



Folkhälsomyndigheten

# Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst

En rapport om implementering av metoder  
inom folkhälsoområdet, version 2.0





# Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst

En rapport om implementering av metoder  
inom folkhälsoområdet, version 2.0

## BINDNINGAR OCH JÄV

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav lämnat en deklARATION av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därefter bedömt att det inte föreligger några omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från: Folkhälsomyndighetens publikationsservice,  
e-post: [publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se](mailto:publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se).  
Den kan även 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, 2017.

Artikelnummer: 00393-2017

Grafisk produktion: ETC Kommunikation.

Tryck: Taberg Media Group AB. Taberg 2017.

# Förord

Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras vetenskapliga studier av hur innovationer, dvs. nya metoder och produkter, sprids och implementeras. När en metod, kanske efter många års forskning, bedöms som effektiv och lämplig, förväntar man sig kanske att den kommer att börja användas relativt omgående. Men så är sällan fallet. I detta läge befinner sig metoden snarast bara i början av en lång process mot rutinmässig användning. Att snabba på processen från färdiga forskningsresultat till praktisk användning av nya metoder är en angelägen uppgift som bör utföras i samverkan mellan forskarsamhället och praktiska verksamheter i kommuner, landsting och regioner, idéburna organisationer, företag och myndigheter.

Denna rapport är en uppdatering av ”Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst” som publicerades av Statens folkhälsoinstitut 2007. Uppdateringen bygger på, förutom originalmaterialet, en sammanställning av 25 implementeringsmodeller av Meyers och kollegor från 2012, kompletterad med en begränsad kartläggande litteraturoversikt. Både den ursprungliga och den reviderade rapporten har skrivits av Karin Guldbbrandsson, med stöd av Sven Bremberg. Rapporten är granskad i sin helhet av Johanna Ahnquist, Sofia Ljungdahl, Ida Erixon och Anna Månsdotter vid Folkhälsomyndigheten samt av Lydia Kwak vid Karolinska Institutet och Anna Haid vid Länsstyrelsen i Uppsala. Metodavsnitten har också granskats av Ann-Louise Johansson, informationsspecialist vid Folkhälsomyndigheten.

Vår förhoppning är att denna rapport ska utgöra ett stöd för beslutsfattare med ansvar för folkhälsofrågor, liksom för utvecklingsledare, strateger och praktiker med samordnande uppgifter inom folkhälsoområdet i hela dess bredd. Vi vänder oss alltså till personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera ny kunskap och nya metoder med syfte att främja befolkningens hälsa.

Folkhälsomyndigheten

*Anna Bessö*

Avdelningschef, avdelningen för kunskapsstöd



# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	8
<b>Summary</b> .....	10
<b>Inledning</b> .....	12
Rapportens upplägg .....	12
Begrepp och definitioner .....	13
<b>Snabbare implementering – en angelägen uppgift</b> .....	16
<b>Spridning</b> .....	18
Aktiv och passiv spridning .....	18
Korta sammanfattningar för ökad spridning .....	19
<b>Implementering</b> .....	22
Implementering – en mödosam konst .....	22
Implementering – en process .....	23
Individens roll .....	24
Organisationens roll .....	26
Beslut om implementering i kommuner, landsting och regioner .....	31
Villkor för att lyckas med implementering .....	31
Skillnaden mellan intervention och implementering .....	34
<b>Ramverk för implementering med kvalitet</b> .....	36
Fas 1. Initial bedömning .....	36
Fas 2. Struktur för implementering .....	41
Fas 3. Genomförande .....	42
Fas 4. Lära och förbättra .....	43
Forskningen är ganska enig .....	43
<b>Några exempel</b> .....	47
Föräldrastöd .....	47
Mobbningsförebyggande arbete .....	48
Trafikmiljö .....	48
Principerna för implementering är desamma .....	49
<b>Checklista för implementering med kvalitet</b> .....	50
<b>Kort metodbeskrivning</b> .....	56
Originalmaterialet .....	56
Ramverk för implementering med kvalitet .....	56
En begränsad kartläggande litteraturöversikt .....	57
<b>Referenser</b> .....	58

# Sammanfattning

Befolkningens hälsa kan förbättras genom att människors egna möjligheter att agera och generera resurser stärks. Förutsättningar för detta kan skapas med hjälp av lagstiftning, ekonomiska och informativa styrmedel och genom att erbjuda nya metoder och tjänster. Den här rapporten tar upp hur man kan påskynda spridandet och användandet av nya metoder, produkter och arbetsätt.

Spridning och implementering är centrala begrepp i detta sammanhang. För att exempelvis en ny hälsofrämjande metod ska börja användas i praktisk verksamhet måste de potentiella användarna känna till att den finns, dvs. information om att metoden existerar måste spridas. Detta kan ske både med aktiva och passiva metoder. I nästa steg ska metoden faktiskt användas – den ska implementeras.

Flera olika faktorer har betydelse för att implementeringen av en ny metod ska lyckas på lång sikt. Det mest basala kravet är att det finns ett uttalat behov och att den metod som föreslås är rätt i sammanhanget. Det finns vissa gemensamma nämnare hos metoder där implementeringen har lyckats bra. Dessa grunddrag handlar om att den nya metoden har relativa och synliga fördelar, stämmer med mottagarens värderingar, är enkel att förstå och använda, kan testas i liten skala, har observerbara effekter och kan anpassas till mottagarens behov. Programföljksamhet, dvs. hur väl användarna följer metoden i praktiken, är också viktigt. När det gäller själva genomförandet av implementeringen är det en fördel om man kan kombinera flera olika komponenter, t.ex. utbildning, praktisk träning, coachning och möjlighet till konsultation. Utvärdering och återkoppling till användarna är också viktigt. Muntlig och skriftlig information har, åtminstone som enskilda komponenter, svagt stöd i implementeringsforskningen.

Såväl enskilda individer, t.ex. opinionsledare, som formella och informella nätverk kan påverka resultatet av en implementeringsprocess. Organisatorisk kultur, organisatoriskt klimat, organisatorisk beredskap för förändring samt ledarskap är nyckelfaktorer för framgångsrik implementering. Även omständigheter i organisationen eller samhället i stort, t.ex. ekonomiska eller organisatoriska förändringar, kan påverka en implementeringsprocess.

Det finns ett antal forskningsbaserade ramverk som beskriver viktiga faser och steg i en implementeringsprocess. I den här rapporten har vi



använt ”Ramverk för implementering med kvalitet”. Detta ramverk innehåller fyra faser som i sin tur är uppdelade i 14 olika steg. Den första fasens åtta steg innebär en noggrann bedömning av behov och metod och den andra fasens två steg handlar om att utveckla en struktur för implementeringen. De första tio stegen i ramverket handlar med andra ord om förberedelser och om att identifiera och hantera hindrande respektive främjande faktorer för implementering. Först i den tredje fasen inleds den faktiska implementeringen. Den fjärde och sista fasen handlar om att lära av erfarenheterna, för att kunna förbättra kommande implementeringsprocesser.

Den här rapporten tar upp vikten av tillgång till vetenskapligt underbyggd kunskap liksom förmåga att använda denna för lokalt beslutsfattande. Den ger även exempel på vad som kan hända och vilka problem man kan stöta på när nya metoder ska implementeras. Checklistan som finns i slutet av rapporten, samt i digitalt och ifyllningsbart format på Folkhälsomyndighetens webbplats ([www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)), kan användas för såväl planering som utvärdering av implementeringsprocesser.

# Summary

## From news to everyday use – the difficult art of implementation.

An updated version of a report about implementation of methods in the field of public health.

The population's health can be improved in several ways, for example through legislation, economic and informative policy instruments and by offering new methods and services. This report addresses how to increase the rate of dissemination and usage of new methods, products and work methods.

Dissemination and implementation are key concepts in this context. In order to, for example, start using a new health-promoting method in practice, the potential users must be aware that it exists, i.e. information on the existence of the method must be disseminated. This can take place with both active and passive methods. In the next step the method should actually be used – it should be implemented.

Several factors are important for the implementation of a new method to be successful in the long term. The most basic requirement is that there is an explicit need and that the proposed method is suitable in the context. There are certain common denominators of methods in which the implementation process has been successful. These fundamental features entail that the new method has relative and visible benefits, conforms to the recipient's values, is easy to understand and use, can be tested on a small scale, has observable effects and can be adapted to the recipient's needs. Fidelity, i.e. how well the users comply with the method in practice, is also important. In terms of the execution of the implementation itself, it is a benefit if different components can be combined, for example education, practical training, coaching and the option of consultation. Evaluation and feedback to the users are also important. Finally, oral and written information is seldom successful enough as individual components, according to the implementation research.

Both individuals, for example opinion-leaders, and formal and informal networks can impact the results of an implementation process. Organisational culture, organisational climate, organisational preparedness for change as well as leadership are key factors for successful

implementation. Circumstances in the organisation or society on the whole, for example economic or organisational changes, can also impact an implementation process.

There are a number of research-based frameworks which describe important phases and steps in an implementation process. In this report we have used “Framework for implementation with quality.” This framework contains four phases which in turn are divided into 14 different steps. The eight steps of the first phase entail a careful assessment of need and method and the two steps of the second phase entail developing a structure for the implementation. In other words, the first ten steps of the framework entail preparations as well as identifying and handling factors which may obstruct and promote implementation. The actual implementation only starts in the third phase. The fourth and last phase entails learning from experiences, in order to improve upcoming implementation processes.

This report addresses the need of greater access to scientifically substantiated knowledge as well as the ability to use this for local decision-making. It also provides examples of what may happen and potential problems when new methods are implemented. The checklist at the end of the report, as well as in digital format (in Swedish) on the Public Health Agency’s webb ([www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/](http://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/)), may be used for both planning and evaluation of implementation processes.

# Inledning

*”Att implementera – lättare sagt än gjort.”*

Troligen är det åtskilliga som instämmer i påståendet ovan, inte bara inom folkhälsoområdet. Alltför många har försökt förverkliga idéer och introducera nya metoder, men efter en tid tvingats inse att det inte blev som de ursprungligen hade tänkt och planerat. Men nya metoder och produkter introduceras och sprids, och implementeringsarbetet lyckas ändå i ganska många fall. Utmaningen ligger i att lyckas ännu oftare och att påskynda processen från nya forskningsresultat till praktisk användning.

För att stödja implementering inom folkhälsoområdet publicerade dåvarande Statens folkhälsoinstitut 2007 rapporten ”Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst” (1). Intresset för och forskning om implementering har ökat under det senaste decenniet, liksom insikten om att en ökad kunskap om implementering krävs för ett effektivt och kunskapsbaserat folkhälsoarbete. Därför har denna rapport nu uppdaterats. Den uppdaterade rapporten bygger på, förutom originalmaterialet, en sammanställning av 25 implementeringsmodeller av Meyers och kollegor (2) och en begränsad kartläggande litteraturoversikt, genomförd vid Folkhälsomyndigheten 2016.

Förhoppningen är att rapporten ska utgöra ett stöd för personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera ny kunskap och nya forskningsbaserade metoder med syfte att främja god och jämlik hälsa i befolkningen.

## Rapportens upplägg

Denna rapport behandlar två huvudområden. Generella principer för implementering tas upp i de första kapitlen (sida 16–35). Sedan följer ett kapitel om ett praktiskt orienterat ramverk för implementering (sida 36–46) och ett kapitel med fiktiva exempel (sida 47–49). Checklistan på sida 50–55 är tänkt som ett stöd i praktiskt implementeringsarbete. En digital och ifyllningsbar version av checklistan finns på Folkhälsomyndighetens webbplats ([www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)). Den läsare som huvudsakligen är teoretiskt intresserad av spridning och implementering kan alltså koncentrera sig på det första huvudområdet, medan den som har ett mer

praktiskt intresse kan gå direkt till det andra huvudområdet, med start på sida 36. På sida 56–57 finns en kort beskrivning av hur denna rapport har tagits fram, och en fullständig metodbeskrivning finns på vår webbplats: ”Metodbeskrivning. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst.”

## Begrepp och definitioner

Trots de senaste decenniernas forskning finns ingen väldefinierad, gemensam och fastställd begreppsram när det gäller implementering (3–9). Olika begrepp används synonymt, samtidigt som samma eller likartade begrepp används i olika sammanhang, och begreppsfloran är snårig. Men flera initiativ har tagits för att likrikta och fastställa begreppsapparaten inom implementeringsområdet. Den vetenskapliga tidskriften *Implementation Science*, som publicerade sina första artiklar 2006, har bidragit till denna utveckling (10, 11). Nedan definieras tre centrala begrepp i denna rapport: metod, spridning och implementering.

### **Metod, insats, åtgärd, program, arbetssätt – kärt barn har många namn**

I den här rapporten används begreppet metod, vilket inkluderar arbetssätt, program, interventioner, innovationer, idéer, kunskap och andra benämningar på sådant som kan tänkas bli föremål för implementering. I boken ”Evidensbaserat folkhälsoarbete” benämns implementeringsobjektet, dvs. det som ska introduceras eller genomföras, som ”någon form av intervention i syfte att åstadkomma förbättrad folkhälsa” (12). Begreppet evidensbaserade metoder används inte i denna rapport eftersom det implicit betyder att en evidensgradering har genomförts (13).

Folkhälsomyndigheten förordar naturligtvis implementering av metoder som har vetenskapligt stöd, dvs. metoder som är utvärderade av forskare och vars resultat har publicerats i vetenskapliga tidskrifter. Det betyder inte att metoder utan vetenskapligt stöd, eller med svagt sådant, inte kan implementeras. Det förekommer ganska ofta, antingen på grund av att man inte kunnat eller hunnit identifiera någon metod med tillräckligt vetenskapligt stöd, eller på grund av okunskap. I sådana fall kan man inte vara säker på att uppnå förväntade effekter även om själva implementeringsprocessen är väl genomförd. I värsta fall kan en väl genomförd implementering av en obeprövad metod ge negativa effekter. Det är därför en fördel om man kan

följa upp och utvärdera effekter när en metod med otillräckligt vetenskapligt stöd implementeras.

