



Från nyhet till vardagsnytta

Om implementeringens mödosamma konst

*En forskningssammanställning
av Karin Guldbrandsson*

Från nyhet till vardagsnytta

Om implementeringens mödosamma konst

*En forskningssammanställning
av Karin Guldbrandsson*

© STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2007:20

ISSN: 1651-8624

ISBN: 978-91-7257-531-8

FÖRFATTARE: KARIN GULDBRANDSSON

OMSLAGSBILD: WWW.PHOTOS.COM

BILDER INLAGA: S. 8, 10, 14, 17 OCH 26 PHOTOS.COM, S. 22 TECKNING AV REMBRANDT

GRAFISK PRODUKTION: AB TYPOFORM

TRYCK: ELANDERS, 2007

INNEHÅLL

Förord	5
Sammanfattning	6
Summary	7
Definitioner	9
Implementering	9
Spridning	9
Inledning	10
Några exempel	10
Hur fattas beslut i kommuner och landsting?	12
Metod	13
Snabbare implementering – en angelägen uppgift	14
Kampen mot skörbjugg	14
Att sprida och implementera nya metoder	15
Forskningen är enig – att implementera är en konst i sig	15
Villkor för att lyckas med kunskapsspridning och implementering	17
Intervention och implementering – vad är vad?	18
Det behövs ett behov	18
Metodkriterier	19
Implementeringskriterier	20
Sammanfattning	21
Individ och organisation	22
Individens roll	22
Organisationens roll	23
Organisatorisk kapacitet för förändring	24
Mottagare, sändare och förändringsagenter	26
Social marknadsföring	28
Kriterier för implementering – en checklista	30
Referenser	32

FÖRORD

Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras vetenskapliga undersökningar av hur innovationer, dvs. nya metoder och produkter, introduceras, realiseras och sprids. När en metod, kanske efter många års forskning, bedöms som effektiv och lämplig så förväntar man sig kanske att metoden skulle börja användas relativt omgående. Men så är sällan fallet. I detta läge befinner sig metoden snarast bara i början av en lång process på väg mot rutinmässig användning.

Att snabba på processen från färdiga forskningsresultat till praktisk användning av nya metoder är en angelägen uppgift. Medvetenheten om vikten av att använda evidensbaserade insatser inom folkhälsoområdet har ökat under senare år och det finns numera ganska gott om hälsofrämjande metoder som är baserade på forskning av hög kvalitet. Däremot saknas kunskap om hur dessa metoder på bästa sätt kan implementeras i olika verksamheter. Man kan säga att det saknas *evidensbaserade metoder för implementering* av evidensbaserade metoder. Att förbättra kunskapsläget avseende implementering är angeläget och det måste ske i samverkan mellan forskarsamhället och praktiska verksamheter i kommuner, landsting, frivilligorganisationer, företag och statliga myndigheter.

Vår förhoppning är att denna rapport ska utgöra ett stöd för folkhälsoplanerare, preventionsamordnare och andra med motsvarande arbetsuppgifter, alltså för personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera nya metoder för att främja folkhälsan. I slutet av rapporten finns en sammanfattande checklista med några forskningsbaserade komihåg som stöd vid implementering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Checklistan får kopieras och användas fritt.

Rapporten har skrivits av Karin Guldbrandsson, Statens folkhälsoinstitut. Värdefulla synpunkter på rapporten har lämnats av Sven Bremberg, Lena Bergman och Jenni Niska, Statens folkhälsoinstitut, Johannes Dock och Hjärdi Rooth Möller, landstinget Västernorrland, Peter Allebeck och Lena Kanström, Stockholms läns landsting, samt av Knut Sundell och Karin Tengvald, Socialstyrelsen.

GUNNAR ÅGREN
GENERALDIREKTÖR

KARIN GULDBRANDSSON
UTREDARE

SAMMANFATTNING

När nya hälsofrämjande metoder har presenterats, ibland efter många års forskning, så tar det ofta lång tid för dessa metoder att nå vardagsanvändning. Denna fördröjning innebär att möjliga hälsovinster inte uppnås så snabbt som man skulle önska. Syftet med den här rapporten är att underlätta arbetet för folkhälsoplanerare, preventionssamordnare och andra som ibland ställs inför utmaningen att sprida och implementera nya metoder inom folkhälsoområdet.

Implementeringsprocessen börjar med att någon får *en idé* om att *en ny metod* kan användas för att möta *ett behov* eller lösa ett problem. Idén kan ha sitt ursprung i den organisation där behovet uppträder, hos den som tillhandahåller den nya metoden, eller hos någon annan som både har uppmärksammat problemet och som känner till metoden. Idén presenteras och ett *beslut* fattas, i regel på hög nivå inom organisationen. Nästa steg handlar om *planering, förberedelser och genomförande* av de aktiviteter som krävs för att uppnå den faktiska förändring som eftersträvas. När den nya metoden har integrerats både praktiskt och organisatoriskt så sker *utvärdering och lokala anpassningar* genomförs, om det behövs. Till sist tas metoden för given, oavsett omorganisationer, personalomsättningar och politiska förändringar. Man brukar då betrakta metoden som *institutionaliserad*.

Det finns forskning som gör det möjligt att urskilja komponenter som verkar ha betydelse för implementeringsresultatet. Dessa komponenter presenteras i en checklista i slutet av den här rapporten. De mest basala kraven är att det finns ett uttalat behov och att den metod som föreslås är den rätta i sammanhanget. Övriga grunddrag är att metoden har synliga fördelar, stämmer med den implementerande organisationens normer, värderingar och arbetssätt, är enkel att använda, kan testas i liten skala, kan anpassas till mottagarens behov och erbjuder kunskap som kan generaliseras till andra sammanhang.

Det som oftast erbjuds när en ny metod ska introduceras är muntlig och skriftlig information och utbildning av olika slag. Att enbart erbjuda information, utbildning eller praktisk träning räcker oftast inte. Det handlar i stället om att kombinera flera olika insatser, t.ex. utbildning *och* praktisk träning *och* återkoppling, att fortlöpande erbjuda stöd och vägledning av god kvalitet, att avsätta tid och resurser och att involvera användarna i ett tidigt skede i processen.

Om en ny metod inte ger de förväntade effekterna så bör man kunna ta reda på om det var metoden i sig som inte fungerade eller om det var implementeringen som misslyckades. En förutsättning för fullständig utvärdering är alltså att man har klart för sig vad som är metodkomponenter och vad som är implementeringskomponenter. För att de förväntade effekterna ska uppnås så måste förstås *både* metoden och implementeringen fungera.

SUMMARY

Once new health-promoting methods have been presented, sometimes after years of research, it often takes a long time for them to come into daily use. This delay means that possible health gains are not achieved as quickly as we would perhaps like. The aim of this report is to facilitate the work of public health planners, prevention coordinators and other who sometimes face the challenge of disseminating and implementing new methods in the field of public health.

The implementation process starts with someone having *an idea* about *a new method* that can be used to meet *a need* or solve a problem. The idea may originate in the organisation where the need arose or come from the person providing the new method or someone else who has both noticed the problem and is familiar with the method. The idea is presented and a *decision* is taken, normally on a high level within the organisation. The next step is the *planning, preparation and implementation* of the activities needed to achieve the sought-after change. Once the new method has been integrated from both a practical and organisational point of view, it is then *evaluated* and *any necessary local adjustments are made*. Finally, the method is considered “*institutionalised*”, i.e. it is taken for granted regardless of reorganisations, personnel turnover and political changes.

There is research enabling us to distinguish components that have significant bearing on the implementation result. These components are presented in a checklist at the end of this report. The most basic requirements are that there is an explicit need and that the proposed method is the right one in the context. There are certain features common to methods that have been successfully implemented. These features are that the method: has visible benefits; is in line with the norms, values and working methods of the organisation implementing it; is easy to use; can be tested on a small scale; can be adapted to the needs of the recipient; and, finally, gives rise to knowledge that can be generalised in other contexts.

Oral or written information is normally offered when a new method is to be introduced. Offering only information, education or practical training is usually not enough. It is instead a question of combining several measures, e.g. education *and* practical training *and* feedback, to continuously offer high-quality support and guidance, to set aside time and resources and to involve the users at an early stage of the process.

If a new method does not lead to the anticipated effects, it should be possible to find out whether it was the method itself that did not work or whether it was down to unsuccessful implementation. In order to carry out a complete evaluation, therefore, it is necessary to be clear about what are method components and what are implementation components. In order to achieve the anticipated effects, *both* the method *and* the implementation must of course work.



