

IMPLEMENTERINGSFORSKNING  
OM FOREBYGGELSE  
- en baggrundsrapport

2010

## Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:  
Louise Paulsen Rønnov og Bella Marckmann, Rådgivende Sociologer.

Redaktion:  
Katrine Finke, Ole Nørgaard og Lis Hamburger fra Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Mange tak til følgegruppen:  
Finn Diderichsen, professor i forebyggelse, Københavns Universitet  
Anders Foldspang, rektor for Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg  
Henrik Hauschildt Juhl, direktør, Kalundborg kommune  
Mette Marie Kyed, sundhedskonsulent, Folkesundhed København  
Charlotte Færch Nielsen, leder af Borgersundhed Hjørring  
Helene Bothilde Rønne, sundhedskonsulent, Folkesundhed København  
Jane Tribler, chefkonsulent, Århus kommune  
Søren Winther, forskningsprofessor, Socialforskningsinstituttet  
Karen Wistoft, post. doc., Danmarks Pædagogiske Universitet

Emneord: implementering, forebyggelse, sundhedsfremme, kommune, forskning, evidens, viden

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.1

Versionsdato: 31.05.2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-077-7

© Sundhedsstyrelsen 2010. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

## Forord

En vellykket implementeringsproces kan fungere som bindeled mellem forskning og praksis og munde ud i effektive sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag til gavn for borgerne. Der er dog ofte lang vej fra offentliggørelsen af forskningsresultater om effektive forebyggelsesindsatser til, at de indgår i en evidensbaseret praksis i kommunerne. Der findes ingen lette opskrifter på, hvordan man bedst implementerer forskningsbaseret viden i praksis; det er ofte en kompliceret proces, som er afhængig af den aktuelle kontekst. Men der findes en lang række forhold, som kommunerne med fordel kan tage højde for i implementeringsprocessen.

Denne rapport giver nogle bud på muligheder og barrierer for at fremme implementering af forskningsbaseret viden i en kommunal sundhedsfremme- og forebyggelseskontekst. Rapporten er en baggrundsrapport, der er skrevet for at skabe overblik over viden, der vil være relevant for at kunne lave et kortere og mere præcist rådgivningsmateriale til kommunerne. Rapporten er derfor præget af en grundig gennemgang af litteraturen frem for en lettilgængelig formidling af resultaterne. De mange konklusioner om muligheder og barrierer for implementering, vil dog være relevante for kommunale planlæggere og praktikere, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse og som ønsker indsigt i implementeringsforskningens relevans i praksis. Rapporten kan også være interessant for forskere med interesse for implementering i en sundhedsfremme- og forebyggelseskontekst.

Else Smith

Centerchef

# Indhold

<b>1</b>	<b>Sammenfatning</b>	<b>7</b>
1.1	Forudsætninger	7
1.2	Implementeringsprocessen	8
1.2.1	Nøjagtighed kontra tilpasning	8
1.2.2	Karakteristika ved selve interventionen	9
1.2.3	Organisatoriske faktorer	9
1.2.4	Frontpersonalet	9
1.2.5	Ledelsen	10
1.2.6	Målgruppen for tiltagene (borgerne)	10
1.2.7	Dokumentation og evaluering	10
1.3	Den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats	11
<b>2</b>	<b>Indledning</b>	<b>13</b>
2.1	Evidens i sundhedsfremme og forebyggelse	14
2.2	Evidens for indsatsen og evidens for implementeringen	15
2.3	Formål	16
2.4	Begrebsafklaring	16
2.4.1	Implementering	16
2.4.2	KTA – knowledge to action	17
2.4.3	Translational research	18
2.4.4	Knowledge Transfer	19
2.4.5	Knowledge Exchange	19
2.4.6	Knowledge/research utilization	19
2.4.7	Diffusion eller spredning	19
2.4.8	Dissemination	19
2.4.9	Diskussion af begreberne	20
2.5	To traditioner	20
2.5.1	Et sundhedsvidenskabeligt syn på implementering	20
2.5.2	Et politologisk syn på implementering	21
2.6	Afgrænsning	21
2.6.1	Politik(ker)	21
2.6.2	Evidens	21
2.6.3	Organisationsteori og forandringsledelse	22
2.6.4	Pædagogik og læringsteori	22
2.6.5	Evalueringsteori	22
<b>3</b>	<b>Metode og søgestrategi</b>	<b>23</b>
3.1	Indledende søgning	23
3.2	Søgning i videnskabelige databaser	23
3.3	Tidsskriftsøgning	23
3.4	Søgningen efter grå litteratur	23
3.5	Udvælgelse af relevant litteratur	24



<b>4</b>	<b>Forudsætninger for implementering</b>	<b>26</b>
4.1	Politikformulering og –design	26
4.1.1	Mål	27
4.1.2	Instrumenter	28
4.1.3	Organisering	29
4.1.4	Økonomiske ressourcer	29
4.2	Brugen af evidensbaseret viden	29
4.3	Rammebetingelser	31
4.3.1	Juridiske/formelle rammebetingelser	31
4.3.2	Socioøkonomiske baggrunds-betingelser	31
4.4	Lokalsamfundets parathed: Community Readiness	32
4.5	Opsamling på kapitel 4	33
<b>5</b>	<b>Implementeringsprocessen</b>	<b>35</b>
5.1	Begrebsmæssig afklaring	35
5.1.1	Fidelity/nøjagtighed	35
5.1.2	Adaption/tilpasning	35
5.1.3	Typer af tiltag	35
5.1.4	Kompleksitet	35
5.1.5	Målgrupper	35
5.2	Kapitlets struktur	36
5.3	Nøjagtighed eller tilpasning – et centralt dilemma	37
5.3.1	Nøjagtighed	38
5.3.2	Tilpasning	39
5.3.3	Uenighed om graden af nøjagtighed	39
5.4	Karakteristika ved selve interventionen	42
5.5	Den implementerende organisation	44
5.6	Interorganisatoriske faktorer	46
5.7	Frontpersonalet	48
5.7.1	Barrierer for frontpersonalet	48
5.7.2	Baggrunde for barrierer	50
5.7.3	Strategier hos frontpersonalet	51
5.7.4	Faktorer, der fremmer implementeringen	52
5.7.4.1	Viden og kompetenceudvikling	52
5.7.4.2	Facilitatorer	54
5.7.4.3	Organisatorisk støtte	54
5.8	Ledelse	55
5.8.1	At lede frontpersonalet	56
5.8.2	Den overordnede ledelse	56
5.9	Målgruppen - borgeren	58
5.9.1	Brugerinddragelse	58
5.9.2	Målgruppers forskellige ressourcer	59
5.9.3	Målgruppers forskellige motivation	60
5.9.4	Differentiel implementering	61
5.9.5	Forskning	61
5.9.6	Kommunikation	62
5.10	Dokumentation og evaluering	63
5.11	Opsamling på kapitel 5	66

<b>6</b>	<b>Den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats</b>	<b>68</b>
6.1	Interview med kommunale planlæggere	70
6.1.1	Formål og metode	70
6.1.2	Implementering er det muliges kunst	70
6.1.3	Kamp om ressourcer	71
6.1.4	Ledelsen	72
6.1.5	Organisation	72
6.1.6	Fra forsker til praktiker	74
6.1.7	Evaluering og dokumentation	75
6.1.8	Ønskes: kagebøger og konkrete koncepter	75
6.1.9	Ønskes: praksisforskning	77
6.2	Opsamling på kapitel 6	78
<b>7</b>	<b>Referencer</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>Bilag</b>	<b>87</b>

# 1 Sammenfatning

## Kunsten at implementere

*"It takes nine years, on average, for interventions recommended as evidence-based practices in systematic reviews, guidelines or textbooks to be fully implemented. Why is it not diffused and adopted faster?"*

(Green et al. 2009)

Denne rapport præsenterer resultaterne af et litteraturstudie om implementering af forskningsbaserede sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag. I denne rapport forstås implementering som den proces, der går fra beslutningen om at iværksætte et nyt tiltag, til tiltaget er integreret i daglig praksis. Tiltag forstås her i bredeste forstand og omfatter således meget overordnede tiltag, som fx den kommunale sundhedspolitik, såvel som enkelte konkrete interventioner. Når det understreges, at denne rapport beskæftiger sig med forskningsbaserede tiltag, vil det sige, at den beskæftiger sig med nogle særlige problematikker, som er hæftet ved implementering af forskningsbaseret viden frem for implementering af fx rent økonomisk eller politisk betingede beslutninger.