För att slutresultatet ska bli lyckosamt måste alltså *både* interventionen och implementeringen fungera. En ineffektiv metod ger inget resultat även om den implementeras på rätt sätt. Samma sak gäller om implementeringen av en i grunden väl fungerande metod misslyckas, se tabell 1.

**Tabell 1.** Effektiv implementering av effektiva metoder ger resultat – inget annat (efter Fixsen och medarbetare 2005).

		Implementeringsprocess	
		<i>Effektiv</i>	<i>Ineffektiv</i>
Metod	<i>Effektiv</i>	+	-
	<i>Ineffektiv</i>	-	-

## Spridning

I den engelskspråkiga litteraturen delas begreppet spridning upp i två olika innebörder. Det ena är ”diffusion”, som beskriver en passiv, oplanerad och okontrollerad spridning utan specifik målgrupp (3). Det andra är ”dissemination”, som är en aktiv form av spridning av forskningsbaserade interventioner via utvalda kanaler och planerade strategier till bestämda målgrupper (3). På svenska brukar dessa varianter kallas för passiv respektive aktiv spridning. I Everett Rogers bok ”Diffusion of Innovations” definieras spridning som den process som sker när en ny idé kommuniceras bland medlemmar i ett socialt system med hjälp av särskilda kanaler och över tid (14).

## Implementering

Begreppet implementering används inom folkhälsoområdet, men också inom många andra områden såsom jordbruk, utbildning, marknadsföring, kommunikation, ledarskap och hälso- och sjukvård (15). I denna rapport finns många exempel från andra områden men fokus ligger på implementering av forskningsbaserade metoder inom folkhälsa och social hållbarhet.

Inom det medicinska området definierar Rabin och kollegor implementering som ”den process som används för att forskningsbaserade interventioner ska integreras och komma till användning i en verksamhet” (fritt översatt från ”A Glossary for Dissemination and Implementation Research in Health”) (3). I det första numret av Implementation Science definieras

implementeringsforskning som ”the scientific study of methods to promote the systematic uptake of research findings and other evidence-based practices into routine practice, and, hence, to improve the quality and effectiveness of health services and care” (11).

I ”Folkhälsovetenskapligt lexikon” definieras ordet implementera som ”att införa och sätta i bruk nya idéer” (16). Andra exempel på svenska definitioner inom olika verksamhetsområden är ”att realisera idéer och planer i konkret handling” (17), och ”de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet” (18).

När man till vardags pratar om att implementera används ofta ord såsom att genomföra, införa, förverkliga, få till stånd eller sjösätta.

# Snabbare implementering – en angelägen uppgift

*”We must make sure that no lifesaving discovery is locked up in the laboratory.” (19).*

Kunskapen om metoder med vetenskapligt stöd har ökat inom folkhälsoområdet under senare år. Däremot är kunskapen otillräcklig när det gäller att på ett bra sätt införliva sådana metoder i den praktiska verksamheten. Det kan ta många års forskning innan en metod bedöms som effektiv och lämplig, och när detta väl är klart skulle man kunna förvänta sig att metoden börjar användas relativt omgående. Men så är det sällan (20–23).

Ett historiskt exempel är kampen mot skörbjugg (21). År 1601 visade kapten James Lancaster att citronsaft förebygger skörbjugg. Alla sjömän på Lancasters försöksskepp överlevde medan 40 procent av besättningen på de tre kontrollskeppen avled i skörbjugg. Detta försök ledde dock inte till några förändringar i flottans kosthållning. En studie med motsvarande resultat genomfördes 146 år senare av James Lind, läkare i engelska flottan. Linds försök ledde inte heller till några förändringar. Inte förrän efter ytterligare 48 år introducerades dagligt intag av c-vitamin i flottans kost, och skörbjugg bland sjömän försvann i det närmaste omedelbart.

Plötslig spädbarnsdöd är ett annat exempel på att det ibland tar alldeles för lång tid att överföra forskningsresultat till praktisk verksamhet (22, 24, 25). En systematisk litteraturoversikt med 25 studier sammanslagna i en så kallad metaanalys visar tydligt att magläge ökar risken för plötslig spädbarnsdöd (22). Denna översikt publicerades 2005, men mycket tidigare fanns enskilda vetenskapliga studier som visade riskerna med magläge. Om forskare på 1970–80-talen gjort systematiska litteraturoversikter med de metoder som används i dag hade man mycket tidigare fått övertygande bevis för att magläge ökar risken för plötslig spädbarnsdöd. Olika länders myndigheter gick ut med information och rekommendationer till professionen och befolkningen vid olika tidpunkter. Det är också tydligt att minskningen av plötslig spädbarnsdöd inträdde vid olika tidpunkter, relaterat till tidpunkt för respektive lands insatser (24, 25). Exempelvis initierades nationella riskreducerande kampanjer i Norge 1990, i Danmark 1991 och i Sverige 1992 (25). Gilbert och kollegor har uppskattat att över 60 000 fall av plötslig



spädbarnsdöd i Europa, USA och Australien hade kunnat undvikas om kunskapen om riskerna med magläge hade spridits i tid (22).

Att en methods användbarhet har fastställts genom forskning är alltså ofta bara början på en lång process mot rutinmässig användning, eller utmönstring, av metoden i fråga. Det är viktigt att skynda på processen från färdiga forskningsresultat till praktiskt bruk, och den uppgiften måste utföras i samverkan mellan forskarsamhället och praktiska verksamheter i kommuner, landsting, frivilligorganisationer, näringsliv och myndigheter.

# Spridning

*”Viden alene gør ingen forskel. Den skal formidles, omsættes, anvendes og gøres implementerbar, så den kan gøre en forskel i den virkelige verden.” (26).*

För att en ny metod ska användas måste de som kan tänkas använda metoden känna till att den finns. Everett Rogers klassiska teori ”Diffusion of Innovations” har sedan länge utgjort en grund för forskning om spridning av innovationer inom många områden, såsom jordbruk, produktion, hälso- och sjukvård och hälsofrämjande arbete (14). Nyckelfaktorer i Rogers teori är innovationen i sig, mottagarna av innovationen, det sociala systemet, processen och systemet för spridning (15).

Innovationens egenskaper, och särskilt mottagarnas upplevelse av dessa, brukar delas in i kategorierna effektivitet, kostnadseffektivitet, överensstämmelse, användbarhet, observerbarhet och testbarhet (14, 27). Mottagarnas ”innovativens”, dvs. inställning till nya metoder, spelar också en viktig roll för spridning och implementering. Innovationens mottagare påverkas både av det sociala systemet, exempelvis en geografisk eller politisk avgränsning eller professionella nätverk, och av systemet för spridning, dvs. de aktörer som driver själva förändringsprocessen. Den individuella processen för att anta en ny metod beskrivs av Rogers i följande steg eller faser: medvetenhet, övertygelse, beslut, implementering och vidmakthållande (28). Detta är dock en ganska mekanisk beskrivning av en komplicerad process.

## Aktiv och passiv spridning

Spridningsaktiviteter kan delas in i aktiva och passiva strategier (27). Exempel på passiva spridningsstrategier är informationsinsatser i form av publikationer och presentationer utan specifik målgrupp, medan aktiva spridningsstrategier kan vara riktad stöd och riktade informationsinsatser till specifika målgrupper. I en litteraturoversikt om implementering av riktlinjer föreslår Gagliardi och medarbetare bl.a. följande arenor och metoder för spridning: webbplatser, vetenskapliga tidskrifter, olika medieaktiviteter, e-postdistribution, podcasts, webinarier, databasregistrering och marknadsföring (29). Kunskap och forskning inom området hälsokommunikation är en annan viktig informationskälla för spridningsaktiviteter.

Folkhälsoarbete handlar ofta om komplexa insatser på lokal, regional eller nationell nivå, t.ex. förändringsarbete i ett bostadsområde eller nya metoder i skolan som involverar både elever, personal och föräldrar. Att sprida nya komplexa metoder är troligen svårare än att sprida en ny produkt, såsom teknisk apparatur inom sjukvården eller nya grödor inom jordbruket, även om principerna för spridning är desamma.

Information om en ny produkt, t.ex. en ny mobiltelefonmodell, sprids ofta först aktivt av företaget eller organisationen som ”säljer” den nya produkten. Om kunderna är nöjda kommer den aktiva spridningen att kompletteras med passiv spridning, dvs. nöjda kunder som berättar för vänner och kollegor om produkten och dess fördelar. Ett exempel på en mycket snabb och framgångsrik spridning är mobilbetalssystemet Swish som introducerades i Sverige i december 2012. Knappt fyra år senare hade Swish fem miljoner användare (30).

Ett dilemma inom folkhälsoområdet är att det ibland tar lång tid innan det går att se effekterna av en ny metod, till skillnad från exempelvis Swish där användarna omedelbart kan se fördelarna. För att en metod ska nå stor spridning måste den alltså antingen fylla en ”lucka” eller vara bättre, helst mycket bättre, än konkurrerande metoder inom angränsande områden. Om en ny metod upplevs som ”tillräckligt bra” av potentiella användare krävs mindre resurser för att kännedom om metoden ska spridas, och detta sker i viss mån spontant. Men i det sista steget i en spridningsprocess, alltså när den nya metoden ska implementeras, krävs i allmänhet mer resurser för att planera arbetet, köpa utrustning, anställa och utbilda personal, utvärdera osv. Dessa resurser ska helst vara preciserade i en budget.

## Korta sammanfattningar för ökad spridning

Systematiska litteraturöversikter är ett bra sätt att sammanfatta den samlade forskningslitteraturen (”the body of evidence”) inom olika områden. Socialstyrelsens nationella riktlinjer eller rapporter från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) är bra exempel på hur systematiska litteraturöversikter kan användas i praktiken (31, 32). Men det är ofta svårt att sprida forskningsresultat till praktisk verksamhet med hjälp av systematiska litteraturöversikter (33–35).

Forskningsstudier har visat att korta och koncist presenterade sammanfattningar av systematiska litteraturöversikter har mottagits väl av beslutsfattare och praktiker (34, 35). Folkhälsomyndigheten har tagit fasta

på dessa forskningsresultat och utvecklat ”Utblick folkhälsa” (36), med syfte att öka spridningen av relevant forskning inom folkhälsoområdet. Målgrupperna för Utblick folkhälsa är exempelvis beslutsfattare och andra som ansvarar för, planerar eller praktiskt arbetar med frågor som rör folkhälsa och social hållbarhet inom kommuner, landsting eller andra organisationer. Utblick folkhälsa erbjuder läsaren en snabb överblick av olika områden genom att sammanfatta litteraturöversikter i målgruppsanpassade texter, begränsade till en enda sida, och som självklart innehåller referenser till originallitteraturen.



# Implementering

*“Full implementation occurs when most practitioners are routinely providing the new method with good fidelity.” (37).*

## Implementering – en mödosam konst

En klassiker i implementeringsforskningen är Pressmans och Wildavskys bok från 1973, ”Implementation. How great expectations in Washington are dashed out in Oakland” (38). I denna bok beskrivs hur en synbarligen enkel och dessutom redan finansierad plan för att minska arbetslösheten i Oakland utvecklades till ett komplext program som involverade många komplicerade beslutssituationer och otaliga aktörer med olika perspektiv. Alla aktörer instämde i grundtanken att jobb måste ordnas till arbetslösa minoriteter i Oakland, och finansieringen var alltså ordnad, men trots det stötte programmet på många hinder. Pressman och Wildavsky listar sju punkter som kan ha spelat roll för bristen på resultat: 1) programmet var inte förenligt med andra åtaganden, 2) aktörerna föredrog andra program, 3) aktörerna var upptagna med andra projekt, 4) aktörerna var beroende av andra som inte upplevde programmet som särskilt viktigt, 5) ledarskapet var svagt och organisationen dålig, 6) det fanns brist på överensstämmelse mellan lagar, förordningar och program, och 7) aktörerna hade otillräcklig politisk och administrativ makt.

Ett mer närliggande exempel är en studie av implementeringen av den alkoholförebyggande metoden ”Ansvarsfull alkoholserving” i Sveriges kommuner (39). I en kvalitativ delstudie framhöll informanterna ett antal hinder för implementeringen: kortsiktig finansiering av projektledartjänster, bristande kunskaper om metodens delkomponenter, svårigheter att rekrytera representanter från restaurangbranschen, svårigheter att kombinera rollen som myndighetsutövare och samarbetspartner samt ökade kostnader för restaurangbranschen (40).

Ovanstående exempel visar vikten av att identifiera möjliga hinder i en planerad implementeringsprocess och att ha beredskap för att hantera sådana hinder (41). Hinder eller problem av olika slag kan, enligt Damschroder och kollegor, uppträda inom följande ”domäner”: i själva interventionen, i implementeringsprocessen, bland de involverade aktörerna och i både den nära och den mer distala kontexten (42). Om hinder

har identifierats, t.ex. brist på kompetens och tid för implementering, behövs strategier för att möta dessa hinder. I exemplet ”Ansvarsfull alkoholservering” behövs t.ex. fortbildning och resurstillskott. Hinder i den distala kontexten, exempelvis en politisk kursändring på nationell eller internationell nivå, är förstås svårare att hantera. De som ansvarar för implementeringen identifierar och hanterar faktorer som kan hindra, men också främja, processen (2, 41).

Med tanke på alla svårigheter som lyfts fram i implementeringsforskningen kan det verka konstigt att nya metoder blir implementerade över huvud taget. Men det blir de ju faktiskt. Ett exempel på lyckosam implementering är det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige, som nästan har full täckning (43). Andra goda exempel är det skadeförebyggande (44) och det tobaksförebyggande (45) arbetet i Sverige. Vad gäller tobaksprevention har rökningen minskat i den vuxna befolkningen sedan början av 1980-talet. Det finns dock fortfarande betydande skillnader i tobaksbruk mellan olika grupper. Specifika exempel från hälso- och sjukvården är insulin som behandling vid diabetes och antiretroviral behandling vid hivinfektion (23).