DEFINITIONER

Implementering

När man till vardags pratar om att implementera använder man ofta ord som att genomföra, förverkliga, få till stånd, sätta i sjön etc. Det finns ingen väldefinierad och gemensam begreppsram när det gäller implementering, vilket speglar att forskningsområdet fortfarande är ganska outvecklat (1, 2). Dean Fixsen och hans medarbetare vid University of South Florida i USA, har gjort en omfattande översikt av implementeringsforskningen, i vilken implementering definieras som

- en sammansättning specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet (2).

En liknande definition gör Trisha Greenhalgh som har sammanställt forskning om hur nya metoder sprids inom hälso- och sjukvården. Greenhalgh och hennes medarbetare definierar implementering som

- aktiva och planerade ansträngningar för att en ny metod ska användas som ordinarie metod i en organisation (3).

Andra definitioner av ordet implementera är att

- införa och sätta i bruk nya idéer (4),
- sätta upp och använda en metod i praktiken (1),
- realisera, applicera eller sätta i verket planer, idéer, modeller, normer eller policys (5).

Spridning

Idén om en ny metod måste spridas innan implementering kan ske. Spridning brukar definieras som

- den process som sker när en ny idé, med hjälp av särskilda kanaler och över tid, kommuniceras bland medlemmar i ett socialt system (6).



INLEDNING

"Att implementera – lättare sagt än gjort."

Det är att många, inte bara inom folkhälsoområdet, som instämmer i påståendet ovan. Vi är åtskilliga som har försökt förverkliga idéer och introducera nya metoder, men som efter en tid tvingats inse att det inte blev som vi ursprungligen hade tänkt och planerat. Låt oss därför inleda den här rapporten om implementeringens mödosamma konst med tre fiktiva exempel på vad som kan hända och vilka problem man kan stöta på när nya metoder ska sättas i verket.

Några exempel

► Exempel 1

Johanna är folkhälsoplanerare i ett landsting. Hon har nyligen deltagit i en "Inspirationsdag i föräldrastöd", anordnad av länsstyrelsen. I programmet ingick bl.a. en presentation av Komet, ett evidensbaserat program för föräldrastöd. Johanna tycker att Komet verkar bra och tar upp frågan i folkhälsogruppen i en av kommunerna, där tjänstemän från olika kommunala verksamheter, representanter från primärvården samt kommunens preventionssamordnare sitter med. Man enas om att Komet-

programmet skulle kunna användas inom socialtjänsten och Johanna får i uppdrag att jobba 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 är inte uttalat. Inga tillräckligt starka opinionsledare inom kommunen förordar Komet-programmet. Inga resurser är avsatta.

Förslag till fortsatt hantering

Johanna bör ta reda på om man inom socialtjänsten upplever problem som skulle kunna lösas med den aktuella metoden. Om så är fallet bör hon formulera behovet tydligt och beskriva på vilket sätt Komet-programmet kan möta det upplevda behovet. Johanna bör också involvera kommunala beslutsfattare och opinionsledare i processen.

► Exempel 2

Laila är kommunalråd i en storstadskommun. Hon sitter i utbildningsnämnden och har alltid haft ett starkt engagemang i barn och ungdomsfrågor. Hon är en rutinerad och påläst politiker. Hon har blivit varse att den så kallade Olweus-metoden är den mobbningsförebyggande metod som verkar ha starkast stöd i forskningen. Utbildningsnämnden ger i uppdrag till Erik, förvaltningschef för utbildningsförvaltningen, att utreda om man kan introducera Olweus-metoden i kommunen. En utredning genomförs som visar att Olweus-metoden bör 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 andra metoder för att förebygga mobbning. 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 Olweus-metoden? Opinionsledare i skolan måste involveras i processen och nödvändiga resurser måste ordnas.

► Exempel 3

Peter jobbar som avdelningschef på tekniska förvaltningen i en förortskommun. Han har, tillsammans med Göran som är politiker och ordförande i tekniska nämnden, deltagit i en utbildningsdag om trafikskadeförebyggande insatser. Anledningen till att Peter och Göran 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 Göran lyfter frågan om lokala hastighetsdämpande insatser i tekniska nämnden. Nämnden beslutar att lokala hastighetsdämpande insatser ska inrättas enligt Peters och Görans förslag.

Resultat

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

Förklaring

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

Förslag till fortsatt hantering

Tekniska förvaltningen bör utvärdera insatsen och dra lärdom av resultatet.

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 är det så kallat mjuka kommunala förvaltningar, i detta fall socialförvaltningen och utbildningsförvaltningen, som ska introducera nya och relativt komplexa arbetssätt, medan det i exempel 3 är en teknisk förvaltning som ska installera vad man kan kalla för nya produkter. Det är troligen svårare att implementera en komplex metod som involverar många människor och som kräver beteendeförändring för att resultat ska uppnås än att implementera en jämförelsevis okomplicerad produkt, där resultaten uppnås genom anpassning av miljön. Men principerna för implementering är desamma.

Nya metoder och produkter introduceras och sprids, och implementeringsarbetet lyckas i många fall. Utmaningen ligger i att lyckas ännu oftare och att påskynda processen från färdiga forskningsresultat till praktisk användning av nya metoder.

Hur fattas beslut i kommuner och landsting?

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 inom organisationen.

När det gäller stora och generella frågor inom kommuner och landsting, t.ex. budget, är det kommun- respektive landstingsfullmäktige som fattar beslut. Innan ett ärende kommer upp till beslut i fullmäktige har ärendet först beretts av tjänstemän inom förvaltningen och sedan behandlats av en politisk nämnd, styrelse eller utskott, t.ex. utbildningsnämnden eller sjukvårdsstyrelsen. Stöd på politisk nivå är en förutsättning för att genomföra förändringar i demokratiskt styrda organisationer som 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.

Det gäller alltså för den som vill introducera en ny metod, men som inte själv sitter i beslutsfattande ställning, att övertyga beslutsfattarna om att det finns ett behov inom organisationen som inte är tillgodosett och att detta behov kan tillfredställas med den föreslagna metoden. Som ett exempel kan vi tänka oss en rektor som får kännedom om en ny mobbningsförebyggande metod. För att få tillgång till de resurser som krävs för att implementera den nya metoden i skolan så 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. Att man på utbildningsförvaltningen anser att mobbning är ett problem och att den föreslagna metoden kan lösa problemet i fråga är en förutsättning för att ärendet ska beredas och ett formellt beslut 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.

Metod

I den här rapporten presenteras implementeringsforskning av intresse för folkhälsoområdet. Rapporten bygger huvudsakligen på två omfattande systematiska litteraturöversikter: *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* av Dean Fixsen och medarbetare (2) och *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations. A systematic literature review* av Trisha Greenhalgh och medarbetare (3). Inga ytterligare systematiska sökningar har gjorts.



SNABBARE IMPLEMENTERING – EN ANGELÄGEN UPPGIFT

Kampen mot skörbjugg

Kunskapen om evidensbaserade metoder har ökat under senare år, inte bara inom folkhälsoområdet. Vi vet t.ex. att strukturerade program för föräldrastöd kan förebygga alkoholbruk hos unga människor och vi känner till vilka insatser som fungerar när det gäller att förebygga mobbning i skolan (7, 8). Däremot saknar vi kunskap om hur sådana metoder ska kunna införlivas i den praktiska verksamheten på ett bra sätt. När en metod, kanske efter många års forskning, bedöms som effektiv och lämplig skulle man kunna förvänta sig att metoden börjar användas relativt omgående. Men så är det sällan (9-14). Ett kanske övertydligt exempel är kampen mot skörbjugg (15). År 1601 visade kapten James Lancaster att tre teskedar citronsaft dagligen räddar sjömän från 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 inom 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.

Att en metods användbarhet har fastställts genom forskning är ofta bara början på en lång process mot rutinmässig användning av metoden i fråga. Att skynda på processen från färdiga forskningsresultat till praktisk användning är en angelägen uppgift som måste utföras i samverkan mellan forskarsamhället och praktiska verksamheter i kommuner, landsting, frivilligorganisationer, företag och statliga myndigheter.

"We must make sure that no lifesaving discovery is locked up in the laboratory" (16).

