkhälsomyndigheten

# Att planera, genomföra och utvärdera folkhälsoinsatser

Beskrivning av ramverket RE-AIM och dess möjliga användning på Folkhälsomyndigheten





# Att planera, genomföra och utvärdera folkhälsoinsatser

Beskrivning av ramverket RE-AIM och dess möjliga användning på Folkhälsomyndigheten

Denna titel kan laddas ner från: [www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/).

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2016.

Artikelnummer: 16122

ISBN 978-91-7603-750-8(pdf)

# Förord

I denna promemoria lämnas ett förslag på hur ramverket RE-AIM kan användas av Folkhälsomyndigheten i olika sammanhang. Promemorian ingår som en del i aktiviteten tillämpning av utvärderingsverktyget RE-AIM.

Mats Hedlin har skrivit promemorian.

Folkhälsomyndigheten

Anders Tegnell

Avdelningschef, avdelningen för epidemiologi och utvärdering



# Innehåll

Sammanfattning.....	9
Inledning .....	10
Bakgrund.....	11
Syfte .....	15
Metod.....	16
Användningen av RE-AIM i internationella studier .....	18
Resultat för respektive dimension – Individnivå .....	20
Resultat i respektive dimension – Organisations och personalnivå .....	20
Diskussion av författarna till litteraturoversikten .....	21
Användningen av RE-AIM i ett projekt initierat av Folkhälsomyndigheten .....	23
RE-AIM som ett verktyg vid bidragsfördelning .....	27
RE-AIM som ett verktyg i ett ledningssystem .....	29
Strategiutveckling .....	29
Verksamhetsplanering.....	31
Uppföljning .....	31
Utvärdering.....	32
Omvärldsbevakning .....	32
Diskussion .....	34
Referenser .....	36





## Sammanfattning

RE-AIM, som är en akronym för *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance*, är ett ramverk för planering, genomförande och utvärdering av folkhälsoinsatser. Målsättningen med RE-AIM är att fånga upp viktiga dimensioner inför interventioner som tillsammans ökar sannolikheten att interventionen kan implementeras och fortleva i ordinarie verksamheter.

RE-AIM har så gott som uteslutande använts i forskningsstudier, främst i USA. En systematisk litteraturstudie visar att det är vanligt att hela ramverket RE-AIM inte används. De dimensioner som ofta inte beskrivs är *reach* (räckvidd och representativitet) och *organizational maintenance* (organisatoriska långsiktiga effekter).

RE-AIM kan användas i en myndighets verksamhet där syftet är att genomföra insatser för att förbättra folkhälsan. Exempel på användningsområden är vid genomförande av egna eller medverkan i andras projekt samt vid beviljande av bidrag till projekt. Fördelar är att jämförbarheten ökar vid beslut om projektstart och vid bedömningar av utfall. Detta leder i förlängningen till att RE-AIM kan utgöra ett stöd i ett ledningssystem, t.ex. vid framtagande av strategier och vid verksamhetsuppföljningar.

RE-AIM provas för närvarande av Folkhälsomyndigheten i ett interventions- och kommunikationsprojekt i två stadsdelar i Stockholms stad. RE-AIM, både som ramverk och modell har visat sig vara en struktur som fungerat i planeringen av projektet. Kanske är den främsta fördelen att fokus faktiskt finns på alla dimensioner samtidigt. Detta har medfört att det i diskussioner om aktiviteter också har funnits ett fokus på vad som bör åstadkommas med den aktiviteten och hur den hänger ihop med andra aktiviteter och tänkta resultat. Detta har medfört en större insikt om svårigheter i interventionen, vilket ökat förutsättningarna att hitta lösningar på planeringsstadiet och tidigt i genomförandefasen.

# Inledning

Folkhälsomyndigheten har ett generellt uppdrag i sin instruktion att utvärdera effekterna av metoder och strategier inom folkhälsoområdet (§ 1) samt att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet (§ 2). Utvärderingar nämns också specifikt inom vaccinområdet samt inom miljöhälsa. Uppdragen kräver noggranna avvägningar mellan vad som bör utvärderas och hur det ska göras.

Att planera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande insatser på befolkningsnivå ställer stora krav på att det finns information om målgrupper, aktörer som kan påverka målgrupper, hur insatser implementeras och vilka effekter som nås till vilka kostnader. Det krävs därför goda metoder för planering, genomförande och utvärdering. Ett verktyg vid övervägandet av metoder m.m. är ramverket RE-AIM som är väletablerat i USA (1, 2). Ramverket är dock sällan använt i Sverige.<sup>1</sup> Det har därför funnits skäl att pröva hur väl ramverket fungerar i olika avseenden i ett projekt som Folkhälsomyndigheten bedriver (3).<sup>2</sup>

Denna promemoria beskriver några av de erfarenheter som projektmedlemmar har gjort genom att använda ramverket. En redovisning ges också av hur ramverket använts inom forskning inom hälsoområdet (4). Till sist lämnas några idéer hur ramverket kan utgöra en struktur för ledningssystemet, t.ex. vid prioritering av myndighetens insatser eller vid anslagsfördelning.

Rapporten behandlar RE-AIM sett som ett ramverk. Den underliggande modellen redovisas i bakgrundsavsnittet men behandlas inte på annat sätt. En annan avgränsning som varit nödvändig att göra är att alla jämförelser med andra och i sammanhanget relevanta ramverk inte görs. En sådan jämförelse lämnas av Gaglio och Glasgow (1).

---

<sup>1</sup> I en systematisk litteraturoversikt från 2015 omnämns endast två svenska forskningsstudier som genomförts av samma forskargrupp (4-6)

<sup>2</sup> En Googlesökning 2016-04-25 ger inte någon information att svenska myndigheter, utöver Folkhälsomyndigheten, har använt sig av RE-AIM. Statens Folkhälsoinstitut har dock gett stöd till ett projekt som använt sig av ramverket. Se: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/livsvillkor-levnadsvanor/barn-unga/foraldrastod/material/handske-triplep-Uppsala.pdf>.

## Bakgrund

RE-AIM, som är en akronym för *reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance*, är ett ramverk för planering, genomförande och utvärdering av folkhälsoinsatser av olika slag.<sup>3</sup> Den första artikeln där RE-AIM beskrevs, publicerades 1999 av Glasgow, Vogt och Boles (7). Ramverket föddes ur en frustration över redovisningsbristerna i en stor del av forskningslitteraturen som rörde hälso- och sjukvård, t.ex. brister i dokumentation av implementering och generalisering av resultaten. RE-AIM var också delvis en reaktion på den forskning som bedrevs under optimala förhållanden, s.k. RCT-studier. Inte för att skaparna till RE-AIM ansåg att den här typen av studier var problematiska, utan för att de hade kommit att betraktas som s.k. gold standard inför beslut och framtagande av vägledningar (1).

Målsättningen med RE-AIM är att fånga upp fler viktiga dimensioner inför interventioner, som tillsammans ökar sannolikheten att interventionen kan implementeras och fortleva i olika typer av miljöer. En viktig aspekt är att ramverket inkluderar element som rör både intern och extern validitet.<sup>4</sup> Intentionerna är att hjälpa interventionsplanerare och beslutsfattare att utvärdera interventionen med fokus på fem dimensioner som alla är nödvändiga i en bedömning om interventionen är framgångsrik eller inte (1).

RE-AIM inkluderar mått på individnivå (*reach, effectiveness* och *maintenance*) och på organisations-, personalgrupps- eller samhällsnivå (*adoption, implementation* och *maintenance*).<sup>5</sup> Tillsammans utgör dimensionerna den totala hälsoeffekten som en intervention har. Ett misslyckande i en av dimensionerna leder till sämre eller helt uteblivna positiva resultat (1, 7).<sup>6</sup> En viktig utgångspunkt i RE-AIM är konsistens i respektive dimension. Det innebär att det inte räcker att redovisa övergripande resultat utan att i sammanhanget också redovisa resultaten för undergrupper, särskilt för dem som har störst behov av att nås av interventionen. Detta medför att interventionen måste ske i så verkliga förhållanden som möjligt där så få exklusionskriterier som möjligt används (1).

---

<sup>3</sup> En översättning till svenska med bibehållande av akronymen är: räckvidd, effekter, adoption eller acceptans, implementering, manifesta, långsiktiga effekter. I denna text används huvudsakligen de engelska begreppen.

<sup>4</sup> Intern validitet berör frågan om orsakssambandet mellan en experimentvariabel och en specifik effekt i ett specifikt vetenskapligt experiment. Extern validitet berör frågan om denna effekt kan generaliseras till andra populationer eller till andra miljöer m.m.

<sup>5</sup> I litteraturen används begreppet *setting* för en sammanfattande beskrivning av den miljö som är viktig för en interventions framgång. Möjliga begrepp kan vara *händelsearena* (action arena) eller *händelsesituation* (action situation) som är hämtat från Ostrom (8). Det är dock inte ett oproblematiskt begrepp eftersom Ostrom avser att aktörerna på arenan/situationen kan vara enskilda individer. I RE-AIM omfattas inte *individen* i *setting*. Individerna är de som ingår i målpopulationen där en beteendeförändring är önskvärd. Individer betraktas som en komponent i settings men då som medlem i personalgruppen eller ett annat kollektiv som medverkar i interventionen. Händelsearena ingår i Ostroms teori om institutionell analys och skulle kunna utgöra ett led i en utveckling av RE-AIM vars teoretiska bas ofta anges anknyta till diffusionsteorin av E M Rogers (9). För enkelhetens skull översätts settings med organisations- och personalnivå i denna text.

<sup>6</sup> Ett scenario beskrivs av Belza m.fl. (10).

