



Folkhälsomyndigheten

Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst

En rapport om implementering inom
folkhälsområdet, version 3.0



Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst

En rapport om implementering inom
folkhälsoområdet, version 3.0

Denna titel kan laddas ner från: [folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material](https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-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, 2023.

Artikelnummer: 22199

Illustration omslag: Animerad reklamfilm.

Grafisk produktion: Le Bureau.

Tryck: Ljungbergs Tryckeri i Klippan AB, 2023.

Om publikationen

Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras hur nya insatser, arbetssätt och produkter kan spridas och implementeras. När det nya, ibland efter många års forskning, bedöms som rimligt och lämpligt, förväntar man sig kanske att det ska börja användas relativt omgående. Men så är sällan fallet. I detta läge befinner sig det nya snarast bara i början av en lång process mot rutinmässig användning. Att snabba på processen ”från nyhet till vardagsnytta”, är alltså en angelägen uppgift.

Denna rapport är en andra revidering av *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst* som ursprungligen publicerades av dåvarande Statens folkhälsoinstitut år 2007. I den första revideringen år 2016 kompletterades originalmaterialet med ramverket Quality Implementation Framework och resultatet från en begränsad kartläggande litteraturöversikt. Denna andra revidering, år 2023, baseras dessutom på sökningar i den vetenskapliga litteraturen, från åren 2017 till 2022. Som konkret stöd för implementering i praktiken kompletteras rapporten med [Checklista för implementering med kvalitet](#) och [E-guide implementering](#).

Rapporten har tagits fram av Karin Guldbbrandsson, Anja Romqvist och Annika Frykholm, utredare vid Enheten för psykisk hälsa och suicidprevention, med Johanna Ahnquist som ansvarig enhetschef.

Vår förhoppning är att denna rapport ska vara ett stöd för beslutsfattare med ansvar för folkhälsofrågor, liksom för utvecklingsledare, strateger och praktiker med samordnande uppgifter inom olika områden. Vi vänder oss alltså till personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera nya insatser och arbetssätt med syfte att främja befolkningens hälsa.

Folkhälsomyndigheten

Josefin Jonsson

Avdelningschef, Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor

Innehåll

Sammanfattning	8
Summary	10
Inledning	12
Rapportens upplägg	12
Implementering – en del i en helhet	13
Begrepp och definitioner	14
Snabbare implementering – en angelägen uppgift	17
Att implementera komplexa insatser i komplexa kontexter	18
Spridning	20
Aktiv och passiv spridning	21
Implementering – en mödosam konst	22
Implementering – en process	24
Individens roll	25
Organisationens roll	27
Villkor för att lyckas med implementering	33
Skillnaden mellan insats och implementering	36
Ramverk för implementering med kvalitet	38
Fyra inledande frågor	40
Fas 1. Initial bedömning	41
Fas 2. Struktur för implementering	44
Fas 3. Genomförande	45
Fas 4. Lärdomar och förbättringar	45
Forskningen är ganska enig	46
Kort metodbeskrivning	52
Originalmaterialet	52
Ramverk för implementering med kvalitet	52
Kartläggande litteraturoversikter	53
Referenser	58

Sammanfattning

Den här rapporten handlar om hur man kan påskynda implementeringen av nya insatser, arbetssätt och produkter.

Flera olika faktorer har betydelse för att implementeringen av en ny insats ska lyckas på lång sikt. För det första måste potentiella användare känna till att den finns, dvs. information om att insatsen existerar måste spridas. Nästa grundläggande förutsättning är att det finns ett uttalat behov och att den insats eller det arbetssätt som föreslås är rätt i sammanhanget.

Det finns vissa gemensamma grunddrag hos insatser där implementeringen har lyckats bra. Dessa grunddrag handlar om att det nya har relativa och synliga fördelar, stämmer med mottagarens värderingar, är enkelt att förstå och använda, kan testas i liten skala, har observerbara effekter och kan anpassas till mottagarens behov. Programföljsamhet, det vill säga hur väl användarna följer den nya insatsen i praktiken, är också viktigt. När det gäller själva genomförandet av implementeringen är det en fördel om man kan kombinera flera olika komponenter, till exempel utbildning, praktisk träning, coachning och möjlighet till konsultation. Uppföljning och återkoppling till användarna är också viktigt. Muntlig och skriftlig information har som enskilda komponenter svagt stöd i implementeringsforskningen.

Såväl enskilda individer som formella och informella nätverk kan påverka resultatet av en implementeringsprocess. Organisatorisk beredskap för förändring samt ledarskap är nyckelfaktorer i implementering. Även omständigheter i verksamheten eller samhället i stort, till exempel politiska, ekonomiska eller organisatoriska förändringar, kan påverka implementeringsprocesser.

Det finns ett antal forskningsbaserade ramverk som beskriver viktiga faser och steg i en implementeringsprocess. I den här rapporten använder vi *Ramverk för implementering med kvalitet (Quality Implementation Framework)*, innehållande fyra faser som i sin tur är uppdelade i 14 steg. Den första fasens åtta steg innebär en noggrann bedömning av behov och insats och den andra fasens två steg handlar om att utveckla en struktur för implementeringsprocessen.

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.

Rapporten kompletteras av två stödmaterial, [Checklista för implementering med kvalitet](#) och [E-guide implementering](#), som båda erbjuder inspiration och konkret stöd i implementeringsprocesser.

Summary

From news to everyday use – the difficult art of implementation

This is an updated version of a report about the implementation of new methods in the field of public health.

Several important factors influence whether the introduction of an innovation will be successful in the long term. First and foremost, potential users must be aware of the innovation's existence, i.e., information about it must be disseminated. In the next step, the new method must be actually taken into use, i.e., be implemented.

The most basic requirement for successful implementation is that there is an explicit need and that the proposed method is suitable in the context. There are certain common denominators of methods whose implementation process has been successful. These fundamental features are that the new method has relevant and visible benefits, is in line with 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. Regarding the execution of the implementation itself, it is beneficial to combine different components, for example, education, practical training, coaching and the option of consultation. Evaluation and feedback to the users are also important. Implementation research has shown that oral and written information as individual components are seldom sufficient in themselves.

Individual persons, for example, opinion leaders, and formal and informal networks can all impact the results of an implementation process. The culture and climate of the organisation and its preparedness for change, and leadership are key factors for successful implementation. Circumstances in the organisation or society generally, for example political, economic or organisational changes, can also impact an implementation process.

There are a number of research-based frameworks which describe important phases and steps of an implementation process. In this report, we have used *Quality Implementation Framework*. This framework consists of four phases which in turn are divided into 14 different steps. The eight steps of the first phase entail a careful assessment of needs 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 consist of preparations and identifying and handling factors which may obstruct or facilitate implementation. The actual implementation only starts in the third phase. The fourth and last phase entails analysing lessons learned in order to improve future implementation processes.

This report is supplemented with a checklist and an E-guide (both in Swedish). These tools can be used for the 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 insatser, men efter en tid tvingats inse att det inte blev som de ursprungligen hade tänkt och planerat. Men nya insatser, arbetssätt och produkter introduceras trots allt, och implementeringsarbetet lyckas faktiskt i många fall. Utmaningen ligger i att lyckas ännu oftare och att påskynda processen från nya forskningsresultat och nya idéer till praktisk användning.

För att stödja implementering inom folkhälsoområdet publicerade dåvarande Statens folkhälsoinstitut 2007 rapporten *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst*. Intresset för och forskning om implementering har ökat under de senaste decennierna, liksom insikten om att det krävs en ökad kunskap om implementering för att uppnå ett effektivt folkhälsoarbete. Därför har den ursprungliga rapporten uppdaterats, först år 2017, och sedan igen år 2023.

I den första revideringen år 2017 kompletterades originalmaterialet med ramverket *Quality Implementation Framework* (QIF), som är en vetenskaplig sammanställning av 25 implementeringsmodeller (1), samt med resultatet från en kartläggande litteraturöversikt. Den andra revideringen, år 2023, baseras också på sökningar i den vetenskapliga litteraturen, från åren 2017 till 2022. I samband med den första revideringen utarbetades [Checklista för implementering med kvalitet](#), baserad på QIF, med syftet att erbjuda ett konkret och praktiskt stöd i implementeringsprocesser. Checklistan reviderades år 2023 och kompletterades med ytterligare ett stödmaterial: [E-guide implementering](#).

Vår förhoppning är att rapporten, tillsammans med checklistan och E-guiden, ska vara ett stöd för personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera nya insatser och nya arbetssätt med syfte att främja en god och jämlik hälsa i hela befolkningen.

Rapportens upplägg

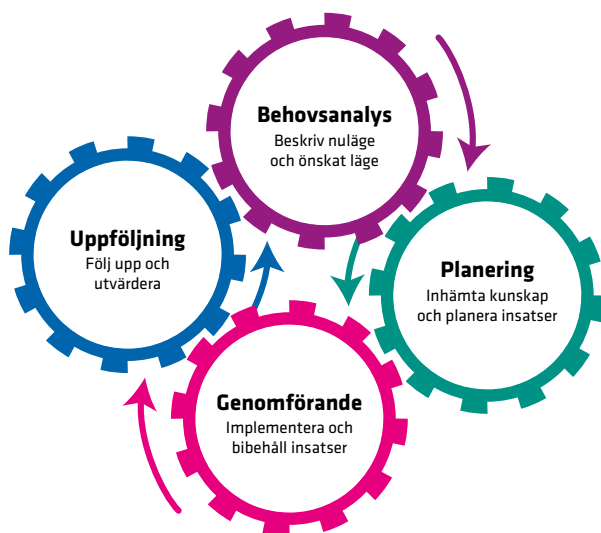
Generella principer för implementering tas upp i de första kapitlen. Sedan följer ett kapitel om ett praktiskt orienterat ramverk för implementering, ett

kapitel om resultaten från litteraturoversikterna 2016 och 2023, samt en kort metodbeskrivning. Den läsare som huvudsakligen är teoretiskt intresserad av spridning och implementering kan alltså koncentrera sig på den första delen, medan den som har ett mer praktiskt intresse kan gå direkt till den andra delen, med start på sidan 38.

Implementering – en del i en helhet

Det finns flera exempel på arbetsmodeller, både för utvecklingsarbete generellt och för folkhälsoarbete specifikt. Den så kallade snurrar är en enkel modell med de fyra centrala stegen behovsanalys, planering, genomförande och uppföljning (2). I den här rapporten fokuserar vi på det rosa kugghjulet Genomförande i Figur 1, det vill säga det steg då implementeringen sker.

Figur 1. Snurrar – centrala steg i modeller inom folkhälsoområdet.



Illustrationen ger en teoretisk bild av en sammansatt process. Varje enskilt kugghjul i snurrar består i praktiken av flera steg eller faser. För att kunna besluta om välgrundade och effektiva insatser för att nå eller upprätthålla ett önskat läge behövs först en behovsanalys och kanske en behovsprioritering (det lila kugghjulet). När man ringat in behovet är nästa steg att inhämta kunskap om vilka insatser som skulle kunna möta behovet (det gröna kugghjulet). Här kan det handla om enkla avgränsade insatser eller större

komplexa förändringsarbeten. Sen är det dags för genomförandet (det rosa kugghjulet). Här ingår dels att implementera, dels att bibehålla insatsen på lång sikt. Det sista steget (det blå kugghjulet) handlar om att följa upp om den insats man valde i steg två och implementerade i steg tre har kunnat möta det behov man identifierade i steg ett.

Snurran beskriver hela den process som ett systematiskt arbete bör och brukar följa, även om praktiken inte alltid är så linjär som teorin. Inom folkhälsoområdet är det ibland svårt att hitta konkreta insatser i forskningslitteraturen, särskilt vad gäller insatser på policynivå. Det beror helt enkelt på att de forskningsmetoder man använder för att få de säkraste resultaten handlar om randomiserade kontrollerade studier, det vill säga att man slumpmässigt grupperar individer och utsätter dem för olika interventioner, till exempel när man testar olika medicinska behandlingar. Inom folkhälsoområdet kan det handla om att jämföra olika metoder för rökstopp eller olika föräldrastödsmetoder. Men det går inte att utvärdera en insats på samhällsnivå, till exempel tobakslag eller sockerskatt, på samma sätt. Det betyder att det är svårare att bedöma om en insats på policynivå är effektiv. Här får man tänka på andra sätt, exempelvis utifrån teoretiska modeller eller programlogik, och vara extra noga med att följa alla steg i snurran.