Den overordnede lære, der kan uddrages af den litteratur, der ligger til grund for denne rapport, er, at implementering er et komplekst fænomen, som der ikke kan gives nogen simpel opskrift på, men at meget kan gøres for at opnå en vellykket implementering. Der findes ikke meget god evidens for, hvad det er der præcist virker og ikke virker i implementeringsprocessen. Der er nogenlunde enighed i den undersøgte litteratur om, at en række faktorer har betydning, men ikke om hvordan man så sikrer, at de spiller sammen på en fordelagtig måde. Derfor peger rapporten på en række opmærksomhedspunkter snarere end den opstiller entydige evidensbaserede retningslinjer for vellykkede implementeringsprocesser.

Rapporten trækker på to forskellige forskningstraditioner: En politologisk tradition, der hovedsageligt beskæftiger sig med, hvordan politiske beslutninger iværksættes og en sundhedsvidenskabelig tradition, der omhandler, hvordan man spreder og implementerer evidensbaserede interventioner og programmer. På sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet er der pga. områdets tværvideenskabelige indhold behov for begge traditioner. Implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag er i højere grad undersøgt i den sundhedsvidenskabelige forskning, men kan med fordel også beskrives og analyseres ud fra politologiske teorier, der fx i højere grad inddrager forskellige aktørers interesser og beslutningers betydning for implementeringsprocessen.

I rapporten suppleres den internationale og danske litteratur med danske og svenske cases og interviews med kommunale planlæggere.

### 1.1 Forudsætninger

Rapporten opererer med en række forudsætninger for implementering. Forudsætninger forstås som de faktorer, der ligger uden om selve beslutningen om at implementere, og drejer sig om, hvilket politisk klima implementeringen skal finde

sted i og hvilke retslige og socioøkonomiske baggrundsfaktorer der er til stede, samt hvordan man får viden om og bruger forskningsbaseret viden. Disse faktorer sætter rammerne for selve implementeringsprocessen.

En vigtig forudsætning er adgangen til forskningsbaseret viden, der ofte er forbundet med barrierer for såvel producent (forskere) og aftager (brugere). Forskere kommunikerer oftere med andre forskere frem for brugere i praksis og brugere kan have svært ved at finde og anvende den mest relevante viden. Fremmede faktorer for brugen af forskningsbaseret viden er forskellige former for samarbejde mellem forskere og praktikere samt at have praktikere, der er uddannet til at kunne finde og vurdere relevant videnskabelig litteratur.

Implementeringsprocesser finder sted i forskellige kulturelle og socioøkonomiske omgivelser, der kan variere meget mellem de enkelte kommuner. Der kan være tale om forskellige personaleresourcer, forskellig infrastruktur eller forskelligt befolkningsgrundlag. Forskellige lokalsamfund kan også have en større eller mindre motivation i forhold til at skulle implementere en ny indsats – den såkaldte Community Readiness.

## 1.2 Implementeringsprocessen

Der mangler og efterlyses undersøgelser, der på et solidt grundlag dokumenterer viden om implementeringsprocesser. Ikke desto mindre kan der peges på en række generelle faktorer, der gør sig gældende i forbindelse med implementering, og som det er værd at være særligt opmærksom på i forbindelse med en implementeringsproces:

- Nøjagtighed kontra tilpasning
- Karakteristika ved selve interventionen
- Organisatoriske faktorer
- Frontpersonalet
- Ledelsen
- Målgruppen for tiltagene (borgerne)
- Dokumentation og evaluering

I det kommunale folkesundhedsarbejde vil det stort set altid være relevant at benytte faktorerne til at analysere organisationens parathed til og muligheder for at implementere et konkret tiltag. Det giver en fordel i forhold til at kunne forberede en implementeringsproces, justere den undervejs og vide, hvad det er vigtigt at dokumentere for at lære noget om dens effekt.

### 1.2.1 Nøjagtighed kontra tilpasning

Forholdet mellem nøjagtighed (fidelity) og tilpasning (adaption) er yderst centralt og handler om, i hvilket omfang man er tro mod det oprindelige design af interventionen. Det er et centralt punkt i implementeringslitteraturen, idet enhver tilpasning til den lokale kontekst indeholder en risiko for at underminere evidensen af indsatsen. Det er imidlertid udfordrende at implementere en indsats med fuldstændig nøjagtighed, idet indsatser ofte er udviklet i kontrollerede settings, der kan være svære at genskabe. Om end det i litteraturen diskuteres, hvorvidt fuldstændig nøjagtighed er at foretrække frem for en eller anden grad af tilpasning, så er der enighed om, at



det alt andet lige giver de bedste resultater ikke at ændre for meget ved det oprindelige design. I forhold til at opnå en så høj nøjagtighed mod interventionen som muligt, er det vigtigt på forhånd at vurdere hvilken betydning man mener de enkelte elementer af selve tiltaget har for effekten på målgruppen. Vurderes det for eksempel som afgørende at frontpersonalet har nøjagtigt den samme uddannelse som i den oprindelige undersøgelse? Kan målgruppens alder udvides lidt? Er det rimeligt at antage at tiltaget vil kunne udføres lige så godt i mindre byer? Disse vurderinger skal så vidt muligt laves på baggrund af den eksisterende videnskabelige litteratur. Det kan være en vanskelig øvelse at finde den rette balance mellem nøjagtighed og tilpasning, fx hvis målgruppen eller andre aktører udtrykker behov for tilpasning. Når man laver tilpasninger, kan man ikke længere tage for givet, at interventionen har samme effekt som oprindeligt og det bliver i den situation meget vigtigt at dokumentere og evaluere både effekt og proces for at sikre sig viden om, hvorvidt det lykkedes at skabe effekt på trods af tilpasninger.

### 1.2.2 Karakteristika ved selve interventionen

Det viser sig, at simple indsatser, hvor der ikke skal ændres for meget ved den eksisterende praksis, er lettere at implementere end komplekse indsatser, der kræver flere ressourcer og flere ændringer. I sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde skal man derfor være opmærksom på, i hvilket omfang, det er realistisk at implementere et komplekst tiltag i den gældende kontekst. Dermed ikke sagt, at man skal afholde sig fra at implementere komplekse tiltag. Det handler snarere om, at man bør være opmærksom på, om der er nogle aspekter af fx organisatorisk, ledelsesmæssig eller økonomisk karakter, der vanskelig- eller muliggør implementeringen af denne type tiltag. Der kan være behov for at arbejde hen mod et bedre implementeringsmiljø, således at implementeringen af komplekse tiltag bliver mulige, uden at man går på kompromis med det oprindelige design.

### 1.2.3 Organisatoriske faktorer

Visse organisatoriske faktorer lader til at være relevante i forhold til implementering. Det drejer sig om, hvorvidt der er en kultur for at bruge forskningsbaseret viden, om organisationen har en stærk ledelse, der bakker op omkring brugen af forskningsbaseret viden, om der er en tradition for at tænke nyt og bruge ny viden i det hele taget, samt om der er tale om en decentral beslutningskultur, således at man kan begrænse antallet af beslutningsled.