Att sprida och implementera nya metoder

För att en ny metod ska komma till användning så är det en grundförutsättning att de som kan tänkas använda metoden känner till att den finns. Everett Rogers bok *Diffusion of Innovations* har sedan länge utgjort en grund för forskning om spridning av innovationer inom många områden, som jordbruk, produktion, hälso- och sjukvård och hälsofrämjande arbete (6). Det finns också omfattande litteraturgenomgångar om hur innovationer sprids inom hälso- och sjukvårdssektorn (3, 17, 18). Forskning om spridning av innovationer på organisationsnivå har i de flesta fall hittills handlat om produkter och inte om komplexa interventioner som kräver omfattande förändringar i organisatoriska strukturer och arbetssätt (3). Folkhälsoarbete handlar ofta om komplexa insatser, t.ex. förändringsarbete i ett bostadsområde eller nya metoder i skolan som involverar både elever, personal och föräldrar. Att sprida sådana komplexa program är troligen svårare än att sprida en ny produkt, t.ex. teknisk apparatur inom sjukvården eller nya grödor inom jordbruket. Men principerna för spridning desamma – det handlar om marknadsföring och om att synas i mängden av konkurrerande produkter och metoder.

Information om en ny produkt, t.ex. en ny mobiltelefonmodell eller ett nytt tvättmedel, sprids ofta först aktivt av företaget som producerar den nya produkten. Om kunderna är nöjda kommer de att berätta för vänner och kollegor om produkten och dess fördelar, dvs. den aktiva spridningen att kompletteras med passiv spridning. Detsamma gäller förstås nya hälsofrämjande metoder. Ett dilemma inom folkhälsoområdet är att det ofta tar lång tid att se fördelarna med en ny metod. För att en hälsofrämjande metod ska nå stor spridning så måste den alltså vara bättre, helst mycket bättre, än konkurrerande metoder inom angränsande områden.

Som "säljare" av en metod kan man välja att försöka nå konsumenterna direkt eller via olika mellanled. Reklam är ett sätt att nå många konsumenter direkt, t.ex. Apotekets reklam för nikotinersättningsmedel. Att verka via mellanled kan i stället innebära att Apoteket utbildar läkare i rökavvänjningsmetoder. Reklamen når ut till många men precisionen är låg, dvs. de flesta som nås av reklamen om nikotinersättningsmedel är icke-rökare. Läkarna når betydligt färre personer, däremot är precisionen hög, dvs. de når rökarna men inga andra.

Om en ny metod är tillräckligt bra så krävs små eller inga resurser för att den ska spridas. Detta sker spontant. Men när det gäller det sista steget i en spridningsprocess, dvs. när den nya metoden ska implementeras i verksamheten, så krävs i allmänhet mer resurser. Dessa bör vara preciserade i en budget, t.ex. för planering, inköp av utrustning, anställning av personal, utbildning och utvärdering.

Forskningen är enig – att implementera är en konst i sig

En klassiker i implementeringsforskningen är Pressman och Wildavsky's bok från 1973, *Implementation. How great expectations in Washington are dashed out in Oakland* (19). I denna bok beskrivs hur en till synes enkel och dessutom redan finansierad plan för att minska arbetslösheten i Oakland utvecklades till ett komplext program med otaliga aktörer med olika perspektiv och med många komplicerade beslutssituationer. Trots att alla aktörer instämde i grundtanken, att jobb måste ordnas till arbetslösa minoriteter i Oakland, och trots att finansieringen var ordnad, så stötte programmet på

många hinder. Pressman och Wildavsky listar i sin bok sju förklaringar: programmet stämde inte med andra åtaganden, man föredrog andra program, man hade parallella åtaganden, man var beroende av andra som inte upplevde programmet som särskilt viktigt, ledarskapet var svagt och organisationen var inte tillräckligt bra, programmet överensstämde inte med lagar och förordningar och man hade för lite makt.

Ett mer närliggande exempel är en studie av implementeringen av en plan för att minska övervikt bland barn och vuxna i ett svenskt landsting. Det visade sig att planen i liten omfattning lett till handling i praktiken och att intervjupersoner inte alls eller föga kände till planen (20). Brist på delaktighet, lokal förankring, tydlighet och resurser, upplevt stort avstånd mellan olika nivåer, bristande satsning på implementering i praktiken och låg prioritet upplevdes som hinder för genomförandet av planen.

Med tanke på alla svårigheter som lyfts fram i implementeringsforskningen är det konstigt, kan man tycka, att nya metoder blir implementerade över huvud taget (21, 22).

Implementering är en process, inte en händelse (23, 24). Det allra första steget i processen är helt enkelt att någon inom en organisation får *en idé* om att *en ny metod* kan användas för att möta *ett behov* eller lösa ett problem inom organisationen. Idén presenteras, det sker en bedömning av om metoden i fråga kan möta de behov organisationen har och *ett beslut* fattas. För att beslutet ska leda till faktisk förändring bör det vara fattat på rätt nivå i organisationen. Om det fattade beslutet innebär att den nya metoden ska införlivas i verksamheten inträder nästa fas i implementeringsprocessen, och det som behövs för att idén ska kunna förverkligas *planeras och ordnas*. Det kan handla om att anställa personal, att anpassa organisationen, att ordna lokaler och utrustning. Här, liksom i följande steg i processen, krävs resurser, ibland av omfattande slag. Nästa steg handlar om *faktisk förändring*, som att höja kunskapsnivån, förbättra den organisatoriska kapaciteten eller att förändra en rådande kultur. 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* och eventuella lokala *anpassningar* genomförs, kanske i flera steg. Till sist tas metoden för given, oavsett omorganisationer, personalomsättningar och politiska förändringar. Man brukar då betrakta metoden som *institutionaliserad*.