Begrepp och definitioner

Trots de senaste decenniernas forskning finns ingen väldefinierad, gemensam och fastställd begreppsram när det gäller implementering. Olika begrepp används synonymt, samtidigt som samma eller likartade begrepp används i olika sammanhang. Men flera initiativ har tagits för att likrikta och fastställa begreppsapparaten och den teoretiska underbyggnaden inom implementeringsområdet (3-6). Den vetenskapliga tidskriften *Implementation Science*, som publicerade sina första artiklar 2006, har bidragit till denna utveckling (7-9). Nedan definieras tre centrala begrepp som används i den här rapporten: insats, spridning och implementering.

Insats, åtgärd, metod, arbetssätt – kärt barn har många namn

”Establishing effectiveness of an innovation does not guarantee its uptake into routine use.” (6).

I den här rapporten använder vi oftast begreppet *insats*, vilket inkluderar arbetssätt, program, interventioner, innovationer, idéer, kunskap, produkter

och andra benämningar på sådant som kan tänkas bli föremål för implementering. I boken *Evidensbaserat folkhälsoarbete* kallas implementeringsobjektet, det vill säga det som ska introduceras eller genomföras, för *någon form av intervention i syfte att åstadkomma förbättrad folkhälsa* (10).

Vi förordar implementering av insatser som är utvärderade av forskare och som har visat sig ge förväntade effekter. Ibland saknas utvärderingar och då kan man inte vara säker på att uppnå önskat resultat, även om själva implementeringsprocessen är väl genomförd. I bästa fall kan en väl genomförd implementering av en oöpprad insats ge positiva effekter. Men även motsatsen gäller, det vill säga att en väl genomförd implementering av en oöpprad insats kan ge negativa effekter, eller inga effekter alls. Om man implementerar ännu inte utvärderade eller otillräckligt utvärderade insatser är det extra viktigt att följa upp arbetet.

I många fall, särskilt inom folkhälsoområdet, är det svårt att uppnå de krav som ställs för att utvärdera effekter av insatser. Här får man in ta en pragmatisk hållning och, som vi skriver under figur 1, snurran, tänka på andra sätt. Man kanske får lov att acceptera enklare utvärderingar, rapporter eller riktlinjer, eller bygga upp sin argumentation utifrån teoretiska modeller eller programlogik. Huvudsaken är att man på goda grunder kan anta att den insats man väljer att implementera kommer att fungera, det vill säga bidra till att uppnå önskat utfall.

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

Tabell 1. Effektiv implementering av effektiva insatser ger resultat – inget annat (5).

Insats	Effektiv implementering	Ineffektiv implementering
Effektiv	Ger resultat	Ger inte resultat
Ineffektiv	Ger inte resultat	Ger inte resultat

Interventionsforskning och implementeringsforskning skiljer sig åt. Skillnaden är att medan interventionsforskningen fokuserar på effekter av en insats så fokuserar implementeringsforskningen på hur insatsen initieras, tas upp och institutionaliseras.

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 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 (11).

Implementering

Begreppet *implementering* används inom folkhälsoområdet, men också inom många andra områden såsom jordbruk, utbildning, marknadsföring, kommunikation, ledarskap och hälso- och sjukvård (12).

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). Exempel på svenska definitioner är att realisera idéer och planer i konkret handling (13), 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 (14).

När man till vardags pratar om att implementera används ofta ord som att genomföra, införa, introducera eller förverkliga.

Snabbare implementering – en angelägen uppgift

”We must make sure that no lifesaving discovery is locked up in the laboratory.” (15).

Det kan ta många år av utvecklingsarbete innan en insats bedöms som effektiv och lämplig, och när detta väl är klart skulle man kunna förvänta sig att den börjar användas relativt omgående. Men så är det sällan (6, 16-18).

Ett historiskt exempel är kampen mot skörbjugg (17). År 1601 visade kapten James Lancaster att citronsaft förebygger skörbjugg. Alla sjömän på Lancasters ”försöksskepp” fick citronsaft och överlevde, medan 40 procent av besättningen på tre ”kontrollskepp” 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 ett halvt decennium 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 (18, 19). En systematisk litteraturöversikt med 25 studier sammanslagna i en så kallad metaanalys visar tydligt att magläge ökar risken för plötslig spädbarnsdöd (18). Översikten publicerades 2005, men mycket tidigare fanns enskilda vetenskapliga studier som visade riskerna med magläge. Om forskare på 1970- och 1980-talen hade gjort systematiska litteraturöversikter med de metoder som används i dag, hade de 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, och det är tydligt att minskningen av plötslig spädbarnsdöd inträdde vid olika tidpunkter, relaterat till tidpunkten för respektive lands insatser (19, 20). Exempelvis initierades nationella risk-reducerande kampanjer i Norge 1990, i Danmark 1991 och i Sverige 1992 (20). 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 och implementerats tidigare (18).

Frågan om implementeringsforskningens betydelse för praktisk verksamhet har lyfts av Westerlund och kollegor (21). De efterlyser användarvänliga verktyg för implementering i praktiken, och frågar sig om målgruppen för implementeringsforskningens resultat snarare är andra forskare än praktiker inom hälso- och sjukvården. Westerlund och kollegor lyfter *Quality Implementation Framework* (1) som ett exempel på en så kallad action model, det vill säga en modell som ger stöd i översättningen från forskning till praktik.

Att implementera komplexa insatser i komplexa kontexter

"Complexity is not only inherent in the intervention but also a consequence of interactions between the intervention and its implementation in context." (22).

Folkhälsoarbete handlar oftare om komplexa insatser på lokal, regional eller nationell nivå, än specifika avgränsade insatser i enkla kontexter. Ett exempel på en jämförelsevis enkel insats kan vara att ett nytt journalsystem ska introduceras på en enskild vårdcentral där man kan fatta egna beslut. Ett exempel på en komplex insats kan vara ett större förändringsarbete, till exempel att implementera ett nytt nationellt betygssystem, där både elever, skolpersonal, skolläda, utbildningsförvaltning och föräldrar blir involverade.

Folkhälsoarbetet har sin grund i det svenska folkhälsopolitiska ramverket som består av ett övergripande, nationellt folkhälsopolitiskt mål och åtta målområden (se figur 2). Det övergripande målet för folkhälsopolitiken har ett tydligt fokus på jämlik hälsa. Målet är att folkhälsopolitiken ska skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. De övergripande nationella målområdena är komplexa och det är en utmaning att uppnå dem, bland annat på grund av att många aktörer och nivåer i samhället är involverade. Att implementera det övergripande folkhälsopolitiska målet innebär alltså en hög komplexitet både när det gäller insats och kontext.

Figur 2. Folkhälsopolitikens åtta målområden.



I en debattartikel i den vetenskapliga tidskriften *Implementation Science* skriver Brownson och medarbetare att varje implementeringsprojekt bör innefatta ett fokus på jämlikhet (23). Om forskare, forskningsfinansierare, beslutsfattare och praktiker inom implementeringsområdet skulle stärka sitt engagemang när det handlar om att minska hälsoklyftorna, så skulle vi, enligt Brownson och medarbetare, kunna skörda frukterna i form av ökad jämlikhet i hälsa (23).

Att implementera en komplex insats i en komplex kontext innebär utmaningar (22, 24-27). Olika professioner med olika roller på olika nivåer, i och utanför en organisation, kan behöva samverka. Exempelvis nationella riktlinjer som berör många aktörer och arenor ställer stora krav på samverkan under en implementeringsprocess.

De aspekter som tas upp i den här rapporten, både generellt och under rubriken *Ramverk för implementering med kvalitet*, gäller även när komplexa insatser ska implementeras i komplexa kontexter. Man kan säga att ju högre komplexitet, desto viktigare är det att noga överväga om en implementeringsprocess ska inledas. De inledande frågorna och den initiala bedömningen (som vi presenterar i kapitlet *Ramverk för implementering med kvalitet*) är därför särskilt viktiga här.

Spridning

”Viden alene gør ingen forskel. Den skal formidles, omsættes, anvendes og gøres implementerbar, så den kan gøre en forskel i den virkelige verden.” (28).

För att en ny insats ska börja användas måste de som kan tänkas använda insatsen känna till att den finns. Everett Rogers klassiska teori *Diffusion of Innovations* har länge utgjort en grund för forskning om spridning av innovationer inom många områden, såsom jordbruk, produktion, hälso- och sjukvård och folkhälsoarbete (11). Nyckelfaktorer i Rogers teori är innovationen i sig, mottagarna av innovationen, det sociala systemet, processen och systemet för spridning.

Innovationens egenskaper, och särskilt mottagarnas upplevelse av dem, brukar delas in i kategorierna

- effektivitet
- kostnadseffektivitet
- överensstämmelse
- användbarhet
- observerbarhet
- testbarhet (11).

Mottagarnas inställning till nya insatser spelar också en viktig roll för spridning och implementering. Innovationens mottagare påverkas både av det sociala systemet, exempelvis en geografisk, politisk eller professionell avgränsning, och av de aktörer som driver själva förändrings-arbetet. Den individuella processen för att anta något nytt beskriver Rogers i följande steg:

- medvetenhet
- övertygelse
- beslut
- implementering
- vidmakthållande (11).

Detta är dock en ganska mekanisk beskrivning av en komplicerad process.

Aktiv och passiv spridning

Spridningsaktiviteter kan delas in i aktiva och passiva strategier (3). Exempel på passiva spridningsstrategier är informationsinsatser i form av publikationer och presentationer utan specifik målgrupp. Aktiva spridningsstrategier kan vara riktad stöd och riktade informationsinsatser till specifika målgrupper. Att sprida komplexa insatser eller arbetsätt är troligen svårare än att sprida en produkt, till exempel en ny teknik inom industrin eller en ny gröda inom jordbruket, även om principerna för spridning är de samma.

Information om en ny produkt, till exempel 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, det vill säga 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. År 2019 använde nästan 80 procent av befolkningen Swish (29).

Ett dilemma inom folkhälsoområdet är att det ibland tar lång tid innan det går att se effekterna av en ny insats och att det ibland är svårt att veta om effekterna beror på den nya insatsen. Detta till skillnad från exempelvis Swish där användarna omedelbart kunde se fördelarna. För att en insats ska nå stor spridning måste den alltså antingen fylla en lucka eller vara bättre, helst mycket bättre, än konkurrerande insatser inom angränsande områden. Om en ny insats upplevs som tillräckligt bra av potentiella användare krävs mindre resurser för att kännedom om insatsen ska spridas, och spridningen sker i viss mån spontant.

Implementering – en mödosam konst

“Everything went right. What went wrong?” (6).

En klassiker i implementeringsforskningen är Pressmans och Wildavskys bok från 1973, *Implementation. How great expectations in Washington are dashed out in Oakland* (30). I denna bok beskriver forskarna hur en till synes 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 ordnad. Trots det stötte programmet på många hinder. Pressman och Wildavsky listar sju punkter som kan ha spelat roll för bristen på resultat:

- Programmet var inte förenligt med andra åtaganden.
- Aktörerna föredrog andra program.
- Aktörerna var upptagna med andra projekt.
- Aktörerna var beroende av andra som inte upplevde programmet som särskilt viktigt.
- Ledarskapet var svagt och organisationen dålig.
- Det fanns brist på överensstämmelse mellan lagar, förordningar och program.
- Aktörerna hade otillräcklig politisk och administrativ makt.

I en mer nutida studie från Kanada framkom att en ny behandlingsform för bipolär sjukdom visade sig vara mer effektiv än sedvanlig behandling, men utan ökad kostnad (6). Den nya behandlingen för bipolär sjukdom skrevs in i de nationella riktlinjerna. Vid uppföljningen ett år senare visade det sig dock att alla sjukhus som hade börjat använda den nya metoden för bipolär sjukdom hade gått tillbaka till sedvanlig behandling (6). Detta fynd är inte unikt, snarare tvärtom. Bara för att en ny insats har visat sig vara effektiv så är det ingen garanti för att den ska tas upp i praktisk verksamhet (31).