## Implementering – en process

Implementering är en process, inte en händelse. Även om denna process sällan är linjär tas ofta följande steg förr eller senare under processens gång. Det allra första steget är helt enkelt att någon får *en idé* om att *en ny vetenskapligt beprövad metod* kan användas för att möta *ett behov* eller lösa ett problem inom exempelvis en organisation. Idén presenteras, man bedömer om metoden i fråga kan möta organisationens behov, och *ett beslut* fattas. För att beslutet ska leda till faktisk förändring bör det vara fattat på rätt nivå i organisationen. Om beslutet innebär att den nya metoden ska införas i verksamheten inträder nästa fas i implementeringsprocessen, som handlar om att *planera och ordna* det som behövs för att idén ska kunna förverkligas. Det kan handla om att anställa personal, anpassa rutiner och ordna lokaler och utrustning. I detta steg bör också eventuellt hindrande eller främjande faktorer identifieras och hanteras. Här, liksom i följande steg i processen, krävs resurser, ibland av omfattande slag. Nästa steg handlar om *faktisk förändring*, såsom att kunskapsnivån höjs, den organisatoriska kapaciteten förbättras, eller att en rådande kultur förändras. För att detta ska ske behövs t.ex. utbildning, fortbildning och praktisk träning, samt tid att låta metoden ”mogna”. Så småningom har den nya metoden *integrerats*

i verksamheten, såväl praktiskt som organisatoriskt, och betraktas som självklar. Metoden *utvärderas* utifrån fastställda mätbara mål och eventuella lokala *anpassningar* genomförs, kanske i flera steg. Metoden räknas som *institutionaliserad* när långsiktig ”överlevnad” tas för given, oavsett personalomsättning, interna och externa omorganisationer, politiska förändringar, nya finansieringsformer etc. Då kan implementeringen slutgiltigt betraktas som lyckosam.

Begreppet implementering kan uppfattas som top-down, dvs. något som är beslutat och styrt av en ledningsfunktion. Detta stämmer i viss mån, särskilt när det handlar om implementering av nya metoder som kräver betydande resurser eller omorganisation. Implementering av enklare metoder kan troligen ske inom och mellan professionella nätverk utan insatser från ledningsnivån, dvs. mer av så kallad bottom-up. Dessutom pågår ett ständigt utvecklingsarbete i de flesta organisationer för att testa, utvärdera och kvalitetsförbättra olika delar i verksamheten. Här handlar det alltså inte om direkt implementering av en avgränsad metod, utan snarare en gradvis förbättring av redan pågående arbete.

### **”Knowledge translation”**

Ett begrepp närliggande implementering, som ofta ses i forskningslitteraturen, är ”knowledge translation” (översättning eller överföring av kunskap). Grimshaw och kollegor definierar knowledge translation så här: ”ensuring that stakeholders are aware of and use research evidence to inform their health and health care decision making” (8). Följande fem frågor ringar in och summerar knowledge translation:

1. Vilken kunskap ska översättas eller överföras?
2. Till vem ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
3. Av vem ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
4. Hur ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
5. Vilka effekter ska den nya kunskapen leda till?

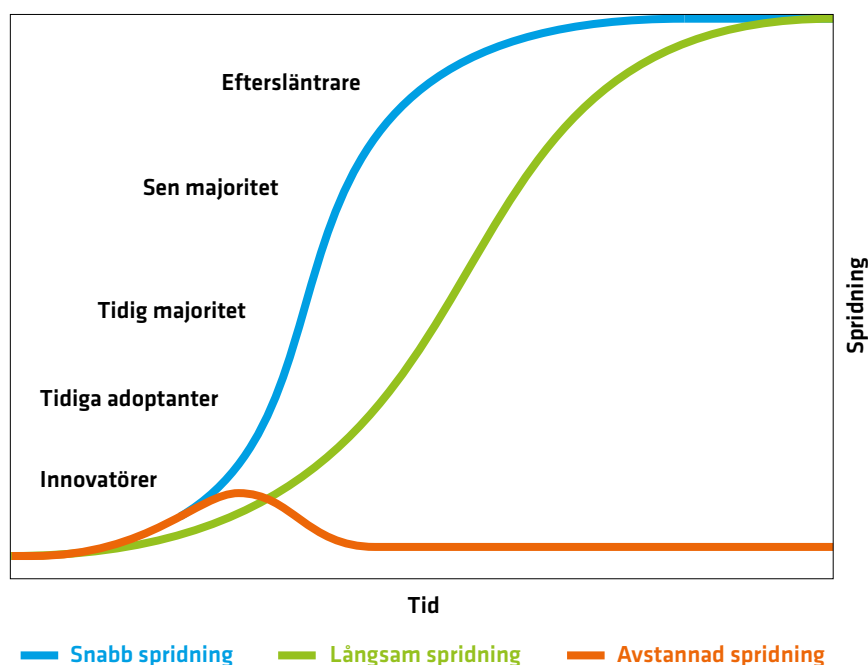
### Individens roll

Människor är inte passiva mottagare av innovationer. Det är snarare så att olika människor i olika utsträckning söker efter nya metoder och produkter, experimenterar och utvärderar, diskuterar och bedömer, utvecklar åsikter, anpassar och försöker förbättra, ofta i dialog med andra (46).



I Rogers teori "Diffusion of Innovations" har mottagarna av en ny metod eller produkt olika roller, vilket leder till en S-formad spridningskurva (14, 28). En långsam spridning ger en flack spridningskurva, medan en snabb spridning, såsom i exemplet Swish ovan, ger en brantare spridningskurva, se exempel i figur 1. De som tidigt antar en innovation och gärna sprider den vidare benämns av Rogers "innovatörer" och "tidiga adoptanter". Dessa utgör tillsammans cirka 16 procent av den aktuella populationen. Rogers benämning av övriga grupper i spridningskurvan är "tidig majoritet" (34 procent), "sen majoritet" (34 procent) och "efterslätrare" (16 procent).

**Figur 1.** Exempel på snabb, långsam respektive avstannad spridning enligt Rogers (14).



Innan en ny metod introduceras är det viktigt att användarna faktiskt vet om att den ska införas, har tillräckligt med kunskap om metoden i fråga och förstår hur den kan komma att påverka deras arbetssituation (46). När processen har inletts är det viktigt att användarna har tillgång till fortlöpande information, träning och stöd i det dagliga arbetet. Dearing och Kee skriver "if potential adopters of innovations feel that they have been involved in the creation of or refinement of an innovation, their adoption and implementation is more likely" (28).

## Opinionsledare

En del individer kan i högre utsträckning än andra påverka sina kollegor. Vissa av dem fungerar som så kallade opinionsledare i kraft av sin auktoritet och status som experter, och andra tack vare att de har ett högt förtroendekapital (46–48). Opinionsledare kan återfinnas i kommuner, landsting, regioner, organisationer och företag, och de kan ha både positiv och negativ påverkan, dvs. de kan antingen stötta eller motarbeta implementeringen av en ny metod. Forskningen visar dock inga entydiga resultat när det gäller värdet av opinionsledare i praktisk verksamhet (47, 49, 50). Doumit och kollegor har t.ex. i en studie inom tjocktarms- respektive bröstcancervård visat att opinionsledares inflytande inte är stabilt över en tvåårsperiod (49).

## Formella och informella sociala nätverk

Individer ingår för det mesta i sociala nätverk vars struktur och kvalitet påverkar hur innovationer sprids (46). Vissa individer ingår i informella nätverk och andra i formella nätverk. Informella nätverk uppges vara mest effektiva för att sprida kollegial information, medan formella nätverk oftare används för att sprida officiell information (46). Individer i olika grupper i samhället får alltså tillgång till information på olika sätt. Ett nätverk kan ha både positiv och negativ påverkan när det gäller att anta idéer och implementera nya metoder.

Sociala nätverk kan studeras med hjälp av nätverksanalys (51). I en studie av spridningen av ett nytt sädesslag bland jordbrukare i Iowa på 1950-talet kunde författarna med hjälp av en nätverkskarta tydligt visa hur och när spridningen hade startat respektive accelererat (52). Den jordbrukare som först började använda det nya sädesslaget gjorde det år 1948. Men det var först två år senare, då jordbrukare nummer två introducerade det nya sädeslaget, som spridningen började ta fart. Denne hade en tätare kontakt med övriga jordbrukare i regionen och därmed en viktigare roll som opinionsledare inom nätverket (52).

## Organisationens roll

Det finns vissa gemensamma drag hos organisationer som antar innovationer snabbare än andra (46). Det handlar bl.a. om strukturella faktorer, t.ex. organisationens storlek och utvecklingsnivå. Stora och utvecklade organisationer har generellt lättare att anta innovationer än små eller nybildade organisationer. Innovativa organisationer är positiva till förändring i

allmänhet och har tydliga strategiska visioner, starka ledare, visionär personal på nyckelposter, ett arbetsklimat som stimulerar till experiment och risktagande, samt effektiva system för att följa upp verksamheten (46).

Organisatoriska faktorer av betydelse för implementering kan delas in i organisatorisk kultur, organisatoriskt klimat, organisatorisk beredskap för förändring (15) och ledarskap (53). Dessa faktorer behandlas närmare nedan.

### **Organisatorisk kultur och organisatoriskt klimat**

Organisatorisk kultur handlar, enligt Rabin och Brownson, om normer och värderingar på arbetsplatsen, medan organisatoriskt klimat handlar om de anställdas upplevelser och reaktioner på arbetsmiljön (15). Till organisatoriskt klimat hör implementeringsklimat, dvs. de anställdas gemensamma upplevelser och erfarenheter av organisationens policy och praktik avseende implementering (53). Implementeringsklimat är alltså inte samma sak som innovationsklimat, som handlar om i vilken utsträckning en organisation uppmuntrar och stödjer utvecklingen av nya idéer, men utan specifikt implementeringsfokus (53).

### **Organisatorisk beredskap för förändring**

Organisatorisk beredskap för förändring beskrivs av Rabin och Brownson som i vilken utsträckning medlemmarna i en organisation är psykologiskt och beteendemässigt redo att implementera nya metoder (15). Aarons och kollegor lyfter fyra centrala faktorer för att en organisation ska uppnå beredskap för förändring:

1. de anställda måste uppfatta förändringen som fördelaktig för dem själva
2. de anställda måste uppfatta att de är kapabla att genomföra förändringen
3. de anställda måste uppfatta att förändringen kommer att leda till ett önskvärt resultat
4. både formella och informella ledare måste vara engagerade i förändringen (53).

Organisationer som systematiskt identifierar, tolkar och länkar ny kunskap till befintlig kunskap, s.k. ”lärande organisationer”, tar lättare till sig nyheter (46). Lokala nätverk som syftar till utbyte och samarbete inom och mellan olika professioner underlättar kunskapsutveckling och kunskapspridning. Innan ny kunskap kan bidra till förändring måste kunskapen antas och

göras allmän, bl.a. genom diskussioner inom och mellan olika nätverk (46). När anställda känner att organisationen och kollegerna är redo för förändring lägger de ner mer möda och är mer uthålliga i samband med implementeringsprocesser (53).

En organisations beslut att börja använda en ny metod påverkas av externa företeelser, såsom att jämförbara organisationer redan använder metoden eller planerar att göra det (46). Detta speglar Rogers beskrivning av den exponentiella ökningen av användandet av en ny metod som sker när tillräckligt många har tagit till sig metoden i fråga (14). Den fortsatta spridningen sker då utan vidare insatser från ”säljaren”. Det är dock inte självklart att en organisation antar alla nya metoder och produkter som presenteras, även om den allmänt är öppen för innovationer.

### **Beredskap för förändring**

”Community readiness” och ”organizational readiness for change” är begrepp som speglar en organisations kapacitet att genomföra förändring (53). En modell för att mäta beredskap för förändring på organisationsnivå är ”Community Readiness Model” (54), se faktaruta 1.

”Community Readiness Model” på organisationsnivå kan jämföras med den så kallade förändringsstegsmodellen, ”Stages of Change Model”, på individnivå (55). Med denna modell går det att avgöra var en individ befinner sig på skalan ”överhuvudtaget inte medveten om problemet” till ”stabil beteendeförändring”. Förändringsstegsmodellen underlättar alltså stöd till beteendeförändring på individnivå genom att fastställa var i förändringscykeln en individ befinner sig. På samma sätt kan en organisation ”diagnostiseras”, och när det står klart var i processen organisationen befinner sig kan arbetet anpassas utifrån detta. Det är t.ex. ingen idé att försöka implementera en mobbningsförebyggande metod i en kommun som inte är medveten om att det förekommer mobbning i kommunens skolor, lika väl som att det är meningslöst att erbjuda rökavvänjning till någon som inte upplever några problem med sin rökning. Observera att förflyttning kan ske åt båda hållen i en förändringsstegsprocess, dvs. en person eller organisation kan bli antingen mer eller mindre redo för förändring.

Community Readiness Model har testats i Sverige, inom områden såsom föräldrastöd och tillgänglighetsbegränsning avseende alkohol (56). Åhström och medarbetare konkluderade att beredskapen för förändring i de sju kommuner som deltog i studien ökade från steg fyra (förberedelse) till steg

fem (planering) på tio till elva månader, och den nivån bibehölls därefter i ytterligare tio månader.

### Faktaruta 1.

#### Community Readiness Model

##### 1. Ingen medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar

*Strategi:* Skapa medvetenhet om problemet genom personliga möten med nyckelpersoner och kontakt med potentiella supportrar.

##### 2. Förnekelse av problemet eller möjliga lösningar

*Strategi:* Skapa medvetenhet om att problemet uppträder i kommunen eller i organisationen genom personliga möten med nyckelpersoner, genom att peka på incidenter som påvisar problemet och genom information i lokala medier.

##### 3. Vag medvetenhet om problemet och möjliga lösningar

*Strategi:* Öka medvetenheten om att problemet uppträder i kommunen eller i organisationen och framhåll att problemet går att lösa.

##### 4. Planering för att lösa problemet

*Strategi:* Ge konkreta idéer om hur problemet kan lösas.