Kostnader är en viktig aspekt i RE-AIM men har, som visas i tabell 1, fokuserats kring de kostnader som uppstår i samband med implementeringen, eftersom implementeringskostnader ofta är en av nyckelfrågorna för beslutsfattare (1).<sup>7</sup>

I tabell 1 redovisas de fem dimensioner som ingår i RE-AIM samt några av de kritiska frågor som kan ställas i respektive dimension (1).

Tabell 1. Dimensioner i RE-AIM

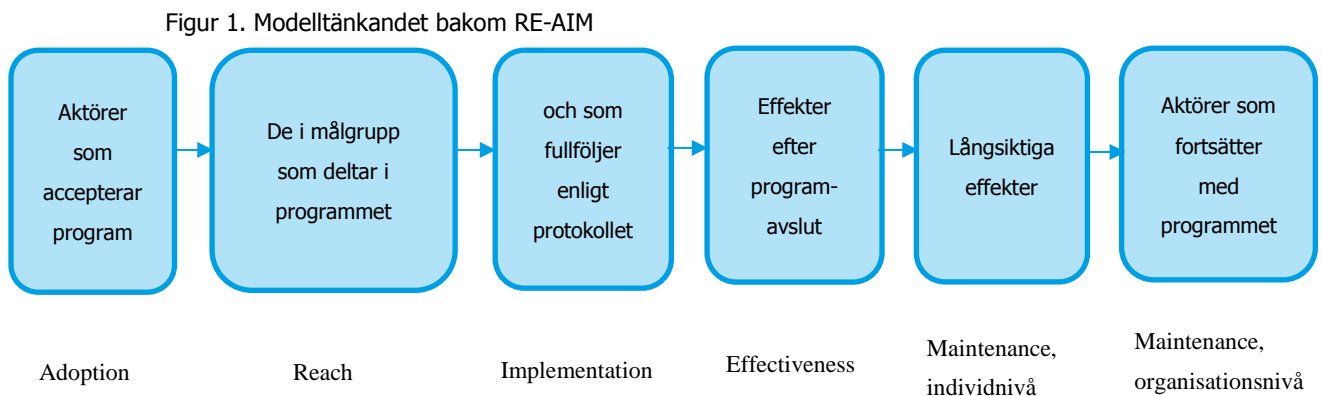
Dimension	Kritiska frågor
REACH Andel och deltagares representativitet	Kan programmet: Attrahera en stor och representativ andel i målpopulationen? Nå dem som har störst behov?
EFFECTIVENESS Avsedda och ej avsedda effekter på individnivå och särskilt påverkan på livskvalitet	Kan programmet åstadkomma: Robusta effekter i alla undergrupper? Minimala negativa bieffekter och öka livskvalitet eller andra breda resultat som socialt kapital etc?
ADOPTION Andel och representativitet bland organisationer/personal som deltar	Är programmet: Genomförbart för flertalet organisationer (kostnader, tid, expertis m.m.)? Möjligt att genomföra för organisationer med små resurser?
IMPLEMENTATION Konsistens och kostnad för programmet som genomförs samt de anpassningar som görs under genomförande	Kan programmet: Implementeras på ett konsistent sätt för alla aktiviteter, med skilda förutsättningar för personal och med varierande tidsaspekter m.m.? Försvaras när kostnader för implementering relateras till effekter?
MAINTENANCE Långsiktiga effekter på individnivå och på organisations-/personelnivå samt de justeringar som görs	Har programmet planerat för: Principer för hur långsiktiga effekter kan ökas (kontinuerlig feedback m.m.)? Hur organisationer ska kunna upprätthålla programmet över tid och utan extra resurser?

Källa: Gaglio, Glasgow i Brownson, Colditz, Proctor (1)

Dimensionerna för RE-AIM kan beskrivas som en logisk modell där en hypotetisk långsiktig effekt är resultatet av rekryteringsprocesser (organisationer, personal och

<sup>7</sup> Men sett i ett samhällsekonomiskt perspektiv borde snarare kostnaderna relateras till de långsiktiga effekterna, något som också föreslagits som ett mått (1, 11, 31).

deltagare), implementering av program och effekter på kort sikt.<sup>8</sup> I figur 1 visas hur denna modell beskrivs.



Källa: Gaglio, Glasgow i Browson, Colditz, Proctor (1). Figuren ovan är förenklad.

Den modell som ligger till grund för RE-AIM ger möjligheter att växla mellan ramverk och modell beroende på vilket behov som föreligger. En teoridriven utvärdering bygger på vissa specifika kärnprinciper, där det viktigaste är att det ska finnas en programteori i botten (12). Möjligheten att växla mellan ramverk och modell ger RE-AIM en styrka eftersom den har ett stöd i en vedertagen programteori.<sup>9</sup>

Under de första åren användes ramverket av en liten grupp forskare i kvantitativa utvärderingsstudier av individuella beteendeförändringar. I dag är användningsområdena flera; vid planering, simuleringar, vid bedömningar av

<sup>8</sup> Akronymen för den logiska modellen blir ARIEM, något som Glasgow, Vogt och Boles ansåg var för svårt att komma ihåg till skillnad från RE-AIM (1). Att det finns en modell som ligger till grund för ramverket har också medfört att RE-AIM omväxlande beskrivs som en modell eller ett ramverk, vilket kan vara förvirrande.

<sup>9</sup> Vanligt i Sverige att använda begreppet effektkedja eller verksamhetslogik i utvärderingssammanhang (13, 14).

ansökningar om medel, under genomförande av interventioner med syfte att förbättra dessa, analyser av komplexa resultat, resultatredovisning och i systematiska litteraturöversikter av olika områden (1). RE-AIM har också en hemsida där vetenskapliga artiklar som är relaterade till RE-AIM publiceras, men som också tillhandahåller verktyg som kan användas vid planering av interventioner m.m. (15).<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Virginia Polytechnical Institute and State University (Virginia Tech) är värd för RE-AIM.org.

## Syfte

Det huvudsakliga syftet med denna promemoria är att beskriva hur ramverket RE-AIM kan användas av Folkhälsomyndigheten för att öka projekt- och rapportkvaliteten. Ett syfte är också att ge inspiration att använda RE-AIM som ett verktyg för myndighetens ledningssystem. Andra syften är att redovisa utvecklingen och användningen av ramverket i internationella studier och hur RE-AIM används i ett av myndighetens interventionsprojekt. Ett mer underliggande syfte är att en implementering av RE-AIM, och därmed av det systematiska synsätt och krav på öppenhet som följer med användningen av ramverket, kan bidra till ett ökat lärande inom myndigheten.

## Metod

Denna promemoria kan betraktas som en idéskrift med det underliggande syftet att bidra till implementeringen av ramverket RE-AIM i Folkhälsomyndighetens verksamheter där det är tillämpligt. Huvudkälla är RE-AIM.org där flertalet vetenskapliga artiklar som använt sig av ramverket i olika omfattning har länkats (15).

Genomgången av användningen av RE-AIM i internationella studier baseras till största delen på en systematisk litteraturoversikt från 2014. En nackdel med detta förfaringssätt har varit att relevanta artiklar på andra språk än engelska inte ingår. Det handlar bl.a. om vetenskapliga artiklar på spanska (16). En systematisk litteraturoversikt (16) visar dock på en liknande rapportering mellan artiklar på spanska och engelska. Ytterligare en nackdel är att många artiklar har publicerats efter att den systematiska litteraturoversikten genomfördes. Enlig RE-AIM.org finns ytterligare ca 130 artiklar av möjligt intresse i detta sammanhang. Detta stora antal artiklar tyder på att intresset för ramverket verkar öka snabbare under de senaste åren jämfört med tioårsperioden innan. En outredd fråga är om kvaliteten i senare publicerade artiklar också har ökat. Forskare från USA dominerar fortfarande stort i antalet publicerade artiklar.

RE-AIM har använts för att bedöma ansökningar om medel från National Institutes of Health, vars resultat sammanfattas i avsnittet RE-AIM som ett verktyg för anslagsfördelning. En nackdel är att bedömningarna gjordes i efterhand av en grupp forskare, inte i samband med beslut om beviljade anslag. Ett övervägande har gjorts om en sådan bedömning av beviljade medel av Folkhälsomyndigheten skulle ge ytterligare information om hur RE-AIM kan användas. Detta är dock inte genomfört på ett systematiskt sätt. En sådan bedömning kan ge värdefull information som kan användas vid en framtida bidragsbedömning.

Försök att bedöma Folkhälsomyndighetens rapportkvalitet med hjälp av RE-AIM har genomförts. Här är det viktigt att försöka använda RE-AIM på avsett sätt, vilket bl.a. innebär att nyttobedömningar måste göras, inte bara av rapporternas mottagare, utan även den nytta som rapportmottagarnas målgrupper har.<sup>11</sup> Redovisning av denna verksamhet ingår dock inte i denna promemoria.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Det är de senare som bör betraktas som de grupper som omfattas av Reach medan rapportmottagarna omfattas av Adoption. Rapporterna ses då som en del i en intervention.

<sup>12</sup> Enbart ett test har gjorts i dagsläget.



En sökning har också gjorts om RE-AIM använts av myndigheter i Skandinavien och i Storbritannien. Detta har gett mycket få träffar.<sup>13</sup> Det kan dock hända att ramverket används i interna sammanhang som inte medfört publicering.<sup>14</sup>

En ambition har också varit att bedöma RE-AIM i egeninitierade projekt. Ett av myndighetens projekt använder sig av RE-AIM i planeringen och i genomförande av ett interventionsprojekt som syftar till ett förändrat vaccinationsbeteende i två stadsdelar i Stockholms stad (3). En tanke har varit att följa hela projektet till dess utvärdering för att dra slutsatser om betydelsen av att använda sig av RE-AIM. Projektet har förlängts varför denna ursprungliga plan övergetts inom ramen för denna promemoria. Istället har intervjuer gjorts med projektledaren om dennes erfarenheter av ramverket i projektets vardag.