Ett exempel från Sverige är en studie av implementeringen av den alkohol-förebyggande metoden *Ansvarsfull alkoholserving* i Sveriges kommuner (32). 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 (33).

Detta exempel visar på vikten av att identifiera möjliga hinder i en planerad implementeringsprocess och att ha beredskap för att hantera dem. Hasson och von Thiele Schwarz skriver i sin bok *Implementeringsboken. Så inför du nytt som gör nytta* om att identifiera och hantera hinder (34). De skriver bland annat att hinder eller problem av olika slag kan bero på brist på kompetens, möjligheter eller motivation och att det behövs olika strategier för att möta dessa hinder. Kompetensbrist, det vill säga att *inte veta* hur man ska implementera, kan, enligt Hasson och von Thiele Schwarz, åtgärdas antingen genom att förenkla insatsen som ska implementeras eller genom utbildning och stöd. Detta gäller både på individ-, grupp- och organisationsnivå. Att *inte kunna* implementera, det vill säga att sakna möjligheter, kan åtgärdas genom att skapa förutsättningar för implementering. Att *inte vilja* implementera, det vill säga att sakna motivation, kan hanteras genom att göra det nya mer lockande än det gamla (34). I exemplet *Ansvarsfull alkoholserving* behövdes till exempel fortbildning och mer resurser för att hantera identifierade hinder (33). Hinder utanför den egna verksamheten, exempelvis en politisk kursändring på nationell eller internationell nivå, är förstås svårare att hantera än hinder i den egna verksamheten.

En faktor i implementeringsprocesser, som inte nog kan framhållas, är det förberedande arbetet och den initiala fasen. Albers och medarbetare, som har studerat föräldrastödsprogram i Australien, skriver att *The early implementation stage was fragile and characterized by three distinct phases* (35). Forskarna beskriver de tre faserna så här: 1) *something that was initially "arranged" by someone*, 2) *everyone involved was required to rapidly and intensely learn new skills until* 3) *a consolidated, realistic understanding of the innovation was achieved* (35).

Med tanke på alla svårigheter som lyfts fram i implementeringsforskningen kan det verka konstigt att nya insatser blir implementerade överhuvudtaget. Men det blir de ju faktiskt. Några exempel på lyckosam implementering är det allmänna vaccinationsprogrammet för barn i Sverige (36), det tobaks- och nikotinförebyggande arbetet (37), samt de rekommendationer som gavs under covid-19-pandemin, som att tvätta händerna och hålla avstånd.

Specifika exempel från hälso- och sjukvården är insulin som behandling vid diabetes och antiretroviral behandling vid hivinfektion (6).

Implementering – en process

“Full implementation occurs when most practitioners are routinely providing the new method with good fidelity.” (38).

Implementering är en process, inte en enstaka händelse. Processen är sällan linjär, man får ibland backa eller ta en annan väg än man hade tänkt från början. I slutändan är det ändå viktigt att man har gått igenom alla steg. Det allra första steget är helt enkelt att någon, utifrån ett identifierat *behov*, får *en idé* om att *en ny insats* kan användas för att möta detta behov. Idén presenteras, man bedömer om insatsen i fråga kan möta behovet, och *ett beslut* fattas. För att beslutet ska leda till faktisk förändring bör det vara fattat på rätt nivå i verksamheten. Om beslutet innebär att den nya insatsen ska införlivas i verksamheten inträder nästa steg i implementeringsprocessen: 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, vilket kan kräva omfattande resurser. Nästa steg handlar om *faktisk förändring*, som att höja kunskapsnivån eller att förbättra den organisatoriska kapaciteten. För att detta ska ske behövs till exempel utbildning, fortbildning och praktisk träning, samt tid att låta det nya mogna. Så småningom har insatsen *integrerats* i verksamheten, såväl praktiskt som organisatoriskt, och betraktas som självklar. Insatsen *följs upp eller utvärderas*, om möjligt utifrån fastställda mål. Eventuella lokala anpassningar genomförs, kanske i flera steg. Insatsen räknas som *institutionaliserad* när dess långsiktiga överlevnad tas för given, oavsett personalomsättning, interna och externa omorganisationer, politiska förändringar, nya finansieringsformer etc. Först då kan implementeringen slutgiltigt betraktas som lyckosam.

Begreppet implementering kan uppfattas som top-down, det vill säga att det är beslutat och styrt av en ledningsfunktion. Detta stämmer i viss mån, särskilt när det handlar om implementering av nya insatser som kräver betydande resurser eller omorganisation. Implementering av enklare insatser kan dock ske inom och mellan professionella nätverk utan insatser från ledningsnivån, det vill säga mer av så kallad bottom-up.

Förutom implementering av konkreta insatser pågår ofta ett utvecklingsarbete i de flesta organisationer för att testa, utvärdera och kvalitetsförbättra olika delar i verksamheten. Här handlar det alltså inte om implementering av en avgränsad insats, utan snarare om implementering av nya delar i ett redan pågående arbete.

Ett begrepp som ligger nära implementering, och som ofta ses i forskningslitteraturen, är kunskapsöversättning eller kunskapsöverföring (eng. knowledge translation). Grimshaw och kollegor definierar begreppet så här: *ensuring that stakeholders are aware of and use research evidence to inform their health and health care decision making* (9). Följande fem frågor ringar in begreppet kunskapsöversättning, och kan med fördel användas i implementeringsprocesser:

- Vilken kunskap ska översättas eller överföras?
- Till vem ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
- Av vem ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
- Hur ska den nya kunskapen översättas eller överföras?
- Vilka effekter ska den nya kunskapen leda till?

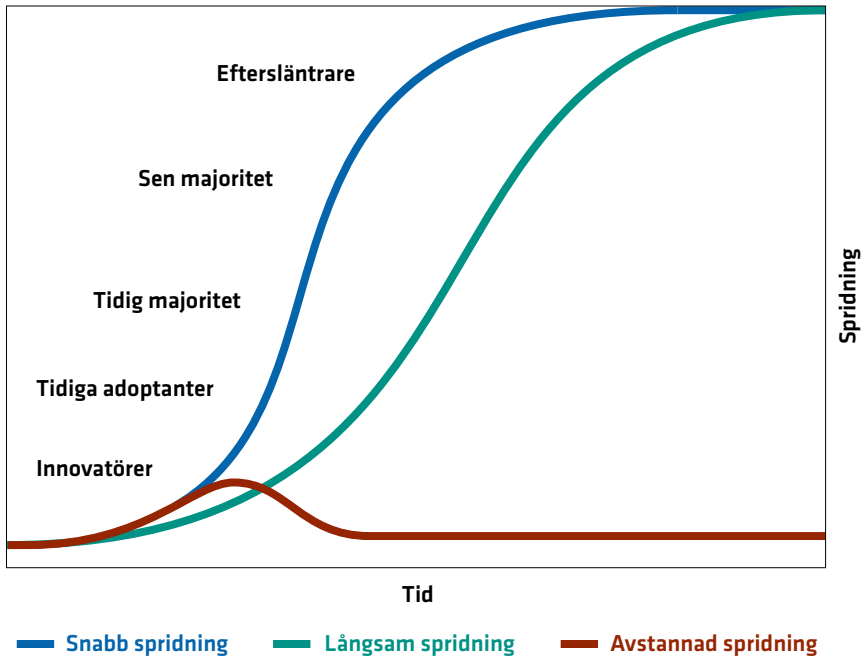
Individens roll

“The work of successful implementation to achieve desired change takes knowledge, skills, professional courage, and personal commitment. This work is not for the naïve or faint of heart.” (39).

Människor är inte passiva mottagare av innovationer. Det är snarare så att olika människor i olika utsträckning söker efter nya insatser och produkter, experimenterar och utvärderar, diskuterar och bedömer, utvecklar åsikter, anpassar och försöker förbättra, ofta i dialog med andra (40).

I Rogers teori *Diffusion of Innovations* (se även avsnittet *Spridning*), har mottagarna av något nytt olika roller, vilket leder till en S-formad spridningskurva (11, 41). En långsam spridning ger en flack spridningskurva, medan en snabb spridning, såsom i exemplet Swish eller att vi snabbt lärde oss att tvätta händerna och hålla avstånd under covid-19-pandemin, ger en brantare spridningskurva (se figur 3).

Figur 3. Exempel på snabb, långsam respektive avstannad spridning enligt Rogers (11).



Innan en ny insats introduceras är det viktigt att användarna faktiskt känner till att den ska införas, har tillräckligt med kunskap om insatsen i fråga och förstår hur den kan komma att påverka deras arbetssituation (40). 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* (41).

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 (40, 42, 43). Opinionsledare kan återfinnas i kommuner, regioner, verksamheter, organisationer och företag. De kan ha både positiv och negativ påverkan, det vill säga antingen stötta eller motarbeta implementeringen av en ny insats.

Formella och informella sociala nätverk

Individer ingår för det mesta i både formella och informella sociala nätverk, vars struktur och kvalitet påverkar hur innovationer sprids (40). Informella nätverk anses vara mest effektiva för att sprida kollegial information, medan formella nätverk oftare används för att sprida officiell information. 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 ta till sig idéer och implementera nya insatser.

Sociala nätverk kan studeras med hjälp av så kallad nätverksanalys (44). I en klassisk studie av spridningen av ett nytt sädeslag bland jordbrukare i Iowa på 1950-talet kunde författarna med hjälp av en nätverkskarta tydligt visa hur och när spridningen hade startat respektive accelererat (45). Den jordbrukare som först började använda det nya sädeslaget gjorde det år 1948. Men det var först två år senare, när jordbrukare nummer två introducerade det nya sädeslaget, som spridningen började ta fart. Denna jordbrukare hade en tätare kontakt med övriga jordbrukare i regionen och därmed en viktigare roll som opinionsledare inom nätverket (45).

Organisationens roll

Det finns vissa gemensamma drag hos organisationer som tar till sig innovationer snabbare än andra (40). Det handlar bland annat om strukturella faktorer, till exempel organisationens storlek och utvecklingsnivå. Stora och utvecklade organisationer har generellt lättare att ta till sig 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 (40).

Organisatoriska faktorer som har betydelse för implementering kan delas in i organisatorisk kultur, organisatoriskt klimat, organisatorisk beredskap för förändring (12) och ledarskap (46).

Organisatorisk kultur och organisatoriskt klimat

Enligt Rabin och Brownson handlar organisatorisk kultur om normer och värderingar på arbetsplatsen, medan organisatoriskt klimat handlar om de anställdas upplevelser och reaktioner på arbetsmiljön (12). Till

organisatoriskt klimat hör implementeringsklimat, det vill säga de anställdas gemensamma upplevelser och erfarenheter av organisationens policy och praktik avseende implementering (46). 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 (46).

Organisatorisk beredskap för förändring

Organisatorisk beredskap för förändring beskrivs av Weiner som en företeelse på flera nivåer (47). Beredskapen kan vara hög, låg eller någonstans däremellan, den kan vara på individ-, grupp- eller avdelningsnivå, och på en övergripande organisatorisk nivå. Kort sagt handlar organisatorisk beredskap om hur redo en individ, grupp eller organisation är att göra något eller möta något som kommer att hända i framtiden. Att implementera något nytt i en organisation har beskrivits som en lagsport, och om vissa i organisationen är redo men andra inte så uppstår problem (47). Några viktiga villkor för gemensam beredskap är, enligt Weiner, att de involverade har samma information, samma erfarenheter och samma värderingar inför en implementeringsprocess (47).

Rabin och Brownson beskriver organisatorisk beredskap för förändring som i vilken utsträckning medlemmarna i en organisation är psykologiskt och beteendemässigt redo att implementera nya insatser (12). Aarons och kollegor lyfter fyra centrala faktorer för att en organisation ska uppnå beredskap för förändring (46):

- De anställda måste uppfatta förändringen som fördelaktig för dem själva.
- De anställda måste uppfatta att de är kapabla att genomföra förändringen.
- De anställda måste uppfatta att förändringen kommer att leda till ett önskvärt resultat.
- Både formella och informella ledare måste vara engagerade i förändringen.