##### 5. Förberedelse för att lösa problemet

*Strategi:* Samla information om lokala förhållanden som har betydelse för hur strategin ska läggas upp.

##### 6. Initiering av metod för att lösa problemet

*Strategi:* Erbjud specifik information, träning och stöd till praktiker, sök finansiering.

##### 7. Stabilisering av implementerad metod

*Strategi:* Planera för att vidmakthålla användandet av den nya metoden genom t.ex. utvärdering och anpassning av metoden och arbete i nätverk.

##### 8. Konfirmering/expandering av implementerad metod

*Strategi:* Expandera och förstärk metoden genom att t.ex. formalisera nätverk.

##### 9. Professionalisering av implementerad metod

*Strategi:* Underhåll metoden genom t.ex. stöd till varierad finansiering och extern utvärdering.

### Ledarskap

Ledarskap är en nyckelfaktor för framgångsrik implementering, vilket framhålls i de flesta implementeringsramverk (2, 37, 53, 57). Det handlar inte bara om ”högsta ledningen”, utan om att alla nivåer i organisationen måste involveras för att ett budskap ska hålla hela vägen ut i verksamheten. Om t.ex. utbildningsförvaltningen i en kommun vill införa en ny metod i kommunens skolor måste förvaltningen få stöd från rektorer och andra lokala skolledare,

för annars kommer metoden troligen inte att användas av lärarna. I ledarskapet ingår att ta fram och följa upp mätbara mål och att se till att det finns en hållbar budget. Empiriskt stöd för i vilken utsträckning och på vilket sätt ledarskap ska utövas inom implementeringsområdet efterfrågas dock (57).

”Första linjens chefer” är de chefer som finns nära det praktiska implementeringsarbetet, men enligt Aarons och kollegor saknar de ofta både förmåga och makt att utveckla ett positivt organisations- och implementeringsklimat (53). Richter och kollegor har kombinerat ledarskapsteori med implementeringsteori i en studie om svensk ledarskapsutbildning med specifikt fokus på implementering inom hälso- och sjukvården (58). Socialstyrelsen har också utvecklat ett chefsstöd för implementering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (59).

### **Ett exempel från Norge**

Ett exempel på fullskaligt stöd på nationell nivå är implementeringen av ett föräldrastödsprogram med syfte att hantera beteendeproblem bland barn, ”Parent Management Training, Oregon Model” (PMTO), i Norge (60). PMTO bygger på social inlärningsteori och syftar till att stödja föräldrar till barn som har beteendeproblem. Ett beslut på ministernivå följdes upp med full finansiering av en nationell implementeringsplan, och ett nationellt center för implementering och forskning etablerades. Utbildning av instruktörer inleddes 1999 och sex år senare praktiserade alla utom 4 av de 117 certifierade instruktörerna fortfarande metoden regelbundet, och 1 800 norska familjer hade tagit del av programmet. Vad gäller utbildning av instruktörer och användning av metoden verkar den storskaliga satsningen ha fungerat, *implementeringen* av metoden hade alltså lyckats.

Men vad har då *effekten* blivit, dvs. har färre barn i Norge utvecklat beteendeproblem? Den frågan är förstås svår att besvara vad gäller Norge som helhet. Men i en mindre studie som genomförts på elva kliniker i Norge rapporterar Købli och medarbetare att gruppbaserad PMTO resulterade i signifikant positiva effekter i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (61). Barnens utagerande beteende minskade och deras sociala kompetens ökade, samtidigt som föräldrarnas psykiska hälsa och föräldraskapsbeteende förbättrades. Detta gällde både direkt efter avslutat program och vid sexmånadersuppföljningen.

Värt att tänka på här är att det massiva ekonomiska och organisatoriska stöd som den norska staten bistod med är exceptionellt. Betydligt vanligare är den motsatta situationen, dvs. att nya metoder ska implementeras inom

befintlig ekonomisk ram. Inom folkhälsoarbetet är det dessutom vanligt att nya metoder ska rymmas i *någon annans* ekonomiska ram.

## Beslut om implementering i kommuner, landsting och regioner

Oavsett var i en organisation en idé om att introducera något nytt dyker upp krävs ett formellt fattat beslut för att idén ska kunna förverkligas. Små förändringar kräver naturligtvis inte beslut på högsta nivå, men förändringar som innebär att nya resurser måste tillföras eller befintliga resurser omfördelas kräver formella beslut på hög beslutsnivå i organisationen.

När det gäller stora och generella frågor inom kommuner, landsting och regioner är det kommun- respektive landstings- eller regionfullmäktige som fattar beslutet. Innan ett ärende kommer upp till beslut i fullmäktige har det först beretts av tjänstemän i förvaltningen och sedan behandlats av en politisk nämnd, en styrelse eller ett utskott, t.ex. utbildningsnämnden eller sjukvårdsstyrelsen. Stöd på politisk nivå är nödvändigt för att genomföra förändringar i demokratiskt styrda organisationer såsom kommuner och landsting. Utan politiskt stöd och utan ett formellt beslut är det svårt att förverkliga nya idéer eftersom inga resurser då kommer att avsättas för förberedelser, genomförande eller uppföljning. Politiska prioriteringar innebär också att beslut fattas utifrån ideologiska värderingar av behov.

## Villkor för att lyckas med implementering

Det slutliga resultatet av en implementeringsprocess bestäms av den nya metoden i sig, de implementeringskomponenter som använts, de involverade aktörerna och de omständigheter som råder under tiden för implementeringen (15).

Flera olika faktorer tycks alltså ha betydelse för att implementeringen av en ny metod ska lyckas på lång sikt. Men ibland uppfyller en planerad implementering inte ens de mest basala kraven – att det finns ett uttalat behov och att den metod som föreslås är rätt i sammanhanget. Om inte de basala kraven är uppfyllda är det troligen bättre att skjuta upp planerna på implementering. Den checklista som finns i slutet av den här rapporten kan utgöra ett stöd i planeringen för att implementera nya metoder, se sida 50–55.

## Det behövs ett behov

Den som vill introducera en ny metod, men som inte själv sitter i beslutsfattande ställning måste visa beslutsfattarna att det finns ett problem eller behov inom organisationen som kan åtgärdas med den föreslagna metoden. Ett exempel kan vara att en rektor får kännedom om en ny mobbningsförebyggande metod. Metoden är forskningsbaserad och uppges vara effektiv, men kräver resurser utöver skolans budgetram. För att få tillgång till de resurser som krävs för att implementera den nya metoden i skolan måste frågan lyftas från den lokala skolnivån till att bli ett ärende på kommunens utbildningsförvaltning. Andra aktörer kan också väcka frågan, t.ex. representanter för statliga myndigheter och intresseorganisationer, privatpersoner eller representanter för den organisation som tillhandahåller metoden. De som arbetar på utbildningsförvaltningen måste känna till att mobbning förekommer på den aktuella skolan och anta att den föreslagna metoden kan lösa problemet, annars kommer ärendet inte beredas och inget formellt beslut kommer att fattas. Motsvarande beslutsgång gäller också för landstingsverksamheter, dvs. idén kan väckas var som helst inom eller utom organisationen, ärendet bereds på tjänstemannanivå och det formella beslutet fattas av en politisk instans.

## Metodaspekter

Det finns vissa gemensamma nämnare hos metoder där implementeringen har lyckats bra. Dessa grunddrag handlar om att den nya metoden

- har relativa och synliga fördelar
- stämmer med mottagarens värderingar
- är enkel att förstå och använda
- kan testas i liten skala
- har observerbara effekter
- kan anpassas till mottagarens behov (14, 15, 28, 46).

Det är lättare att implementera nya metoder som har *tydliga fördelar jämfört med rådande metoder*, t.ex. är mer effektiva eller kostnadseffektiva. Om en potentiell användare inte kan uppfatta några fördelar med den nya metoden finns det förstås ingen anledning att lägga ner tid och resurser på att byta. Metoder som *stämmer överens med rådande individuella, organisatoriska och professionella värderingar och normer* är också lättare att implementera. Det kan t.ex. vara svårt eller omöjligt att direkt överföra en metod från ett land till ett annat, eller från en verksamhet till en annan.



Om exempelvis en pedagogisk metod innefattar någon form av bestraffning av barn måste den givetvis anpassas för att över huvud taget vara intressant för svenska föräldrar och pedagoger. Om en metod uppfattas som *enkel att använda* ökar också sannolikheten för att den ska accepteras och implementeras som planerat. Dessutom är det lättare att implementera metoder som är *möjliga att testa* i begränsad utsträckning, liksom metoder med *observerbara effekter*. Detta är tänkvärt utifrån ett folkhälsoperspektiv eftersom resultaten av hälsofrämjande insatser sällan visar sig på kort sikt. Vidare underlättas processen om metoden kan *anpassas till lokala omständigheter*. Det är inte ovanligt att det finns jämförelsevis gott om resurser under den tid det tar att utveckla och testa en ny metod. Men resurserna är troligen knappare när den nya metoden, som fungerat bra under experimentella förhållanden, ska inordnas i ordinarie verksamhet. Om det då finns möjlighet att göra anpassningar utifrån lokala förhållanden kan den nya metoden implementeras med tillräckligt gott resultat, trots knappare resurser. Det gäller dock att vara uppmärksam på att förändringen inte blir så långtgående att metoden förändras på ett avgörande sätt, för i så fall kommer de förväntade effekterna troligen att utebli. Anpassningen till lokala omständigheter måste alltså balanseras mot aspekten programföljsamhet, se nedan.

### **Programföljsamhet**

Programföljsamhet, dvs. hur väl en metod följs i praktiken, är en viktig komponent i implementeringsprocesser (39, 62, 63). Anpassningar kan innebära att man frångår den ursprungliga och utvärderade metoden. Därför är det viktigt att försöka identifiera och beskriva de så kallade kärnkomponenterna. Samtidigt som de viktigaste komponenterna inte får uteslutas eller förändras måste ibland en ny metod anpassas till lokala förutsättningar för att implementeringen ska lyckas. Detta är i praktiken en svår balansgång.

Ett exempel på bristande programföljsamhet finns i en implementeringsstudie av metoden ”Ansvarsfull alkoholserving” (62). Enligt utvärderingen uppgav 235 kommuner att de arbetade med ”Ansvarsfull alkoholserving”, men av dessa var det bara var sjunde kommun (13 procent) som fullt ut uppfyllde kraven för de tre huvudkomponenterna utbildning, tillsyn och samverkan. I originalstudien, som också genomfördes i Sverige, minskade alkoholrelaterade våldsbrott med 29 procent (64), medan man i implementeringsstudien bara uppnådde en minskning på 9 procent, sannolikt beroende på att alla komponenter inte användes fullt ut.

## **Implementeringskomponenter**

När en lämplig metod omsorgsfullt har valts utifrån identifierade behov och med hänsyn till ovanstående metodaspekter är det dags att planera själva genomförandet, förslagsvis med hjälp av en implementeringsplan. Det som ofta erbjuds när en ny metod ska introduceras, dvs. muntlig och skriftlig information, utbildning och träning, har som enskilda komponenter svagt stöd i implementeringsforskningen (7, 65). Ofullständigt eller felaktigt material, inadekvat distribution av materialet, brist på utbildad och intresserad personal, brist på stöd och otillräcklig utvärdering minskar givetvis också möjligheterna till framgångsrik implementering (66).

Men det finns trots allt goda möjligheter att sätta nya metoder i verket. Forskning har visat att resultatet kan bli bättre om flera implementeringskomponenter kombineras, t.ex. att distribuera riktlinjer för nya rutiner, erbjuda utbildning, praktisk träning, coachning, återkoppling och möjlighet till konsultation (2, 5, 7, 66, 67). Att identifiera och hantera hindrande respektive främjande faktorer för implementering är också viktigt (41). Läs mer om praktisk implementering i nästa kapitel, ”Ramverk för implementering med kvalitet”.

## **Involverade aktörer och rådande omständigheter**

Det är en fördel om de som ska sköta den faktiska implementeringen av en ny metod involveras redan i planeringsstadiet för att diskutera för- och nackdelar. Då kan potentiella problem och farhågor identifieras i ett tidigt skede och hanteras på ett konstruktivt sätt (46).

Omständigheter i organisationen eller samhället i stort, t.ex. ekonomiska eller organisatoriska förändringar, kan påverka en implementeringsprocess. Det gäller, som Harvey och medarbetare uttrycker det, att komma fram till ”how to know which package of interventions to put together, for which setting, and at what point of time” (67).

## **Skillnaden mellan intervention och implementering**

När man har bestämt sig för att implementera en ny metod eller ett nytt arbetssätt är det en bra början att göra klart för sig vilka delar som tillhör själva metoden och vilka delar som handlar om implementeringsprocessen. Då ökar möjligheterna att urskilja var problemen ligger om de tänkta effekterna inte uppnås. Om uteblivna effekter beror på att en specifik metod är ineffektiv bör den naturligtvis inte användas mer. Men om uteblivna effekter

kan tänkas bero på ofullständig implementering kan ett omtag i implementeringsarbetet rätta till bristerna och de förväntade effekterna av den nya metoden uppnås.

För att kunna utvärdera i vilken utsträckning en implementering har lyckats måste det alltså gå att skilja metoden (interventionen) från implementeringsprocessen. Med andra ord måste man klargöra och särskilja *interventionsprocesser* och *interventionsutfall* och *implementeringsprocesser* och *implementeringsutfall* (7, 46).

En ny metod måste vara väldefinierad så att det tydligt framgår vilka komponenter den består av. Ett nytt föräldrastödsprogram skulle exempelvis kunna bygga på följande komponenter: en skriftlig manual, utbildade föräldragrupsgruppledare, tio träffar under fem veckor, hemuppgifter och skriftligt material till föräldrarna. Metoden utvärderas avseende effekter på mottagarna. I detta fall skulle en utvärdering kunna visa att det nya föräldrastödsprogrammet leder till en positiv beteendeförändring hos barn till föräldrar som deltar i programmet. Att ha kontroll på komponenterna är också en förutsättning för att kunna beräkna en methods kostnadseffektivitet.