RE-AIM kan också utgöra ett stöd i ledningssystemet. Här är källmaterialet ytterst knapphändigt.<sup>15</sup> Avsnitten om RE-AIM i ledningssystemet är därför ganska korta, delvis outvecklade och slutsatserna ibland spekulativa till sin karaktär.

---

<sup>13</sup> Public Health Wales har i ett större projekt använt sig av RE-AIM i granskningar av interventioner i Storbritannien. Se: [http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/TransformingHealthDocs.nsf/85c50756737f79ac80256f2700534ea3/ceb2430f78f8789e80257dee00428bec/\\$FILE/Transforming%20Health%20Improvement%20in%20Wales.%20Phase%20I%20Implementation%20Programme%20Report.%20Expert%20Advisory%20Groups%20v1.pdf](http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/TransformingHealthDocs.nsf/85c50756737f79ac80256f2700534ea3/ceb2430f78f8789e80257dee00428bec/$FILE/Transforming%20Health%20Improvement%20in%20Wales.%20Phase%20I%20Implementation%20Programme%20Report.%20Expert%20Advisory%20Groups%20v1.pdf)

<sup>14</sup> Användning av RE-AIM sker ibland i något utvärderingssyfte men alltid av anlitade konsulter till en myndighet. Det är troligt att projektet i Wales är ett sådant exempel, eftersom RE-AIM i övrigt inte tycks göra ett större avtryck i myndigheten.

<sup>15</sup> Vilket beror på att RE-AIM inte utvecklades för att användas som ett verktyg i ett ledningssystem.

# Användningen av RE-AIM i internationella studier

Detta avsnitt utgår i huvudsak från en systematisk litteraturöversikt som omfattar studier under perioden 1999 – 2013 som resulterat i vetenskapliga artiklar (4).<sup>16</sup> Bedömningen utgick från 21 indikatorer fördelade på de fem dimensioner som ingår i RE-AIM (se tabell 2).<sup>17</sup> Sammanlagt 101 artiklar inkluderades i litteraturöversikten.<sup>18</sup>

Syftet med litteraturöversikten var att undersöka hur väl de fem dimensionerna beskrevs i artiklarna och vilka data som använts. Sekundärt syfte var att identifiera områden som var underrapporterade eller där det bedömdes att felrapportering av data hade gjorts. Ytterligare en explorativ målsättning var att bedöma i vilken grad som forskningsansvariga gjort förändringar i den pågående interventionen med syftet att försöka förbättra resultaten.

Analysen visade att en majoritet av studierna inkluderade dimensionerna *reach*, *effectiveness*, *adoption* och *implementation*. En minoritet inkluderade *maintenance*. Det var få studier där man intervenerat för att förbättra resultaten. Sämst var det för *reach* där endast 3 procent hade gjort något för att öka andelen deltagare.<sup>19</sup>

En bedömning som författarna gör är att det förekommer en del fel i rapporteringar och det gäller särskilt dimensionerna *implementation* och *adoption*.<sup>20</sup>

Drygt hälften av studierna är s.k. RCT-studier medan övriga studier fördelas på kvasi-experimentella studier, före/efter studier, interventionsstudier, prevalensstudier m.m.<sup>21</sup> En majoritet av studierna (69 procent) använder sig av kvantitativa metoder, 30 procent av kvantitativa och kvalitativa metoder (s.k. mixed methods) och en studie använder sig enbart av kvalitativa metoder.<sup>22</sup> Sammanlagt 57 procent av studierna rapporterar på individnivå, 26 procent både på individnivå och på organisations-/personelnivå, 14 procent bara på organisations-/personelnivå. En minoritet av studierna (32 procent) rörde fler än en beteendeförändring (alla dessa handlade om vikt och diet). Övriga studier handlade om rökning/substansmissbruk (15 procent), fysisk aktivitet (15 procent),

---

<sup>16</sup> Ytterligare ca 130 artiklar, länkade till RE-AIM.org är publicerade mellan 2014 och 2016 som kan relateras till RE-AIM (15).

<sup>17</sup> Bedömningsindikatorerna varierar till viss del i olika systematiska översikter och på RE-AIM.org (15, 16, 18).

<sup>18</sup> Endast artiklar på engelska inkluderades vilket innebär en underskattning av användningen av RE-AIM, t.ex. i Latinamerika (16).

<sup>19</sup> En förklaring kan dock vara att intervention i interventionen inte har varit avsikten. En studie, referens 48, har man undersökt elever i en klass om information m.m. om förbättrade matvanor påverkar beteendet (19). Här är det ju inte relevant att öka andelen *reach* under interventionen eftersom studien var en RCT vilket en majoritet av studierna bedömdes vara (4).

<sup>20</sup> I en tidigare systematisk litteraturöversikt bedömdes att det var vanligt att missuppfatta *reach* och *adoption* (18).

<sup>21</sup> Den höga andelen RCT förväntas eftersom ett viktigt syfte med RE-AIM var att öka den externa validiteten i studierna. En grundläggande tanke är att det är viktigt att dokumentera en RCT-studie på ett sätt som ökar möjligheterna att generalisera resultaten.

<sup>22</sup> Utvecklingen av RE-AIM verkar dock gå i riktning av att använda både kvantitativa och kvalitativa metoder (18).

egenhantering av sjukdom (5 procent), diet (5 procent), vikt (2 procent), annat (12 procent) eller hade inte något utfall på individnivå (19 procent). De flesta studier genomfördes i USA (70 procent) och därefter i Australien (7 procent), Nederländerna (7 procent), Tyskland och Kanada (4 procent vardera).

Tabell 2: Indikatorer som användes för att bedöma interventionsframgång enligt RE-AIM

Dimension	Indikator
Reach	Metod för att identifiera målpopulation Inklusionskriterier Exklusionskriterier Deltagandegrad Representativitet
Effectiveness	Resultat från minst en uppföljning Intent-to-treat analys använd <sup>23</sup> Livskvalitet eller potentiella negativa utfall Moderationsanalys gjord <sup>24</sup> Andel som avslutat deltagande i förtid
Adoption	Beskrivning av interventionens lokalisering Beskrivning av personalen som levererade interventionen Metod för att identifiera personal som levererade interventionen Expertisnivå för dem som levererade interventionen
Implementation	Interventionens varaktighet och frekvens Interventionsprotokollet levererat som det avsågs Implementationskostnader
Maintenance, individual	Utfall $\geq$ 6 månader efter interventionen Kvalitativt mått på individuellt utfall Kostnad för utfall
Maintenance, organizational	Indikatorer för långsiktiga effekter på programnivå Inriktning i samklang med organisationens mission Kostnader för utfall

Källa: Harden, Gaglio, Shoup m.fl. (4)

<sup>23</sup> Alla deltagare som var tänkta från interventionens början skulle ingå, ingår i analysen oavsett om de deltagit på avsett sätt eller inte.

<sup>24</sup> Analys för att undersöka om interaktioner mellan variabler skiljer sig mellan olika subgrupper som omfattas av en intervention, t.ex. kan förklaringen till att resultaten av ett utbildningsprogram skiljer sig åt mellan två subgrupper bero på att förkunskaper etc. skiljer sig mellan grupperna.

## Resultat för respektive dimension – Individnivå

### Reach

Totalt 17 procent av alla studier rapporterade alla fem bedömningsindikatorer för *reach*. Femtio studier redovisade metod för att identifiera målpopulationen.<sup>25</sup> Flertalet studier redovisade åtminstone ett inklusionskriterium (ålder, medlemskap, fysiskt eller mentalt tillstånd etc.). 25 studier redovisar exklusionskriterier. Deltagandegrad redovisades i 55 procent av studierna. 48 procent av studierna redovisade något om representativitet (ålder, etnicitet, inkomst, utbildning etc.). Få studier redovisade kostnader.

### Effectiveness

En studie bedömdes rapportera korrekt för alla indikatorer. Av de studier som rapporterade utfall korrekt, noterades positiva beteendeförändringar i 89 procent av studierna och 11 procent redovisade inga förändringar. 25 procent av studierna inkluderade moderationsanalyser för att fastställa i vilken mån subkategorierna var robusta. Endast 14 procent redovisade bredare utfall (livskvalitet) eller negativa utfall. Fem studier använde sig av kvalitativa mått för att mäta effekter (öppna svar och intervjuer). 21 studier redovisade avhopp av deltagare. Kvalitativa data relaterade till effektivitet baserade på deltagarerfarenheter. Tre studier redovisade kostnader, varav två redovisar kostnader per deltagare.

### Individual level maintenance

Ingen studie redovisade utfall för alla tre indikatorer. Nio studier redovisade utfall efter minst 6 månader efter interventionen. Alla nio redovisade positiva utfall jämfört med utgångsläget. En studie inkluderade intervjuer där det kom fram att deltagare önskade sig mer stöd för att man skulle kunna upprätthålla beteendeförändringarna. Ingen av studierna redovisade kostnader.<sup>26</sup>

## Resultat i respektive dimension – Organisations och personalnivå

### Adoption

En studie redovisade resultat för alla sex indikatorer. 63 procent redovisade resultat på både organisations- och personalnivå. 40 procent av studierna redovisade andelar för deltagande på organisations-/personalnivå, vilket i medeltal var 75 procent. Medeltal för personalmedverkan var 79 procent. Tio studier jämförde de

---

<sup>25</sup> Vanligtvis var det register av något slag.