Ofte vil der i kommunal sammenhæng være tale om et samarbejde mellem forskellige forvaltninger eller institutioner. For en vellykket implementeringsproces kan det derfor være givtigt, at man får skabt nogle relationer, hvor den ene aktør ikke er afhængig af input fra en anden aktør, der ikke har en interesse i projektet. Man kan arbejde på at få skabt parallelle relationer, hvor output kan produceres uafhængigt af hinandens arbejde eller man kan skabe gensidige relationer, hvor man er afhængig af hinandens arbejde for hver især at nå sine mål. To forvaltninger kan således godt have forskellige mål, der kan forfølges med samme midler. For eksempel kan en sundhedsforvaltning og en socialforvaltning samarbejde om sundhedskurser for ledige med hhv. øget sundhed og øget beskæftigelse som mål.

### 1.2.4 Frontpersonalet

Frontpersonalets rolle er helt centralt i implementeringsprocessen, idet det ofte er dem, der har den direkte kontakt til borgerne og derfor dem, der i så fald skal leve-

re ydelsen som tiltænkt. Litteraturen peger på, at der kan være en række barrierer for frontpersonalet i form af manglende viden, ressourcer m.m., der kan bevirke, at frontpersonalet ikke bliver aktive medspillere i implementeringsprocessen. Det er derfor vigtigt at identificere og så vidt muligt fjerne eventuelle barrierer for at frontpersonalet vil og kan indgå i implementeringsprocessen. Det kan bl.a. fremmes ved at sørge for, at de er ordentligt rustet til at udføre opgaven. Ofte drejer det sig om at få medinddraget frontpersonalet tidligt i processen, og at sørge for at de bliver kvalificerede til det nye tiltag samt ikke mindst at de løbende får supervision og uddannelse i den nye praksis.

### 1.2.5 Ledelsen

Ledelsen på alle niveauer spiller en vigtig rolle, idet det er ledelsen, der skal sikre rammerne for implementeringen samt opbakningen til frontpersonalet. Alt afhængig af, hvor i organisationen lederen fungerer, er der forskellige steder lederen kan støttes. Som den overordnede ledelse, der ikke har den direkte kontakt til praksis, er det vigtigt, at støtte op om implementeringen holdningsmæssigt ved at bakke op om målene, ved at motivere og ved at sikre de økonomiske rammer for implementeringen. For dem, der skal lede frontpersonalet, er det vigtigt, at de bliver bakket op fra den overordnede ledelse, da det ellers bliver svært at gennemføre implementeringen. Frontpersonalet har ofte en høj grad af autonomi i deres arbejde og ledelsens rolle er derfor at sørge for, at praktikerne får den nødvendige tid og får styrket deres ressourcer til at gennemføre de nye tiltag.

Implementeringen vanskeliggøres, hvis der på forskellige ledelsesniveauer ikke er samme holdninger eller hvis man vil forskellige ting, og der således er uens interesser. Ledelse spiller således en afgørende rolle, idet opbakning på alle niveauer er afgørende for, at implementeringen kommer i gang og bliver vedligeholdt som tiltænkt.

### 1.2.6 Målgruppen for tiltagene (borgerne)

Borgeren er den endelige målgruppe for implementeringen og kan i lighed med frontpersonalet både med- og modarbejde et implementeringstiltag. Der kan være tale om, at forskellige tiltag retter sig mod særlige grupper, og derfor ikke uden problemer kan overføres til en anden gruppe med andre behov og værdier. Der er stor forskel på forskellige gruppers oplevelse af fx sundhedsfremmende tiltags relevans, idet grupper kan have forskellige værdier, normer og opfattelser af det sunde og gode liv. Man kan risikere, at man ikke når den målgruppe som tiltaget oprindeligt var tiltænkt, og som måske har det største behov, hvis deres opfattelser ikke medtænkes. Det er derfor vigtigt, at man gør sig klart, hvordan man når de enkelte målgrupper, og at man inddrager målgruppens værdier og ønsker i planlægningen af sine indsatser.

### 1.2.7 Dokumentation og evaluering

Som det sidste er dokumentation og evaluering helt essentielt. Om end der opnås bedre og bedre viden om, hvad der virker, er der en udpræget mangel på viden om selve implementeringsprocessen. For at få en bedre viden om, hvad der virker i implementeringsprocessen, er der behov for, at selve processen bliver dokumenteret og evalueret. Det er fx vigtigt, at der fokuseres på, om man har ændret noget ved et tiltags oprindelige design for at kunne vide, på hvilken måde det har haft betydning for det endelige resultat. Hvis både effekten af tiltaget undersøges og implemente-

ringsprocessen dokumenteres og evalueres får man en værdifuld viden om, hvorvidt det er tiltaget eller måden det er implementeret på, der er skyld i indsatsens resultater eller mangel på samme. Samtidig eksisterer der dog altid en balancegang i forhold til at dokumentation og evaluering ikke kommer til at optage for mange ressourcer, der ellers kunne bruges i selve arbejdet med de forebyggende tiltag.

Både i den gennemgåede litteratur og blandt de kommunale planlæggere, der er interviewet til denne rapport, fremhæves problemerne med at integrere forskning i praksis. Det understreges også fra begge sider, at et øget forsker/praktiker samarbejde vil give mening, således at man i samarbejde udvikler tiltag, der har bund i forskningsbaseret viden, men som samtidig tager udgangspunkt i de oplevede behov og ressourcer. Og i forhold til udfordringen i praksis, med at dokumentere og evaluere selve implementeringen, kan forskerne også støtte i denne proces, således at der på sigt skabes mere og bedre praksisnær forskningsviden, der kan være med til at genere evidens om succesfulde implementeringsprocesser.

### 1.3 Den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats

Der er interviewet fem kommunale planlæggere, der alle giver udtryk for, at de oplever at have en god viden om, hvad der virker i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. De største udfordringer er ressourcer, samarbejde på tværs, at få omsat viden til praksis samt at finde et rimeligt niveau for dokumentation og evaluering. Samtidig efterlyser de praksisnære, gennemprøvede koncepter og mere praksisbaseret forskning. Der peges således på mange af de samme faktorer, som litteraturen også peger på.

De kommunale planlæggere peger på, at det kan være svært at få ressourcer til sundhedsfremme og forebyggelse, idet ressourcerne går til de syge og til genoptræningen. Ledelsen omtales som helt central, idet implementeringen ikke kan lykkes, hvis ikke ledelsen bakker op, eller der ikke er politisk bevågenhed på sundhedsfremme og/eller forebyggelse. Samtidig skal beslutningen anerkendes på det rette beslutningsniveau. En af de store udfordringer er koordineringen mellem forskellige forvaltningsgrene, idet det kan være svært at få samarbejdet i gang pga. kasse-tænkning eller mangel på interesse og medfinansiering.

Interviewpersonerne fremhæver også, at der kan være en kulturforskel mellem de akademisk uddannede og de mellemlangt uddannede frontmedarbejdere, i den forstand at det kan være en udfordring for frontpersonalet at arbejde projektorienteret og at dokumentere arbejdet, sådan som implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner optimalt kræver. Flere fremhæver, at det er vigtigt at medinddrage frontmedarbejderne tidligt i forløbet, så de føler ejerskab og engagement. En anden problemstilling er, hvad man stiller op, når man ikke har de samme muligheder som en indsats havde, da den blev gennemført af en forsker. Altså spørgsmålet om, hvad man stiller op, hvis fx personalet ikke har den samme uddannelsesmæssige sammensætning. Her efterlyser flere af de kommunale planlæggere et tættere samarbejde mellem forskere og praksis, således at det, der foregår i praksis, bliver mere kvalificeret. Der peges desuden på, at det er vigtigt, men samtidig svært at få dokumenteret og evalueret. Det er spørgsmål om, hvor niveauet skal ligge med de ressourcer, der nu engang er til rådighed.

De kommunale planlæggere efterlyser konkrete opskrifter på tiltag, der har virket i andre kommuner. De skal være "lettilgængelige" og "helt-nede-på-jorden kogebooger". Det er vigtigt, at det er noget, der har vist sig at virke i praksis. De mangler systematisk og konkret vidensopsamling om, hvad der har vist sig at virke i selve implementeringsprocessen.