På samma sätt måste själva implementeringen av den nya metoden definieras. Vad är det exakt som ingår? Det kan röra sig om utbildning av personal, finansiering eller anpassning av organisatoriska rutiner. Resultatet av implementeringsprocessen i sig mäts i utförarledet, dvs. hos de praktiker som ska använda den nya metoden. Ett sätt är att mäta hur många som har utbildats och hur många som aktivt använder metoden efter avslutad utbildning. Ett viktigt utfall vid utvärdering av en implementering är förändringar i kunskapsnivå och professionellt beteende. Men det kan också handla om förändringar i organisatoriska rutiner för att stödja förändringar i professionellt beteende.

Det samlade resultatet av metodens effektivitet och implementeringsprocessens genomförande ger alltså det slutliga utfallet, t.ex. beteendeförändring hos barn till föräldrar som deltagit i ett föräldrastödsprogram, eller ändrade tobaksvanor hos elever i en skola som har infört en ny tobakspolicy.

# Ramverk för implementering med kvalitet

*”There are similar steps in the implementation process regardless of the type of innovation, target population, and desired outcomes.” (2).*

Flera decenniers implementeringsforskning har resulterat i ett antal teorier, modeller och ramverk inom området (68). Duncan Meyers och medarbetare har i en litteraturöversikt identifierat 25 teoretiska ramverk för implementering (2). Genom att sammanställa centrala komponenter från dessa ramverk har forskarna fått fram 4 övergripande faser och 14 kritiska steg för att planera, bedöma och lyckas med implementeringsprocesser, se faktaruta 2. Denna sammanställning tar, enligt författarna, implementeringsforskningen ett steg vidare genom att fokusera på konkreta aktiviteter för att uppnå implementering av god kvalitet. Meyers och medarbetare har vidareutvecklat *ramverket* för implementering med kvalitet till ett *verktyg* för implementering med kvalitet (69, 70). Både ramverket och verktyget har använts som underlag till checklistan på sidan 50–55. En digital och ifyllningsbar version av checklistan finns på Folkhälsomyndighetens webbplats ([www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)).

I det här kapitlet beskrivs ramverket för implementering med kvalitet, fas för fas och steg för steg. Observera att de *tio* första stegen (fas 1 och 2) i ramverket för implementering med kvalitet handlar om planering, dvs. om att tänka efter före. Inte förrän i de fyra sista stegen handlar det om själva genomförandet, om att följa upp och om att lära för framtiden.

## Fas 1. Initial bedömning

Den första fasen i ramverket för implementering med kvalitet handlar om att noggrant bedöma om en ny forskningsbaserad metod fyller ett reellt behov och om den passar i organisationen. I denna fas bedöms också om metoden behöver och kan anpassas för att passa in i organisationen. Fas 1 består av åtta steg som vart och ett innehåller centrala frågor som bör besvaras innan man går vidare till fas 2.

## Faktaruta 2.

### Ramverk för implementering med kvalitet

*Observera att de första tio stegen handlar om planering, dvs. om att tänka efter före.*

#### Fas 1. Initial bedömning

Ta ställning till frågorna i steg 1–8.

**Steg 1.** Varför gör vi detta, vilka behov har vi och kan det nya arbetssättet\* hjälpa oss att möta dessa behov?

**Steg 2.** Passar det nya arbetssättet vår organisation, våra behov och våra värderingar?

**Steg 3.** Är vår organisation redo för det nya arbetssättet, och är vi redo för förändring?

**Steg 4.** Bör och kan vi anpassa det nya arbetssättet till vår organisation?

**Steg 5.** Har det nya arbetssättet ett genuint stöd i vår organisation, från beslutsfattare, chefer, praktiker m.fl.?

**Steg 6.** Behöver vi stärka infrastrukturen och motivationen, eller höja kunskapsnivån i organisationen?

**Steg 7.** Har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken? Hur kan vi stötta dem?

**Steg 8.** Kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning till dem som ska genomföra implementeringen?

#### Fas 2. Struktur för implementering

**Steg 9.** Utse organisatoriskt ansvariga och stödpersoner samt specificera roller, ansvar och processer.

**Steg 10.** Utveckla en implementeringsplan med konkreta uppgifter och tid för genomförande.

*Observera att det är först de fyra sista stegen som handlar om själva genomförandet och om att följa upp och lära för framtiden.*

#### Fas 3. Genomförande

**Steg 11.** Erbjud stöd, t.ex. handledning och teknisk assistans, till dem som genomför implementeringen.

**Steg 12.** Utvärdera processen, både styrkor och svagheter.

**Steg 13.** Ge återkoppling till alla involverade.

#### Fas 4. Lära och förbättra

**Steg 14.** Lär av erfarenheterna för att förbättra kommande implementeringsprocesser.

\* I begreppet arbetssätt inkluderar vi metoder, program, interventioner, innovationer och andra benämningar på sådant som kan tänkas bli föremål för implementering.

### **Steg 1: Varför gör vi detta? Vilka behov kan den nya metoden möta?**

I steg 1 görs en bedömning av behoven. Vilka problem skulle kunna lösas för vilka målgrupper? Vem eller vilka i organisationen skulle vinna på en implementering av den nya metoden?

Många gånger erbjuds metoder som är både komplexa och resurskrävande till mottagare som inte uppfattar att de har något större problem som kan lösas med metoden i fråga. En skolledare exempelvis ser kanske ett *större* behov av pedagogiska insatser än av tobaksförebyggande insatser, även om hen känner till att tobakslagen även gäller skolans område.

Om de som ska genomföra en implementering inte anser att metoden behövs finns det sannolikt bara två alternativ, att antingen arbeta med motivationshöjande insatser eller att avbryta implementeringsprocessen. Om motivationshöjande insatser ska genomföras måste det givetvis finnas reella behov som ska tydliggöras för de som ska genomföra en eventuell implementering.

### **Steg 2: Passar den nya metoden vår organisation, vår kultur, våra behov och värderingar?**

I steg 2 bedöms ”passningen” mellan organisationen och den nya metoden. Det handlar t.ex. om att den nya metoden måste stämma med organisationens kultur, värderingar och visioner. Finns det någon risk för etiska problem om metoden implementeras? Kan metoden anpassas till den organisatoriska kulturen? Eftersom politiska värderingar och prioriteringar varierar kan en specifik metod ”passa” i en tid men inte i en annan.

Metoden måste också stämma med de slutliga mottagarnas behov och värderingar, och ibland kan kulturanpassning av en metod ingå som ett moment i en implementeringsprocess (71). Men här är det viktigt att väga behovet av anpassning av metoden mot behovet av programtrohet, se vidare steg 4.

### **Steg 3: Är vår organisation redo för den nya metoden, och är vi redo för förändring?**

I steg 3 bedöms om organisationen är ”redo” för den nya metoden. Finns viljan och medlen, i form av exempelvis adekvata resurser, kunskap och motivation, för att genomföra implementeringen? Är organisationen redo för förändring? Är organisationens ledning redo för förändring?

#### **Steg 4: Bör och kan vi anpassa den nya metoden till vår organisation?**

I steg 4 bedöms om den nya metoden kan och bör anpassas innan en eventuell implementeringsprocess inleds. För att kunna bedöma detta måste alla involverade känna till den nya metodens ”aktiva ingredienser”, dvs. kärnkomponenterna som ingår. Först därefter kan potentiella användare ta ställning till om någon specifik del bör anpassas.

Anpassning kan exempelvis handla om att förenkla eller förkorta ett omfattande föräldrastödsprogram så att det blir lite mindre kostnadskrävande. Om användarna framför önskemål om anpassning är det viktigt att de som erbjuder den nya metoden vet vilka komponenter som kan anpassas och vilka som inte kan ändras (dvs. kärnkomponenterna). Det är viktigt att inte ”anpassa bort” de delar i en ny metod som ger de positiva effekterna. Det handlar alltså om att balansera behovet av anpassning mot behovet av programfölsamhet.

#### **Steg 5: Har den nya metoden ett genuint stöd i vår organisation, från beslutsfattare, chefer, praktiker, med flera?**

Steg 5 handlar om att bedöma om det finns ett stödjande klimat i organisationen för implementering av den nya metoden. I detta steg ingår att försäkra sig om att rätt aktörer är aktiva i implementeringsprocessen, och att de upplever att den nya metoden är ”värd besväret” och kommer att gynna organisationen. Om man exempelvis vill att skolan ska arbeta med hälsofrämjande insatser inom olika områden är det en fördel om dessa insatser kan integreras med skolans kärnuppdrag. I detta steg är det alltså viktigt att identifiera hindrande såväl som främjande faktorer för implementering. De som ansvarar för implementeringen bör se till att den nya metoden hamnar i linje med organisationens visioner och värderingar och utveckla policyer som stödjer användning (och motverkar icke-användning) av den nya metoden. Dessutom bör så kallade ”program champions”, som ska stimulera och stödja användandet av den nya metoden, identifieras.

#### **Steg 6: Behöver vi stärka infrastrukturen och motivationen, eller höja kunskapsnivån i organisationen?**

I steg 6 byggs den organisatoriska kapaciteten. Innan man går vidare till nästa steg bör följande frågor vara besvarade:

- Kan den nya metoden (i original eller anpassad) fungera i organisationen?
- I vilken utsträckning förstår de som ska genomföra implementeringen vad den nya metoden innebär?
- Hur kommer organisationen att hantera behov som uppträder till följd av den nya metoden?
- Har utförarna en realistisk bild av vad den nya metoden kan komma att uppnå?
- Är utförarna redo att stödja och använda den nya metoden?

Om svaren på frågorna huvudsakligen är positiva finns sannolikt en organisatorisk kapacitet för att implementera den nya metoden. Om inte bör organisationens infrastruktur, motivation och kunskapsnivå ses över innan en implementeringsprocess initieras.

### **Steg 7: Har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken? Hur kan vi stötta dem?**

I steg 7 gäller det att identifiera både de som ska genomföra den faktiska implementeringen och de som ska utgöra stöd i processen. Dessutom ska behovet av stöd klargöras och rätt stöd i förhållande till den nya metoden ska erbjudas. De som ska genomföra implementeringen behöver kunskap om den nya metoden i sig och hur den ska användas. Det betyder att de först måste erbjudas utbildning och praktisk träning i den nya metoden, vilket ska följas upp med fortsatt stöd och handledning så länge det behövs.

De, interna eller externa, personer som ska ge stöd till genomförarna bör ha kunskap om den nya metoden, men också kunskap om implementeringsprocesser och utvärdering.

### **Steg 8: Kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning till de som ska genomföra implementeringen?**

Steg 8, det sista steget i fas 1, handlar om praktisk träning. Organisationen måste kunna erbjuda effektiv och tillräcklig träning så att de som ska implementera metoden kan känna sig kunniga och trygga i att använda den.

Fas 1 och de första åtta stegen handlar alltså bara om förberedelser för implementering. I nästa fas fortsätter förberedelserna, men nu med fokus på struktur.



## Fas 2. Struktur för implementering

Den andra fasen i ramverket för implementering med kvalitet handlar om att utveckla en struktur för implementering av den nya metoden, även på lång sikt. Innan fas 2 avslutas bör det finnas en tydlig plan över vad som ska hända och när. Det bör också stå klart vem eller vilka som ansvarar för olika delar i implementeringsprocessen.

### **Steg 9: Utse organisatoriskt ansvariga och stödpersoner samt specificera roller, ansvar och processer**

I detta steg skapas ett ”implementeringsteam” med tydligt ansvar och mandat att planera, genomföra och utvärdera implementeringsprocessen. Inom teamet utses ansvariga för olika delar i implementeringsprocessen. Vem är ytterst ansvarig, vem erbjuder stöd till genomförarna osv.? I detta steg fördelas och specificeras alltså rollerna mellan de som ansvarar för och ger stöd i implementeringsprocessen.

Deltagarna i implementeringsteamet bör ha goda kunskaper om sakfrågan, den nya metoden och organisationens verksamhet. Det är också en stor fördel om deltagarna i implementeringsteamet har ett stort förtroendekapital inom organisationen.

För att kunna följa och justera implementeringsprocessen är det viktigt att implementeringsteamet, i den mån det är möjligt, får återkoppling under arbetets gång. Vad fungerar? Vad fungerar inte? Vad bör åtgärdas?

### **Steg 10: Utveckla en implementeringsplan med konkreta uppgifter och tid för genomförande, inklusive långsiktig hållbarhet**

I steg 10 tas en implementeringsplan fram. I denna plan tydliggörs vilka olika delar som ingår i implementeringsprocessen, när de ska vara klara och vem som ansvarar för att det ska bli gjort. Med en tydlig plan blir det lättare att förutse eventuella problem eller hinder som därmed kanske kan undvikas eller hanteras i tid. I planen tydliggörs vad som kan behöva komma på plats innan implementeringen av den nya metoden inleds på allvar, exempelvis att personal kan behöva utbildning och träning och att verktyg och lokala rutiner måste utarbetas. Hur uppföljning och utvärdering ska ske bör också tas upp i implementeringsplanen.

Ett bra exempel på en implementeringsplan inom alkoholområdet har tagits fram av Företagshälsans riktlinjegrupp, med en guide och en checklista för implementering av den så kallade 15-metoden i arbetslivet (72).

## Fas 3. Genomförande

Först den tredje fasen i ramverket för implementering med kvalitet handlar om faktisk implementering. Struktur och stöd för arbetet är viktiga delar i denna fas. Meyers och medarbetare delar upp fas 3 enligt följande: ständigt tillgängligt praktiskt och tekniskt stöd till genomförarna, utvärdering av implementeringsprocessen och återkoppling till alla involverade.

### **Steg 11: Erbjud stöd, t.ex. handledning och teknisk assistans, till de som genomför implementeringen**

Steg 11 innefattar konkret stöd, coachning och handledning under själva implementeringen. Det konkreta stödet innebär hjälp till genomförarna att lösa praktiska problem med t.ex. material, schemaläggning eller resurser. Det kan också handla om nyupptäckta behov av utbildning och träning eller fortsatt anpassning av den nya metoden. Bristande kunskap hos och stöd till utförarna försvårar naturligtvis implementeringen av en ny metod.