Organisationer som systematiskt identifierar, tolkar och länkar ny kunskap till befintlig kunskap, så kallade lärande organisationer, tar lättare till sig nyheter (46). Lokala nätverk som syftar till utbyte och samarbete inom och mellan olika professioner underlättar kunskapsutveckling och kunskaps-spridning. Innan ny kunskap kan bidra till förändring måste den accepteras och göras allmän bland de berörda, till exempel genom diskussioner inom

och mellan olika nätverk. När de berörda känner att organisationen och kollegorna är redo för förändring lägger de ner mer möda och är mer uthålliga i implementeringsprocessen (46).

En organisations beslut att börja använda en ny insats påverkas av externa företeelser, såsom att jämförbara organisationer redan använder insatsen eller planerar att börja göra det (40). Detta speglar Rogers beskrivning av den ökning av användandet av en ny insats som sker när tillräckligt många har tagit till sig insatsen i fråga (11). Den fortsatta spridningen sker då utan vidare insatser från ”säljaren”. Det är dock inte självklart att en organisation tar till sig alla nya insatser och produkter som presenteras, även om den allmänt är öppen för innovationer (47).

Community Readiness Model

En modell för att mäta beredskap för förändring på organisationsnivå, och som med fördel kan användas i implementeringsprocesser, är Community Readiness Model (CRM) (46, 48, 49). CRM tar upp förändringsbenägenhet i nio steg och beskriver hur medveten och redo en organisation är att börja arbeta med ett specifikt ämnesområde, samt ger strategier för att nå nästa steg (se faktaruta 1).

Faktaruta 1. Community Readiness Model.

Steg 1. Ingen medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar

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

Steg 2. Låg medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar

Strategi: Skapa medvetenhet om att problemet finns i organisationen genom möten med nyckelpersoner, genom att peka på incidenter som påvisar problemet och genom annan information.

Steg 3. Viss medvetenhet om problemet och möjliga lösningar

Strategi: Öka medvetenheten om att problemet finns i organisationen och framhåll att problemet går att lösa.

Steg 4. Planering för att lösa problemet

Strategi: Ge konkreta idéer om hur problemet kan lösas.

Steg 5. Förberedelse för att lösa problemet

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

Steg 6. Initiering av insats för att lösa problemet

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

Steg 7. Stabilisering av implementerad insats

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

Steg 8. Konfirmering/expandering av implementerad insats

Strategi: Expandera och förstärk insatsen genom att till exempel formalisera nätverk.

Steg 9. Professionalisering av implementerad insats

Strategi: Underhåll insatsen genom till exempel stöd till varierad finansiering och extern utvärdering.

Att tillämpa CRM i praktiken handlar i huvudsak om att ställa frågor till berörda i organisationen. Svaren poängsätts utifrån vilka steg (steg 1=1 poäng, steg 2=2 poäng, osv, se faktaruta 1) organisationen placerar sig på inom följande sex dimensioner:

- Organisationens insatser inom det aktuella området.
- Organisationens kännedom om insatserna.
- Ledarskap.
- Arbetsklimat.
- Organisationens kunskap inom det aktuella området.
- Resurser för insatser.

Intervjuer genomförs och poängen sammanställs, både per dimension och totalt. Om en organisation till exempel inte har några insatser eller inte

känner till några insatser inom ett specifikt område befinner sig organisationen på steg 1 eller 2 (ingen eller låg medvetenhet om problemet eller möjliga lösningar) när det gäller dimensionerna Organisationens insatser inom det aktuella området och Organisationens kännedom om insatserna. Om organisationen placerar sig på till exempel steg 3 (viss medvetenhet om problemet) eller steg 4 (planering för att lösa problemet) när det gäller dimensionerna Ledarskap, Arbetsklimat och Kunskap inom det aktuella området, så blir den sammanlagda poängen för beredskap för förändring inom det specifika området högre. Om den slutliga poängen landar på till exempel 3 betyder det att organisationen har en viss medvetenhet om problemet och dess möjliga lösningar. Strategin blir då att öka medvetenheten om att problemet finns och att det går att lösa (se faktaruta 1, steg 3). Att känna till organisationens beredskap för förändring underlättar således planeringen av en specifik implementeringsprocess.

CRM kan jämföras med den så kallade förändringsstegsmodellen, *Stages of Change Model* (50), som på individnivå kan avgöra var en individ befinner sig på skalan *överhuvudtaget inte medveten om problemet till stabil beteende-förändring*. Förändringsstegsmodellen underlättar stöd till beteendeförändring på individnivå. På samma sätt kan en organisation "diagnostiseras" med CRM, och när det står klart var i processen organisationen befinner sig kan arbetet anpassas utifrån detta. Det är till exempel ingen idé att försöka implementera en mobbningsförebyggande insats på skolor i en kommun som inte är medveten om att det förekommer mobbning i kommunens skolor. På samma sätt är det 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, det vill säga att en person eller organisation kan bli antingen mer eller mindre redo för förändring. CRM används i Sverige bland annat inom områden som föräldrastöd och tillgänglighetsbegränsning av alkohol (51).

Ledarskap

Ledarskap är en nyckelfaktor för framgångsrik implementering, vilket framhålls i implementeringslitteraturen (1, 38, 52, 53). 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 till exempel utbildningsförvaltningen i en kommun vill införa en ny insats i kommunens skolor, måste förvaltningen få stöd från rektorer och andra lokala skolledare. Annars kommer insatsen troligen inte att användas av lärarna.

Ledare, vare sig de är ordinarie chefer eller projektledare i en specifik implementeringsprocess, har flera viktiga funktioner (52). De ska inte bara skapa förutsättningar för implementering. De ska också samla data, följa processen och återkoppla resultat till de som är involverade i implementeringen (52). I ledarskapet ingår också att ta fram och följa upp mål och att se till att det finns en hållbar budget. Första linjens chefer är oftast de ledare som finns närmast det praktiska implementeringsarbetet, men enligt Aarons och kollegor saknar de ibland förmåga och makt att utveckla ett positivt organisations- och implementeringsklimat (46). I en studie av första linjens chefer inom socialtjänst och äldreomsorg i svenska kommuner visar Mosson och kollegor att cheferna upplevde att de har en nyckelroll vad gäller implementering av evidensbaserade insatser inom sina respektive områden (54). Implementering genomfördes dock ad hoc snarare än systematiskt och cheferna uttryckte ett stort behov av stöd.

Beslut om implementering i kommuner och regioner

Oavsett var i en verksamhet en idé om att introducera något nytt dyker upp, krävs det 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 högre beslutsnivå i verksamheten.

När det gäller stora och generella frågor inom kommuner och regioner är det kommun- respektive 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, till exempel utbildningsnämnden eller hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Det är nödvändigt med stöd på politisk nivå för att genomföra förändringar i demokratiskt styrda organisationer såsom kommuner och regioner. 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 insatsen i sig, de implementeringskomponenter som används, de involverade aktörerna och de omständigheter som råder under tiden för implementeringen (12).

Flera olika faktorer tycks alltså ha betydelse för att implementeringen av en ny insats 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 insats som föreslås är rätt i sammanhanget. Om inte de basala kraven är uppfyllda är det troligen bättre att skjuta upp planerna på implementering. Stödmaterialen [Checklista för implementering med kvalitet](#) och [E-guide implementering](#), som kompletterar den här rapporten, kan utgöra ett stöd i planeringen för att implementera nya insatser.

Det behövs ett behov

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

Vissa insatser är lättare att implementera än andra

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

- 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 (11, 12, 40, 41).

Det är lättare att implementera nya insatser som har tydliga fördelar, till exempel är enklare att använda, är billigare eller mer effektiva än andra insatser. Om en potentiell användare inte kan uppfatta några fördelar med den nya insatsen finns förstås ingen anledning att lägga ner tid och resurser på att byta. Insatser som stämmer överens med rådande individuella, organisatoriska och professionella värderingar och normer är också lättare att implementera. Det kan till exempel vara svårt eller omöjligt att överföra en insats rakt av från ett land till ett annat, eller från en verksamhet till en annan.

Om en insats uppfattas som enkel att använda ökar också sannolikheten för att den ska accepteras och implementeras som planerat. Dessutom är det lättare att implementera insatser som är möjliga att testa i begränsad utsträckning, liksom insatser med observerbara effekter. Insatser inom folkhälsoområdet visar sällan effekter på kort sikt, vilket betyder att den positiva implementeringsaspekten observerbara effekter inte alltid gäller här.

Vidare underlättas processen om insatsen 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 insats. Men resurserna är troligen knappare när den nya insatsen, som kan ha fungerat bra under en projekttid, ska inordnas i ordinarie verksamhet. Om det då finns möjlighet att göra anpassningar utifrån lokala förhållanden kan den nya insatsen implementeras med tillräckligt gott resultat, trots knappare resurser. Det gäller dock att vara uppmärksam på att förändringen inte blir så långtgående att insatsen förändras på ett avgörande sätt, för i så fall kan de förväntade effekterna utebli. Anpassningen till lokala omständigheter måste alltså balanseras mot aspekten programföljsamhet.

Programföljsamhet

Programföljsamhet handlar om hur väl den ursprungliga insatsen följs i praktiken, och är en viktig komponent i implementeringsprocesser (39, 55-58). Anpassningar kan innebära att man frångår den ursprungliga och utvärderade insatsen. Därför är det viktigt att försöka identifiera och beskriva de så kallade kärnkomponenterna, det vill säga de komponenter som bidrar till det förväntade resultatet. Hasson och von Thiele Schwarz beskriver kärnkomponenter som de ingredienser som krävs för att nyttan ska uppnås (34). Om man frångår grundprinciperna för insatsen, till exempel genom att halvera antalet träffar i ett strukturerat föräldrastödsprogram eller anordna digitala i stället för fysiska träffar i en verksamhet som erbjuder socialt stöd till en viss grupp, kan man kanske inte räkna med att uppnå önskat resultat. Samtidigt som de viktigaste komponenterna inte får uteslutas eller förändras måste ibland en ny insats anpassas till lokala förutsättningar för att implementeringen ska lyckas. Detta är i praktiken en svår balansgång.

Implementeringen av metoden Ansvarsfull alkoholserving kan exemplifiera bristande programföljsamhet. En utvärdering visade att alkoholrelaterade våldsbrott minskade med 29 procent när metoden Ansvarsfull alkoholserving användes i Stockholm (59). Senare genomfördes en implementeringsstudie för att undersöka i vilken utsträckning metoden användes i landets kommuner (55). 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 metodens tre huvudkomponenter utbildning, tillsyn och samverkan. I implementeringsstudien framkom en lägre minskning av alkoholrelaterade våldsbrott än i originalstudien (9 procent). Orsaken till detta kan vara att alla komponenter i metoden inte användes (60). Detta visar dels att det kan vara svårt att fullt ut använda en metod som har utarbetats inom forskningen i praktiskt vardagsarbete, dels att graden av programföljsamhet kan påverka resultatet.

Implementeringskomponenter

När en lämplig insats omsorgsfullt har valts utifrån identifierade behov och med hänsyn till ovanstående aspekter är det dags att planera själva genomförandet, förslagsvis med hjälp av en implementeringsplan. Det som ofta erbjuds när en ny insats ska introduceras är muntlig och skriftlig information. Dessa har dock, som enskilda komponenter, svagt stöd i

implementeringslitteraturen (5, 34, 61). Ofullständigt eller felaktigt material, inadekvat distribution av materialet, brist på utbildad och intresserad personal, brist på stöd och otillräcklig utvärdering minskar naturligtvis också möjligheterna till framgångsrik implementering (61).

Men det finns trots allt goda möjligheter att sätta nya insatser i verket. Forskning har visat att resultatet kan bli bättre om flera implementeringskomponenter kombineras, till exempel att distribuera riktlinjer för nya rutiner, erbjuda utbildning, praktisk träning, coaching, återkoppling och möjlighet till konsultation (1, 5, 61, 62). Att identifiera hindrande respektive främjande faktorer för implementering och välja rätt strategier för att hantera dem är också viktigt (34). Det är en fördel om de som ska sköta den faktiska implementeringen av en ny insats 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 (40).

Omständigheter i verksamheten, organisationen eller samhället i stort, till exempel politiska, ekonomiska eller organisatoriska förändringar, kan också påverka en implementeringsprocess.