## 2 Indledning

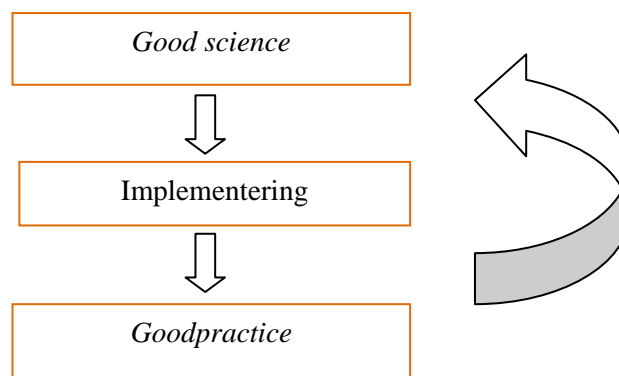
*“...Social Scientists recognize, that developing effective interventions is only the first step toward improving the health and well-being of populations. Transferring effective programs into real world settings and maintaining them there is a complicated, long-term process that requires dealing effectively with the successive, complex phases of program diffusion”*

(Durlak & DuPre 2008)

Der er ofte lang vej fra offentliggørelsen af forskningsresultater og evidensoversigter om effektive sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser til, at de reelt kommer til at indgå i en evidensbaseret praksis i kommunerne. Kommunerne efterspørger viden om, hvordan man arbejder evidensbaseret på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, det vil sige, hvordan man finder den mest relevante viden og bruger den i praksis for at opnå sine mål om bedre sundhed. Sundhedsfremme- og forebyggelsesfeltet er præget af en udpræget mangel på viden om, hvordan man bedst implementerer effektive indsatser. Derfor er der, på trods af at mængden af tilgængelig viden om indsatsers effektivitet langsomt vokser, en stor udfordring i at sikre at den viden bringes i spil på en måde, så man kan være sikker på, at den rent faktisk kommer målgruppen til gode. Så ud over en effektiv indsats er også en succesfuld implementering en nødvendig (men ikke tilstrækkelig) del af en effektiv sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats.

Når en organisation implementerer et tiltag og samtidig dokumenterer og evaluerer processen, får den indsigt i, om virkningen eller en eventuel manglende virkning af en indsats skyldes selve indsatsens effekt/manglende effekt eller en eventuel dårlig implementering.

Implementeringsprocesser er meget afhængige af den kontekst man arbejder i, men der er en række karakteristika og problematikker, der går på tværs af indsats- og fagområder: *“It also appears that relevant implementation factors and processes are common across domains (e.g., mental health, juvenile justice, education, childwelfare)”* (Fixsen et al. 2005). Det er disse tværgående implementeringsproblematikker som i det følgende vil blive præsenteret og forholdt til en dansk sundhedsfremme- og forebyggelseskontekst, idet implementeringen kan være bindeled mellem forskningen og praktikken og handler om at få de gode resultater brugt i praksis:



Hvis der er for mange forhindringer på vejen fra god forskning til god praksis, opnår man ikke de ønskede forandringer hos de endelige målgrupper (fx bedre sundhedstilstand blandt borgerne). I næste omgang kan god praksis også bidrage til at kvalificere forskningen; der er således tale om en gensidig feedback-relation, som figuren ovenfor illustrerer.

## 2.1 Evidens i sundhedsfremme og forebyggelse

”Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser er mål(gruppe)rettede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker med det formål at fremme folkesundheden.”<sup>1</sup>

”At arbejde evidensbaseret med forebyggelse vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer.”

Ovenstående to citater er hentet fra Sundhedsstyrelsens publikation ”Evidens i forebyggelsen” og sammenfatter bestræbelsen, der også ligger bag denne rapport. I den tidligere publikation skelnes der mellem tre former for evidens:

- I. Evidens om årsager til og udbredelse af sygdom (fx viden om, at rygning forårsager cancer, og hvor mange det har betydning for)
- II. Evidens om effekter af forebyggelsesindsatser (fx at rygestopkurser virker)
- III. Evidens om den bedst mulige organisering og implementering af indsatser (fx hvor mange deltagere, der helst skal have været på et rygestopkursus, hvilken uddannelse underviseren helst skal have, forskelle på forskellige målgrupper etc.) (Sundhedsstyrelsen 2007).

Evidens af type I lader sig ofte tilvejebringe ved hjælp af epidemiologiske undersøgelser, hvor man eksempelvis afdækker effekten af rygning isoleret fra andre effekter. Evidens af type II tilvejebringes optimalt i klassiske eksperimentelle forskningsdesigns, som RCT-studier (randomiserede, kontrollerede undersøgelser). Når det kommer til evidens af type III, dvs. evidens for, hvordan man bedst får gavn af den nye viden i en hverdagspraksis, opstår der ofte problemer pga. manglende muligheder for at anvende de klassiske eksperimentelle forskningsdesign til at undersøge forskellige måder at implementere på.

Det er den sidste evidensform (III), der er i centrum i denne rapport, som på baggrund af litteraturstudiet samt interviews med centralt placerede personer i danske kommuner søger at give et billede af, hvad der er den aktuelt bedste viden om den bedst mulige organisering og implementering af indsatser. Af ovenstående eksempler hentet fra feltet rygestopkurser fremgår det også tydeligt, at denne type evidens har den højeste kompleksitet af de tre, hvorfor det ikke er overraskende, at der ikke er nogen simple løsninger.

---

<sup>1</sup> Der er forskel på sundhedsfremme og forebyggelse, men denne skelnen er ikke i centrum i denne rapport. Nogle af de tiltag, vi drøfter, handler om patientrettet forebyggelse, nogle om borgerrettet forebyggelse, og nogle om sundhedsfremme, men implementeringsdiskussionerne er relevante uanset hvilken af de tre kategorier, vi opererer med.



Evidens om organisering og implementering svarer ifølge ”Evidens i forebyggelsen” på spørgsmålet: Under hvilke betingelser og rettet mod hvilke målgrupper har de mest lovende indsatser størst mulighed for at give effekt? Fokus her er på sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser i den daglige praksis i modsætning til under ideelle forsøgsomstændigheder. Som det også antydes i ”Evidens i forebyggelsen” er evidens af type III - altså evidens for, hvad man skal gøre i implementeringsprocessen ikke særlig udbredt, idet de fleste studier hidtil har fokuseret på de andre evidensformer (I og II). Berry (2008) skriver således, at det snarere er undtagelsen end reglen, at implementering og implementeringsmetoder har fået den opmærksomhed, de burde (Berry 2008). Dette sætter også sit præg på den litteratur, der ligger til grund for denne rapport, hvor mange af de gennemgåede reviews, gør opmærksom på, at dette aspekt er dårligt belyst. Derfor kan denne rapport ikke komme med den nemme løsning til implementering, men hjælpe til at klargøre en række opmærksomhedspunkter, der på baggrund af litteraturen har vist sig at være vigtige i implementeringsprocessen.

## 2.2 Evidens for indsatsen og evidens for implementeringen

Man kan forklare denne mangel på type III-evidens med de særlige karakteristika, der gør sig gældende for forebyggende indsatser på folkesundhedsområdet. Disse indsatser foregår ofte i komplekse sociale sammenhænge, hvor det er svært at kontrollere omstændighederne.. Det er desuden ofte ikke muligt at identificere en egentlig kontrolgruppe som i klassiske eksperimenter (RCT-standard). Derfor er der lavet langt færre systematiske studier af denne type indsatser (type II) og endnu færre har set systematisk på implementeringen (type III) (Brownson 2009, Vale 2007).