### **Steg 12: Utvärdera implementeringsprocessens styrkor och svagheter**

I steg 12 utvärderas implementeringsprocessen och då behövs en plan för utvärdering och datainsamling. Vad har fungerat bra? Har det framkommit några svagheter som bör och kan åtgärdas? Information om hur olika delar av implementeringsprocessen har genomförts samlas in och sammanställs.

Proctor och Brownson listar följande utfallsmått för en komplett utvärdering av implementeringsprocesser (27):

- i vilken mån den nya metoden har accepterats i organisationen (acceptability)
- i vilken mån den nya metoden har upptagits i organisationen (adoption)
- i vilken mån den nya metoden uppfattas som rimlig och relevant i organisationen (appropriateness)
- i vilken mån den nya metoden passar in i den givna kontexten (feasibility)
- i vilken mån den nya metoden följs i praktiken (fidelity)
- i vilken mån den nya metoden har nått ut, eller integrerats, i organisationen (penetration)
- i vilken mån den nya metoden har institutionaliserats i organisationen, dvs. självklar användning på längre sikt (sustainability)
- implementeringskostnad (cost of implementation).

### **Steg 13: Ge återkoppling till alla involverade**

Steg 13 handlar om att kontinuerligt återföra information från implementeringsprocessen till alla involverade. Resultat från del- och slututvärderingar kommuniceras, diskuteras och, om det behövs, hanteras. Ofta är många inblandade i en implementeringsprocess, t.ex. beslutsfattare, administratörer, praktiker och stödfunktioner, och då kan återkopplingen behöva ske på flera olika sätt. Syftet med utvärdering och återkoppling är att kvalitetssäkra och vidareutveckla metoden.

## Fas 4. Lära och förbättra

Den fjärde och sista fasen i ramverket för implementering med kvalitet omfattar bara ett steg. Det handlar om att lära av erfarenheter.

### **Steg 14: Lär av erfarenheterna för att förbättra kommande implementeringsprocesser**

I steg 14 lyfter Meyers och medarbetare behovet att lära för framtiden, dvs. generellt om implementering, inte specifikt om den aktuella implementeringsprocessen. Vad har vi lärt oss av arbetet som vi kan dela med oss av till andra, om att implementera med kvalitet? Detta sista steg är också viktigt eftersom det kan bidra till utvecklingen av teorier inom implementeringsområdet.

Här kan tilläggas att någon form av utvärdering behövs i de fall den implementerade metoden inte är tillräckligt beforskad eller om målgruppen eller kontexten skiljer sig åt från tidigare studier.

## Forskningen är ganska enig

Meyers ramverk för implementering med kvalitet har i denna rapport kompletterats med en kartläggande litteraturöversikt, genomförd vid Folkhälsomyndigheten 2016 (se metodbeskrivning på sida 56–57). De tio studier som identifierades i den kompletterande litteraturöversikten uppvisar relativt stor samstämmighet med Meyers ramverk, se tabell 2. Alla dessa studier har identifierat aspekter som kan placeras in i Meyers ramverk. Minst hälften av studierna stödjer alla steg, utom steg 4 och 14 som stöds av fyra studier vardera. Ingen av studierna talar emot innehållet i ramverket.

**Tabell 2.** Sammanställning av i vilken utsträckning de kompletterande studierna stödjer stegen i Meyers ramverk för implementering med kvalitet.

Steg i ramverket för implementering med kvalitet	Stöd från antal kompletterande studier (totalt 10 studier)
Steg 11, 12, 13	10/10
Steg 2	9/10
Steg 6, 9	8/10
Steg 1, 3, 5	7/10
Steg 10	6/10
Steg 7, 8	5/10
Steg 4, 14	4/10

I den kompletterande kartläggande litteraturöversikten ingick också sökningar på National Implementation Research Networks (NIRN) webbsida (<http://nirn.fpg.unc.edu/>). NIRN publicerade år 2005 rapporten ”Implementation research: A synthesis of the literature” (7). Denna rapport fick mycket stor spridning och är en av implementeringsmodellerna i Meyers ramverk för implementering med kvalitet.

Några av de kompletterande studierna har identifierat och fördjupat sig i vissa aspekter som inte tas upp i Meyers ramverk. En del av dessa aspekter presenteras nedan.

### **Fokus på vetenskapligt stöd**

Armstrong och medarbetare tar upp ”evidensinformerat beslutsfattande” (Evidence Informed Decision Making) som en viktig del i implementeringsprocesser (73). Detta kan kort sammanfattas som ökad tillgång till vetenskapligt underbyggd kunskap liksom förmåga att använda denna kunskap för lokalt beslutsfattande. Men, som Spoth och medarbetare skriver, det är inte säkert att forskare, beslutsfattare och praktiker har samma syn på vad graden av evidens betyder och hur den bör bedömas (74). Därför är det viktigt att olika kanaler för informationsspridning, t.ex. webbsidor, rapporter och faktablad, anger vilka kriterier som har använts för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten på den information som ges. Regionala och nationella aktörer, t.ex. FoU-enheter och myndigheter, har ett visst ansvar

för att öka tillgången till forskningsevidens för exempelvis kommuner. SBU, Folkhälsomyndigheten och Skolforskningsinstitutet är exempel på myndigheter som sammanställer internationell forskning i rapporter på svenska och i vissa fall i kortare och mer lättillgängliga faktablad. Att utveckla en organisatorisk struktur för det som Armstrong och medarbetare benämner ”evidensinformerat beslutsfattande” är en uppgift för respektive kommun, landsting, region eller organisation.

### **Fokus på metoden**

I flera av de kompletterande studierna behandlas frågor som specifikt rör metoden som är föremål för implementering. Flera studier fördjupar sig också i området programföljsamhet (37, 73, 75–77), en aspekt som hänger nära samman med anpassningsbarhet. Programföljsamhet mäts och rapporteras dock alltför sällan i vetenskapliga studier. Durlak och DuPre har i en litteraturöversikt med nära 500 publicerade vetenskapliga artiklar visat att bara 59 av dessa studier bedömde sambandet mellan programföljsamhet och effekter (5). Av de 59 studierna var det 76 procent som rapporterade att programföljsamhet hade en signifikant positiv effekt på utfallet. Metz och Albers lyfter begreppet ”high-fidelity implementation”, alltså implementering med hög programföljsamhet (77). Programföljsamheten kan ökas genom att t.ex. identifiera ”kärnkomponenter”, dvs. de komponenter i en metod som antas ge effekt (75), göra lokala besök en viss tid efter att en ny metod har introducerats i verksamheten (73) och bedöma konkret prestation (37). Vikten av programföljsamhet måste dock balanseras mot vikten av anpassningsbarhet. En absolut programföljsamhet kan hämma möjligheterna till implementering. Här är det, som alltid, viktigt att titta på mottagarnas behov och möjligheter.

### **Fokus på långsiktig hållbarhet**

Fyra av de tio kompletterande studierna från den kartläggande litteraturöversikten lyfter specifikt vikten av hållbarhet på lång sikt (sustainability) (74, 77–79). Metz och Albers framhåller att planering och aktiviteter för långsiktig hållbarhet måste ingå från första början, både avseende finansiering och metodstöd (77). Spoth och medarbetare föreslår följande frågor som ett stöd i planeringen av långsiktig hållbarhet (74):

- Vilka faktorer avseende ledarskap, motivation, organisation, träning och tekniskt stöd kan stödja långsiktig hållbarhet?
- Vilka strategier för finansiering kan stödja långsiktig hållbarhet?
- Vilken typ av organisatoriskt ledarskap fostrar aktörer att stödja långsiktig hållbarhet?
- Vilka nationella, regionala och lokala nätverk och system för tekniskt stöd kan stödja långsiktig hållbarhet?
- Vilka policyer är mest framgångsrika för att uppnå stabil finansiering?

Många har upplevt besvikelsen då väl fungerande projekt har fått läggas ned på grund av att ”pengarna är slut”. Detta kan och bör undvikas genom god planering tidigt i implementeringsprocessen och genom att inte ”överge” utförarna av den nya metoden för tidigt. Man bör alltså från början fundera över hur en ny metod ska förvaltas på lång sikt och i ordinarie verksamhet om implementeringen lyckas och om metoden får avsedd effekt. Hållbarhet (sustainability) är ett viktigt utfallsmått för att bedöma om en implementeringsprocess har varit lyckosam eller inte (27). Det tidigare beskrivna exemplet med ”Parent Management Training, Oregon Model” i Norge (sida 30) visar hur ett beslut om full finansiering och inrättande av ett nationellt center sannolikt bidrog till fortsatt användning av metoden sex år efter att den hade introducerats (60).

### **National Implementation Research Network**

De kompletterande sökningarna på NIRN:s webbsida (<http://nirn.fpg.unc.edu/>) gav också stöd för aspekterna i Meyers ramverk. Detta förvånar inte, eftersom en av NIRN:s nyckelrapporter (7) är en av implementeringsmodellerna i Meyers ramverk för implementering med kvalitet. I den kompletterande databassökningen identifierades också en uppdatering av NIRN:s implementeringsrapport i form av en vetenskaplig artikel (37). På NIRN:s webbsida finns verktyg som stöd i arbetet med exempelvis implementeringsteam och implementeringsplaner (<http://nirn.fpg.unc.edu/>).

Det finns numera många teorier och modeller som kan stödja praktisk implementering och implementeringsforskning (68). Checklistan i slutet av den här rapporten baseras huvudsakligen på ramverket för implementering med kvalitet (2) samt på aspekter som framkommit i den kompletterande kartläggande litteraturöversikten.

# Några exempel

Den här rapporten om implementeringens mödosamma konst avslutas med några fiktiva exempel på vad som kan hända och vilka problem som kan uppstå när nya metoder eller arbetssätt ska sättas i verket. De tre exemplen nedan kan alla relateras till aspekter som beskrivs i den här rapporten.

## Föräldrastöd

Hanna arbetar som kommunal folkhälsostrateg och har nyligen deltagit i en ”Inspirationsdag i föräldrastöd”. I programmet ingick bl.a. en presentation av specifika föräldrastödsprogram. Hanna tycker att flera program verkar intressanta och tar upp frågan i folkhälsogruppen i sin kommun, där tjänstemän från olika kommunala verksamheter och representanter från primärvården sitter med. Man enas om att ett specifikt föräldrastödsprogram skulle kunna användas inom socialtjänsten och Hanna får i uppdrag att arbeta vidare med frågan. Hon anordnar en utbildningsdag för personalen inom socialtjänsten. Ganska många anmäler sig och enligt utvärderingarna verkar de flesta vara nöjda med dagen.

## Resultat

Efter ett år har inget konkret hänt. Frågan diskuteras till och från men har inte fått fäste i organisationen.

## Förklaring

Behovet av ett föräldrastödsprogram inom socialtjänsten i den aktuella kommunen är inte tydligt uttalat. Inga opinionsledare inom kommunen förordar just detta föräldrastödsprogram, och inga resurser är avsatta.

## Förslag till fortsatt hantering

Hanna bör ta reda på om personalen inom socialtjänsten upplever problem som den föreslagna metoden skulle kunna lösa. Om så är fallet bör hon formulera behovet tydligt och beskriva på vilket sätt föräldrastödsprogrammet kan möta det upplevda behovet. Hanna bör också involvera kommunala beslutsfattare och opinionsledare i processen.

## Mobbningsförebyggande arbete

Laila är kommunalråd i en storstadskommun. Hon sitter i utbildningsnämnden och har alltid haft ett starkt engagemang i barn och ungdomsfrågor.

Laila har blivit informerad om en ny mobbningsförebyggande metod med starkt stöd i forskningen. Utbildningsnämnden ger i uppdrag till Erik, förvaltningschef för utbildningsförvaltningen, att utreda om man skulle kunna introducera metoden i kommunen. En utredning genomförs som visar att den nya mobbningsförebyggande metoden borde användas i kommunens skolor.

### **Resultat**

Efter ett år har inget konkret hänt trots att utredningen har redovisats i utbildningsnämnden och politikerna stöder utredningens slutsatser.

### **Förklaring**

Skolorna har redan investerat i konkurrerande metoder, det finns alltså varken intresse eller resurser för ytterligare en mobbningsförebyggande metod på lokal nivå.

### **Förslag till fortsatt hantering**

Erik bör se till att de befintliga metoderna utvärderas och jämförs med den föreslagna metoden avseende effektivitet och kostnadseffektivitet. Kanske kan de metoder som man redan använder i kommunens skolor anpassas till den nya metoden? Opinionsledare i skolan måste involveras i processen och nödvändiga resurser måste tillföras.

## Trafikmiljö

Peter arbetar som avdelningschef på tekniska förvaltningen i en förortskommun. Han har deltagit i en utbildningsdag om trafikskadeförebyggande insatser tillsammans med Maria som är politiker och ordförande i tekniska nämnden. Anledningen till att Peter och Maria anmälde sig till utbildningsdagen på Vägverket var att man tidigare hade uppmärksammat att trafikmiljön var otrygg för förskole- och skolbarnen i en del av kommunen med stor nybyggnation. Några incidenter har förekommit och kommuninvånare har hört av sig till tekniska kontoret. Peter och Maria lyfter frågan om lokala hastighetsdämpande insatser i tekniska nämnden. Nämnden beslutar att lokala hastighetsdämpande insatser ska inrättas enligt Peters och Marias förslag.



## Resultat

Efter ett år är hastighetsbegränsande vägbulor och avsmalningar installerade. Inga nya incidenter har rapporterats.

## Förklaring

Det fanns ett uttalat och formulerat behov. Den lösning som Peter och Maria presenterade verkade rimlig med hänsyn till behovet. Lösningen låg nära tekniska kontorets ordinarie verksamhet och bedömdes som kostnads-effektiv. Kunskap och resurser för genomförande fanns i organisationen. Beslutsfattare var tidigt involverade i processen.