<sup>26</sup> I meningen kostnadseffektivitet får det förmodas.

deltagande organisationerna med alla organisationer i målpopulationen men endast en studie konstaterades det skillnader.

### Implementation

En studie redovisade resultat för alla tre indikatorer. 44 procent av studierna redovisade i vilken grad som programmet levererades enligt intentionerna. Medeltalet för följsamheten till protokollet var högt, 81 procent. I 17 studier rapporterades att förändringar av programmet gjordes under implementeringen. Sex studier rapporterade några data om kostnader för implementeringen.

### Organisational-level maintenance

Ingen av studierna redovisade resultat för alla tre indikatorer. 13 procent redovisade att programmet var i samklang med organisationens uppdrag. 34 procent av studierna redovisade om programmet fortfarande bedrevs. I de studier som rapporterade institutionalisering av programmet var programmet i drift i 62 procent av fallen. I elva fall hade modifieringar gjorts. Sju studier rapporterade att organisationer hoppat av. 15 procent av studierna redovisade data på kvalitativ nivå (intervjuer i de flesta fall). Inga data om kostnader redovisades i någon studie.

## Diskussion av författarna till litteraturöversikten

Antalet deltagare varierade kraftigt mellan studierna men positiva effekter på individnivå sågs i flertalet av interventionerna. Studier som hade flera mål om förändrade beteenden verkade attrahera deltagare i en högre utsträckning än studier med ett enda mål. Förklaringar till de stora skillnaderna i antal deltagare beror på interventionernas omfattning. Detta visar på behovet att skala upp interventionerna om en folkhälsoeffekt ska kunna uppstå.

Över hälften av studierna, som rapporterade något om representativitet, fann att urvalet kunde generaliseras till målpopulationen. Allmänt gällde, för studier som hittade skillnader mellan urval och målpopulation, att det var vanligare att deltagare var vita, hade högre utbildning och högre inkomster än målpopulationen. Författarna menar att detta pekar på att det måste läggas ner mer tid på att rekrytera minoriteter, de med lägre inkomster och utbildning för att hälsorättvisan ska kunna öka.

Andelen organisationer och personalgrupper som uppfyllde implementeringskriterierna var relativt högt för organisationer och personal som accepterat att delta. Data om representativitet var dock knapphändiga. Författarna menar att detta kan indikera att studier som var mer framgångsrika också hade en större benägenhet att inkludera data om representativitet i artiklarna. Det var vanligt att beskrivningen av personalen var otydlig, t.ex. var "tränad personal" en vanlig beskrivning. Det var dock mindre vanligt att förtydliga vad som ingår i att vara "tränad". Endast en studie inkluderade en checklista för implementeringen där systematisk dokumentation gjordes av hur interventionskomponenterna

levererades. Författarna menar att denna brist på dokumentation kan utgöra ett hinder i interventioners långsiktiga uthållighet.

En majoritet av studierna som använder sig av ramverket RE-AIM fokuserar på *effectiveness* (ca 60 procent) och få på *reach* eller *organisational maintenance* (ca 5 procent vardera). RE-AIM skapades för att ge ett bredare fokus som omfattar både individ- och organisations- och personalnivå (1, 7). En huvudprincip har varit att ett bredare fokus på alla fem dimensioner ökar möjligheterna att åstadkomma hälsoeffekter på populationsnivå. Det är dock få studier som följt denna ambition. Författarna menar att forskare och interventionsledare i framtiden måste planera sina studier utifrån den reella miljö som råder i samhället. Indikatorerna som redovisas i tabell 2 kan också användas vid planering, genomförande och utvärdering av studier, vilket kan ge en större möjlighet att förstå de potentiella folkhälsoeffekter som kan åstadkommas genom en intervention.

Resultaten visar på att det förekommer underrapportering och felrapportering av data i dimensionerna. Det är vanligt att använda sig av en inkorrekt nämnare när resultat för dimensionerna *reach* och *adoption*. Det är vanligt att definiera de som inte vill delta eller som inte kan nås som inte ingående i urvalet vilket är felaktigt. Författarna föreslår att flera indikatorer används för att öka möjligheterna att ge en korrekt beskrivning av *reach*, *adoption* och representativitet.<sup>27</sup> Kostnader var också sällan redovisade och ibland också redovisade på ett inkonsistent sätt. En ökad kvalitet i beskrivningen av dimensionerna *reach* och *adoption* skulle kunna föra fältet implementeringsvetenskap framåt.<sup>28</sup>

Författarna fann också att vissa indikatorer var mer vagt beskrivna, t.ex. livskvalitet och kostnader, vilket gör det svårt att göra jämförelser av utfallen.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Förklaras inte närmare. Kanske så enkelt som att du själv upptäcker att du tänker fel om du använder flera indikatorer.

<sup>28</sup> Och implementeringspraktik som inte nämns i artikelns diskussion.

<sup>29</sup> Att inte ta med kostnader gör det inte bara svårt att jämföra mellan dimensioner och mellan projekt utan också göra samhällsekonomiska bedömningar. Detta diskuteras inte i artikeln.

# Användningen av RE-AIM i ett projekt initierat av Folkhälsomyndigheten

Folkhälsomyndigheten startade projektet *målgruppsanpassade verktyg för att hindra mässlingsutbrott i Rinkeby och Tensta* under 2015.<sup>30</sup> I dessa stadsdelar har vaccinationstäckningen legat kring 70 procent bland tvååriga barn, vilket är avsevärt lägre än genomsnittet i Sverige. I stadsdelarna har ryktet att det finns ett orsakssamband mellan MPR-vaccinering och autism fått fäste bland befolkningen med somaliska rötter. Folkhälsomyndigheten har genomfört en studie som bland annat visade att det finns ett behov av informations- och utbildningsinsatser riktade mot de primära målgrupperna som utgörs av småbarnsföräldrar och blivande föräldrar med somalisk bakgrund. Utöver dessa målgrupper finns det en ansats i projektet att inkludera en stor del av den svensksomaliska befolkningen i Rinkeby och Tensta eftersom småbarnsföräldrars släkt och vänner kan vara inflytelserika vid beslut om vaccination (3). Det har också konstaterats att det finns behov av att stötta personalen på BVC i dessa områden med kompetenshöjande insatser. Frågan om MPR-vaccination och autism är ett känsligt ämne för målgrupperna, som i första hand vänder sig till sina egna nätverk för diskussion och beslut om vaccination. För att ändra inställning till MPR-vaccination måste informations- och kommunikationsinsatserna nå dessa nätverk. En viktig del i projektet har därför varit att utbilda kunskapsspridare med god förankring i lokalsamhället.<sup>31</sup> Andra och parallella insatser som görs är att genomföra dialogseminarier som riktas till målgrupperna, producera en informationsfilm och bildspel samt skapa en webbsida med relevant information. En referensgrupp bestående av sex personer som företräder olika nätverk har använts som diskussionspartner, i informations-spridningen, vid rekrytering av kunskapsspridare och som vägledare i utformningen av aktiviteter och prestationer. Referensgruppen var redan etablerad för tidigare forskningssyften och övertogs av projektet. Projektet har också inkluderat projektmedlemmar med relevant forskningserfarenhet och expertkunskap i vaccin- och autismfrågor samt med en kännedom om de aktuella stadsdelarna och dess svensksomaliska befolkning.

Ramverket RE-AIM har använts vid planeringen och genomförandet av projektet och kommer att användas vid utvärderingen. I planeringen av projektet fokuserade diskussionen på dimensionerna *reach* och *organizational maintenance* eftersom en huvudfråga var hur målgrupperna skulle nås och hur överlämnandet av projektet skulle ske till BVC.<sup>32</sup> Ett problem har varit att nå de som har störst behov, dvs. föräldrar med små barn som inte vaccinerats. Det har varit oklart hur många som

---

<sup>30</sup> Information om projektet har hämtats från dokumentet *Målgruppsanpassade verktyg för att hindra mässlingsutbrott i Rinkeby och Tensta*. Uppdatering Hard-to-reach/Vinnova-projektet: 2015-12-23 (opublicerat dokument) samt från en intervju med projektledaren Karina Godoy, Folkhälsomyndigheten.

<sup>31</sup> Den valda svenska termen kunskapsspridare motsvarar här den engelska termen peer.