Det pointeres også i litteraturen, at det er vigtigt at afbalancere metodisk stringens (med RCT som guldstandard) med relevans, også kaldet ekstern validitet (Kimberly 2008). Kimberly anbefaler derfor, at implementeringsforskning lægger sig op ad procesforskning snarere end at stræbe efter egentlige RCT- idealer. De studier, der er foretaget, viser ifølge Kimberly (2008), at implementering er en kompleks, ikke-lineær og uforudsigelig proces. Implementering er ikke gjort én gang for alle, men er en vedvarende proces (Kimberly 2008). Kent (2009) giver et eksempel på, hvordan implementering sker i en iterativ proces i forbindelse med blodtransfusioner. I 1999 blev der i Storbritannien indført nye standarder og sikkerhedsprocedurer omkring blodtransfusioner, som bl.a. indebar, at det skulle være muligt at spore blodportioner fra donor til modtager for at forebygge smitte med blodbårne sygdomme. Alligevel viste en undersøgelse i 2005, at 6 % af donorerne ikke havde nogen form for identifikation, og for 13 % var der ikke registreret de relevante oplysninger. Dette har ført til videreudvikling af elektroniske systemer, som nu er ved at blive implementeret (Kent 2009). I dette tilfælde er det meget tydeligt, at årsagen til, at der ikke er opnået den forventede effekt i forhold til at forebygge smitte, er den mangelfulde implementering frem for en manglende effekt af selve tiltaget.

Det er generelt vigtigt at skelne mellem effekten af indsatsen i sig selv (evidens af type II) og effekten af den måde, indsatsen implementeres på (evidens af type III). Denne skelnen ligger til grund for resten af redegørelsen i denne rapport. Imidlertid viser det sig, som allerede nævnt, at der findes meget lidt egentlig evidens af type III. I rapporten bruges derfor udtrykket den bedst mulige implementering af de evidensbaserede indsatser frem for evidensbaseret implementering.

## 2.3 Formål

Denne rapport skaber overblik over de væsentligste implementeringsproblematikker på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, som de fremstår i den danske og internationale videnskabelige litteratur om implementering. Formålet med rapporten er at øge den eksisterende viden om, hvad der kan fremme og hæmme implementering af forskningsbaseret viden i de kommunale organisationer, hvor sundhedsfremme og forebyggelse udøves. I rapporten præsenteres aktuel dansk og international forskning om implementering af forskningsbaseret viden og denne viden relateres til det danske sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde ved hjælp af en række interviews med nøglepersoner i kommunerne.

Rapporten er en baggrundsrapport, der er skrevet for at skabe overblik over viden, der vil være relevant for at kunne lave et kortere og mere præcist rådgivningsmateriale til kommunerne. Rapporten er altså ikke skrevet med kommunerne som målgruppe, men for at sundhedsstyrelsen efterfølgende kan arbejde videre med temaet. Rapporten kan dog være interessant for planlæggere og beslutningstagere, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i kommunalt eller regionalt regi, som ønsker indsigt i implementeringsforskningens relevans i praksis samt for forskere med interesse for implementering på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet.

## 2.4 Begrebsafklaring

Begrebet implementering bruges grundlæggende om de handlinger, der gennemføres for at ændre en eksisterende praksis – fra beslutningen er taget til daglig praksis er vedvarende ændret. Selve det, der implementeres, kan have meget forskellig karakter, fx rygelovgivning, personalepolitikker, evidensbaserede programmer, beslutninger om ændret sagsbehandling mv. I denne rapport er implementering af forskningsbaseret viden i fokus. I litteraturen, der omhandler implementering af forskningsbaseret viden, er der flere begreber, der beskriver forskellige aspekter af implementeringen, og der er ikke fuldstændig enighed om, hvilke definitioner, der er mest hensigtsmæssige at bruge. Graham et al. (2006) påpeger, at der i litteratur og undersøgelser, der omhandler, hvordan man får den bedste viden omsat til praksis, bruges mange forskellige begreber (Graham et al. 2006). I det følgende vil vi søge at komme lidt nærmere, hvordan man kan definere implementering, og i den sammenhæng vil vi forholde implementeringsbegrebet til en række andre begreber, der bruges i forbindelse med processen omkring at få forskningsbaseret viden omsat til praksis.

### 2.4.1 Implementering

I litteraturen gives flere forskellige definitioner på implementering, men fælles for dem er, at det handler om tiltag af mere eller mindre systematisk karakter, som sættes i værk for at gennemføre det, man har planlagt. Nogle definitioner fremhæver, at implementering handler om at udføre en truffen beslutning: *“The execution of the adoption decision, that is, the innovation or the research is put into practice”* (Graham et al. 2006). Sundhedsstyrelsen skriver i Evidens i forebyggelsen (2007), at implementering i forhold til sundhed kan defineres som: ”Implementering er den proces, der ligger mellem vedtagelsen af en beslutning, fx ny lovgivning eller sundhedspolitiske principprogrammer og udmøntningen heraf” (Sundhedsstyrelsen 2007). Disse definitioner vægter, at det er iværksættelse af en beslutning i praksis.

Fixsen et al. (2005) definerer implementering som: *“A specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions”* (Fixsen et al 2005, Guldbrandsson 2008). I denne definition fremhæves, at de handlinger, der sættes i værk er specificerede, og at man kender indholdet af den indsats, som man sætter i værk. Green et al. definerer implementering som: *“translation and application of innovations, recommended practices, or policies. A process of interaction between the setting of goals and actions geared to achieving them”* (Green et al. 2009). Her ligger fokus på samspillet mellem målsætningen på den ene side og på den anden side de handlinger, der benyttes for at nå disse mål. Endelig er der en forståelse af implementering, der særlig vægter iværksættelse i forhold til formulerede politikker: *“the carrying out of policy or authoritative actions in support of policy goals”* (Winter & Nielsen 2008). Denne definition adskiller sig fra de definitioner, der omhandler implementering af forskningsbaseret viden, idet der er tale om implementering af politikker og lovgivning. Implementering omfatter så alle de handlinger, der følger efter selve beslutningen.

I denne rapport er det implementering af forskningsbaseret viden, dvs. brugen af forskningsresultater i praksis, der er i fokus. Selve idéen om implementering forudsætter altid, at der på et eller andet niveau er truffet en beslutning. Så selvom implementering defineres som den proces, der ligger efter en beslutning, er et vigtigt led i implementeringen af ny viden imidlertid beslutningen om at gøre det, hvorved litteratur, der omhandler beslutningsprocesser, også bliver relevant. I denne rapport inddrages derfor eksempler på litteratur om beslutninger for at nuancere problematikkerne ift. implementering af forskningsbaseret viden.

I og med at dette projekt omhandler, hvordan man får forskningsbaseret viden omsat til praksis inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, er viden i dette projekt lig med videnskabelig produceret viden. Graham et al. (2006) nævner, at det går igen i litteraturen, at viden implicit forstås som forskningsbaseret viden (Graham et al. 2006).

Processen med at omsætte forskningsbaseret viden til praksis har udover implementering mange andre navne, som langt hen ad vejen dækker det samme, men som bruges inden for forskellige forskningstraditioner. Begreberne er i litteraturen ikke altid defineret, så det er klart, i hvor høj grad de overlapper hinanden, eller om de bruges om afgrænsede dele af processen. I det følgende gennemgås de mest almindelige begreber, der overlapper mere eller mindre med implementeringsbegrebet.