## Förslag till fortsatt hantering

Tekniska förvaltningen bör utvärdera insatsen och dra lärdom av resultatet.

## Principerna för implementering är desamma

Exempel 3 skiljer sig från exempel 1 och 2 på ett avgörande sätt genom att handla mer om miljöanpassning än om beteendeförändring. I exempel 1 och 2 ska nya och relativt komplexa metoder introduceras, medan det i exempel 3 handlar om en ny produkt, dvs. ett mer tekniskt förhållande. Det är troligen svårare att implementera en komplex metod som involverar många människor och som kräver beteendeförändring, än en jämförelsevis okomplicerad produkt där resultaten uppnås genom miljöanpassning. Men principerna för implementering är desamma.

Och om implementeringen lyckas, hur gör man för att metoden ska integreras, spridas och på lång sikt vara till nytta i vardagsarbetet? Vi återgår till Hanna, den kommunala folkhälsostrategen i det första exemplet i detta avsnitt, och antar att hon lyckades implementera ett föräldrastödsprogram inom socialtjänsten. Kan Hanna då introducera metoden inom t.ex. barnomsorgen i samma kommun? Kan en kollega i grannkommunen implementera programmet på samma sätt som Hanna har gjort? Forskningen ger inga entydiga svar på dessa frågor, men en bra början när man har bestämt sig för att implementera en ny metod är att klargöra vilka delar som tillhör själva metoden och vilka delar som handlar om implementeringsprocessen. Då går det i bästa fall att urskilja var problemen ligger om effekterna inte blir de önskade.

# Checklista för implementering med kvalitet

Som stöd för praktiskt implementeringsarbete har Meyers och medarbetare utarbetat och testat verktyget ”Quality Implementation Tool” (69, 70).

Verktyget bygger på Meyers ramverk för implementering (Quality Implementation Framework) (2). Checklisten för implementering med kvalitet som presenteras nedan baseras i stora delar på Meyers ramverk respektive verktyg och på aspekter som identifierades i den kompletterande kartläggande litteraturöversikten. Hela eller delar av checklistan kan användas i samband med dels planering, dels utvärdering av implementeringsprocesser. Checklisten inleds med tre centrala frågor: ”Vilket behov har identifierats?”, ”Vilken metod ska implementeras?” och ”I vilken mån har metoden vetenskapligt stöd? Sedan följer faser och steg enligt ramverket och specificerade frågor enligt verktyget. Frågorna kan besvaras med ja, nej eller inte relevant, och kompletteras med kommentarer.

Observera att en digital och ifyllningsbar version av checklistan finns på Folkhälsomyndighetens webbplats ([www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)).

CHECKLISTA FÖR IMPLEMENTERING MED KVALITET					
Vilket behov* har identifierats?					
Vilken metod** ska (eventuellt) implementeras?					
I vilken mån har metoden vetenskapligt stöd***?					
Fas 1: Initiala bedömningar			Ja	Nej	Inte relevant
Steg 1	Vilka behov har vi som vi bedömer att den nya metoden kan hjälpa oss att möta?	1a. Har vi gjort en behovsbedömning?			
		1b. Har vi bedömt resursbehoven?			
<b>Kommentar:</b>					
Steg 2	Passar den nya metoden vår organisation, våra behov och våra värderingar?	2a. Uppfyller metoden våra behov?			
		2b. Passar metoden för våra mål och uppdrag?			
		2c. Stämmer metoden med våra värderingar?			
<b>Kommentar:</b>					
Steg 3	Är vår organisation redo för den nya metoden och är vi redo för förändring?	3a. Har vi bedömt vår beredskap för förändring?			
		<b>Kommentar:</b>			

<b>Steg 4</b>	Bör och kan vi anpassa den nya metoden till vår organisation?  <i>Observera att fråga 4c har betydelse för programtroheten.</i>	<b>4a.</b> Finns det komponenter i metoden som vi skulle behöva anpassa? Om nej, gå vidare till steg 5.			
		<b>4b.</b> Vet vi vilka komponenter i metoden som skulle kunna modifieras?			
		<b>4c.</b> Vet vi vilka komponenter i metoden som inte bör modifieras?			
		<b>4d.</b> Har de som genomför implementeringen i praktiken möjlighet att föreslå modifieringar?			
		<b>4e.</b> Finns ett system för att följa och dokumentera eventuella modifieringar?			
		<b>Kommentar:</b>			
<b>Steg 5</b>	Har den nya metoden ett stöd från centrala personer i vår organisation, dvs. beslutsfattare, chefer, praktiker m.fl.?  (I fråga 5b–5d kan olika relevanta aktörer anges)	<b>5a.</b> Är relevanta beslutsfattare och chefer positiva till metoden?			
		<b>5b.</b> Är aktör ..... positiv till metoden?			
		<b>5c.</b> Är aktör ..... positiv till metoden?			
		<b>5d.</b> Är aktör ..... positiv till metoden?			
		<b>5e.</b> Har någon eller några opinionsledare identifierats?			
		<b>5f.</b> Har eventuellt motstånd mot metoden hanterats?			
		<b>5g.</b> Har eventuella hinder för implementering hanterats?			
		<b>Kommentar:</b>			

<b>Steg 6</b>	Behöver vi stärka infrastrukturen och motivationen, eller höja kunskapsnivån i organisationen?	<b>6a.</b> Kan vi anpassa infrastrukturen i syfte att uppnå framgångsrik implementering av metoden?			
		<b>6b.</b> Kan vi stärka motivationen i syfte att uppnå framgångsrik implementering av metoden?			
		<b>6c.</b> Kan vi öka kunskapsnivån i syfte att uppnå framgångsrik implementering av metoden?			
	<b>Kommentar:</b>				
<b>Steg 7</b>	Har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken? Hur kan vi stötta dem?	<b>7a.</b> Har vi identifierat och rekryterat personer som ska genomföra implementeringen?			
		<b>7b.</b> Kan vi erbjuda stöd till de som ska använda metoden i praktiken (dvs. specifikt om metoden)?			
		<b>7c.</b> Kan vi erbjuda stöd till de som ska genomföra själva implementeringen (dvs. specifikt om implementeringsprocessen)?			
		<b>7d.</b> Kan vi erbjuda stöd till processutvärdering?			
	<b>Kommentar:</b>				
<b>Steg 8</b>	Kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning till de som ska genomföra implementeringen?	<b>8a.</b> Kan vi erbjuda tillräcklig praktisk träning i metoden?			
		<b>8b.</b> Kan vi erbjuda tillräcklig teoretisk utbildning i metoden?			
	<b>Kommentar:</b>				

<b>Fas 2: Struktur för implementering</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Inte relevant</b>	
<b>Steg 9</b>	Utse ett implementerings-team eller motsvarande, med organisatoriskt ansvariga och stödpersoner, och specificera roller, ansvar och processer.	<b>9a.</b> Har vi tillsatt ett implementerings-team eller motsvarande?			
		<b>9b.</b> Har vi utsett en huvudansvarig för teamet?			
		<b>9c.</b> Har vi knutit ämnes- och metodexperter till teamet?			
		<b>9d.</b> Har vi definierat roller, processer och ansvar i teamet?			
<b>Kommentar:</b>					
<b>Steg 10</b>	Utveckla en implementeringsplan med konkreta uppgifter och tid för genomförande, även på lång sikt.	<b>10a.</b> Har vi tagit fram en implementeringsplan med tydliga uppdrag?			
		<b>10b.</b> Har vi tagit fram en tydlig tidplan som innefattar långsiktig hållbarhet?			
		<b>10c.</b> Har vi fördelat uppdragen i implementeringsplanen till relevanta utförare?			
<b>Kommentar:</b>					
<b>Fas 3: Genomförande</b>		<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Inte relevant</b>	
<b>Steg 11</b>	Erbjud stöd, t.ex. handledning och teknisk assistans, till de som genomför implementeringen.	<b>11a.</b> Har vi utsett någon som kan erbjuda praktiskt stöd om problem uppstår under implementeringsprocessen?			
		<b>11b.</b> Har den som ska erbjuda det praktiska stödet god kunskap om metoden?			
		<b>11c.</b> Har den som ska erbjuda det praktiska stödet god kännedom om lokala förutsättningar och resurser?			
<b>Kommentar:</b>					

<b>Steg 12</b>	Utvärdera implementeringsprocessen, både styrkor och svagheter, på kort och lång sikt.	<b>12a.</b> Finns en plan för utvärdering?			
		<b>12b.</b> Är variabler för utvärdering identifierade?			
		<b>12c.</b> Finns en plan för utvärdering av långsiktig hållbarhet (institutionalisering)?			
	<b>Kommentar:</b>				
<b>Steg 13</b>	Ge återkoppling till alla involverade.	<b>13a.</b> Finns kanaler för spridning av utvärderingsresultat till involverade aktörer?			
		<b>13b.</b> Finns möjlighet till diskussion om utvärderingsresultat med involverade aktörer?			
		<b>13c.</b> Finns möjlighet att agera utifrån utvärderingsresultat, dvs. kvalitetsutveckling?			
	<b>Kommentar:</b>				
<b>Fas 4: Lära och förbättra</b>			<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Inte relevant</b>
<b>Steg 14</b>	<i>Lär av erfarenheterna för att förbättra kommande implementeringsprocesser.</i>  <i>(Olika relevanta aktörer kan anges)</i>	<b>14a.</b> Har erfarenheter inhämtats från aktör .....?			
		<b>14b.</b> Har erfarenheter inhämtats från aktör .....?			
		<b>14c.</b> Har erfarenheter inhämtats från aktör .....?			
		<b>14d.</b> Har inhämtade erfarenheter delats med relevanta aktörer?			
<b>Kommentar:</b>					

\* Med begreppet behov menas här problem som ska åtgärdas eller behov som ska uppfyllas, t.ex. minska andelen unga som röker eller öka andelen som är fysiskt aktiva i befolkningen.

\*\* Begreppet metod innefattar här även kunskap, insatser, interventioner, produkter eller annat som kan vara föremål för implementering.

\*\*\* Här anges vilken typ av vetenskapligt stöd som underbygger valet av metod, exempelvis med referens till en relevant systematisk litteraturoversikt.

# Kort metodbeskrivning

Denna rapport är en uppdatering av ”Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst”, publicerad av Statens folkhälsoinstitut 2007 (1). Uppdateringen bygger på originalmaterialet, ett ramverk för implementering med kvalitet (2) och en begränsad kartläggande litteraturoversikt genomförd vid Folkhälsomyndigheten 2016.

## Originalmaterialet

Originalrapporten ”Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst” bygger huvudsakligen på två omfattande systematiska litteraturoversikter, ”Implementation Research: A Synthesis of the Literature” av Fixsen och medarbetare (7) och ”Diffusion of Innovations in Health Service Organisations. A Systematic Literature Review” av Greenhalgh och medarbetare (46). Inga ytterligare systematiska sökningar gjordes då originalrapporten utarbetades.

## Ramverk för implementering med kvalitet

Meyers och medarbetare har utvecklat ett ramverk som syftar till att underlätta implementering av nya metoder och arbetssätt (2). Forskarna gjorde en systematisk litteraturoversikt för att identifiera studier som beskriver implementeringsmodeller. De sökte i sex olika databaser och fick initialt 1 945 träffar. Efter en bedömning av relevans och kvalitet återstod 25 modeller för implementering, varav 2 beskrivs i två studier vardera. Det fanns många likheter mellan modellerna trots att de hade utvecklats inom olika områden, t.ex. hälso- och sjukvården, folkhälsoområdet och utbildningssektorn. Utifrån en sammanställning av modellerna identifierades 4 övergripande faser och 14 kritiska steg för att planera, bedöma och lyckas med implementeringsprocesser. Meyers och medarbetare sammanfattade slutligen faserna och stegen till ett ramverk som kallas för ”The Quality Implementation Framework”, i denna rapport översatt till ”Ramverk för implementering med kvalitet”.



## En begränsad kartläggande litteraturöversikt

Ramverket för implementering med kvalitet (2) är en central del av denna rapport. Databassökningen som ligger till grund för ramverket avslutades i mitten av 2011, och därför har Folkhälsomyndigheten kompletterat underlaget med en begränsad kartläggande litteraturöversikt, i enlighet med Folkhälsomyndighetens handledning för litteraturöversikter (13). Den kompletterande sökningen, inkluderande databassökning (Scopus), hand-sökning, citeringssök och granskning av referenslistor, gav 1 407 träffar. Efter relevansbedömning av titel och abstract återstod 46 artiklar att läsa i fulltext. Av dessa exkluderades ytterligare 36, framför allt på grund av att inget eller ett ofullständigt implementeringsramverk redovisades. Slutligen inkluderades 10 artiklar i analysen. Dessa artiklar har granskats utifrån Meyers ramverk. I alla de kompletterande studierna identifierades aspekter i enlighet med Meyers ramverk, medan ingen av studierna motsäger innehållet i ramverket. Några av studierna har identifierat och fördjupat sig i aspekter som inte tas upp i Meyers ramverk.

I den kompletterande kartläggande litteraturöversikten ingick också sökningar på NIRN:s webbsida (<http://nirn.fpg.unc.edu/>). NIRN publicerade år 2005 rapporten ”Implementation research: A synthesis of the literature” (7). Denna rapport fick mycket stor spridning och är en av implementeringsmodellerna i Meyers ramverk för implementering med kvalitet. I den kompletterande databassökningen identifierades också en uppdatering av NIRN:s rapport i form av en vetenskaplig artikel (37).

En fullständig metodbeskrivning finns på Folkhälsomyndighetens webbplats: ”Metodbeskrivning. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst” ([www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)).