Nyckelbegrepp i implementeringsprocessen

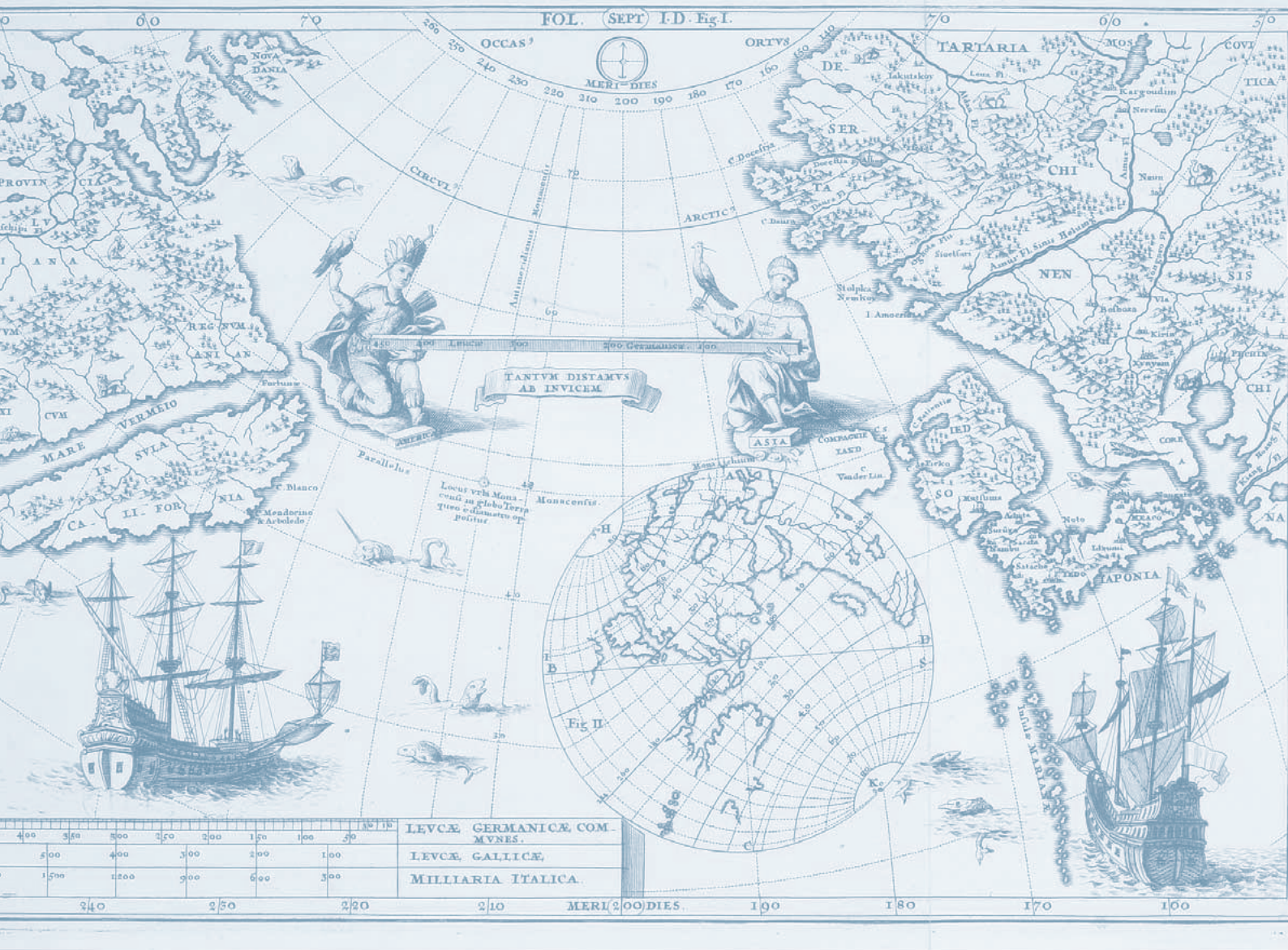
► BEHOV, METOD, IDÉ

► BESLUT

► PLANERING, FÖRÄNDRING, INTEGRERING

► UTVÄRDERING, ANPASSNING

► INSTITUTIONALISERING



VILLKOR FÖR ATT LYCKAS MED KUNSKAPS- SPRIDNING OCH IMPLEMENTERING

Det slutliga resultatet av ett implementeringsarbete bestäms av interaktionen mellan de som vill introducera en ny metod, de tänkta användarna av metoden, den nya metoden i sig och de omständigheter som råder under tiden för implementeringen. Olika forskningsstudier har visat på flera olika faktorer som tycks spela roll för att implementeringen av en ny metod ska lyckas på lång sikt. Det är troligt att olika faktorer interagerar med varandra, men hur detta sker är ännu inte klarlagt. Att lägga kraft på samtliga implementeringsaspekter är sällan möjligt, av resursmässiga skäl. Många gånger uppfyller nya metoder som man planerar att implementera inte ens de mest grundläggande kraven – att det finns ett uttalat behov och att den metod som föreslås är den rätta i sammanhanget. Här krävs ett ändamålsenligt och metodiskt sätt att tänka. Den checklista som finns i slutet av den här rapporten är tänkt som ett stöd i planeringen för att implementera nya metoder.

Men *hur* ska man då göra för att introducera en ny metod? Och *om* man lyckas med implementeringen initialt, hur gör man för att metoden ska integreras, spridas och på lång sikt vara till nytta i vardagsarbetet? Om vi återgår till exempel 1 i början av denna rapport och antar att Johannas ansträngningar att implementera föräldrastödsprogrammet Komet inom socialtjänsten lyckas. Kan Johanna

då introducera metoden inom t.ex. barnomsorgen i sin kommun? Och kan Johannas kollega i grannkommunen implementera Komet-programmet på samma sätt som Johanna har gjort?

Forskningen ger inga entydiga svar på dessa frågor, men vissa slutsatser kan man ändå dra. Slutsatserna presenteras i resten av den här rapporten och sammanfattas med den avslutande check-listan. En bra början när man har bestämt sig för att implementera en ny metod är att göra klart för sig vilka delar som tillhör själva metoden och vilka delar som handlar om implementeringsprocessen.

Intervention och implementering – vad är vad?

En förutsättning för att man ska kunna utvärdera i vilken utsträckning implementeringen har lyckats är att man kan skilja metoden från implementeringsprocessen. Det finns alltså ett behov av att klargöra och särskilja *interventionsprocesser* och *interventionsutfall* och *implementeringsprocesser* och *implementeringsutfall* (2, 3, 25).

En ny metod måste vara väldefinierad, dvs. man måste veta exakt vilka komponenter den består av. Komet-programmet som nämns i exempel 1 ovan bygger t.ex. huvudsakligen på följande komponenter: en skriftlig manual, utbildade ledare, elva träffar under elva veckor med fokus på uppmärksamhet och beröm, videovinjetter, rollspel, hemuppgifter och skriftligt material till föräldrarna. En ny metod måste också vara utvärderad avseende effekter på mottagarna. I detta fall skulle en utvärdering kunna visa att barn till föräldrar som deltar i programmet beter sig lugnare och är gladare hemma och i skolan, dvs. metoden leder till en positiv beteendeförändring.

På samma sätt måste man definiera själva implementeringen av den nya metoden. Vad är det exakt som ingår? Det kan röra sig om utbildning av personal, finansiering eller anpassning av rutiner. Man bör också klargöra vilka effekter man räknar med att uppnå. Resultatet av implementeringen i sig mäts i utförarledet, dvs. hos de praktiker som ska använda metoden. Man kan t.ex. mäta hur många som har utbildats och hur många som aktivt använder metoden efter avslutad utbildning. Ett viktigt utfall vid utvärdering av implementering är förändringar i kunskapsnivå och professionellt beteende. Men det handlar också om förändringar i organisatoriska rutiner som har till syfte att stödja de förändringar i professionellt beteende som man vill uppnå.

Programföljksamhet, dvs. hur väl en metod följs i praktiken, är en viktig del i utvärderingen (2). Om man utesluter en viktig komponent när man introducerar en ny metod, t.ex. videovinjetterna i Komet-programmet eller kontakten med elevernas föräldrar i Olweus mobbningsförebyggande program, så frångår man den ursprungliga och utvärderade metoden. Samtidigt som en ny metod måste anpassas till lokala förutsättningar för att implementeringen ska lyckas, så får inte metodens viktigaste komponenter uteslutas eller förändras. Detta är i praktiken en svår balansgång.

För att slutresultatet ska bli bra så måste givetvis *både* metoden och implementeringen fungera. En dålig metod ger inga effekter även om den implementeras på rätt sätt. Samma sak gäller förstås om implementeringen av en i grunden väl fungerande metod misslyckas.

Det behövs ett behov

När forskare har analyserat framgångsfaktorer för hållbar implementering så har det visat sig att lokala behov är en viktig faktor (22, 26-28). Man kan skilja på antydda behov som ”*vi är inte nöjda med hur mobbningsproblematiken hanteras i kommunens skolor*” och uttalade behov som ”*vi behöver ett nytt program för att förebygga mobbning i kommunens skolor*”. När behoven uttrycks explicit ökar möjligheterna för att implementeringen ska lyckas (29).

Många gånger erbjuds metoder som är både komplexa och resurskrävande till mottagare som inte uppfattar att de har något problem som kan lösas med metoden i fråga. Detta gäller i hög grad folkhälsosektorn, där insatser på ett område, t.ex. tobaksförebyggande arbete i skolan, ger effekter på ett helt annat område, i detta fall framför allt inom sjukvården. Dessutom visar sig effekter av insatser riktade till barn och ungdomar ofta senare i livet, och de som har arbetat med metoderna får sällan ta åt sig äran av det slutliga resultatet.

Intressekonflikten som uppstår när folkhälsosektorns behov av andra aktörers arenor konkurrerar med dessa aktörers egna behov kan hanteras genom att man hittar gemensamma lösningar. Ett bra exempel är tobaks- och alkoholförebyggande insatser i skolan. Forskningen har visat att barn som klarar skolan bra röker och dricker mindre än barn som klarar skolan dåligt (30, 31). Pedagogiska metoder som främjar barns och ungas förmåga i skolan kan alltså tillfredsställa både folkhälsosektorns intresse av att förebygga alkohol- och drogrelaterade skador och sjukdomar och skolans intresse av att erbjuda en god undervisning.

Metodkriterier

Det finns vissa gemensamma drag hos nya metoder där implementeringen har lyckats bra. Dessa grunddrag handlar om att den nya metoden är relevant (32), har relativa och synliga fördelar, stämmer med mottagarens värderingar, är enkel att använda, kan testas i liten skala och kan anpassas till mottagarens behov (3).

Relevans

Forskning inom informationsteknologi har visat att relevansen och användbarheten av en ny produkt eller metod är viktigare för slutresultatet än hur implementeringen har gått till (32). Detta skulle kunna tolkas som att *om* den nya produkten eller metoden är tillräckligt bra så spelar det inte så stor roll hur implementeringen går till. Men eftersom hälsofrämjande metoder, även om de är evidensbaserade, sällan visar snabba resultat så räcker det inte att metoder inom folkhälsoområdet är bra. De måste också implementeras på ett effektivt sätt.