#### 2.4.2 KTA – knowledge to action

KTA er et begreb, der bruges af Graham et al. (2006) til at beskrive hele processen fra forskningen til praksis og som dækker over hele spektret med at få viden omsat til praksis. Der er mange forskellige faser i denne proces og mange forskellige måder, hvorpå man kan tænke, at man producerer og bruger den viden bedst muligt i praksis (Graham et al. 2006). Vejen fra forskningsbaseret viden til ændring i praksis er lang og ikke uden problemer. Nedenstående figur viser i skitseform de forskellige trin på vejen, fra et nyt forskningsresultat foreligger og til en ny daglig praksis er etableret. Figuren er inspireret af litteraturen på området (se Guldbrandsson 2008), men er en noget forsimplet figur, der tjener det formål at klargøre de mange faser, der er i processen med at få forskning omsat til praksis. Der er ofte tale om en lang og svær vej, fra den første forskning til den endelige daglige praksis. Green et al. kalder det ligefrem *The 17-year odyssey* og henviser til den tid det

gennemsnitligt tager for forskningens spæde start til den endelige brug i praksis (Green et al. 2009). Fixsen vurderer, at selve implementeringsprocessen fra beslutning til institutionalisering ofte kan strække sig over 2-4 år (Fixsen et al. 2005).



Modellen er en idealisering af en implementeringsproces, der i virkeligheden sjældent er lineær og hvor de forskellige faser vil få mere eller mindre fokus. Der vil ofte være tale om, at man bevæger sig frem og tilbage mellem faserne, i og med at evalueringen eller andre hændelser kan ændre ved den måde, som man vælger at fortsætte på (Fixsen et al. 2005, 2009).

I forbindelse med hele denne proces med at få forskningsbaseret viden omsat til praksis (særlig inden for sundhedsområdet), er der en mængde begreber, der bruges til at beskrive dele af processen og vi vil kort beskrive betydningen af disse begreber nedenfor, således at de kan forstås i sammenhæng med implementering.

#### 2.4.3 Translational research

Translational research kan betyde flere ting. Traditionelt bruges det om den type af viden, der handler om at applicere laboratorieopdagelser og prækliniske undersøgelser til kliniske undersøgelser, også kaldet "fra laboratoriet til sengekanten" (Woolf 2008). Translational research er i denne betydning således et begreb, der hovedsageligt kendes fra sundhedsvidenskabelig grundforskning. Dog bruges begrebet også i andre sammenhænge, der mere bredt omhandler processen med at få evidensbaseret viden fra kontrollerede forsøg ud i praksis. Green et al. kalder denne form for translation 2, hvorimod den første benævnes translation 1. Som nævnt er

den første forståelse traditionelt den mest anvendte, men forståelsen af translational research som translation 2 vinder mere frem (Green et al. 2009).

#### 2.4.4 Knowledge Transfer

Knowledge transfer betyder vidensoverførsel, dvs. at man overfører viden fra forskning til praksis. Termen forsøger at indfange hullet mellem forskningsproduceret viden på den ene side og implementeringen af denne viden blandt relevante beslutningstagere (primært) i praksis på den anden side, med det formål at forbedre folkesundheden og effektivisere sundhedssystemet. Det er ikke ud fra litteraturen helt tydeligt, om begrebet dækker alle faser i den ovenfor skitserede KTA-proces. Samtidig er det heller ikke helt tydeligt, om begrebet knowledge transfer kun dækker over, at viden kommer fra forskere til praktikere, eller om der er tale om en udveksling af viden (Graham et al. 2006).

#### 2.4.5 Knowledge Exchange

Knowledge exchange fokuserer i modsætning til knowledge transfer på, at viden kan gå begge veje, og at der er tale om et samarbejde, hvor viden kan opstå forskellige steder, og udvikles undervejs i et samspil mellem forskere og beslutningstagere/praktikere. Relevant forskning i denne sammenhæng er således mere end forskningsresultater, der appliceres på baggrund af resultater fra en kontrolleret setting (Graham et al. 2006).

#### 2.4.6 Knowledge/research utilization

Knowledge utilization eller research utilization betyder, at man udnytter de resultater, som forskningen producerer. En definition på knowledge utilization lyder: *"the process of converting or adapting knowledge such as evidence-based guidelines into practice"* (Green et al. 2009, Graham et al. 2006). Begrebet fokuserer på, hvordan man overfører forskningsresultater til praksis. Det bruges både som betegnelse for processen med at omsætte viden til praksis og til at beskrive, hvordan denne proces i praksis kan gribes an (Graham et al. 2006).

#### 2.4.7 Diffusion eller spredning

Diffusion betyder spredning, det vil sige at viden om fx en ny indsats bliver spredt gennem bestemte kanaler over tid mellem medlemmer af et socialt netværk. Diffusion handler dermed ikke så meget om, hvordan man aktivt får implementeret, men er mere et begreb, der omhandler, hvordan viden spredes via kommunikation i bestemte netværk. Hvordan denne viden rent teknisk kommer ud i praksis er ikke indeholdt i dette begreb. Greenhalgh et al. betegner også begrebet som *"let it happen"*, og det ligger derfor i begrebet, at der ikke er en aktiv strategi for, hvordan viden kommer ud eller bliver omsat, men at det sker af sig selv via kommunikation fra person til person (Greenhalgh et al. 2004).

#### 2.4.8 Dissemination

Dissemination bruges af nogle til at betegne den del af KTA, der handler om at sprede viden om forskningsresultater via publikationer i videnskabelige tidsskrifter eller konferencer (Green et al. 2009, Graham et al. 2006). Det bruges dog også til at betegne en mere aktiv og systematiseret måde at sprede viden på end diffusion: *"make it happen"* frem for *"let it happen"*: *"a planned and active process intended to increase the rate and level of adoption above that which might have been achieved"*

*ved by diffusion alone*” (Greenhalgh et al. 2004). Der kan således være tale om en mere strategisk spredning målrettet en specifik gruppe (Green et al. 2009).

#### 2.4.9 Diskussion af begreberne

Kendetegnene for de fleste af begreberne er, at de rummer en implicit antagelse om en proces, hvor forskning er udgangspunktet og praksis er endepunktet: en klassisk top-down forståelse, dog med undtagelse af begrebet *knowledge exchange*, der direkte forudsætter at vidensproduktionen er resultatet af et samarbejde mellem forskning og praksis. Et andet kendetegn for flere af begreberne er, at deres fokus ligger på processen med at få kendskabet til den viden, som forskningen producerer ud i praksis og mindre på, hvordan man omsætter viden til praksis. Det er desuden påfaldende, at der ikke er nogen af begreberne, der synes at inddrage den del af processen, der omhandler vedligeholdelse, dvs. hvordan et nyt tiltag fastholdes og efterhånden bliver rutine.

Begreberne bruges ikke stringent i den litteratur, der handler om at beskrive forskellige dele af processen med at få viden omsat til praksis. Beskæftiger man sig derfor med implementering, må man være opmærksom på, at alle begreber bruges i større eller mindre grad til at beskrive, hvordan man får viden brugt i praksis.

I denne rapport vælger vi at fokusere på den del af processen, der går fra beslutning til institutionalisering, og det vil derfor primært være implementeringsbegrebet, der er i fokus. Begrebet er uden sammenligning det begreb, der oftest og mest præcist omhandler den praktiske proces, som det er at gennemføre en planlagt aktivitet i forhold til, hvordan man får omsat forskningsbaseret viden til praksis.

## 2.5 To traditioner

I rapporten trækkes på to forskellige forskningstraditioner:

- en sundhedsvidenskabelig tradition
- en politologisk tradition

### 2.5.1 Et sundhedsvidenskabeligt syn på implementering

I den sundhedsvidenskabelige litteratur om implementering er der fokus på, hvordan man får evidens for, at en indsats eller et program virker og hvilke tiltag, der er nødvendige for at implementere indsatsen/programmet korrekt. For at kunne udtale sig om effekt søger man evidens for, at en indsats gentagne gange viser sig at virke – helst i en kontrolleret undersøgelse. Som nævnt i indledningen er der efterhånden en del evidens for effekten af sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag, men derimod mangel på evidens for, hvordan man implementerer tiltag, så den ønskede virkning kan opnås uden for forsøgssammenhæng.