<sup>32</sup> Överlämnandet är ett krav för att få bidrag från Vinnova, vilket har medfört att diskussioner om detta naturligen ingått i den tidiga planeringen av projektet.

det rör sig om (beställd statistik visar bara hur många i målgrupperna som är folkbokförda i stadsdelarna). Det finns dock geografiska fördelar (målgrupperna är koncentrerade) vilket har gjort det möjligt att använda kontaktspridare och lokala dialogseminarier och arbeta nära BVC och andra lokala organisationer. De som är mycket viktiga att nå är de vaccintveksamma och då särskilt de som fungerar som opinionsbildare. Det har hittills bedömts att denna grupp inte bör nås med riktade insatser utan ingå i de generella insatserna. Somaliska Autism- och Aspergers Föreningen är mycket aktiv i området och det har därför övervägts att erbjuda ett särskilt dialogseminarium för föreningen. Frågan om vilka man når, framför allt i den primära målgruppen diskuterades i planeringsfasen. Det kunde konstateras att en av få realistiska sätt att mäta var att ställa frågor om målgruppsstillhörighet till åhörarna i dialogseminarierna. Detta medförde inte några problem eftersom frågor ändå måste ställas bl.a. för att mäta kunskaper. Om känsliga frågor om vaccinationsstatus ska ställas till seminariedeltagarna i detta sammanhang är dock fortfarande inte beslutad.<sup>33</sup> Ett alternativ eller komplement som undersöktes var i vilken grad som BVC kunde medverka i att mäta hur många från målgruppen som besökt BVC i samband med och framförallt efter projektet. Detta kunde dock inte BVC göra på grund av tidsbrist. *Reach* kommer då att mätas genom svar från åhörare vid dialogseminarier och genom att fråga föräldrar vid en förskola eller eventuellt vid BVC.<sup>34</sup> Det innebär en underskattning av det verkliga antalet som nås av projektet, kanske framför allt av de som nås via kunskapsspridarna. En bärande tanke är dock att kunskapsspridarna kommer att bidra till att målgruppen nås om information om dialogseminarierna och i bästa fall vilja delta i dessa. Högt deltagande i dialogseminarierna indikerar då att kunskapsspridarna är framgångsrika.<sup>35</sup>

När det gäller överlämningen av projektets delar (*organizational maintenance*) är det framförallt kunskapsspridarna som är svåra att införliva i ordinarie verksamhet.<sup>36</sup> Här är det viktigt att försöka ändra barnhälsovårdens invanda arbetssätt. Det finns heller inte någon struktur som underlättar ett övertagande, även om användningsområdena där kunskapsspridare kan nyttjas är flera än MPR-vaccinering. Nytt arbetssätt vad gäller vaccintveksamma skulle också vara värdefullt, t.ex. att ordna föräldrareffar där man specifikt tar upp vaccinfrågor. Detta har BVC personal försökt med tidigare men föräldrar har inte kommit. Kunskapsspridarna skulle kunna kontakta och bjuda in föräldrar samt vid behov ge tolkhjälp.<sup>37</sup> Den här typen av möten med vaccintveksamma föräldrar ordnas på

---

<sup>33</sup> Men kommer att vara nödvändigt om kunskap ska fås om insatserna når dem som inte låtit vaccinera sina barn.

<sup>34</sup> Andra tillvägagångssätt diskuteras också, t.ex. att mäta aktiviteter bland referensgruppens medlemmar.

<sup>35</sup> En lärdom från genomförda dialogseminarier har varit att senarelägga seminarietiderna och lägga dessa i anslutning till andra möten som riktas till målgrupperna. Detta tillvägagångssätt minskar möjligheten att dra slutsatser om kunskapsspridarnas inflytande.

<sup>36</sup> Informationsfilmen som riktas till svensksomaliska småbarnsföräldrar är lättare att överlämna eftersom detta inte kräver några extra resurser från BVC. Filmen kan t.ex. visas i väntrummen.

<sup>37</sup> Två av kunskapsspridarna arbetar som tolkar.



andra BHV-områden i Stockholm, framför allt för svenska föräldrar. Kunskap och framför allt expertis finns men behöver ges en högre prioritet av BHV.

Information och dialog om autism är också viktigt att ge en högre prioritet. Pilottestning av dialogseminarierna visade på ett stort behov av information och fortsatt dialog kring autism. Två ämnesexperter och överläkare, som arbetar med utredning av utvecklingsavvikelse och forskar om autism, är beredda att även fortsättningsvis hålla i informationsmöten för föräldrar. Dock måste detta ske genom ett formellt uppdrag eller begäran från BHV. Ett sådant uppdrag finns inte ännu.

När det gäller mätningen av långsiktiga effekter på individnivå (*individual maintenance*) finns goda möjligheter att mäta vaccinationstäckningen för MPR efter projektslut och under de kommande åren. Målet, att öka vaccinationstäckningen för MPR till minst 95 procent i den svensksomaliska befolkningen beräknas dock inte nås under de närmaste åren.<sup>38</sup> När det gäller effekter vid projektslut är det primära målet att nå ut med information till målgrupperna och till dem som är i störst behov (dvs. föräldrar som tvekar att vaccinera sina barn). Hur många som nås i den senare gruppen är dock svåra att mäta på annat sätt än genom de som deltar i dialogseminarierna och då måste frågor om vaccinationsbeteende eller attityder till detta ställas, något som kan vara integritetskänsligt. Frågor om seminarierna gett ny kunskap är lättare att ställa och få svar på men säger lite om eventuella framtida attityd- och beteendeförändringar. För att få bättre möjligheter att dra slutsatser kommer kvalitativa intervjustudier att genomföras med föräldrar som deltagit på seminarier och även med vaccintveksamma föräldrar. En möjlig väg att nå dessa är genom den lokala autism- och aspergerföreningen men hittills har inga sådana kontakter vidtagits.<sup>39</sup>

Dimensionerna *adoption* och *implementation* har varit lättare att omfamna eftersom projektets produkter har varit naturligt fokuserade på implementering. Projektet har också från början arbetat nära barnhälsovården och med en etablerad referensgrupp i området. Personerna i referensgruppen, som representerar föreningar i Tensta och i Rinkeby, arbetar med samhällsfrågor på lokalnivå och bedöms ha ett stort förtroende hos projektets målgrupper.<sup>40</sup>

Det var inte helt klart i planeringsfasen hur den komplexa frågan om autism skulle behandlas. Slutsatsen blev att det är ohållbart att inte ta upp autism i samband med dialogseminarierna. I särskilda seminarier som berörde autism deltog två experter

---

<sup>38</sup> Däremot bör vaccinationstäckningen mätas redan efter tre och sex månader efter projektet eftersom det är troligare att en ökning av vaccinationstäckningen i nära anslutning till projektet har ett samband med projektet jämfört med utvecklingen flera år efter projektslutet. Intressant är också att mäta t.ex. HPV-vaccinering som är generellt lägre i Rinkeby och Tensta jämfört med Stockholms län som helhet.

<sup>39</sup> Det kan vara en delikat uppgift. Ordförande i föreningen har sagt att bara själva bildandet av autismföreningen var jättesvårt från början eftersom föräldrar till barn med autism inte ens ville prata om sina barns problem. Autismföreningens syfte var att skapa kontakter mellan barnfamiljer som hade autistiska barn och inte att bedriva information om autism och vaccinering för MPR.

<sup>40</sup> Islamiska förbundet i Järva (IFJ), Tensta parents och Shanta idrottsförening representeras i referensgruppen. IFJ är medlem i lokala, regionala och nationella organisationer.

på området som föreläsare och deras kunskaper har efterfrågats i efterhand av föräldrar. Transkulturellt centrum har också varit en aktör som bidragit med kompetens och som diskussionspartner. Det kan dock konstateras att – trots det nära samarbetet med barnhälsovården – BVC inte har kunnat bidra med extra resurser utöver information till föräldrar om projektet. Implementeringen av projektet i BVC är dock hittills en utmaning men ett arbete pågår för att hitta lösningar.

En av projektmedlemmarna har regelbunden uppföljningskontakt med kontaktspridarna, bl.a. för att följa upp svårigheter som uppstått. Kontaktspridarna ska föra dagbok som kan vara hjälp vid uppföljningarna och vid senare intervjuer om sina erfarenheter av projektet. Deras främsta uppgift är att informera om och marknadsföra projektet och dess mål till de berörda målgrupperna som de har en stor kännedom om. Det innebär t.ex. att de känner till vilka föräldrar som är vaccintveksamma och kan vid behov särskilt vända sig till dessa i arbetet.

En tentativ slutsats som kan dras i detta tidiga skede är att projektet förmodligen står och faller med den effektivitet som kontaktspridarna kan uppbåda. En annan viktig slutsats är att nätverken i lokalsamhället måste användas optimalt och här har referensgruppen också en viktig uppgift.

RE-AIM, både som ramverk och modell har visat sig vara en struktur som fungerat i planeringen av projektet. Kanske är den främsta fördelen att fokus faktiskt finns på alla dimensioner samtidigt vilket medfört att det i diskussioner om aktiviteter också har funnits ett fokus på vad som bör åstadkommas med den aktiviteten och hur den hänger ihop med andra aktiviteter och tänkta resultat. Detta har medfört en större insikt om svårigheter i interventionen, vilket ökat förutsättningarna att hitta lösningar på planeringsstadiet och tidigt i genomförandefasen. I ett interventionsprojekt är det viktigt att genomföra förändringar under projektets gång för att förbättra resultaten (4, 30). Ett exempel på detta är projektförlängningen för att åstadkomma ett större genomslag samt för att förbättra utvärderingsmöjligheterna.

## RE-AIM som ett verktyg vid bidragsfördelning

För att öka möjligheterna att förbättra projektresultat, dvs. både prestationer och effekter är det till hjälp att utgå från ramverket RE-AIM.<sup>41</sup> Detta är angeläget för en projektledning, styrgrupp men så också för projektfinansiärer. En bedömning av hur väl interventionsprojekt uppfyller dimensionerna i RE-AIM har inte gjorts i Sverige. En sammanställning av resultat från utvecklingsprojekt inom ANDT under 2011 – 2014 visar att det troligen inte finns något projekt som kan bedömas uppfylla väsentliga kriterier inom alla fem dimensioner i RE-AIM. Ett fåtal projekt kunde bedömas som implementerade inom ordinarie verksamhet (20).<sup>42</sup>

En amerikansk studie av hur väl forskningsfinansierade projekt uppfyller 31 specificerade kriterier för RE-AIM, visar att knappt 10 procent av projektansökningarna kunde sägas använda RE-AIM fullt ut (18). Sett över dimensionerna var det framförallt *implementation* och *adoption* (personalmedverkan) som förbisågs i ansökningarna.<sup>43</sup>

För att öka sannolikheten att uppnå långsiktigt hållbara resultat bör projekt som har en (direkt eller indirekt) interventionsambition använda sig av RE-AIM fullt ut (dvs. använda så många kriterier i ramverkets fem dimensionerna som möjligt). Ett sätt att åstadkomma detta är att vid sökande om ekonomiskt stöd ställa krav på en mer strukturerad redovisning enligt RE-AIM (21). Sådana kriterier redovisas i tabell 2. Det kan dock finnas behov av att använda sig av färre kriterier för att bedöma projektmedelsansökningar för att underlätta för sökanden men som ändå ger tillräckligt med information för bedömning om ekonomiskt medel ska beviljas.<sup>44</sup> Förslag på checklista finns publicerad på RE-AIM.org (15). Checklistans kriterier bör också, i en mer informativ form, utgöra en utgångspunkt för de organisationer som avser att söka ekonomiskt stöd.<sup>45</sup>

Det är viktigt att diskutera hur jämförelser mellan projekt ska göras. Det är inte alltid givet att projekt som bedöms ge störst långsiktiga effekter ska prioriteras.<sup>46</sup> En viktig faktor är också hur många som nås av projektets och verksamheternas arbete. Eller utifrån RE-AIM: ett projekt med stor räckvidd men små långsiktiga

---

<sup>41</sup> I Ekonomistyrningsverkets vägledning Att ge statligt stöd till det civila samhällets organisationer lämnas allmänt hållna råd vilket ger otillräckligt stöd vid en bedömning av ansökningar (22).