Relativa fördelar

Nya metoder som har klara och märkbara fördelar jämfört med rådande metoder, antingen i effektivitet eller i kostnadseffektivitet, är lättare att implementera (3, 6, 33, 34). Om en potentiell användare inte kan uppfatta några fördelar med en ny metod så finns det förstås ingen anledning att lägga ner tid och resurser på att byta metod. Relativa fördelar garanterar inte spridning av en ny metod, detta gäller även evidensbaserade metoder (1, 3, 35-39). För att ett beslut om att introducera en ny metod verkligen ska fattas bör problemen väga tyngre än kostnaden för insatsen (29). Resultatet påverkas också av i vilken utsträckning en ny metod upplevs medföra risker och hur hanterbara dessa risker i så fall bedöms vara (3, 24, 40).

Överensstämmelse

Nya metoder som stämmer överens med rådande individuella, organisatoriska och professionella värderingar, normer och arbetssätt är lättare att implementera (3, 6, 25-28, 34, 35). 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 bestraffning av barn måste denna metod givetvis anpassas för att över huvud taget vara intressant för svenska pedagoger.

Lättanvänd

Nya metoder som upplevs som enkla att använda är lättare att implementera (3, 6, 24, 25). Sannolikheten för att en ny metod ska accepteras, och dessutom implementeras som planerat, beror också på hur stora skillnaderna uppfattas vara mellan ”det gamla” och ”det nya”. Om den nya metoden inte är alltför olik rådande metoder ökar sannolikheten för att implementeringen ska lyckas (26). Det nya får alltså inte upplevas som för nytt eller för svårt. Att demonstrera en ny metod för den tänkta användaren, t.ex. genom att visa en film där någon använder metoden, kan minska upplevelsen av att metoden är svår att förstå eller krånglig att använda (3).

Testbarhet

Nya metoder som är möjliga att testa i begränsad utsträckning är lättare att implementera (3, 32). Att låta den tänkta användaren ”göra själv” utan för stora risker och utan ”köptvång” underlättar en framtida implementeringsprocess. Rogers föreslår att tänkta användare erbjuds ”testutrymme” när en ny metod ska introduceras (6).

Synliga resultat

Nya metoder där fördelarna är snabbt observerbara är lättare att implementera (3, 24, 25). Detta är tänkvärt utifrån ett folkhälsoperspektiv eftersom resultaten av hälsofrämjande insatser sällan visar sig på kort sikt. Ett sätt att hantera detta är att utforma implementeringen så att vissa resultat snabbt blir synliga, t.ex. genom att göra enkla utvärderingar av vad deltagarna tycker om metoden.

Anpassningsbarhet

Nya metoder som är möjliga att anpassa till lokala omständigheter är lättare att implementera (3, 6, 26). Det är inte ovanligt att det finns tillräckligt med resurser under den tid det tar att utveckla och testa en ny metod. När sedan den nya metoden, som fungerat bra under experimentella förhållanden, ska inordnas i ordinarie verksamhet är kanske resurserna knappare. Om det då finns möjlighet att, utan att tulla på grundkonceptet, göra lokala anpassningar utifrån lokala förhållanden kan den nya metoden implementeras, trots knappare resurser. Men det gäller att vara uppmärksam på att förändringen inte blir så långtgående att metoden förändras på ett avgörande sätt och de förväntade effekterna uteblir.

Generaliserbar kunskap

Nya metoder som kräver kunskap som kan användas även i andra sammanhang är lättare att implementera (3, 34). Om t.ex. en ny pedagogisk metod introduceras inom förskolan så är det förstås en fördel om kunskapen som personalen tillägnar sig genom utbildning och träning kan användas i andra liknande sammanhang, kanske inom skolan eller i fritidsverksamheten.

Implementeringskriterier

Det som oftast erbjuds som enda inslag när en ny metod ska introduceras, dvs. muntlig och skriftlig information eller utbildning, har dessvärre svagt stöd i forskningen (2, 41, 42). Flera studier har visat att enbart information, utbildning eller träning inte säkert resulterar i förändrat beteende (14, 43-45). Dåligt material, inadekvat distribution av materialet, dåligt utbildad eller ointresserad personal, brist på stöd och inadekvat utvärdering minskar givetvis också möjligheterna till framgångsrik implementering (27).

Men det finns trots allt goda möjligheter att sätta nya metoder i verket. När grundvillkoren är uppfyllda, dvs. när ett behov är identifierat och klart uttalat och en lämplig metod är omsorgsfullt vald, så finns det ytterligare några faktorer som kan påverka implementeringsresultatet positivt.

En kombination av insatser

Forskning har visat att om flera insatser för implementering kombineras så leder det till bättre resultat (1, 2, 27, 36, 43, 44, 46-51). Det handlar om olika kombinationer av att t.ex. distribuera riktlinjer för nya rutiner, att erbjuda utbildning, praktisk träning, coachning, återkoppling och möjlighet till konsultation. Det finns också tecken som tyder på att kvalitet är viktigare än kvantitet när det gäller stöd under en implementeringsprocess. En typ av stöd är besök i verksamheten kombinerat med återkoppling. Det har visat sig att återkoppling från kollegor inom samma profession ger bättre effekt än återkoppling från personer som inte har samma professionella bakgrund (52). Det verkar alltså som om utbildning, träning, stöd och återkoppling är bra, inte som enstaka komponenter men om de kombineras. Men här är forskningen inte entydig (53, 54).

Tidig involvering av användarna

Om de som ska sköta den faktiska implementeringen av en ny metod involveras redan i planeringsstadiet för att diskutera för- och nackdelar med metoden, så kan potentiella problem och farhågor identifieras i ett tidigt skede och hanteras på ett konstruktivt sätt (3). Att låta de som ansvarar för implementeringen finnas kvar i organisationen för att stötta och entusiasmera även efter den initiala fasen, ökar också chansen för lyckat resultat på lång sikt (26).

Resurser

Sannolikheten för att en ny metod ska accepteras och implementeras, beror delvis på vilket organisatoriskt och ekonomiskt stöd den får (27, 28, 55). Om det finns en budget och om resurstilldelningen är adekvat och långsiktig ökar chanserna till lyckad implementering (3, 6, 39).

Ett exempel på fullskaligt stöd på nationell nivå är implementeringen av ett föräldrastödsprogram med syfte att förebygga beteendeproblem bland barn, Parent Management Training, Oregon Model (PMTO), i Norge (56). Ett beslut på ministernivå följdes upp med full finansiering av en nationell plan för implementering och ett nationellt center för implementering och forskning etablerades. Utbildning av instruktörer inleddes år 1999 och 6 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 så verkar den storskaliga satsningen ha fungerat, implementeringen av metoden hade alltså lyckats.

Värt att tänka på här är att det massiva ekonomiska och organisatoriska stöd som den norska staten bistod med i detta fall 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.

Feedback

Precis information i rätt tid om hur implementeringsprocessen fortskrider, genom insamling och sammanställning av relevant information, ökar chanserna till lyckad implementering (2, 3).

Sammanfattning

Det förefaller som om det krävs massiva praktiska, organisatoriska och ekonomiska insatser för att uppnå lyckad implementering (2). Ju fler delkomponenter, t.ex. utbildning, träning, coachning och stöd, desto bättre. Kan det vara så att även en idé om ”konserverad gröt” går att sprida och implementera bara man tillför tillräckligt många implementeringskomponenter? Å andra sidan kanske en innovativ idé som presenteras i rätt tid, som möter ett aktuellt behov och som är bättre än rådande metoder, dvs. som uppfyller vissa basala krav, inte kräver särskilt mycket för att spridas och implementeras?



INDIVID OCH ORGANISATION

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 (3, 39). Individer med liknande socioekonomisk, professionell, kulturell och utbildningsmässig bakgrund byter hellre idéer med varandra än med individer med annan bakgrund (3). Individer som snabbt antar en ny idé är, enligt Rogers, mindre dogmatiska och mer empatiska, har högre formell utbildning och högre social status, samt en mer positiv attityd till vetenskap och förändring än individer som antar en innovation jämförelsevis sent (6).

En del individer kan i högre utsträckning än andra påverka sina kollegor. Vissa blir opinionsledare i kraft av sin auktoritet och status som experter, medan andra blir opinionsledare på grund av att de har ett högt förtroendekapital (3, 39, 57, 58). Opinionsledare kan ha både positiv och negativ påverkan, dvs. de kan både stötta och motarbeta implementering av en ny metod. Forskningen visar inga entydiga resultat när det gäller värdet av opinionsledare i praktisk verksamhet (57).