Grundet implementeringsprocessens kompleksitet er denne form for evidens svær at opnå i forhold til selve implementeringen. Mange forfattere, der forsøger at skabe sig et overblik over området, bemærker også, at mange studier lider af metodiske svagheder, der gør det umuligt at udtale sig om, hvorvidt en måde at implementere på er bedre end en anden. Forskellige forfattere drager forskellige konsekvenser af denne tingenes tilstand. Nogle forfattere efterlyser bedre dokumentation for



implementeringsprocesser i håb om med tiden at kunne opbygge evidens. Andre mener, at man især inden for det sociale område bør tænke anderledes og fokusere på andre kriterier for relevansen af diverse tiltag end en streng evidenstagning, fx gode kvalitative undersøgelser af målgruppens gavn af tiltaget.

### 2.5.2 Et politologisk syn på implementering

Den politologiske tradition bidrager typisk med et blik på implementeringsprocessen, der er mere orienteret mod aktører og deres forskellige interesser. Organisationer, ledere, frontpersonale og målgrupper kan alle ses som politiske aktører med hver sine handlingsmodeller, dvs. hver med sit sæt af interesser og ressourcer. Mindre vellykket implementering skyldes ofte, at en eller flere aktører har incitamenter til at handle på en måde, der ikke fremmer implementeringen, og/eller at en eller flere af aktørerne ikke har kapacitet til at udføre de opgaver, de er tiltænkt.

I enhver implementeringsproces skal man desuden regne med, at tidshorisonten betyder noget. Mange programmer lider af startvanskeligheder, som lettes efterhånden som aktørerne bliver erfarne. Desuden må man regne med, at resultater kan være kontekstafhængige, så det samme program ikke nødvendigvis kan implementeres på samme måde i to forskellige lokaliteter.

Der skelnes ikke skarpt mellem de to traditioner i rapporten, idet mange af de samme problematikker er fælles for de to tilgange og da der ikke er fundet modstridende konklusioner. Hvor fokus i den sundhedsvidenskabelige tradition er på programmet eller interventionen, som skal føres ud i livet, ligger fokus i den politologiske tradition på den politik, som det konkrete tiltag er en operationalisering af og på hvordan organisering skaber vilkårene for implementering deraf. Man kan lidt forenklet sige, at effekten af den konkrete intervention, der skal implementeres i den sundhedsvidenskabelige tradition, er målet, mens den i den politologiske litteratur er et middel til realisering af overordnede politiske mål.

## 2.6 Afgrænsning

Idet implementering er et vidt begreb, der involverer mange aktører, faglige traditioner, indsatser og teorier, er det nødvendigt at afgrænse rapportens fokus.

### 2.6.1 Politik(ker)

Denne rapport beskæftiger sig som udgangspunkt ikke med den proces, der går forud for de overordnede sundhedspolitikkers tilblivelse. Vi vil dog se på udformning af politik og politiske beslutninger i den udstrækning, det har betydning for implementering af forskningsbaseret viden i praksis. Der kan fx i nogle politikker ligge nogle konkrete instrumenter (regler, kampagner) til at opnå målene, som også kan/skal bruges som styringsinstrumenter i selve implementeringen.

### 2.6.2 Evidens

Indledningsvist er opridset nogle forskellige former for evidens. Denne rapport kommer kortfattet ind på de problemer, der kan være forbundet med at finde den forskningsbaserede viden på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet (diffusion eller spredning), da det kan være en af de første stopklodser for at komme i gang med at implementere. Diskussionen af, hvad evidens og forskningsbaseret viden

er, må siges at være et helt område for sig, der ligger uden for denne rapport's rækkevidde. Vi afgrænser os således fra at diskutere hvad evidens- og forskningsbaseret viden er og hvordan man bedst finder og vurderer den. Sundhedsstyrelsen beskæftiger sig løbende med disse temaer og resultaterne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk/evidensbasen](http://www.sst.dk/evidensbasen)

### 2.6.3 Organisationsteori og forandringsledelse

Ændringer i organisationer er uden tvivl et væsentligt emne i forbindelse med alle processer, der handler om at indføre nye praktikker. Organisationens betydning for implementering vil derfor også indgå som en væsentlig faktor i forhold til, at organisationer kan være fremmende eller hæmmende for implementering af specifikke indsatser. Hvordan man ændrer en organisation er dog et helt forskningsområde for sig og der eksisterer en mængde litteratur, som vil kunne perspektivere implementeringsproblematikkerne på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet yderligere. En sådan omfattende litteraturgennemgang falder dog uden for denne rapport's formål.

### 2.6.4 Pædagogik og læringsteori

Forandringsprocesser kan også ses som læringsprocesser, og det kan derfor tænkes, at man kan finde frugtbare indsigter i denne tradition. Dette er dog ikke i fokus i denne rapport.

### 2.6.5 Evalueringsteori

Som det vil fremgå, er det vigtigt, at man får dokumenteret og evalueret implementeringsforløbet. Betydningen af evaluering for implementering vil blive berørt, men forskellige evalueringsmodeller og metoder er ikke et emne, der behandles selvstændigt i rapporten.

## 3 Metode og søgestrategi

### 3.1 Indledende søgning

Litteraturen til rapporten blev indledningsvis fundet via en selektiv søgning. I samarbejde med Sundhedsstyrelsen blev publikationer indeholdende grundige oversigter over litteraturen på området (fx Greenhalgh 2004, Fixsen et al. 2005, GuldbRANDSSON 2008 og Winter & Nielsen 2008) identificeret, og centrale referencer anvendt i disse blev fundet.

### 3.2 Søgning i videnskabelige databaser

Nøglebegreber fra denne litteratur blev herefter brugt til at gennemføre søgninger i følgende internationale bibliografiske databaser indeholdende videnskabelig litteratur:

- PubMed/MEDLINE
- Embase
- CINAHL
- PsycInfo

Der blev søgt i artiklers titler, abstracts og indekseringstermer i de enkelte databaser. Anvendte begreber var fx: implement\*, diffusion of innovations, information dissemination, translational research, knowledge translation, knowledge transfer, knowledge to action, research utilization, information dissemination og action research (\* angiver at forskellige endelser af ordet er inkluderet i søgningen). Søgningerne blev afgrænset til at dække årene fra 2003 og frem, idet der i de førnævnte oversigter ligger et grundigt stykke arbejde, der rækker bagud.

### 3.3 Tidsskriftsøgning

Derudover er der blevet søgt efter artikler i tidsskriftet Implementation Science ([www.implementationscience.com](http://www.implementationscience.com)) samt CochraneReviews ([www.thecochranelibrary.org](http://www.thecochranelibrary.org)) under emnet "Effective Practice and Organization of Care".

### 3.4 Søgningen efter grå litteratur

Grå litteratur er en betegnelse for akademiske/videnskabelige publikationer, der ikke er udgivet i et tidsskrift, eller som ikke kan identificeres via traditionelle videnskabelige databaser. Da det kan tænkes, at der findes relevante danske/nordiske tekster, som falder under denne kategori, er der også gennemført en supplerende søgning i følgende databaser:

- DEFF
- DSI biblioteket
- SFI
- AKF
- Libris
- GoogleScholar

Søgningen blev begrænset til dansk, svensk og norsksproget litteratur, der omhandler konkrete erfaringer med implementering af sundhedsfremme- og forebyggelses tiltag på det kommunale niveau i de nordiske lande. Sådanne erfaringer kan formodes at være sammenlignelige med en dansk kontekst og kan derfor være relevante. De citerede cases i kapitel 6 ”Den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats” er overvejende hentet fra denne litteratur.

### 3.5 Udvalgelse af relevant litteratur

Alle søgeresultater blev indledningsvis gennemgået på titelniveau og, hvor muligt, også abstractniveau. I denne proces blev litteratur fravalgt ud fra følgende kriterier:

1. Tekster som ikke omhandlede implementering som defineret indledningsvist.
2. Tekster som omhandlede implementering, men:
  - a. vedrørte emneområder, som ikke har nogen berøring med sundhedsfremme eller forebyggelse
  - b. specifikt omhandlede erfaringer med implementering i udviklingslande
  - c. var egentlige metodeartikler, der fx omhandlede specifikke måleinstrumenters anvendelighed
  - d. specifikt omhandlede egentlige medicinske behandlinger, fx hjertekirurgi.