<sup>42</sup> Det är förmodligen en överskattning av den verkliga situationen eftersom slutsatsen baseras på organisationers egna bedömningar. I vilken grad dessa bygger på acceptabla utvärderingar är oklart.

<sup>43</sup> Det innebär dock inte nödvändigtvis, enligt författarna, att projekten i sina interventionsfaser inte tog hänsyn till viktiga aspekter inom dessa dimensioner. Men att inte beskriva hur implementeringen ska lyckas i en projektansökan är en indikation på planeringsbrister.

<sup>44</sup> Men motsatt resonemang kan också vara giltigt, dvs. mer relevant information i en planerings- och ansökningsfas kan vara till stor hjälp vid projektgenomförandet.

<sup>45</sup> En checklista hade underlättat en bedömning med utgångspunkt i RE-AIM av ett forskningsprojekt (dnr 02848-2015) som sökt och fått ekonomiskt stöd av Folkhälsomyndigheten. Bedömningen som nu kan göras visar på att information inom flera av dimensionerna är bristfällig eller saknas. Det är dock möjligt att projektet i sin planering tagit hänsyn till dimensionerna men att dessa dokument inte lämnats till Folkhälsomyndigheten.

<sup>46</sup> En bedömning som är mycket svår att göra.

effekter kanske är att föredra framför ett projekt med liten räckvidd men med större långsiktiga effekter.<sup>47</sup>

Ett folkhälsoperspektiv innebär – eller borde innebära – att mer fokus bör läggas på dimensionerna *reach*, *adoption* och *maintenance* eftersom många i en större målgrupp bör nås och det kräver att flera aktörer deltar aktivt i interventionen (18, 23). Det är därför tveksamt om ekonomiskt stöd ska ges till projekt som troligen inte kommer att överleva projektfasen, dvs. inte kan implementeras i en ordinarie verksamhet. En viktig bedömningsomständighet bör vara trovärdigheten i beskrivningen av implementeringsfasen och de uppskattade kostnaderna för implementeringen i projektansökan.<sup>48</sup>

Alla projekt är inte interventionsprojekt. En RCT-studie som syftar till att utveckla ett validerat interventionsverktyg kan också bedömas utifrån de tänkta användningsområden, möjlig räckvidd, implementeringsmöjligheter, effekter som detta verktyg kan ha (11). Är bedömningen att verktyget troligen har små möjligheter att implementeras i en större skala blir slutsatsen troligen att det inte är försvarbart att ge ekonomiskt stöd till att utveckla verktyget.<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Detta är dock ett mer abstrakt resonering. I verkligheten finns många fler omständigheter att ta hänsyn till i bedömningen av vilka projekt som borde få ekonomiskt stöd.

<sup>48</sup> I sammanställningen av särskilda utvecklingsprojekt inom ANDT är forskarnas slutsatser om de idéburna organisationernas förmåga att implementera projekten mycket nedslående (20).

<sup>49</sup> En sådan slutsats kan baseras på att en implementering i en större skala inte är samhällsekonomiskt lönsam.

# RE-AIM som ett verktyg i ett ledningssystem

Ledningens uppgifter i korthet är att fastställa och visa väg, skapa förutsättningar, följa upp och korrigera (24). För att klara detta behövs ett ledningssystem, bestående av verktyg för att leda, planera, följa upp och utvärdera organisationens insatser (25). Ramverket RE-AIM kan utgöra ett av ledningssystemets verktyg för att lättare kunna bedöma interna och externa projekt, litteraturstudier, interventioner, miljöförändringar eller hälsopolicys (1,18). RE-AIM kan användas vid strategiutveckling, i verksamhetsplanering, i uppföljningar av enskilda projekt eller av hela verksamhetsområden där det är relevant, samt vid utvärderingar. Ramverket skulle därmed kunna bli en bärande länk mellan dessa verksamheter.<sup>50</sup>

## Strategiutveckling

I strategier anges vägval för att nå specifika mål som ligger till grund för en organisations existens. Strategival är starkt beroende av målen och de resurser som organisationen har till förfogande. Det kan dock vara svårt att göra bedömningar av en strategi eller göra jämförelser mellan olika strategier på ett mer objektivt sätt. RE-AIM kan här ge förutsättningar att göra bättre jämförelser över alla dimensioner men också för en specifik dimension. En strategi som enbart baseras på informativa styrmedel har sannolikt svårare att nå framgång på sikt än en strategi som baseras på ekonomiska och regulativa styrmedel (26, 27, 28). En beskrivning efter de fem dimensioner som utgör RE-AIM kan ge mer detaljerad information om strategins möjliga framgång. En generell beskrivning ges i tabell 3.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Hypotes av författaren till denna promemoria.

<sup>51</sup> Interventioner som bygger på multipla strategier och med flera styrmedel är att föredra givet att resurser finns. Nordkarelenprojektet är ett sådant exempel på detta (29). Nordkarelenprojektet visar att en framgångsrik intervention kräver uthållighet.

Tabell 3. Jämförelse av ekonomiska-, regulativa- och informativa styrmedel dimensionsvis enligt RE-AIM

<b>Dimension</b>	<b>Ekonomiska och regulativa styrmedel –exempel sockerskatt</b>	<b>Informativa styrmedel –exempel kampanj om risker med alkoholkonsumtion</b>
<b>Räckvidd</b>	Stor räckvidd som är jämnt fördelad över undergrupper i befolkningen	Ev. stor räckvidd men ojämnt fördelad över undergrupper i befolkningen
<b>Adoption</b>	Relevanta delar av näringslivet är delaktiga (tvång)	Krävs att många organisationer involveras (frivillighet och ev. med ekonomiskt incitament)
<b>Effekter</b>	Stora effekter på det beteende som bör förändras	Oklart vilka effekterna är och de som uppstår är ojämnt fördelade i undergrupper.
<b>Implementering</b>	Implementering sker i delar av näringslivet. Viktig implementeringsaktör är Skatteverket	Stora insatser för att implementera i de organisationer som deltar. Oklart vilken den viktiga implementeringsaktören är
<b>Manifesta, långsiktiga effekter</b>	Stora långsiktiga effekter om skatt bibehålls och köpbeteenden inte förändras. Ojämlig hälsa kan minska.	Troligen små effekter som är ojämnt fördelade. Kräver att insatserna inordnas i permanent verksamhet, vilket är svårt utan ekonomiskt tillskott. Ojämlig hälsa kan öka.

RE-AIM kan också vara användbart vid planeringen av en kunskapsförmedlings- och en interventionsstrategi. Några viktiga frågor här är:

Hur ska kunskapen spridas för att nå så många som möjligt i målpopulationen? Hur ska det säkerställas att de som mest behöver kunskapen kommer att nås? Vilka aktörer ska hjälpa till med kunskapsspridningen? Hur ska dessa rekryteras och stanna kvar? Hur ska detta göras för att nå störst effekter i målpopulationen? Kommer genomförandet av strategin att leda till avsedda effekter hos dem som är mest i behov av att tillämpa den? Hur ska implementeringen av strategierna gå till? Vilka bör ansvara för detta? Hur ska långsiktiga effekter säkerställas? Vilka krav måste ställas på implementeringsaktörer eller andra aktörer? Vad krävs för att enskilda individer långsiktigt tar sig till det budskap som förmedlas genom den aktuella strategin? Alla dessa frågor åtföljs också av frågor om tillgängliga resurser. Givet resurserna, vad är lämpligt att fokusera på? Att nå så många som möjligt eller att få ut störst effekt men då hos färre?

En kunskapsförmedlings- och interventionsstrategi kan formuleras som en hälsopolicy. Planering och utvärdering av en sådan policy, som utgår från RE-AIM bör enligt Jilcott fokusera på fyra specifika frågor (26). Dessa är:

- Vilkas hälsa bör förbättras som ett resultat av genomförandet av policyn?

- Vilka organisationer eller regeringsorgan är ansvariga för att införliva eller skapa policyn?
- Vilka är ansvariga att genomföra policyn?
- Vilken organisation eller regeringsorgan är ansvariga att driva igenom policyn?