Innan en ny metod introduceras är det viktigt att de som ska använda metoden i praktiken är medvetna om att metoden ska införas, att de har tillräckligt med kunskap om metoden i fråga och att de förstår hur den nya metoden kan komma att påverka den egna arbetssituationen (3). När processen har inletts är det viktigt att de som använder metoden i praktiken har tillgång till fortlöpande information, träning och stöd i det dagliga arbetet.

Struktur och kvalitet på de sociala nätverk som en individ ingår i påverkar hur nyheter sprids (3, 39). Vissa individer ingår i informella nätverk och andra i formella nätverk. Informella nätverk är, enligt Greenhalgh, mest effektiva för att sprida kollegial information, medan formella nätverk oftare används för att sprida officiell information (3). Människor i olika grupper i samhället får alltså tillgång till information på olika sätt. Ett nätverk kan förstås ha både positiv och negativ påverkan när det gäller att anta idéer och implementera nya metoder.

Organisationens roll

Det finns vissa gemensamma drag hos organisationer som antar innovationer snabbare än andra. Det handlar bl.a. om strukturella faktorer, som organisationens storlek och utvecklingsnivå. Stora och utvecklade organisationer har lättare att anta innovationer än små och nybildade organisationer. Andra strukturella faktorer som främjar intresset för innovationer handlar om att organisationerna är uppdelade i avdelningar eller enheter med decentraliserade beslutsfunktioner, samt att det finns möjligheter att styra om resursfördelningen inom organisationerna (3, 59). Innovativa organisationer är positiva till förändring i allmänhet, 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 (3). Eftersom det i praktiken är svårt att förändra strukturer på kort sikt och därmed göra en organisation mer innovativ kan det uppfattas som hoppsfullt att strukturella faktorer inte påverkar variationen mellan jämförbara organisationer med, enligt Greenhalgh, mer än knappt 15 procent. Man bör komma ihåg att en organisation som uppvisar de kännetecken som tyder på en allmän öppenhet för innovationer inte självklart antar *alla* nya metoder och produkter som presenteras.

Organisationer som systematiskt identifierar, tolkar och länkar ny kunskap till redan existerande kunskap, dvs. det man ibland kallar för ”lärande organisationer”, tar lättare till sig nyheter (3). Lokala nätverk som syftar till utbyte och samarbete inom och mellan olika yrkesgrupper underlättar kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Innan ny kunskap kan bidra till förändring så måste kunskapen antas och göras allmän. Detta sker bl.a. genom diskussioner inom och mellan olika nätverk (3).

Att ha system och kunskap för att mäta och utvärdera effekter av nya metoder är viktigt (3, 6, 60). Positiv feedback leder gärna till fortsatt positiv utveckling, det som systemanalytikern Meadows kallar för ”positive feedback loops” (61). Myndigheten för skolutveckling har utvecklat ett nationellt system för att underlätta kvalitetsbedömningar i förskolor och skolor (BRUK). Ett annat exempel är Statens folkhälsoinstituts databas ”Kommunala basfakta för folkhälsoplanering”, i vilken statistik om förhållanden av betydelse för folkhälsan i svenska kommuner presenteras. Dessa två databaser är, liksom regionala och lokala folkhälsorapporter, exempel på system som underlättar kvalitetsbedömning på lokal nivå och som därmed kan stimulera till utveckling.

Organisatorisk kapacitet för förändring

”Community readiness” är ett begrepp som innebär att en organisation har kapacitet att genomföra förändring (62). Modeller för att mäta beredskap för förändring på kommun- eller organisationsnivå har utvecklats, t.ex. Modern Stage Theory (63) och Community Readiness Model (64). I den senare lyfts nedanstående steg med förslag till strategier fram.

► **Ingen medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar**

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

► **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 händelser som påvisar problemet och genom information i lokala medier.

► **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.

► **Planering för att lösa problemet**

Strategi: Ge konkreta idéer om hur problemet kan lösas.

► **Förberedelse för att lösa problemet**

Strategi: Samla information om lokala förhållanden av betydelse för hur strategin ska läggas upp.

► **Införande av en metod för att lösa problemet**

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

► **Stabilisering av den implementerade metoden**

Strategi: Planera för vidmakthållning genom t.ex. utvärdering, anpassning av metoden och nätverksarbete.

► **Förstärkning och utvidgning av den implementerade metoden**

Strategi: Förstärk och utvidga metoden genom att t.ex. formalisera nätverk.

► **Professionalisering av den implementerade metoden**

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

Community Readiness Model på organisationsnivå kan jämföras med den så kallade förändringsstegsmodellen (Stages of Change Model) på individnivå (65). Denna modell gör det möjligt att diagnostisera 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”. När det står klart var i processen organisationen befinner sig så kan arbetet anpassas utifrån detta (63, 64). 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.

En organisations beslut att börja använda en ny metod påverkas av yttre faktorer, som att jämförbara organisationer redan använder metoden eller planerar att göra det (3, 66). Detta speglar den exponentiella ökningen av användandet av en ny metod som sker när tillräckligt många har tagit till sig metoden i fråga (6). Den fortsatta spridningen sker då utan vidare insatser från ”säljaren” av metoden.

Det brittiska institutet National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannien har utvecklat översiktliga planer för implementering av olika typer av insatser. (67, 68). Exemplet nedan gäller rökavvänjning.

- Identifiera ansvariga för implementeringen
- Sprid information om den nya metoden i organisationen genom t.ex. presentationer och workshops
- Genomför en baslinjebedömning som innefattar en jämförelse mellan den nuvarande metoden och den nya metoden
- Bedöm kostnader respektive besparingar för att implementera den nya metoden
- Utveckla en genomförandeplan
- Identifiera nyckelfaktorer för lyckad implementering



MOTTAGARE, SÄNDARE OCH FÖRÄNDRINGSAGENTER

I den vetenskapliga litteraturen om spridning och implementering använder man sig av begreppen mottagare, sändare och förändringsagenter. Mottagaren kan exempelvis vara en skola eller en kommunal förvaltning, medan sändaren kan vara en statlig myndighet eller en samhällsmedicinsk enhet inom landstinget. Organisatoriska enheter som de här nämnda kan också ha dubbla roller. En kommunal utbildningsförvaltning kan t.ex. först vara mottagare av en ny pedagogisk metod som Skolverket (sändare) rekommenderar. I nästa steg agerar utbildningsförvaltningen sändare av metoden ut till kommunens skolor, som då blir mottagare i nästa led.

Förändringsagenten är en individ, inom eller utom organisationens ramar, som påverkar en mottagare att anta och implementera nya metoder (3, 6, 38). Förändringsagenten kan finnas på olika arenor och inneha olika positioner. Gemensamt för alla förändringsagenter är att de utgör den förmedlande länken mellan en mottagare som har ett specifikt behov och en sändare som kan erbjuda en lösning, se tabell 1. En viktig uppgift för förändringsagenten är därför att underlätta kommunikationen mellan mottagare och sändare. När det gäller nya metoder för hälsofrämjande insatser antar ofta folkhälsoplanerare och preventionssamordnare rollen som förändringsagenter.

Förändringsagentens arbete består av sju huvudområden (6):

- Att hjälpa mottagaren att bli medveten om ett problem eller ett behov
- Att upprätta ett förtroendefullt förhållande med mottagaren
- Att hjälpa mottagaren att analysera varför problemet eller behovet inte kan hanteras med befintliga metoder
- Att motivera mottagaren att välja en specifik metod för att hantera problemet eller behovet
- Att hjälpa mottagaren att gå från ord till handling, dvs. ge praktiskt stöd att implementera metoden
- Att stötta införlivandet av den nya metoden i vardagsarbetet på lång sikt
- Att avsluta sin egen roll och överlämna helt till mottagaren

Tabell 1. Mottagare, förändringsagenter och sändare i en idealisk implementeringsprocess

	Mottagare	Förändringsagent	Sändare
Förutsättningar			
	Mottagaren upplever ett behov	Förändringsagenten känner till mottagarens behov och sändarens metod och förmedlar kontakt	Sändaren har tillgång till en metod som svarar upp mot mottagarens behov
Process			
Fas 1. Kunskap	Mottagaren får kunskap om att metoden existerar, underliggande principer och hur metoden används	Förändringsagenten förmedlar kontakt mellan sändaren och mottagaren	Sändaren erbjuder information om att metoden existerar, underliggande principer och hur metoden används
Fas 2. Övertygelse	Mottagaren blir övertygad om att metoden är den rätta	Förändringsagenten stödjer processen, genom att t.ex. bearbeta opinionsledare	Sändaren erbjuder klargörande och fördjupad information
Fas 3. Beslut	Mottagaren fattar beslut om att använda metoden	Förändringsagenten stödjer beslutsprocessen	
Fas 4. Praktisk implementering	Mottagaren implementerar metoden i verksamheten	Förändringsagenten stödjer implementeringsprocessen	Sändaren förmedlar metodkomponenter
Fas 5. Konfirmering	Mottagaren utvärderar metoden och söker bekräftelse på att den fungerar	Förändringsagenten stödjer utvärdering, avslutar sin egen roll och överlämnar helt till mottagaren	