Skillnaden mellan insats och implementering

När man har bestämt sig för att implementera en ny insats eller ett nytt arbetssätt är det en bra början att göra klart för sig vilka delar som tillhör själva insatsen och vilka delar som handlar om implementeringsprocessen. Då ökar möjligheterna att urskilja var problemen ligger om de tänkta effekterna uteblir. Om uteblivna effekter beror på att en specifik insats 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 göra att de förväntade effekterna av den nya insatsen uppnås.

För att kunna bedöma i vilken utsträckning en implementering har lyckats måste det alltså gå att skilja insatsen från implementeringen. Med andra ord måste man klargöra och särskilja *interventionsprocesser* och *interventionsutfall* från *implementeringsprocesser* och *implementeringsutfall* (5, 40).

En ny insats 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 föräldragruppsledare, tio träffar under fem veckor, hemuppgifter och skriftligt

material till föräldrarna. Insatsen 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 kostnadseffektivitet.

På samma sätt måste själva implementeringen av den nya insatsen 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 utförandet, det vill säga hos de praktiker som ska använda den nya insatsen. Ett sätt är att mäta hur många som har utbildats och hur många som aktivt använder insatsen efter avslutad utbildning. Viktiga utfall vid utvärdering av en implementeringsprocess är också förändringar i kunskapsnivå, professionellt beteende och organisatoriska rutiner.

Det samlade resultatet av insatsens effektivitet *och* implementeringsprocessens genomförande ger alltså det slutliga utfallet, till exempel beteendeförändring hos barn till föräldrar som deltagit i ett föräldrastödsprogram, eller ändrade tobaksvanor hos elever i en skola som har infört en ny tobaks- och nikotinpolicy.

Vid implementering av komplexa insatser gäller egentligen samma sak som vid implementering av mer avgränsade insatser – men det blir lite svårare. Man kanske måste bryta ner både insatsen och implementeringsprocessen i mindre delar för att urskilja vad som är vad, och därmed vad som är möjligt att följa upp. Med ett exempel från skolans värld skulle *insatsen* kunna vara en mobbningsförebyggande policy med flera olika komponenter, till exempel ett konkret utbildningsmaterial för all personal och tydligt beskrivna åtgärder då mobbning förekommit. *Implementeringen* skulle i sin tur kunna bestå av praktiskt stöd för att det mobbningsförebyggande arbetet faktiskt ska kunna genomföras, till exempel att ta fram en plan och utse ansvariga för genomförandet. Man kanske skulle behöva lägga om scheman, ordna utbildningstillfällen och se till att implementeringen av det mobbningsförebyggande arbetet följs upp.

Ramverk för implementering med kvalitet

”Classic studies indicate that it takes 17–20 years to get clinical innovations into practice.” (31).

Flera decenniers implementeringsforskning har resulterat i ett antal teorier, modeller och ramverk inom området (4). Meyers och medarbetare har i en litteraturöversikt identifierat 25 teoretiska ramverk för implementering (1). Genom att sammanställa centrala komponenter från dessa ramverk har forskarna fått fram fyra övergripande faser och 14 kritiska steg för att planera, bedöma och lyckas med implementeringsprocesser. Det nya ramverket benämndes *Quality Implementation Framework* (QIF) (se faktaruta 2). QIF tar, enligt författarna, implementeringsforskningen ett steg vidare genom att fokusera på konkreta aktiviteter för att uppnå implementering av god kvalitet. Meyers och medarbetare har kompletterat QIF med ett verktyg för implementering (*Quality Implementation Tool*, QIT) (63). Vi har i den svenska versionen av ramverket översatt *Quality Implementation Framework* till *Ramverk för implementering med kvalitet*.

I det här kapitlet beskriver vi 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, det vill säga 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.

Faktaruta 2. Ramverk för implementering med kvalitet.

Observera att de första tio stegen handlar om att noggrant bedöma om den föreslagna insatsen fyller ett faktiskt behov, om den passar i, eller kan anpassas till, verksamhetens förutsättningar.

Fas 1. Initial bedömning

Steg 1. Beskriv behovet - varför gör vi detta?

Steg 2. Bedöm insatsen* - passar den nya insatsen vår verksamhet, vår kultur, våra behov och värderingar?

Steg 3. Bedöm beredskap för förändring - är vår verksamhet redo för den nya insatsen och är vi redo för förändring?

Steg 4. Bedöm behovet av att anpassa insatsen - bör och kan vi anpassa den nya insatsen till vår organisation?

Steg 5. Bedöm behovet av att anpassa verksamheten - behöver vi stärka infrastrukturen, motivationen eller kunskapsnivån?

Steg 6. Bedöm det organisatoriska stödet - har den nya insatsen stöd från centrala aktörer i verksamheten?

Steg 7. Utse implementerare - har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken?

Steg 8. Utbilda implementerare - kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning?

Fas 1 och det 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

Steg 9. Utse ansvariga för implementeringsprocessen - utse organisatoriskt ansvariga och specificera roller och ansvar.

Steg 10. Ta fram en implementeringsplan - planen bör beskriva konkreta uppgifter och tid för genomförande, även på lång sikt.

Observera att det är först den tredje fasen som handlar om faktisk implementering.

Fas 3. Genomförande

Steg 11. Erbjud stöd till implementerarna.

Steg 12. Följ upp implementeringen.

Steg 13. Ge återkoppling till alla involverade.

Fas 4. Lärdomar och förbättringar

Steg 14. Lärdomar att ta med i nästa implementeringsprocess.

* Begreppet insats innefattar här nya arbetssätt, förhållningssätt, metoder eller produkter, kort sagt, det man vill förändra. Även nya delar i ett pågående arbete kan komma ifråga för implementering.

Fyra inledande frågor

Flera olika faktorer spelar roll för att implementeringen av en ny insats 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 insats som föreslås är rätt i sammanhanget. Att besvara de fyra frågorna nedan är därför en bra början – och en förutsättning för att bedöma om en implementeringsprocess överhuvudtaget ska inledas.

1. Vilket behov har identifierats?

Beskriv vilket behov som ska mötas, till exempel att minska andelen unga som röker eller att öka andelen som är fysiskt aktiva i befolkningen.

2. Vilken insats ska (eventuellt) implementeras?

Ange vilken insats som ska möta behovet. Begreppet insats innefattar här till exempel nya arbetssätt, förhållningssätt, metoder eller produkter, kort sagt, det man vill förändra. Även nya delar i ett pågående arbete kan ingå här.

3. I vilken mån finns det stöd för att insatsen kan möta behovet?

Beskriv vilket kunskapsstöd som underbygger valet av insats, exempelvis med referens till en relevant rapport, riktlinje, utvärdering eller vetenskaplig artikel.

4. Var ska implementeringen ske?

Etablera platsen för var implementeringen ska ske, geografiskt eller organisatoriskt. En implementeringsprocess kan genomföras helt eller delvis i den egna organisationen eller i samverkan med andra organisationer.

Fas 1. Initial bedömning

Den första fasen i ramverket för implementering med kvalitet handlar om att noggrant bedöma om den föreslagna insatsen fyller ett faktiskt behov och om den passar i, eller kan anpassas till, verksamheten (exempelvis kommun, region, länsstyrelse, myndighet eller annan organisation). Här görs alltså en mer grundlig bedömning än i de fyra inledande frågorna. Fas 1 består av åtta steg som vart och ett innehåller frågor som besvaras efter bästa förhållande innan man går vidare till fas 2. Frågorna finns i det digitala verktyget [Checklista för implementering med kvalitet](#).

De frågor som inte kan besvaras på ett tillräckligt konkret sätt visar var det finns frågetecken eller svagheter som behöver hanteras innan man fortsätter till nästa fas. Ibland går man inte ”i mål”. Svaren på frågorna i fas 1 kan visa att verksamheten faktiskt inte behöver den föreslagna insatsen, eller att verksamheten inte är redo, i alla fall inte just nu. Man kan då bestämma sig för att på goda grunder avbryta eller pausa arbetet eftersom viktiga aspekter i implementeringsprocessen inte har uppfyllts.

Steg 1: Beskriv behovet - varför gör vi detta?

Med ”vi” menas den eller de som planerar implementeringsprocessen och arbetar med checklistan, men inte nödvändigtvis de som ska använda den nya insatsen.

I steg 1 görs en grundlig bedömning av behoven. Vem eller vilka skulle vinna på en implementering av den nya insatsen? Kanske kan en översikt över verksamheten och andra involverade aktörer vara till hjälp här. Om de som ska genomföra en implementering inte anser att insatsen behövs finns det sannolikt bara två alternativ: antingen att höja motivationen och förståelsen av värdet av den föreslagna förändringen, eller att avbryta implementeringsprocessen. Att tidigt involvera de som ska genomföra implementeringen, dvs. de vi här kallar implementerarna, kan bidra till att höja motivationen.

Steg 2: Bedöm insatsen - passar den nya insatsen vår verksamhet, vår kultur, våra behov och värderingar?

I steg 2 bedöms hur väl den nya insatsen passar in i verksamheten. Det handlar till exempel om att det nya bör stämma med verksamhetens kultur, värderingar och visioner, det vill säga kontexten. Eftersom politiska

värderingar och prioriteringar varierar, kan en specifik insats ”passa” i en tid och en kontext men inte i en annan. Det nya måste också stämma med användarnas och de slutliga mottagarnas behov och värderingar.

Steg 3: Bedöm beredskap för förändring - är vår verksamhet redo för den nya insatsen, och är vi redo för förändring?

I steg 3 bedöms om verksamheten är ”redo” för den nya insatsen. Finns viljan och medlen, i form av exempelvis tillräckliga resurser, kunskap och motivation? I en organisation finns ofta flera nivåer, olika roller och verksamheter. Ibland är den verksamhet som ska genomföra den faktiska implementeringen inte ens en del av den egna organisationen.

Steg 4: Bedöm behovet av att anpassa *insatsen* - bör och kan vi anpassa den nya insatsen till vår organisation?

I steg 4 bedöms om den nya insatsen kan och bör anpassas innan en eventuell implementeringsprocess inleds. Anpassning kan exempelvis handla om att förenkla eller avgränsa en omfattande eller komplex insats så att den blir mer hanterbar för de som ska genomföra implementeringen i praktiken, det vill säga implementerarna. Det är då viktigt att inte ”anpassa bort” de delar i en insats som antas ge effekt. Eventuella anpassningar bör följas och dokumenteras.

Steg 5: Bedöm behovet av att anpassa *verksamheten* - behöver vi stärka infrastrukturen, motivationen eller kunskapsnivån?

I steg 5 ses den organisatoriska kapaciteten över. Kan verksamheten anpassas avseende infrastruktur, motivation och kunskapsnivå? Och finns det i så fall resurser för detta? Om det inte finns stöd och motivation för implementeringen kan man behöva fundera på om det är värt att gå vidare.

Steg 6: Bedöm det organisatoriska stödet - har den nya insatsen ett stöd från centrala aktörer i verksamheten?

Steg 6 handlar om att bedöma om det finns ett stödjande klimat i organisationen för att implementera det nya. I detta steg ingår att försäkra sig om att det finns stöd från beslutsfattare och att relevanta aktörer är positiva till implementeringsprocessen och upplever att det nya är ”värt besväret”. Om det finns extra drivande aktörer är det bra att fundera på hur dessa skulle kunna användas som resurser, men också vad som händer om de lämnar verksamheten. Det är också viktigt att bedöma behovet av resurser, både

vad gäller tid, pengar och personal. Här är det alltså viktigt att identifiera hindrande såväl som främjande faktorer för implementering.

Steg 7: Utse implementerare - har vi identifierat vilka som genomför implementeringen i praktiken?

I steg 7 gäller det att identifiera och rekrytera de som ska genomföra implementeringen i praktiken – implementerarna - samt de personer som ska fungera som deras stöd. Implementerarna behöver förstå fördelarna med den nya insatsen i sig, veta hur den ska användas och ha kompetens att använda den. De personer, interna eller externa, som ska ge stöd till implementerarna bör också ha kunskap om och förstå värdet av den nya insatsen, samt ha kunskap om implementeringsprocesser och uppföljning.

Steg 8: Utbilda implementerare - kan vi erbjuda tillräcklig utbildning och träning?

Steg 8, det sista steget i fas 1, handlar om praktisk träning. De som ska genomföra implementeringen kan behöva utbildning och praktisk träning, som följs upp med fortsatt stöd och handledning så länge det behövs. Verksamheten måste alltså kunna erbjuda träning och kompetenshöjande åtgärder så att de som ska genomföra implementeringen känner sig kunniga och trygga i det nya.