# Referenser

1. Guldbbrandsson K. Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. Östersund: Statens folkhälsoinstitut, 2007. Rapport nr: 2007:20.
2. Meyers D, Durlak J, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. *American Journal of Community Psychology*. 2012;50(3-4):462-80. DOI:10.1007/s10464-012-9522-x.
3. Rabin B, Brownson R, Haire-Joshu D, Kreuter M, Weaver N. A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of public health management and practice*. 2008;14(2):117-23.
4. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*. 2015;10(1):21. DOI:10.1186/s13012-015-0209-1.
5. Durlak J, DuPre E. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008;41(3):327-50. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>.
6. Wilson KM, Brady TJ, Lesesne C. An Organizing Framework for Translation in Public Health: The Knowledge to Action Framework. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, and Policy*. 2011;8(2):A46.
7. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.
8. Grimshaw J, Eccles M, Lavis J, Hill S, Squires J. Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*. 2012;7(1):50. <http://www.implementationscience.com/content/7/1/50>.
9. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice*. New York: Oxford University press; 2012.

10. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implementation Science*. 2006;1(1):1–3. DOI:10.1186/1748–5908–1–1.
11. Eccles M, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implementation Science*. 2009;4(1):18. <http://www.implementationscience.com/content/4/1/18>.
12. Schäfer Elinder L, Kwak L. Evidensbaserat folkhälsoarbete. Lund: Studentlitteratur; 2014.
13. Folkhälsomyndigheten.Handledning för litteraturöversikter. Förutsättningar och metodsteg för kunskapsframtagande baserat på forskningslitteratur vid Folkhälsomyndigheten. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2017.
14. Rogers E. Diffusion of Innovations. 5 uppl. London: Free Press; 2003.
15. Rabin BA, Brownson RC. Developing the terminology for dissemination and implementation research. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice*. New York: Oxford University Press; 2012.
16. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 2000.
17. Nilsen P. Implementering av evidensbaserad praktik. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2014.
18. Socialstyrelsen. Om implementering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
19. Comroe JH, Dripps RD. Scientific basis for the support of biomedical science. *Science*. 1976;192:105–11.
20. Hanney S, Mugford M, Grant J, Buxton M. Assessing the benefits of health research: lessons from research into the use of antenatal corticosteroids for the prevention of neonatal respiratory distress syndrome. *Social Science & Medicine*. 2005;60(5):937–47. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-4D48X7T-4/2/5c0407e9c82c92f0cc8639a3f4772b50>.
21. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*. 2003;289(15):1969–75. DOI:10.1001/jama.289.15.1969.
22. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S. Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(4):874–87. DOI:10.1093/ije/dyi088.
23. Colditz GA. The promise and challenges of dissemination and implementation research. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK,

- redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science into practice. New York: Oxford University Press; 2012.
24. McKee M, Fulop N, Bouvier P, Hort A, Brand H, Rasmussen F, et al. Preventing sudden infant deaths — the slow diffusion of an idea. *Health Policy*. 1996;37(2):117–35. DOI:[http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(96\)90056-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(96)90056-1).
  25. Wennergren G, Alm B, Oyen N, Helweg-Larsen K, Milerad J, Skjaerven R, et al. The decline in SIDS incidence in Scandinavia and its relation to risk intervention campaigns. *Acta Paediatrica Scandinavia*. 1997;86:963–8.
  26. Albers B, Hög H, Månsson H. Implementering. Fra viden til praksis på börne- och ungeområdet. Viborg: Dansk Psykologisk Forlag; 2015.
  27. Proctor EK, Brownson RC. Measurement issues in dissemination and implementation research. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor E, redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science into practice. New York: Oxford University Press; 2012.
  28. Dearing JW, Kee KF. Historical roots of dissemination and implementation science. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice. New York: Oxford University Press; 2012.
  29. Gagliardi AR, Marshall C, Huckson S, James R, Moore V. Developing a checklist for guideline implementation planning: Review and synthesis of guideline development and implementation advice. *Implementation Science*. 2015;10(1). DOI:10.1186/s13012-015-0205-5.
  30. Ekwall P. Fem miljoner svenskar swishar! 2016 [citerad 22 april 2017]. Hämtad från: [https://www.getswish.se/content/uploads/2014/05/20161121\\_Pressmeddelande\\_5milj.pdf](https://www.getswish.se/content/uploads/2014/05/20161121_Pressmeddelande_5milj.pdf).
  31. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.
  32. Socialstyrelsen. Så tar vi fram riktlinjerna. Stockholm 2017 [citerad 22 april 2017]. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/omnationellariktlinjer/satarviframriktlinjerna>.
  33. Opiyo N, Shepperd S, Musila N, Allen E, Nyamai R, Fretheim A, et al. Comparison of Alternative Evidence Summary and Presentation Formats in Clinical Guideline Development: A Mixed-Method Study. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e55067. DOI:10.1371/journal.pone.0055067.

34. Young I, Kerr A, Waddell L, Pham MT, Greig J, McEwen SA, et al. A Guide for Developing Plain-Language and Contextual Summaries of Systematic Reviews in Agri-Food Public Health. *Foodborne Pathogens and Disease*. 2014;11(12):930–7. DOI:10.1089/fpd.2014.1807.
35. Tricco A, Cardoso R, Thomas S, Motiwala S, Sullivan S, Kealey M, et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implementation Science*. 2016;11(1):4. <http://www.implementationscience.com/content/11/1/4>.
36. Folkhälsomyndigheten. Utblick folkhälsa: Folkhälsomyndigheten; 2016 [citerad 22 juli 2017]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/utblick-folkhalsa/>.
37. Bertram RM, Blase KA, Fixsen DL. Improving Programs and Outcomes: Implementation Frameworks and Organization Change. *Research on Social Work Practice*. 2015;25(4):477–87. DOI:10.1177/1049731514537687.
38. Pressman JL, Wildavsky A. *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland; or, why it's amazing that federal programs work at all, this being a saga of the economic development administration as told by two sympathetic observers who seek to build morals on a foundation of ruined hopes*. Third uppl. London: University of California Press; 1973.
39. Trolldal B, Haggård U, Guldbbrandsson K. Spridning och implementering av Ansvarsfull alkoholserving i landets kommuner - resultat från två enkätundersökningar. Stockholm: Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns landsting, STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem), 2012. Rapport nr 48. Hämtad från: <http://stad.org/rapporter/rapporter-fran-2012/>.
40. Trolldal B, Haggård U, Kvillemo P, Guldbbrandsson K. Implementeringen av Ansvarsfull alkoholserving i sex kommuner – en kvalitativ studie. Stockholm: Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns landsting, STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem), 2012. 49. Hämtad från: <http://stad.org/rapporter/rapporter-fran-2012/>.
41. Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*. 1997;315(7105):418–21. DOI:10.1136/bmj.315.7105.418.
42. Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation

- science. *Implementation Science*. 2009;4(1):50. <http://www.implementationscience.com/content/4/1/50>.
43. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015. Årsrapport. Solna: Folkhälsomyndigheten, 2016.
  44. Barnsäkerhetsdelegationen. Från barnolycksfall till barns rätt till säkerhet och utveckling. Slutbetänkande av Barnsäkerhetsdelegationen. SOU 2003:127. Stockholm, 2003.
  45. Statens folkhälsoinstitut. Tobak. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. Östersund: 2011. R 2011:11.
  46. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in health service organisations. A systematic literature review. Oxford: BMJ Books, Blackwell Publishing; 2005.
  47. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw JM, O'Brian M. Local opinion leaders: effect on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007(1). DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub3.
  48. Guldbbrandsson K, Nordvik M, Bremberg S. Identification of potential opinion leaders in child health promotion in Sweden using network analysis. *BMC Research Notes*. 2012;5(1):424. <http://www.biomedcentral.com/content/5/1/424>.
  49. Doumit G, Wright F, Graham I, Smith A, Grimshaw J. Opinion leaders and changes over time: a survey. *Implementation Science*. 2011;6(1):117. <http://www.implementationscience.com/content/6/1/117>.
  50. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brian M, Grimshaw J, et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. 2010(1). DOI:10.1002/14651858.CD000125.pub3.
  51. Nordvik MK. Contagious Interactions: Essays on social and epidemiological networks. Stockholm: Stockholm University; 2008.
  52. Luke DA. Viewing dissemination and implementation research through a network lens. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice. New York: Oxford University Press; 2012.
  53. Aarons GA, Horowitz JD, Dlugosz LR, Ehrhart MG. The role of organizational processes in dissemination and implementation research. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. Dissemination

- and implementation research in health. Translating science to practice. New York: Oxford University Press; 2012.
54. Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*. 2000;28(3):291–307. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9).
  55. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5.
  56. Åhrström M, Larsson N, Lindberg L. Change of Community Readiness Over Time: Measurements of Reduction of Parental Support and Availability of Alcohol in Seven Communities. *Health Promotion Practice*. 2016;17(4):586–95.
  57. Albers B. At lede implementeringen af evidensbaseret praksis. I: Albers B, Hög H, Månsson H, redaktörer. *Implementering Fra viden til praksis på børne- og ungeområdet*. Viborg: Dansk Psykologisk Forlag; 2015.
  58. Richter A, von Thiele Schwarz U, Lornudd C, Lundmark R, Mosson R, Hasson H. iLead—a transformational leadership intervention to train healthcare managers’ implementation leadership. *Implementation Science*. 2016;11(1):108. DOI:10.1186/s13012-016-0475-6.
  59. Socialstyrelsen. Manual för implementering av nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd till chefer och implementeringsansvariga. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.
  60. Ogden T, Forgatch MS, Askeland E, Patterson GR, Bullock BM. Implementation of parent management training at the national level: the case of Norway. *Journal of Social Work Practice*. 2005;19(3):317–29. <http://www.informaworld.com/10.1080/02650530500291518>.
  61. Kjøbli J, Hukkelberg S, Ogden T. A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in realworld settings. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(3):113–21. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.11.006>.
  62. Trollidal B, Haggard U, Guldbbrandsson K. Factors associated with implementation of a multicomponent responsible beverage service program—results from two surveys in 290 Swedish municipalities. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2013;8(1):11. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/8/1/11>.

63. Allen JD, Linnan LA, Emmons KM. Fidelity and its relationship to implementation effectiveness, adaptation, and dissemination. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor E, redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice. New York: Oxford University Press; 2012.
64. Wallin E. Responsible beverage service. Effects of a community action project. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
65. Wallin L. Knowledge translation and implementation research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(4):576–87. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.006>.
66. Rohrbach LA, Grana R, Sussman S, Valente TW. Type II translation: Transporting prevention interventions from research to real-world settings. *Eval Health Prof*. 2006;29(3):302–33. DOI:10.1177/0163278706290408.
67. Harvey G, Fitzgerald L, Fielden S, McBride A, Waterman H, Bamford D, et al. The NIHR collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) for greater manchester: Combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large-scale implementation strategy. *Implementation Science*. 2011;6(1). DOI:10.1186/1748–5908–6–96.
68. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*. 2015;10(1):1–13. DOI:10.1186/s13012–015–0242–0.
69. Meyers DC, Katz J, Chien V, Wandersman A, Scaccia JP, Wright A. Practical Implementation Science: Developing and Piloting the Quality Implementation Tool. *American Journal of Community Psychology*. 2012;50(3–4):481–96. DOI:10.1007/s10464–012–9521–y.
70. Bory CT, Love AR, Franks RP. An analysis of Massachusetts' implementation of *Moving Beyond Depression*. Boston: Judge Baker Children's Center, 2015.
71. Zayas LH, Bellamy JL, Proctor EK. Considering the multiple service contexts in cultural adaptation of evidence-based practice. I: Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, redaktörer. Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice. New York: Oxford University Press; 2012.
72. Hermansson U och Företagshälsans riktlinjegrupp. Riktlinjer vid alkoholproblem på arbetsplatsen. En sammanställning från Företagshälsans riktlinjegrupp 4/2016. Enheten för interventions- och



- implementeringsforskning, Institutionen för miljömedicin (IMM): Karolinska Institutet, Stockholm, 2016.
73. Armstrong R, Waters E, Dobbins M, Anderson L, Moore L, Petticrew M, et al. Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. *Implementation Science*. 2013;8(1):1–10. DOI:10.1186/1748–5908–8–121.
  74. Spoth R, Rohrbach LA, Greenberg M, Leaf P, Brown CH, Fagan A, et al. Addressing Core Challenges for the Next Generation of Type 2 Translation Research and Systems: The Translation Science to Population Impact (TSci Impact) Framework. *Prevention Science*. 2013;14(4):319–51. DOI:10.1007/s11121–012–0362–6.
  75. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the Pieces Together: An Integrated Model of Program Implementation. *Prevention Science*. 2011;12(1):23–33. DOI:10.1007/s11121–010–0186–1.
  76. Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children*. 2013;79(2):213–30. DOI:10.1177/001440291307900206.
  77. Metz A, Albers B. What Does It Take? How Federal Initiatives Can Support the Implementation of Evidence-Based Programs to Improve Outcomes for Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2014;54(3, Supplement):S92–S6. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.025>.
  78. Foster-Fishman PG, Watson ER. The ABLe Change Framework: A Conceptual and Methodological Tool for Promoting Systems Change. *American Journal of Community Psychology*. 2012;49(3):503–16. DOI:10.1007/s10464–011–9454–x.
  79. Wandersman A, Chien VH, Katz J. Toward an Evidence-Based System for Innovation Support for Implementing Innovations with Quality: Tools, Training, Technical Assistance, and Quality Assurance/Quality Improvement. *American Journal of Community Psychology*. 2012;50(3):445–59. DOI:10.1007/s10464–012–9509–7.





Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras vetenskapliga rön om hur nya metoder och produkter kan spridas och implementeras. Att snabba på processen från färdiga forskningsresultat till praktisk användning av nya metoder är en angelägen uppgift som bör utföras i samverkan mellan forskarsamhället och praktiska verksamheter i kommuner, landsting och regioner, idéburna organisationer, företag och myndigheter.

Vår förhoppning är att denna rapport ska utgöra ett stöd för beslutsfattare med ansvar för folkhälsofrågor, liksom för utvecklingsledare, strateger och praktiker med samordnande uppgifter inom folkhälsoområdet i hela dess bredd. Vi vänder oss alltså till personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera ny kunskap och nya metoder med syfte att främja befolkningens hälsa.

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



Folkhälsomyndigheten