I det ideala fallet upplever alltså mottagaren ett behov *samtidigt* som sändaren kan tillhandahålla en metod som svarar upp mot detta behov. Mottagaren och sändaren ”hittar” varandra, kanske med hjälp av en förändringsagent. Om mottagaren inte upplever något behov så finns ingen vilja till förändring. Ofta, och naturligt nog, utgår sändaren från den metod hon vill sprida och inte från en specifik mottagares upplevda behov. Att upptäcka och exponera antydda behov för att sedan uttrycka dessa som explicita eller uttalade behov är ett sätt för förändringsagenter och sändare att öka mottagarens intresse för den lösning som sändaren erbjuder. Att avsluta sin egen roll som förändringsagent och överlämna helt åt mottagaren är lättare sagt än gjort, om man inte har haft detta i åtanke från början. Om förändringsagenten, medvetet eller omedvetet, har tagit på sig eller tilldelats ett för stort ansvar så kan överlämnandet försvåras i ett senare skede.

Om sändaren, eller förändringsagenten, har en uppsättning av metoder att erbjuda ökar möjligheterna att tillgodose behov i samma stund som de uttrycks. Statens folkhälsoinstitut har utarbetat ett webbaserat uppslagsverk med korta texter om forskningsbaserade hälsofrämjande insatser för barn och unga (www.fhi.se/uppslagsverkbarn). Uppslagsverket kan vara till nytta för förändringsagenter som söker metoder, mottagare som söker sändare och för sändare som har en metod att erbjuda.



SOCIAL MARKNADSFÖRING

Social marknadsföring är ett begrepp som innebär att metoder som används för kommersiell marknadsföring överförs till ett område som folkhälsa (69-73). En viktig komponent i marknadsföring är kontakter med enskilda beslutsfattare. Vid sådana kontakter är det ofta bättre att försöka förstå mottagarens behov och diskutera lösningar för dessa än att utgå från den egna metoden eller produkten. Varför skulle t.ex. en rektor välja att investera i en metod för att öka den fysiska aktiviteten bland skolbarn om det bara handlar om att förebygga övervikt, oavsett hur bra metoden är? Vad barn och ungdomar väger är inget uttalat ansvar för skolan. Om ökad fysisk aktivitet däremot kan kopplas till minskade beteendestörningar hos barn så finns ett starkt incitament för rektorn att satsa på en metod som främjar fysisk aktivitet i skolan.

Att som sändare eller förändringsagent utgå från ett behov eller ett problem innebär att man antar mottagarens perspektiv. Man bör tillsammans med mottagaren diskutera om den aktuella metoden verkligen erbjuder en möjlighet att lösa mottagarens problem i stället för att rakt av informera om metoden. Att diskutera kostnader för att introducera metoden, t.ex. inköp av material och utbildning av personal, kontra de kostnader som problemet orsakar om det kvarstår, är också en viktig del i marknadsföringen av en ny metod. Detta gäller alldeles särskilt inom folkhälsosektorn där det ofta tar tid

att hämta in vinsterna. Kanske är det så att ett genuint samtal med några nyckelpersoner i skolan och på utbildningsförvaltningen ger bättre resultat än fyrfärgsbroschyrer och Powerpoint-presentationer när vi vill introducera en ny hälsofrämjande metod i skolan?

En klassisk beskrivning av principerna för marknadsföring inom det kommersiella området erbjuds i Neil Rackhams bok *SPIN-selling* (29).

KRITERIER FÖR IMPLEMENTERING – EN CHECKLISTA

Checklistan får kopieras och användas fritt.

Det finns lokalt definierade behov

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Behov: _____

Den föreslagna metoden kan möta behoven

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Metod: _____

Metoden är:

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| • relevant | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • bättre än nuvarande metoder | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • effektiv (evidensbaserad) | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • kostnadseffektiv | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • förenlig med rådande värderingar och attityder | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • lätt att använda | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • möjlig att testa i liten skala | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |
| • möjlig att anpassa till lokala förhållanden | | | |
| utan att förändra de centrala komponenterna | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet inte |

Eventuella risker med metoden kan hanteras ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Resultaten av metoden går snabbt att observera ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Kunskap om metoden kan generaliseras till
andra områden ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Användarna har involverats i tidigt skede ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Alla berörda har kunskap om metoden och tillgång
till fortlöpande stöd i det dagliga arbetet ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Det finns resurser i form av tid, pengar och personal ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Det finns en adekvat och långsiktig budget ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Det finns system för uppföljning och feedback ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Det finns en planering för överlämnande till
ordinarie verksamhet ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Metodkomponenterna är definierade

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Metoden utgörs av:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter: _____

Implementeringskomponenterna är definierade

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

Flera olika implementeringsinsatser kombineras

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet inte

(t ex information, utbildning, praktisk träning, coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation)

Implementeringen utgörs av:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Förväntade effekter: _____

REFERENSER

1. Gotham H. Diffusion of mental health and substance abuse treatments: development, dissemination, and implementation. *Clin Psychol Sci & Pract* 2004;11(2):160-76.
2. 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.
3. 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.
4. Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 2000.
5. Wikipedia. Implementation. Retrieved from <http://en.wikipedia.org/wiki/Implementation>.
6. Rogers. Diffusion of Innovations. 5 ed. London: Free Press; 2003.
7. Bremberg S. Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd. Rapport 2004:49. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
8. Sundell K, Koutakis N, Hellqvist A, Andrén J, Karlberg M, Forster M, et al. PS – Prevention i Skolan. FoU-rapport 2007:6. Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten, Stockholms stad; 2007.
9. 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. *Soc Sci Med* 2005;60(5):937-47.
10. Freemantle N. Implementation strategies. *Fam Pract* 2000;17(suppl 1):7-10.
11. Jensen PS. Commentary: The next generation is overdue. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(5):527-30.
12. Brommels M. Implementering är den kliniska forskningens största utmaning. *Läkartidningen* 2006;103(30-31):2223-6.
13. Thompson D, Estabrooks C, Scott-Findlay S, Moore K, Wallin L. Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review. *Implement Sci* 2007;2(15):doi:10.1186/1748-5908-2-15.
14. Denton CA, Vaughn S, Fletcher JM. Bringing research-based practice in reading intervention to scale. *Learning Disabil Res Pract* 2003;18(3):201-11.
15. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA* 2003;289(15):1969-75.
16. Comroe JH, Dripps RD. Scientific basis for the support of biomedical science. *Science* 1976;192:105-11.
17. Ellis P, Robinson P, Ciliska D, Armour T, Brouwers M, O'Brien MA, et al. A systematic review of studies evaluating diffusion and dissemination of selected cancer control interventions. *Health Psychol* 2005;24(5):488-500.
18. Fraser SW. Snabbare spridning av bättre praxis. En arbetsbok för hälso- och sjukvården. East Hampnett: Kingsham Press, Landstingsförbundet; 2003.
19. 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 ed. London: University of California Press; 1973.
20. Rooth Möller H. Implementering av plan för överviktiga barn och vuxna, landstinget Gävleborg – från politiskt beslut till handling i praktiken. D-uppsats. Västerås: Mälardalens högskola; 2005.
21. Hogwood B, Gunn L. Why "perfect implementation" is unattainable. In: Hill M, ed. *The Policy Process. A Reader*. 2 ed., Hertfordshire: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf; 1997. p. 217-25.
22. Beer M, Eisenstat R, Spector B. Why change programs don't produce change. *Harv Bus Rev* 1990;68(6):158-66.
23. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Berkshire: Open University Press; 2005.