Fas 1 och de första åtta stegen handlar alltså helt 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 implementeringen av det nya. Den nya insatsens ”överlevnad” på lång sikt bör också ingå i implementeringsplanen. En insats uppfattas som institutionaliserad, dvs. helt integrerad i ordinarie verksamhet, först när personalomsättning, interna och externa omorganisationer, politiska förändringar, nya finansieringsformer etc. inte påverkar insatsen. Innan fas 2 avslutas bör det finnas en tydlig plan över vad som ska hända och när, samt vem eller vilka som ansvarar för olika delar av implementeringsprocessen.

Steg 9: Utse ansvariga för implementeringsprocessen

I steg 9 skapas en arbetsgrupp med tydligt ansvar och mandat att planera, genomföra och följa upp implementeringsprocessen. Inom teamet utses organisatoriskt ansvariga och stödpersoner för olika delar i arbetet och roller och ansvar specificeras. Observera att implementeringsteamet ansvarar för implementeringsprocessen, men sällan för att *använda* den nya insatsen (se steg 11). Deltagarna i implementeringsteamet bör vara väl insatta i behovet och förstå varför den nya insatsen behövs. Det är också en fördel om implementeringsteamet har ett starkt förtroende inom verksamheten.

Steg 10: Ta fram en implementeringsplan

I steg 10 tas en implementeringsplan fram som beskriver konkreta uppgifter och tid för genomförande, även på lång sikt. Här beskrivs vilka olika delar som ingår i implementeringsprocessen, när de ska vara klara och vem som ansvarar för att det ska bli gjort. I planen tydliggörs också vad som kan behöva komma på plats innan implementeringen av den nya insatsen inleds, exempelvis att personal kan behöva utbildning och träning och att verktyg och lokala rutiner måste utarbetas. Hur uppföljning ska ske bör också tas upp i implementeringsplanen.

■ Fas 3. Genomförande

Först den tredje fasen i ramverket för implementering med kvalitet handlar om genomförande, det vill säga den konkreta implementeringen. Struktur och stöd för arbetet är viktiga delar i denna fas, liksom praktiskt och tekniskt stöd till genomförarna, uppföljning av implementeringsprocessen och återkoppling till alla involverade.

Steg 11: Erbjud stöd till implementerarna

Steg 11 innefattar konkret stöd under genomförandet. Det kan handla om handledning och tekniskt stöd eller att ta fram material och lägga om scheman. Det kan också handla om nyupptäckta behov av utbildning och träning eller fortsatt anpassning av den nya insatsen.

Steg 12: Följ upp implementeringen

I steg 12 följs implementeringsprocessen upp. 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.

Steg 13: Ge återkoppling till alla involverade

Steg 13 handlar om att kontinuerligt återkoppla resultat från uppföljningen av implementeringsprocessen till alla involverade. Ofta är många inblandade i en implementeringsprocess, till exempel beslutsfattare, administratörer, praktiker och stödfunktioner, och då kan återkopplingen behöva ske på flera olika sätt och vid olika tidpunkter.

■ Fas 4. Lärdomar och förbättringar

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

Steg 14: Lärdomar att ta med till nästa implementeringsprocess

Steg 14 handlar om att lära för framtiden. Vilka lärdomar kan tas med från denna implementeringsprocess till framtida implementeringar?

Forskningen är ganska enig

Folkhälsomyndigheten har genomfört två kartläggande litteraturöversikter, 2016 respektive 2023, med fokus på implementeringsramverket *Quality Implementation Framework* (QIF). Litteratursökningarna resulterade i tio relevanta artiklar 2016, respektive 16 relevanta artiklar 2023 (se metodbeskrivning på sidan 52). De studier som identifierades i Folkhälsomyndighetens litteraturöversikter uppvisar stor samstämmighet med QIF (se tabell 2). Alla studierna i båda litteraturöversikterna (2016 respektive 2023) har identifierat aspekter som kan placeras in i QIF. Tolv av de fjorton stegen i ramverket stöds av minst fem av de tio studierna från 2016 och av minst tio av 16 studier från 2023. Ingen av studierna, vare sig från 2016 eller från 2023, talar emot innehållet i ramverket.

Tabell 2. Sammanställning av i vilken utsträckning de kompletterande studierna stödjer stegen i Quality Implementation Framework (QIF).

Steg i QIF	Stöd från antal kompletterande studier 2016 (totalt 10 studier)	Stöd från antal kompletterande studier 2023 (totalt 16 studier)
Steg 1	7/10	16/16
Steg 2	9/10	15/16
Steg 3	7/10	14/16
Steg 4	4/10	13/16
Steg 5	7/10	15/16
Steg 6	8/10	15/16
Steg 7	5/10	7/16
Steg 8	5/10	11/16
Steg 9	8/10	13/16
Steg 10	6/10	12/16
Steg 11	10/10	10/16
Steg 12	10/10	14/16
Steg 13	10/10	15/16
Steg 14	4/10	6/16

I litteratursökningen 2023 framkom också att QIF och *Quality Implementation Tool* (QIT) använts i interventionsstudier inom många olika områden, till exempel screening av tandhälsa på hjärtkliniker för barn (64), digital rapportering av symtom från dialyspatienter (65), planering av klinisk praktik för studenter inom olika vårdutbildningar (66) och utvärdering av ett psykisk hälsa- och välmåendeprojekt riktat till barn och unga ”där de finns” (67). De studier av så kallade action models (till exempel QIF) användbarhet som Westerlund och kollegor efterlyste 2019 (21) börjar alltså synas i den vetenskapliga litteraturen.

I de kompletterande litteraturöversikterna ingick även sökningar på National Implementation Research Network (NIRN) (<http://nirn.fpg.unc.edu/>). NIRN publicerade år 2005 rapporten *Implementation research: A synthesis of the literature* (5). Denna rapport fick mycket stor spridning och är en av implementeringsmodellerna i QIF.

I flera av de kompletterande studierna från litteraturöversikterna 2016 respektive 2023 har vissa aspekter i Meyers ramverk QIF utvecklats. En del nya aspekter har också identifierats. Nedan ges några exempel på nya eller utvecklade aspekter.

Fokus på vetenskapligt stöd

Armstrong och medarbetare tar upp evidensinformerat beslutsfattande (Evidence informed decision making) som en viktig del i implementeringsprocesser (68). Detta kan kort sammanfattas som ökad tillgång till vetenskapligt underbyggd kunskap, liksom förmåga att använda sådan kunskap för lokalt beslutsfattande. Men, som Spoth och medarbetare skriver, det är inte säkert att forskare, beslutsfattare och praktiker har samma syn på vad gradering av evidens betyder och hur evidens bör bedömas (69). Därför är det viktigt att olika kanaler för informationsspridning, till exempel webbplatser, rapporter och faktablad, anger vilka kriterier som har använts för att bedöma den vetenskapliga kvaliteten på den information som ges. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten är exempel på myndigheter som sammanställer internationell forskning på svenska, både i rapporter och i kortare och mer lättillgängligt material, till exempel webbtexter och faktablad.

Fokus på insatsen

I flera av de kompletterande studierna behandlas frågor som specifikt rör insatsen som är föremål för implementering. Flera studier fördjupar sig

också i området programföljsamhet (62, 70-72), det vill säga hur väl den ursprungliga insatsen följs i praktiken. Programföljsamhet är en aspekt som hänger nära samman med anpassningsbarhet. Programföljsamhet mäts och rapporteras dock sällan i vetenskapliga studier. Durlak och DuPre har i en litteraturöversikt med nära 500 publicerade vetenskapliga artiklar visat att endast 59 av dessa studier bedömde sambandet mellan programföljsamhet och effekter (62). Drygt 75 procent av de 59 studierna rapporterade att programföljsamhet hade en signifikant positiv effekt på utfallet. Albers och medarbetare lyfter begreppet *implementering med hög programföljsamhet* (eng. high-fidelity implementation) (71). Programföljsamheten kan förbättras genom att till exempel identifiera de komponenter i en insats som antas ge effekt (70), göra lokala besök en viss tid efter att en ny insats har introducerats i verksamheten (68) och bedöma konkret prestation (38). Vikten av programföljsamhet måste dock balanseras mot vikten av anpassningsbarhet. En absolut programföljsamhet kan hämma möjligheterna till implementering (73). Det kan vara så att en insats som tagits fram under optimala förhållanden, till exempel i ett väl planerat och finansierat utvecklingsarbete, blir för komplicerad eller för dyr att använda i ordinarie verksamhet. Här är det, som alltid, viktigt att titta på mottagarnas behov och förutsättningar.

Fokus på långsiktig hållbarhet

”We suggest that implementation efforts begin with sustainment in mind.” (57).

Många studier lyfter specifikt vikten av långsiktig hållbarhet (eng. sustainability) (26, 27, 56, 57, 74). Flera studier framhåller att planering och aktiviteter för långsiktig hållbarhet måste ingå från första början, både avseende finansiering och metodstöd (27, 56, 57, 74). Rusch och medarbetare föreslår att en specifik plan med fokus på långsiktig hållbarhet tas fram (56).

Spoth och medarbetare lyfter följande frågor som ett stöd i planeringen av långsiktig hållbarhet (69):

- 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 kan 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 när 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 implementerarna för tidigt. Man bör alltså från början fundera över hur en ny insats ska förvaltas på lång sikt och i ordinarie verksamhet. Van Dyke och Naoom beskriver lyckad implementering på lång sikt som den fas då alla komponenter i implementeringsprocessen är integrerade i verksamheten och fungerar på det sätt som det var tänkt (39). Verksamheten är då anpassad till det nya arbetssättet eller den nya insatsen, personalen har kunskap och kompetens och det nya har blivit rutin.

Fokus på data i beslutsprocesser

Van Dyke och Naoom betonar vikten av att använda datadrivet beslutsfattande och kvalitetssäkring (39). Datadrivet beslutsfattande innebär att använda fakta, mätvärden och data för att fatta strategiska beslut som är i linje med verksamhetens mål. En implementeringsprocess underlättas av tillgång till IT-stödssystem som löpande kan stödja beslut och fortsatt arbete. För att stödja verksamheterna och undvika att parallella system utarbetas bör centralt IT-stöd erbjudas. Gemensamma system ger säkrare kvalitet och möjliggör jämförelser (39).

Fokus på engagemang, processer och problemlösning

Engagemang är centralt i implementeringsprocesser. Som Lu och medarbetare skriver: *stakeholder engagement sits at the core of successful implementation*, och alla som på något sätt är berörda av implementeringen är *stakeholders* (75). Viktigt för att skapa engagemang är att identifiera vem eller vilka som ska implementera, vad som ska implementeras och hur detta kan vara av intresse för den berörda aktören. Lu och medarbetare lyfter också vikten av att tidigt beskriva processen (eng. process mapping) och skapa möjligheter och motivation för att lösa problem längs vägen (eng. problem solving). Sammantaget beskriver forskarna att motiverade aktörer behöver arbeta tillsammans för att engagera intressenter, förstå arbetsprocesser och överkomma barriärer för att lyckas med implementering (75).

Fokus på komplexitet

Flera studier lyfter den komplexitet som ofta förekommer i implementeringsprocesser, både avseende insats och kontext (22, 24, 26, 27). Pfadenhauer och medarbetare har till exempel utarbetat ramverket

Context and Implementation of Complex Interventions (CICI), som inkluderar geografiska, epidemiologiska, socio-kulturella, socio-ekonomiska, etiska, legala och politiska aspekter (22). Dessa kontextuella aspekter spelar roll för genomförande och plats för implementering. CICI syftar till att förenkla och strukturera komplexiteten vid genomförandet av insatser, för att öka förståelsen för hur implementeringen av en insats kan bli framgångsrik. Pfadenhauer och medarbetare betonar också vikten av noggrann förberedelse och planering och samverkan mellan olika arenor, professioner och nivåer i organisationen (22). Huybrechts och medarbetare lyfter att komplexitet är en bidragande faktor till ett gap mellan forskning och praktisk implementering (26). De har därför tagit fram en modell som kan ligga till grund för mer forskning om utveckling och implementering av komplexa insatser. Kahlil understryker betydelsen av sociala relationer och personalfrågor för att komplexa interventioner ska bli genomförbara i praktiken (27).