## Verksamhetsplanering

Verksamhetsplaneringsdirektiven kan ha en utgångspunkt i RE-AIM. Alla verksamheter som bedöms vara relevanta utifrån RE-AIM kan struktureras efter de fem dimensionerna i ramverket och efter ett antal kriterier.<sup>52</sup> Hit kan en mängd verksamheter hänföras, t.ex. övervakningssystem som riktas mot tydliga målgrupper och där avsikten är att dessa har nytta av statistik och signaler från systemen, projektverksamhet som har en interventionsambition (direkt eller indirekt), men också utvärderingar och kunskapsrapporter där förväntningen är att målgrupperna ska använda dessa i sin verksamhet gentemot sina målgrupper.<sup>53</sup>

Uppenbara fördelar med att strukturera verksamhetsplaneringen efter RE-AIM är att möjligheterna till jämförelser ökar mellan verksamheter och mellan projekt. Det är också lättare att identifiera styrkor och svagheter i enskilda verksamheter eller i enskilda projekt. Därmed ökar möjligheterna att förbättra framtida verksamhetsplanering.

## Uppföljning

Projektvisa uppföljningar efter RE-AIM är viktigt för att kunna intervensera i projektet och förbättra möjligheterna att få ett bättre slutresultat. Vanligt i interventioner torde vara att förändra implementeringen av insatsen när det kan konstateras att effekterna verkar utebli (30). Men i ett ledningssystem är det också regelbunden uppföljning av hela verksamheter som är i åtanke och där dessa kan struktureras efter RE-AIM. Uppföljningsfrågor kan vara: hur långt har vi kommit i de dimensioner som verksamhetsplanerats att uppnås i t.ex. tertiäl 3? Hur ser balansen ut mellan olika verksamheter?<sup>54</sup> Här finns möjligheter att bedöma hur långt arbetet kommit i de olika dimensionerna och vilka kostnader som kan knytas till var och en av dimensionerna för den givna uppföljningsperioden. Uppföljningen kommer att underlättas om det finns ett ramverk med en underliggande modell att utgå från och att förhålla sig till.

---

<sup>52</sup> Exempel på kriterier lämnas i tabell 2

<sup>53</sup> I det sist nämnda fallet blir målgruppernas målgrupper de som omfattas av reach och målgrupperna blir de som omfattas av adoption. Detta ställer högre krav på verksamhetsplaneringen av rapporter.

<sup>54</sup> Ett konstaterande att många projekt ligger i en reachfas ger kanske tillräckliga signaler för att någon typ av åtgärder måste vidtas.

## Utvärdering

Utvärdering av projekt som har en direkt eller indirekt interventionsambition bör följa kriterier i RE-AIM. Sett ur ett ledningssystemsperspektiv är det av största vikt att använda sig av utvärderingsinstrument för att få information och kunskap som kan utgöra underlag för strategiförändringar eller förändringar i planering av kommande verksamhet. Kanske ännu viktigare är att utvärdera hur framgångsrika myndighetens projekt eller verksamheter sammantaget är (metautvärdering). Används RE-AIM för att genomföra denna typ av sammantagna bedömningar ökar möjligheterna att få mer objektiva signaler om myndighetens effektivitet. En viktig frågeställning kan t.ex. vara hur många individer som nås direkt och indirekt av myndighetens verksamhet och hur representativa är de som nås för målgrupperna? Ställer man frågor som dessa i ett tidigt skede i planeringen är det uppenbart att projekten bör utformas så att de kan svara på frågorna.<sup>55</sup>

Det finns skäl att uppehålla sig kring hur interventioners kostnader ska mätas. Det finns förslag på beräkningar (31) och ambitioner om att beräkna kostnader för alla dimensioner (11). Även om detta troligen är svårt att genomföra dimensionsvis bör kostnader sättas i relation till utfall i en större omfattning än vad som sker idag (32).<sup>56</sup>

## Omvärldsbevakning

I omvärldsbevakningen är det viktigt att systematiskt samla in och analysera information om folkhälsans utveckling. Detta är en grannliga uppgift som kan vara lättare att göra om perspektivet utgår från RE-AIM. Ett exempel är hur många i målgrupperna kommer, i bästa fall, att nås eller påverkas, som ett resultat av fördelade ANDT-medel under 2016? Hur troligt är att de som nås i respektive målgrupp är de som har störst behov? Ett annat exempel som utgår från ett givet mål, t.ex. målsättningen att Sverige ska ha lägst arbetslöshet i Europa år 2020. Vad skulle då krävas för resultat i respektive dimension? Och som en följd av detta: Vilka åtgärder krävs? Det är en back-castingmetod som kan effektiviseras om den kan användas tillsammans med RE-AIM.<sup>57</sup>

Den främsta fördelen med att använda sig av RE-AIM i omvärldsbevakning är att det kan vara lättare att avgränsa omvärldsbevakningen till vissa specifika aspekter. Detta gör det lättare att fokusera på det som bedöms vara viktigt. Det handlar då

---

<sup>55</sup> Men litteraturstudien (4) visar dock många exempel på att frågor som rimligen borde ha ställts i planeringen av projektet inte lämnade några svar i de publicerade artiklarna.

<sup>56</sup> En anledning till varför effektmätningar, som t.ex. kostnadsnyttoanalyser sällan har gjorts av svenska myndigheter kan bero på den starka fokuseringen på den inre effektiviteten på bekostnad av den yttre effektiviteten (33).

<sup>57</sup> Eftersom *maintenance* (som bestämts vara Europas lägsta arbetslöshet) är given, *reach* är relativt lätt att beräkna (hur många undergrupper/arbetslösa personer som behöver nås; inte nödvändigtvis vilka), så återstår bara *adoption* och *implementation*. Detta är förstås det som arbetsmarknadspolitiken till stor del handlar om i vardagen; vilka ska göra vad för att arbetslösheten ska minska. RE-AIM belyser möjligheterna att strukturera valen, t.ex. kommer de som är i störst behov att få ta del av insatserna med de val som görs i *adoption* och *implementation*? En fråga som är en av de första att ställas om perspektivet utgår från RE-AIM är: vilka har störst behov av insatser? Mattias Höjer, Åsa Svenfelt och Josefin Wangel har skrivit om backcasting på ett lättbegripligt sätt (34).



också om varför händelser eller skiften inträffar eller som kan komma att inträffa och inte bara vad som har hänt eller kommer att hända.<sup>58</sup>

Användningen av information förekommer enligt Chun Wei Choo på tre till varandra länkade arenor, *begripliggörande av information*, *kunskapsskapande* och *beslutsfattande*. Omvärldsbevakning blir då mycket viktigt för alla dessa arenor (35). Kan en strukturering ske efter dimensionerna i RE-AIM ökar möjligheterna för en effektivare omvärldsbevakning, en effektivare verksamhetsplanering och därmed också till ett effektivare ledningssystem.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Det behövs överlag ett mer framtidsorienterat synsätt där hänsyn tas till framtidens befolkning som underlag för strategier och policy. Här finns dock mycket stora utmaningar (36).

<sup>59</sup> Choos tre arenor och RE-AIM:s fem dimensioner ger 15 celler. Cellen reach/begripa kan t.ex. bli att försöka samla in information om hur en vårdvalsreform egentligen påverkar patientgrupperns vårdefterfrågan.

## Diskussion

Regeringen angav ett nytt mål för folkhälsan i sin regeringsförklaring 2014. Målet är att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Detta ställer krav på aktörer inom alla samhällssektorer att vidta åtgärder som kan bidra till måluppfyllnad. Folkhälsomyndigheten har i sitt uppdrag bl.a. uppgiften att utvärdera effekterna av metoder och strategier inom folkhälsoområdet samt att utvärdera insatser och metoder inom folkhälsoarbetet. Det ställer stora krav på att hitta hållbara strukturer för ett så omfattande arbete som detta är.

*En sådan hållbar struktur kan ramverket RE-AIM utgöra. Ramverket presenterades för närmare tjugo år sedan för att utöka fokus från intern validitet till extern validitet, främst inom forskning inom hälso- och sjukvårdssektorn (1). Idag är ramverket använt inom flera folkhälsoområden men fortfarande använts ramverket utanför USA i en relativt liten omfattning och då nästan uteslutande i forskning. RE-AIM använts i en mycket liten utsträckning i Sverige och då tycks det enbart varit i forskningssyfte (5, 6).*

Det finns ingen dokumentation som visar att myndigheter använt sig av ramverket i skedet då Folkhälsomyndigheten valde att prova RE-AIM i ett vaccininterventionsprojekt (3). Hittills har erfarenheterna varit goda i planeringen och genomförande av projektet. Diskussionerna har kretsat kring alla dimensioner i ramverket, vilket medfört en större insikt om de svårigheter som interventionen har och kommer att medföra. Denna insikt har inneburit en bättre planering och förutseende av genomförandet av nödvändiga åtgärder. Det står också klart att ett fullt användande av RE-AIM kräver att interventionens långsiktiga effekter måste utvärderas (18).

RE-AIM kan användas som ett verktyg i bedömning av ansökningar om bidrag och även i bedömningen av resultat från projekt som fått bidrag. Den främsta fördelen med detta är att det kan bli lättare att få in bidragsansökningar som har en högre kvalitet, om ansökarna tvingas (och får lämpligt stöd) att redogöra för sina projekt utifrån de fem dimensioner som RE-AIM består av. Betydelsefullt är också att det är lättare att fatta rätt beslut om beviljande av bidrag då ansökningarna har en högre kvalitet och är lättare att jämföra med varandra. En konsekvens av detta är att transparensen i bidragshanteringen kan öka avsevärt. Ytterligare en konsekvens kan vara att projektkvaliteten ökar, vilket ger större förutsättningar för en evidensbaserad praktik (37, 38).