24. Meyer A, Goes J. Organizational assimilation of innovations: a multilevel contextual analysis. *Acad Manage J* 1988;31(4):897-923.
25. Denis JL, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev* 2002;27(3):60-73.
26. Glaser EM, Backer TE. Durability of innovations: How goal attainment scaling programs fare over time. *Community Ment Health J* 1980;16(2):130-43.
27. 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.
28. Mihalic SF, Irwin K. Blueprints for violence prevention: From research to real-world settings – Factors influencing the successful replication of model programs. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2003;1(4):307-29.
29. Rackham N. Spin-selling. Hampshire: Gower; 1995.
30. Bremberg S. Elevhälsa – teori och praktik. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2004.
31. Markham WA, Aveyard P. A new theory of health promoting schools based on human functioning, school organisation and pedagogic practice. *Soc Sci Med* 2003;56(6):1209-20.
32. Yetton P, Sharma R, Southon G. Successful IS innovation: the contingent contributions of innovation characteristics and implementation process. *Journal of Information Technology* 1999;14(1):53-68.
33. Dirksen CD, Ament AH, Go PMN. Diffusion of six surgical endoscopic procedures in the Netherlands. Stimulating and restraining factors. *Health Policy* 1996;37(2):91-104.
34. Aubert BA, Hamel G. Adoption of smart cards in the medical sector: the Canadian experience. *Soc Sci Med* 2001;53(7):879-94.
35. Ferlie E, Gabbay J, FitzGerald L, Locock L, Dopson S. Evidence-based medicine and organisational change: An overview of some recent qualitative research. In: Ashburner L, ed. *Organisational behaviour and organisational studies in health care: Reflections on the future*. Basingstoke: Palgrave; 2001.
36. Grol R, Jones R. Twenty years of implementation research. *Fam Pract* 2000;17(suppl 1):32-5.
37. Aarons G, A. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Ment Health Serv Res* 2004;6(2):61-74.
38. Dopson S, FitzGerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev* 2002;27(3):35-47.
39. Fitzgerald L, Ferlie E, Wood M, Hawkins C. Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Hum Relat* 2002;55(12):1429-49.
40. Panzano PC, Roth D. The decision to adopt evidence-based and other innovative mental health practices: Risky business? *Psychiatr Serv* 2006;57(8):1153-61.
41. Azocar F, Cuffel B, Goldman W, McCarter L. The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *J Behav Health Serv Res* 2003;30(1):109-18.
42. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274(9):700-5.
43. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Getting research findings into practice: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317:465-8.
44. Ager A, O'May F. Issues in the definition and implementation of "best practice" for staff delivery of interventions for challenging behaviour. *J Intellect Dev Disabil* 2001;26(3):243-56.
45. Rogers RW, Wellins RS, Conner DR. Building competitive advantage by maximizing human resource initiatives. White paper – The power of realization. Pittsburgh: DDI, Development Dimensions International; 2002.
46. Kelly JA, Somlai AM, DiFranceisco WJ, Otto-Salaj LL, McAuliffe TL, Hackl KL, et al. Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *Am J Public Health* 2000;90(7):1082-8.

47. Schectman JM, Schroth WS, Verme D, Voss JD. Randomized controlled trial of education and feedback for implementation of guidelines for acute low back pain. *Gen Intern Med* 2003; 18(10):773-80.
48. Fine MJ, Stone RA, Lave JR, Hough LJ, Obrosky DS, Mor MK, et al. Implementation of an evidence-based guideline to reduce duration of intravenous antibiotic therapy and length of stay for patients hospitalized with community-acquired pneumonia: A randomized controlled trial. *Am J Med* 2003; 115(5):343-51.
49. Schofield M, Edwards K, Pearce R. Effectiveness of two strategies for dissemination of sun-protection policy in New South Wales primary and secondary schools. *Aust N Z J Public Health* 1997; 21(7):743-50.
50. Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, et al. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 283(2):212-20.
51. Joyce B, Showers B. Student achievement through staff development. In: Joyce B, Showers B, eds. *Designing training and peer coaching: Our needs for learning*. Alexandria: VA: Association for Supervision and Curriculum Development; 2002.
52. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch W. Practice visits as a tool in quality improvement: mutual visits and feedback by peers compared with visits and feedback by non-physician observers. *Qual Health Care* 1999; 8(3):161-6.
53. Grimshaw J, Eccles M. Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *MJA* 2004; 180(Suppl 6):50-1.
54. Smeele IJ, Grol RP, van Schayck CP, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Muris JW. Can small group education and peer review improve care for patients with asthma/chronic obstructive pulmonary disease? *Qual Health Care* 1999; 8(2):92-8.
55. Robinson KL, Driedger MS, Elliott SJ, Eyles J. Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promot Pract* 2006; 7(4):467-76.
56. 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.
57. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw JM, O'Brian M. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1):Art. No.: CD000125. DOI: 10.1002/14651858.CD000125.pub3.
58. Perlstein PH, Kotagal UR, Schoettker PJ, Atherton HD, Farrell MK, Gerhardt WE, et al. Sustaining the implementation of an evidence-based guideline for bronchiolitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(10):1001-7.
59. Nystrom PC, Ramamurthy K, Wilson AL. Organizational context, climate and innovativeness: adoption of imaging technology. *J Eng Technol Manage* 2002; 19(3-4):221-47.
60. Whitfield J, Charsha D, Sprague P. In search of excellence – the Neonatal Intensive Care Quality Improvement Collaborative. *BUMC Proceedings* 2001; 14:94-7.
61. Meadows DH. Places to intervene in a system (in increasing order of effectiveness). *Whole Earth* 1997:78-85.
62. Greenberg M, Feinberg M, Gomez B, Osgood W. Testing a community prevention focused model of coalition functioning and sustainability: A comprehensive study of Communities That Care in Pennsylvania. In: Stockwell T, Gruenewald PJ, Toumbourou JW, Loxley W, eds. *Preventing harmful substance use: The evidence base for policy and practice*. New York: John Wiley; 2005.
63. Goodman RM, Steckler A, Kegler MC. Mobilizing organizations for health enhancement. Theories of organizational change. In: Glanz K, Frances ML, Rimer B, eds. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2 ed., San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997. p. 287-312.
64. Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: Research to practice. *J Community Psychol* 2000; 28(3):291-307.
65. Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The transtheoretical model and stages of change. In: Glanz K, Frances ML, Rimer B, eds. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2 ed., San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997. p. 60-84.

66. O'Neill H, Pouder R, Buchholtz A. Patterns in the diffusion of strategies across organizations: insights from the innovation diffusion literature. *Acad Manage Rev* 1998;23(1):98-114.
67. NICE. How to put NICE guidance into practice. A guide to implementation for organisations. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
68. NICE. Implementation advice. Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
69. Lefebvre RC, Rochlin L. Social marketing. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, eds. *Health behaviour and health education: Theory, research, and practice*. 2 ed., San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997. p. 384-402.
70. Cohen DA, Farley TA, Bedimo-Etame JR, Scribner R, Ward W, Kendall C, et al. Implementation of condom social marketing in Louisiana, 1993 to 1996. *Am J Public Health* 1999;89(2):204-8.
71. Maibach EW, Van Duyn MAS, Bloodgood B. A marketing perspective on disseminating evidence-based approaches to disease prevention and health promotion. *Prev Chronic Dis* 2006;3(3):1-11.
72. Formoso G, Marata AM, Magrini N. Social marketing: Should it be used to promote evidence-based health information? *Soc Sci Med* 2007;64(4):949-53.
73. Dearing JW, Maibach EW, Buller DB. A convergent diffusion and social marketing approach for disseminating proven approaches to physical activity promotion. *Am J Prev Med* 2006;31(4 Suppl 1):11-23.

Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras vetenskapliga undersökningar av hur nya metoder kan spridas och implementeras.

När nya hälsofrämjande metoder har presenterats så tar det ofta lång tid för dessa att nå vardagsanvändning. Denna fördröjning innebär att möjliga hälsovinster inte uppnås så snabbt som man skulle önska. Vår förhoppning är att den här rapporten ska utgöra ett stöd för folkhälsoplanerare, preventionssamordnare och andra med motsvarande arbetsuppgifter, alltså för personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera nya metoder för att främja folkhälsan.

I slutet av rapporten finns en sammanfattande checklista med forskningsbaserade komihåg som stöd vid implementering av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Checklistan får kopieras och användas fritt.

Rapporten är skriven av Karin Guldbrandsson, utredare på Statens folkhälsoinstitut.



STATENS
FOLKHÄLSOINSTITUT

Statens folkhälsoinstitut
Distributionstjänst
120 88 Stockholm

Fax 08-449 88 11
E-post fhi@strd.se
Internet www.fhi.se

Rapport 2007:20
ISSN 1651-8624
ISBN 978-91-7257-531-8