Överbryggande faktorer

Moullin och medarbetare lyfter vikten av överbryggande faktorer (eng. bridging factors) i implementeringsprocesser (57). Forskarna undersökte ramverket *Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment* (EPIS) i en systematisk litteraturoversikt. EPIS består av fyra huvudkomponenter: insatsen som ska implementeras, en yttre kontext, en inre kontext och överbryggande faktorer. Den inre kontexten ligger nära insatsen som ska implementeras, det kan till exempel handla om verksamhetens organisation och ledarskap, medan den yttre kontexten handlar om sådant som ligger utanför organisationen, men som ändå kan påverka verksamheten. Överbryggande faktorer sammankopplar den inre och den yttre kontexten och har som mål att få dem att samspela. Att ta hänsyn till överbryggande faktorer kan, enligt Moullin och medarbetare, underlätta en framgångsrik implementering (57). Ett exempel på en överbryggande faktor är ett aktivt samarbete mellan nyckelpersoner i inre respektive yttre kontext i en implementeringsprocess.

National Implementation Research Network (NIRN)

De kompletterande sökningarna på NIRN:s webbplats år 2016 gav också stöd för aspekterna i Meyers ramverk. Detta förvånar inte, eftersom en av NIRN:s nyckelrapporter (5) är en av implementeringsmodellerna i Meyers ramverk för implementering med kvalitet. En uppdatering av NIRN:s rapport i form av en vetenskaplig artikel (38) samt verktyg som stöd i implementeringsprocesser fanns på NIRN:s webbplats 2016. Den upprepade

sökningen på NIRN:s webbplats år 2023 visade att utvecklingen av implementeringsstöd har fortsatt, till exempel med internetbaserade kurser och digitala verktyg.

Det finns numera många teorier och modeller som kan stödja praktisk implementering och implementeringsforskning (4). Folkhälsomyndighetens implementeringsstöd, det vill säga den här rapporten, [Checklista för implementering med kvalitet](#) och [E-guide implementering](#) baseras huvudsakligen på ramverket *Quality Implementation Framework* (1) samt på aspekter som framkommit i de kompletterande kartläggande litteraturöversikterna från 2016 och 2023.

Kort metodbeskrivning

Denna rapport är en uppdatering av *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst*, publicerad av Statens folkhälsoinstitut 2007. Uppdateringen bygger på originalrapporten, implementeringsramverket *Quality Implementation Framework* (1) och två kartläggande litteratur-översikter, genomförda vid Folkhälsomyndigheten 2016 respektive 2023.

Originalmaterialet

Originalrapporten *Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst* bygger huvudsakligen på två litteraturöversikter, *Implementation Research: A Synthesis of the Literature* av Fixsen och medarbetare (5) och *Diffusion of Innovations in Health Service Organisations. A Systematic Literature Review* av Greenhalgh och medarbetare (40).

Ramverk för implementering med kvalitet

Meyers och medarbetare har utvecklat ett ramverk som syftar till att underlätta implementering av nya metoder och arbetssätt (1). Forskarna genomförde en systematisk litteraturöversikt för att identifiera studier som beskriver implementeringsmodeller. De sökte i 6 olika databaser och fick initialt 1 945 träffar. Efter en bedömning av relevans och kvalitet återstod 25 modeller för implementering, varav två beskrevs i två studier vardera. Det fanns många likheter mellan modellerna trots att de hade utvecklats inom olika områden, till exempel hälso- och sjukvården, folkhälsoområdet och utbildningssektorn. Utifrån en sammanställning av modellerna identifierades fyra 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 kallat *The Quality Implementation Framework* (QIF), i denna rapport översatt till *Ramverk för implementering med kvalitet*.

Kartläggande litteraturöversikter

Ramverket för implementering med kvalitet är en central del av denna rapport. Databassökningen som ligger till grund för originalramverket *Quality Implementation framework* (1) avslutades i mitten av 2011. Därför har Folkhälsomyndigheten kompletterat underlaget med två kartläggande litteraturöversikter, i enlighet med *Folkhälsomyndighetens handledning för litteraturöversikter* (76). I det här avsnittet beskriver vi genomförandet av respektive litteraturöversikt. Två separata mer omfattande metodrapporter finns på Folkhälsomyndighetens webbplats.

Kartläggande litteraturöversikt 2016

Den kompletterande litteratursökningen år 2016 gav 1 407 träffar och inkluderade databassökning (Scopus), handsökning, citeringssök och granskning av referenslistor. Efter relevansbedömning av titel och abstract återstod 46 artiklar att läsa i fulltext. Av dessa exkluderades ytterligare 36, framför allt på grund av att de inte redovisade något eller bara ett ofullständigt implementeringsramverk. Slutligen inkluderades följande tio artiklar i analysen:

1. Armstrong 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, 8:121. (68)
2. Berkel et al. Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science* 2011, 12:23–33. (70)
3. Bertram et al. Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. *Research on Social Work Practice* 2015, 25(4) 477–487. (38)
4. Fixsen et al. Statewide Implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children* 2013, 2:213–230. (77)
5. Foster-Fishman and Watson. The ABLe Change Framework: A conceptual and methodological tool for promoting systems change. *American Journal of Community Psychology* 2012, 49:503–516. (78)
6. Gagliardi et al. Developing a checklist for guideline implementation planning: review and synthesis of guideline development and implementation advice. *Implementation Science* 2015, 10:1-9. (79)

7. Harvey 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, 6:96. (80)
8. Metz and Albers. 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, 54:92–96. (74)
9. Spoth 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, 14:319–351. (69)
10. Wandersman et al. 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, 50:445–459. (81)

I alla de kompletterande studierna identifierades aspekter i enlighet med QIF, medan ingen av studierna motsäger innehållet i ramverket. Några av studierna har identifierat och fördjupat sig i aspekter som inte tas upp i QIF.

I den kompletterande kartläggande litteraturoversikten ingick också sökningar på National Implementation Research Network:s webbplats (<http://nirn.fpg.unc.edu/>). NIRN publicerade år 2005 rapporten *Implementation research: A synthesis of the literature* (5). Denna rapport fick mycket stor spridning och är en av implementeringsmodellerna i Meyers ramverk QIF. I den kompletterande databassökningen identifierade vi också en uppdatering av NIRN:s rapport i form av en vetenskaplig artikel (38).

Kartläggande litteraturoversikt 2023

Den kompletterande sökningen år 2023 gav 4 222 träffar och inkluderade databassökning (Scopus), handsökning i vetenskapliga tidskrifter och granskning av referenslistor. Efter relevansbedömning av titel och abstract återstod 265 artiklar att läsa i fulltext. Av dessa exkluderades ytterligare 245, framför allt på grund av att de inte redovisade några eller endast ofullständiga implementeringsramverk. Slutligen inkluderades 20 artiklar i en granskning utifrån Meyers ramverk QIF och efter denna granskning kvarstod följande 16 artiklar:

1. Blanchard et al. The Active Implementation Frameworks: A road-map for advancing implementation of comprehensive medication management in primary care. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2017, 13:922–29. (72)
2. Huybrechts et al. The building blocks of implementation frameworks and models in primary care: A narrative review. *Frontiers in Public Health* 2021, 9. (26)
3. Khalil and Kynoch. Implementation of sustainable complex interventions in health care services: the triple C model. *BMC Health Services Research* 2021, 21:143. (27)
4. King et al. Planning for implementation success using RE-AIM and CFIR frameworks: A qualitative study. *Frontiers in Public Health* 2020, 8. (58)
5. Lu et al. Implementation strategies for frontline healthcare professionals: People, process mapping, and problem solving. *Journal of General Internal Medicine* 2021, 6:506–510. (75)
6. Merlo et al. Applying an implementation framework to the use of evidence from economic evaluations in making healthcare decisions. *Applied Health Economics and Health Policy* 2019, 17:533–543. (82)
7. Moullin et al. Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. *Implementation Science* 2019, 14:1. (57)
8. Peters et al. Facilitating guideline implementation in primary health care practices. *Journal of Primary Care & Community Health* Volume 2020, 11:1–9. (83)
9. Pfadenhauer et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science* 2017, 12:21. (22)
10. Pollastri et al. The value of implementation frameworks: Using the active implementation frameworks to guide system-wide implementation of Collaborative Problem Solving. *Journal of Community Psychology* 2020, 48:1114–1131. (84)
11. Rusch et al. A roadmap to inform the implementation of evidence-based collaborative care interventions in communities: Insights from the Michigan Mental Health Integration Partnership. *Frontiers in Public Health* 2021:9. (56)

12. Shoemaker et al. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2017, 13:905-913. (25)
13. Tucker et al. Implementation science: Application of evidence-based practice models to improve healthcare quality. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2021, 18(2):76–84. (85)
14. Van Dyke and Naoom. The critical role of state agencies in the age of evidence-based approaches: The challenge of new expectations. *Journal of Evidence-Informed Social Work* 2016, 13:45–58. (39)
15. Vincenten et al. Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems – a model. *Central European Journal of Public Health* 2019, 27(3):198–203. (24)
16. Weeks. Important factors for evidence-based implementation in child welfare settings: A systematic review. *Journal of Evidence-Based Social Work* 2021, 18(2):129–154. (73)

I alla de kompletterande studierna identifierade vi aspekter i enlighet med QIF, medan ingen av studierna motsade innehållet i ramverket. Några av studierna har identifierat och fördjupat sig i aspekter som inte tas upp i QIF.

Den upprepade sökningen på NIRN:s webbsida år 2023 visade fortsatt utveckling av implementeringsstöd, till exempel internetbaserade kurser och digitala verktyg.

Referenser

1. Meyers D, Durlak J, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol.* 2012;50(3-4):462-80. doi:10.1007/s10464-012-9522-x.
2. Folkhälsomyndigheten. Modeller för folkhälsoarbete [Internet]. Solna: Folkhälsomyndigheten; 2022 [citerad 13 mars]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/en-god-och-jamlik-halsa-pa-alla-nivaer/tema-folkhalsa/verktyg-och-stod/planera-implementera-och-driva-projekt/>
3. Rabin B, Brownson R, Haire-Joshu D, Kreuter M, Weaver N. A glossary for dissemination and implementation research in Health JPHMP. 2008;14(2):117-23.
4. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10(1):1-13. doi:10.1186/s13012-015-0242-0.
5. 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. FMHI Publication; 231.
6. Bauer MS, Kirchner, JA. Implement sci: What is it and why should I care? *Psychiatry Res.* 2020;283(112376). doi:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.025>.
7. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 2006;1(1):1-3. doi:10.1186/1748-5908-1-1.
8. Eccles M, Armstrong D, Baker R, Cleary K, Davies H, Davies S, et al. An implementation research agenda. *Implement Sci.* 2009;4(1):18. doi:10.1186/1748-5908-4-18.
9. Grimshaw J, Eccles M, Lavis J, Hill S, Squires J. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci.* 2012;7(1):50. doi:10.1186/1748-5908-7-50.
10. Schäfer Elinder L, Kwak L. *Evidensbaserat folkhälsoarbete.* Lund: Studentlitteratur; 2014.