RE-AIM torde också kunna användas på ett bredare sätt i myndighetens ledningssystem. Det gäller i framtagande av strategier och hälsopolicies, i verksamhetsplaneringen och uppföljningen av denna och i utvärderingar av projekt, prestationer och kanske även hela verksamheter. Detta är viktigt att pröva och kan

leda till en ökad systematik i kunskapsspridningen.<sup>60</sup> Ramverket kan bli en bärande länk i ett ledningssystem.

RE-AIM är ett ramverk som bygger på en programteori. Den säger inget om vilka metoder och verktyg som bör användas. Det innebär att det ofta finns ett behov av att ge stöd till projekt eller till dem som ansöker om projektstöd. Detta behov bör då tillgodoses på olika sätt.

RE-AIM utvecklas ständigt (1) och modellen för RE-AIM – som kan liknas vid de effektmodeller som t.ex. Ekonomistyrningsverket och Statskontoret pläderar för – kan utvecklas för att även innefatta en kontext som interventioner omfattas av. Här kan t.ex. Ostroms ramverk, Rogers teori om spridning av innovationer och Chens modell för programteori utgöra viktiga bidrag för att ytterligare förbättra planering, genomförande och utvärdering av folkhälsoinsatser (8, 9, 40). Det finns ramverk som är inbäddad i en kontext eller uttryckligen ställer krav på hänsynstagande till kontextvariabler som också kan vara en utgångspunkt för en vidare utveckling (41, 38).<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> En intervjuundersökning som genomfördes på uppdrag av Folkhälsomyndigheten visade bl.a. att *alla* intervjuade nyckelpersoner inom landsting och organisationer ansåg att myndigheten har en viktig roll i att systematiskt utvärdera vad som fungerar bra [inom folkhälsoområdet]. Kunskapsspridningen inom folkhälsoområdet måste vara mer systematisk och den gemensamma kunskapsutvecklingen bör struktureras bättre enligt flera av de intervjuade (39).

<sup>61</sup> Ramverket Precede-Proceed, som togs fram av Lawrence Green är mer välkänt än RE-AIM men är uppenbart mer komplicerad med sina nio faser, som kan vara svåra och kostsamma att följa.

## Referenser

1. Gaglio B, Glasgow R E. Evaluation approaches for dissemination and implementation research. I Brownson R C, Colditz G A, Proctor E K, editors. Dissemination and implementation research in Health. New York: Oxford University Press Inc; 2012. p. 327-356
2. Department for health and human services, USA. Evidence-Based Clinical and Public Health: Generating and applying the evidence. Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. July 26; 2010. p 9.  
<https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/EvidenceBasedClinicalPH2010.pdf>
3. Folkhälsomyndigheten. Orsaker till lokalt låg täckning av MPR-vaccination i Sverige. Pilottest av WHO:s metod Tailoring Immunization Programmes (TIP). Solna: Folkhälsomyndigheten: 2014.
4. Harden S M, Gaglio B, Shoup J A. m.fl. Fidelity to and comparative results across behavioral interventions evaluated through the RE-AIM framework: a systematic Review. Systematic Reviews (2015) 4:155. DOI 10.1186/s13643-015-0141-0.  
<http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-015-0141-0>
5. Carljford S, Andersson A, Bendtsen P. m.fl. Applying the RE-AIM framework to evaluate two implementation strategies used to introduce a tool for Lifestyle intervention in Swedish primary health care. Health Promotion International, Vol 27 No 2, 2011.
6. Carljford S, Lindberg M, Andersson A. Sustained use of a tool for lifestyle intervention implemented in primary health care: a 2-year follow-up. Journal of Evaluation in Clinical Practice, Vol 19, Issue 2, p. 327–334, 2013.
7. Glasgow R, Vogt T, Boles S. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. Am J. Public Health. 1999; 89, 1322-1327.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=PubMed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=10474547>
8. Ostrom E. Background on the institutional analysis and development framework. The Policy Studies Journal. Vol. 39 (1); 2011.
9. Rogers E M. Diffusion of innovations. 5<sup>th</sup> edition. New York: Simon Schuster International; 2003.
10. Belza B, Toobert D, Glasgow R. RE-AIM for program planning: Overview and Applications. National Council on Aging. Center for healthy Aging. 2007.  
[http://www.prc-han.org/docs/RE-AIM\\_issue\\_brief.pdf](http://www.prc-han.org/docs/RE-AIM_issue_brief.pdf)

11. Estabrooks P, Allen K C. Updating, employing, and adapting: A commentary on: What does it mean to “employ” the RE-AIM model. *Evaluation and the Health Professions*: 2012; 36 (1)
12. Coryn C L S, Noakes L A, Westine C m.fl. A systematic review of theory-driven evaluation practice from 1990 to 2009. *American J of Evaluation*: 2011; 32(2), 199-226.
13. Ekonomistyrningsverket. Att beställa utvärderingar – en vägledning. 2005:26.
14. Statskontoret. Förutsättningar för en samlad och systematisk uppföljning av kvalitet, produktivitet och effektivitet i offentlig sektor. 2011:13
15. RE-AIM.org. <http://www.re-aim.hnfe.vt.edu/>
16. Galaviz K, Harden S, Smith E m.fl. Physical activity promotion in Latin American populations: a systematic review on issues of internal and external validity. *Int. J Behavioral Nutrition and Physical activity*: 2014; 11:77
17. Gaglio B, Shoup J A, Glasgow RE. The RE-AIM framework: A systematic review of use over time. *American J. of Public Health*: June 2013 103 (6).
18. Kessler R S, Purcell E P, Glasgow R E m.fl. What does it mean to”employ” the RE-AIM model? *Evaluation and the Health Professions*: 2012; 36 (1).
19. Bukhari A, Fredericks L, Wylie-Rosett J. Strategies to promote high school student’s healthful food choices. *J. of Nutrition Education and Behavior*: 2011; 43:5. [http://www.jneb.org/article/S1499-4046\(11\)00041-8/pdf](http://www.jneb.org/article/S1499-4046(11)00041-8/pdf)
20. Folkhälsomyndigheten. Resultat från särskilda utvecklingsprojekt inom ANDT som avslutats under perioden 2011 – 2014. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2014.
21. Glasgow R E, Klesges L M, Dzewaltowski D A. The future of health behavior change research: What is needed to improve translation of research into health promotion practice? *Annals of Behavioral Med*: 2004; 27 (1), 3-12.
22. Ekonomistyrningsverket. Att ge statligt stöd till civila samhällets organisationer – Hur staten kan planera, genomföra och följa upp sin bidragsgivning till ideella organisationer. Vägledning; 2015:43.
23. Glasgow R E, McKay H G, Piette J D m.fl. The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? *Patient Education and Counseling* 44: 2001; 119-127.
24. Ljungberg A, Larsson E. Processbaserad verksamhetsutveckling – varför-vad-hur? Andra upplagen. Lund: Studentlitteratur; 2012.
25. Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbete-med-arbetsmiljon/ledningssystem/>

26. Jilcott S, Ammerman A, Sommers J m.fl. Applying RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. *Annals of Behav Med.* 2007 34 (2); 105-114.
27. Lorenc T, Petticrew M, Welsh V m.fl. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of epidemiology and community health.* 2013: 67 (2); 190-3.
28. Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? *PLoS Med.* 2010 Aug; 7(8).  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2927551/>
29. Puskas P, Pietinen P, Uusitalo U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme – experiences from Finland. *Public Health Nutrition.* 2002: 5 (1A); 245-251.
30. Chambers D, Glasgow R E. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation Science* 2013, 8:117.
31. Glasgow R E, Klesges L M, Dzewaltowski D A m.fl. Evaluating the impact of health promotion programs; using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. *Health Education Research:* 2006; 21 (5).
32. Raghavan, R. The role of economic evaluation in dissemination and implementation research. I Brownson R C, Colditz G A, Proctor E K, editors. *Dissemination and implementation research in Health.* New York: Oxford University Press Inc; 2012. p. 94–113
33. Modell S, Grönlund A. *Effektivitet och styrning i statliga myndigheter.* Lund: Studentlitteratur; 2006.
34. Höjer M, Svenfelt Å, Wangel J. Backcasting öppnar upp framtiden. I Alm S (red). *Att utforska framtiden – valda perspektiv.* Stockholm: Dialogos förlag: 2012.
35. Choo C W. The art of scanning the environment. *Bulletin of the American Society for Information Science:* 1999; 25 (3), 13-19.  
<http://choo.fis.utoronto.ca/FIS/respub/ASISbulletin/>
36. Graham, H. Where is the future in public health? *The Milbank Quarterly.* 2010: Vol. 88 (2); 149-168. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2980342/>
37. Green L W. If we want more evidence-based practice, we need more practice-based evidence. Föredrag vid Journées annuelles de santé publique (JASP).  
<https://www.youtube.com/watch?v=SDP9GRRLS8U>
38. Green L W, Glasgow R E. evaluating the relevance, generalization, and applicability of research – Issues in external validation and translation

methodology. *Evaluation & the Health Professions*. Vol. 29:1; March 2006, 126–153.

39. Folkhälsomyndigheten. Intervjuer med nyckelpersoner om folkhälsoarbete inom landsting med flera organisationer och nätverk. 2014. Opublicerad rapport.
40. Chen H T. A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research. *Research in the schools*: 2006; Vol 13 (1), 75-83.
41. Harris J R, Cheadle A, Hannon P A m.fl. A framework for disseminating evidence-based health promotion practices. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Preventing chronic disease: Volume 9, 2012:11\_0081.





-----  
*Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa.  
Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa,  
förebygga ohälsa och skydda mot hälsot.*

*Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.*



Folkhälsomyndigheten

**Solna** Nobels väg 18, SE-171 82 Solna **Östersund** Forskarens väg 3, SE-831 40 Östersund.

[www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)