11. Rogers E. *Diffusion of Innovations*. 5 uppl. London: Free Press; 2003.
12. 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.
13. Nilsen P. *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB; 2014.
14. Socialstyrelsen. *Om implementering*. Stockholm: Socialstyrelsen. 2012.
15. Comroe JH, Dripps RD. Scientific basis for the support of biomedical science. *Science*. 1976;192:105-11.
16. 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. <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VBF-4D48X7T-4/2/5c0407e9c82c92f0cc8639a3f4772b50>
17. Berwick DM. Disseminating innovations in health care. *JAMA*. 2003;289(15):1969-75. doi:10.1001/jama.289.15.1969.
18. 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. *Int J Epidemiol*. 2005;34(4):874-87. doi:10.1093/ije/dyi088.
19. 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).
20. 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 Paediatr Scand*. 1997;86:963-8.
21. Westerlund A, Sundberg, L., Nilsen, P. Implementation of implementation science knowledge: The research-practice gap paradox. *Worldviews Evid Based Nurs* 2019;Oct;16(5):332-4. doi: 10.1111/wvn.12403.
22. Pfadenhauer LM, Gerhardus, A., Mozygemba, K., Bakke Lysdahl, K., Booth, A., Hofmann, B., et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex

- Interventions (CICI) framework. *Implement Sci.* 2017;12(21). doi 10.1186/s13012-017-0552-5.
23. Brownson RC, Kumanyika SK, Kreuter MW, Haire-Joshu D. Implementation science should give higher priority to health equity. *Implement Sci.* 2021;16(1). doi 10.1186/s13012-021-01097-0.
 24. Vincenten J, Morag Mackay J, Schröder-Bäck P, Schloemer T, Brand H. Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems – A model. *Cent Eur J Public Health.* 2019;27(3):198-203. doi: 10.21101/cejph.a5234.
 25. Shoemaker SJ, Curran GM, Swan H, Teeter BS, Thomas J. Application of the Consolidated Framework for Implementation Research to community pharmacy: A framework for implementation research on pharmacy services. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(5):905-13. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.06.001.
 26. Huybrechts I, Declercq A, Verté E, Raeymaeckers P, Anthierens S. The building blocks of implementation frameworks and models in primary care: A narrative review. *Frontiers in Public Health.* 2021;9. doi: 10.3389/fpubh.2021.675171.
 27. Khalil H, Kynoch, K. Implementation of sustainable complex interventions in health care services: the triple C model. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(143). doi.org/10.1186/s12913-021-06115-x.
 28. Albers B, Hög H, Månsson H. *Implementering. Fra viden til praksis på børne- og ungeområdet.* Denmark: Dansk Psykologisk Forlag; 2015.
 29. Internetstiftelsen. *Svenskarna och internet 2019.* Internetstiftelsen; 2019 [citerad 3 maj 2023]. Hämtad från: <https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2019/>
 30. 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.
 31. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *JRSM.* 2011;104(12):510-20. doi: 10.1258/jrsm.2011.110180.

32. 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. 48.
33. 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.
34. Hasson H, von Thiele Schwarz, U. Implementeringsboken. Så inför du nytt som gör nytta. Stockholm: Natur & Kultur; 2023.
35. Albers B, Hateley-Browne J, Steele T, Rose V, Shlonsky A, Mildon R. The early implementation of FFT-CW[®], MST-Psychiatric[®], and SafeCare[®] in Australia. *Res Soc Work Pract.* 2020;30(6):658-77. doi: 10.1177/1049731520908326.
36. Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2021. Årsrapport. Folkhälsomyndigheten; 2022.
37. Folkhälsomyndigheten. Ett rökfritt Sverige. Sammanfattning av lägesrapport ett rökfritt Sverige 2025 [faktablad]. Folkhälsomyndigheten; 2020.
38. Bertram RM, Blase KA, Fixsen DL. Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. *Res Soc Work Pract.* 2015;25(4):477-87. doi:10.1177/1049731514537687.
39. Van Dyke MK, Naom SF. The critical role of state agencies in the age of evidence-based approaches: The challenge of new expectations. *J Evid Inf Soc Work.* 2016;13(1):45-58. doi: 10.1080/15433714.2014.942021.
40. 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.
41. 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.
42. Doumit G, Wright F, Graham I, Smith A, Grimshaw J. Opinion leaders and changes over time: a survey. *Implemen Sci.* 2011;6(1):117. doi: 10.1186/1748-5908-6-117.

43. Guldbrandsson K, Nordvik MK, Bremberg S. Opinion leaders in child health promotion identified by network analysis, Sweden 2008. 3rd European Public Health Conference; Amsterdam, Netherlands: EJPH; 2010. s. 246.
44. Nordvik MK. Contagious Interactions: Essays on social and epidemiological networks [doktorsavhandling]. Stockholm: Stockholm University; 2008.
45. 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.
46. 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.
47. Weiner B. What is organizational readiness for change and why does it matter? I: Nilsen P, Birken, S.A., redaktörer. Handbook on Implementation Science. Cheltenham, UK and Northampton, MA, USA: Edward Elgar Publishing; 2020. s. 215-32.
48. Watson AK, Hernandez BF, Kolodny-Goetz J, Walker TJ, Lamont A, et al. Using implementation mapping to build organizational readiness. *Front Public Health*. 2022;10. doi 10.3389/fpubh.2022.904652.
49. Edwards RW, Jumper-Thurman P, Plested BA, Oetting ER, Swanson L. Community readiness: Research to practice. *J. Community Psychol*. 2000;28(3):291-307. doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9.
50. 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.
51. Åhström 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 Promot Pract*. 2016;17(4). doi:10.1177/1524839916632741.

52. Hasson H, von Thiele Schwarz, U. Leda implementering. Implementeringsboken Så inför du nytt som gör nytta. Natur & Kultur; 2023. s. 210-26.
53. 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. Denmark: Dans Psykologisk Forlag; 2015.
54. Mosson R, Hasson, H, Wallin, L, von Thiele Schwarz, U. Exploring the role of line managers in implementing evidence-based practice in social services and older people care. Br J Soc Work. 2017;47:542-60. doi:10.1093/bjsw/bcw004.
55. Trolldal B, Haggard U, Guldbbrandsson K. Factors associated with implementation of a multicomponent responsible beverage service program - results from two surveys in 290 Swedish municipalities. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2013;8(1):11. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/8/1/11>.
56. Rusch A, DeCamp LM, Liebrecht CM, Choi SY, Dalack GW, Kilbourne AM, et al. A roadmap to inform the implementation of evidence-based collaborative care interventions in communities: Insights from the Michigan Mental Health Integration Partnership. Front Public Health. 2021;9. doi: 10.3389/fpubh.2021.655999.
57. Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA, Rabin B, Aarons GA. Systematic review of the Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) framework. Implemen Sci. 2019;14(1). doi: 10.1186/s13012-018-0842-6.
58. King DK, Shoup JA, Raebel MA, Anderson CB, Wagner NM, Ritzwoller DP, et al. Planning for implementation success using RE-AIM and CFIR frameworks: A qualitative study. Front Public Health. 2020;8. doi: 10.3389/fpubh.2020.00059.
59. Wallin E. Responsible beverage service. Effects of a community action project [doktorsavhandling]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.
60. Trolldal B, Guldbbrandsson K. Ansvarsfull alkoholservering i lokalsamhället. I: Nilsen P, redaktör. Implementering av evidensbaserad praktik. Malmö: Glerups Utbildning AB; 2014.
61. 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.
62. Durlak J, DuPre E. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* 2008;41(3):327-50. doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0.
63. Meyers D, Katz J, Chien V, Wandersman A, Scaccia J, Wright A. Practical implementation science: Developing and piloting the Quality Implementation Tool. *Am J Community Psychol.* 2012;50(3-4):481-96. doi:10.1007/s10464-012-9521-y.
64. McCargar SI, Olsen J, Steelman RJ, Huang JH, Palmer EA, Burch GH, et al. Implementation of a standardized oral screening tool by paediatric cardiologists. *Cardiol Young.* 2020;30(12):1815-20. doi: 10.1017/S1047951120002826.
65. Flythe J, Tugman M, Narendra J, Dorrough A, Hilbert J, Assimon M, et al. Feasibility of tablet-based patient-reported symptom data collection among hemodialysis patients. *Kidney Int Rep.* 2020;5:1026-39. doi: org/10.1016/j.ekir.2020.04.021.
66. Taylor C, Angel L, Nyanga L, Dickson C. The process and challenges of obtaining and sustaining clinical placements for nursing and allied health students. *J Clin Nurs.* 2017;26(19):3099-110. doi: 10.1111/jocn.13658.
67. Waters AM, Sluis RA, Farrell LJ, Donovan CL, Elvin OM, Rossow N, et al. Examining the process of implementing a three-step mental health and wellbeing system of care for children and adolescents across multiple community settings. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2021;53(4):822-839. doi: 10.1007/s10578-021-01184-9.
68. 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. *Implemen Sci.* 2013;8(1):1-10. doi:10.1186/1748-5908-8-121.
69. 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. *Prev Sci.* 2013;14(4):319-51. doi:10.1007/s11121-012-0362-6.
70. Berkel C, Mauricio AM, Schoenfelder E, Sandler IN. Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prev Sci.* 2011;12(1):23-33. doi:10.1007/s11121-010-0186-1.
71. Albers B, Metz A, Burke K, Bührmann L, Bartley L, Driessen P, et al. Implementation support skills: Findings from a systematic integrative review. *Res Soc Work Pract.* 2021;31(2):147-70. doi: 10.1177/1049731520967419.
72. Blanchard C, Livet M, Ward C, Sorge L, Sorensen TD, McClurg MR. The Active Implementation Frameworks: A roadmap for advancing implementation of comprehensive medication management in primary care. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(5):922-9. doi: 10.1016/j.sapharm.2017.05.006.
73. Weeks A. Important factors for evidence-based implementation in child welfare settings: A systematic review. *J Evid-Based Soc Work (U. S.).* 2021;18(2):129-54. doi: 10.1080/26408066.2020.1807433.
74. Metz A, Albers B. What does it take? How federal initiatives can support the implementation of evidence-based programs to improve outcomes for adolescents. *J Adolesc Health.* 2014;54(3, Supplement):92-6. doi:org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.025.
75. Lu AD, Kaul B, Reichert J, Kilbourne AM, Sarmiento KF, Whooley MA. Implementation strategies for frontline healthcare professionals: People, process mapping, and problem solving. *J Gen Intern Med.* 2021;36(2):506-10. doi: 10.1007/s11606-020-06169-3.
76. Folkhälsomyndigheten.Handledning för litteraturöversikter. Förutsättningar och metodsteg för olika typer av kunskapsframtagande baserat på forskningslitteraturen. Folkhälsomyndigheten: 2016.
77. Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Statewide implementation of evidence-based programs. *Except Child.* 2013;79(2):213-30. doi:10.1177/001440291307900206.
78. Foster-Fishman PG, Watson ER. The ABLe Change Framework: A conceptual and methodological tool for promoting systems change. *Am J Community Psychol.* 2012;49(3):503-16. doi:10.1007/s10464-011-9454-x.
79. 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. *Implemen Sci.* 2015;10(1):1-9. doi: 10.1186/s13012-015-0205-5.
80. 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. *Implemen Sci.* 2011;6(1):1-12. <http://www.implementationscience.com/content/6/1/96>
81. 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. *Am J Community Psychol.* 2012;50(3):445-59. doi:10.1007/s10464-012-9509-7.
82. Merlo G, Page K, Zardo P, Graves N. Applying an implementation framework to the use of evidence from economic evaluations in making healthcare decisions. *Appl Health Econ Health Policy.* 2019;17:533-43. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00477-4>.
83. Peters S, Bussi eres A, Depreitere B, Vanholle S, Cristens J, Vermere M, et al. Facilitating guideline implementation in primary health care practices. *J Prim Care Community Health.* 2020;11. doi: 10.1177/2150132720916263.
84. Pollastri AR, Wang L, Youn SJ, Ablon JS, Marques L. The value of implementation frameworks: Using the active implementation frameworks to guide system-wide implementation of Collaborative Problem Solving. *J Community Psychol.* 2020;48(4):1114-31. doi: 10.1002/jcop.22325.
85. Tucker S, McNett M, Mazurek Melnyk B, Hanrahan K, Hunter SC, Kim B, et al. *Implemen science: Application of evidence-based practice models to improve healthcare quality.* *Worldviews Evid Based Nurs.* 2021;18(2):76-84. doi: 10.1111/wvn.12495.

Den här rapporten handlar om implementering. Här presenteras och diskuteras hur nya insatser, arbetssätt och produkter kan spridas och implementeras. När det nya, ibland efter många års utvecklingsarbete, bedöms som rimligt och lämpligt, förväntar man sig kanske att det ska börja användas relativt omgående. Men så är sällan fallet. I detta läge befinner sig det nya snarast bara i början av en lång process mot rutinmässig användning. Att snabba på processen ”från nyhet till vardagsnytta” är alltså en angelägen uppgift.

Vår förhoppning är att denna rapport ska vara ett stöd för beslutsfattare med ansvar för folkhälsofrågor, liksom för utvecklingsledare, strateger och praktiker med samordnande uppgifter inom olika områden. Vi vänder oss alltså till personer som då och då ställs inför utmaningen att implementera ny kunskap och nya insatser 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