Herefter blev den resterende litteratur vurderet for relevans i forhold til rapporten. Hovedvægten er lagt på tekster, der sammenfatter flere studier inden for et område, dvs. reviews (oversigtartikler) samt metaanalyser. Artikler, der ikke kan kategoriseres som en metaanalyse eller review, men fx kun afrapporterer et enkelt studie, er i nogle tilfælde medtaget fordi de rummer viden inden for områder som målgruppens betydning, praktikernes rolle, ledelse, organisation og lokalsamfund, og/eller omhandler emner, der er centrale for en kommunal sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats (som fx børns mentale sundhed, rygestop, forebyggelse af overvægt osv.).

I alt 117 tekster er vurderet til at have en særlig relevans for denne rapport, og de er derfor mere grundigt behandlet og er citeret i rapportens tekst.

Der er i gennemgangen af teksterne lagt vægt på at finde de væsentligste implementeringsproblematikker. Af de gennemgåede tekster kan i højere grad udlæses en enighed om, hvad der er de væsentlige problemer og dilemmaer, end hvad der så er de bedste løsninger på problemerne, eftersom der (som også tidligere nævnt) kun

sjældent findes klar evidens for et frem for noget andet. Derfor vil fokus i denne rapport også ligge på at påpege de væsentligste problemstillinger frem for at give håndfaste anvisninger på, hvad der er bedst at gøre. I de tilfælde, der tegner sig en enighed om bestemte løsningsmuligheder, vil dette dog naturligvis blive fremhævet.

## 4 Forudsætninger for implementering

Opdelingen i ”forudsætninger for implementering” og selve implementeringsprocessen kan godt virke noget kunstig, idet det forudsætter en opdeling i ét sæt faktorer, der bare er, som de er, og så at sige uden for rækkevidde (forudsætningerne), og et andet sæt faktorer, som man kan øve indflydelse på og påvirke (selv implementeringen). I virkelighedens verden vil skellet mellem de to sæt af faktorer afhænge meget af, hvilket perspektiv man anlægger på implementeringsprocessen. I denne rapport har vi valgt at lægge vægten på det perspektiv, som typisk vil tegne sig for de aktører, der sidder med ansvaret for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen i en kommune.

Set i dette perspektiv er der visse faktorer, som man kun indirekte og på længere sigt kan påvirke, og det er disse faktorer, vi har valgt at gøre rede for under overskriften ”Forudsætninger for implementering”.

Kommunale aktørers udfordring i forhold til at finde og vurdere evidens er yderst central i en sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats af høj kvalitet og det kan diskuteres, hvorvidt denne proces er en del af implementeringen eller ej. Her er evidensproblematikken berørt som en forudsætning for at give plads til en mere dybdegående fremstilling af implementeringsprocessen, som den er defineret i denne rapport.

### 4.1 Politikformulering og –design

*”Ligesom der findes politik, der tilintetgøres i implementeringsprocessen, findes der politik, der fra starten er umulig at implementere. Det kan være en politik, hvor der ikke er den fornødne sammenhæng mellem mål og midler, så de politiske mål ikke kan nås med de midler, der er foreskrevet.”*

(Winter & Nielsen 2008)

Som citatet ovenfor siger, kan de politiske mål undergraves af en fejlslagen implementering og omvendt kan enhver form for implementering, der skal udmønte sig i et bestemt tiltag, fremmes og hæmmes af den bagvedliggende politiske beslutningsproces. Veldesignede politikker kan være nødvendige, men er ikke tilstrækkelige for succesfuld implementering. Formuleringen af politik og politikdesign er derfor væsentlige forudsætninger for en vellykket implementering.

Forskellige aktører kan være drevet af andre motiver end blot, hvorvidt en intervention er effektiv eller ej; således kan faglige organisationer være optaget af, hvordan et tiltag vil påvirke medlemmernes arbejdsituation, politikere af, hvordan et tiltag virker over for deres egne vælgere etc. I praksis kan andre hensyn end de officielt formulerede formål således ofte spille ind (Winter & Nielsen 2008).

I forbindelse med implementering af forskningsbaseret viden peger flere forfattere på, at det er vigtigt at anerkende betydningen af den ramme politikker sætter for, hvordan implementeringen kan forløbe (fx Wandersman 2008, Durlak & DuPre 2008, Fixsen et al. 2005). Således kan de overordnede politiske niveauer (stat og regioner) såvel som kommunernes egen politiske ledelse både mht. finansiering,



politikker og regler medvirke til at skabe et implementeringsvenligt miljø (Fixsen et al. 2005).

Initiativet til at tilvejebringe en politik på et område kan opstå flere steder. Det kan ske med udgangspunkt i et oplevet problem – fx hvis en kommune får dokumenteret en overraskende høj forekomst af overvægt blandt skolebørn og derfor ønsker en sundhedspolitik i folkeskolen – eller med udgangspunkt i et videnskabeligt resultat, som pludselig muliggør handling på områder, man tidligere ikke var opmærksom på. Som fx da nye forskningsresultater påviste at Danmark er et jodmangelområde og konsekvenserne deraf, hvilket gav anledning til ændringer af den førte politik med hensyn til anbefalede daglige doser, berigelse af fødevarer etc.

Politikdesignet har, hvad enten det er godt eller dårligt, virkninger på alle de andre led i implementeringsprocessen. Den veludvalgte politik kan således virke som en styrepind igennem hele implementeringsprocessen (Winter & Nielsen 2008, Broens 2007, fx Wandersman 2008, Durlak&DuPre 2008, Fixsen et al. 2005).

En veludvalgt politik	
<b>Organisatorisk</b>	Letter inter- og intraorganisatorisk koordination
<b>Ledelse</b>	Gør formålet synligt for lederne og giver dem redskaber til at motivere medarbejderne
<b>Frontarbejdere</b>	Gør formålet synligt og hjælper med at prioritere mellem handlingsalternativer.
<b>Målgruppe</b>	Gør formålet synligt og hjælper målgruppen med at prioritere/ændre adfærd

På samme måde kan det indgå i politikdesignet, at man overvejer alle de andre led i modellen og fx inddrager viden om eller forventninger til organisatoriske, ledelsesmæssige etc. forhold (Einter 2008).

Typiske elementer i politik-design er:

- Mål for politikken
- Et sæt af instrumenter til at opnå målene
- Bestemmelse af, hvilke myndigheder og organisationer, der har ansvaret
- Bevilling af ressourcer til opgaven

Vi vil nedenfor gennemgå de fire punkter.

#### 4.1.1 Mål

I meget af den gennemgåede forskning fremhæves vigtigheden af klare mål for at lette aktørernes arbejde (Mazmanian & Sabatier 1981; 1983; Winter & Nielsen 2008), men Winter gør opmærksom på, at uklare, tvetydige eller modstridende mål er reglen snarere end undtagelsen og ikke udelukker gode resultater af implementering (Sabatier 1986; Keiser & Meier 1996; May 2003; Winter & Nielsen 2008). Det skyldes, at den politiske proces ofte bevirker, at det er lettere at blive enige om midlerne end om målene. Som led i designprocessen bør det overvejes, hvordan de

forskellige mål kan komme til at understøtte hinanden i stedet for det modsatte. Den politologiske litteratur taler om, at interesser ikke behøver at være identiske, blot de er konvergerende, dvs. at forskellige mål kan forfølges med samme midler (Winter & Nielsen 2008).

#### 4.1.2 Instrumenter

Enhver konkret politik kan designes ved at kombinere en række standardinstrumenter (Salamon 2002), nemlig:

- Regler (tvang – tilladelser, påbud og forbud) med tilhørende kontrol af deres overholdelse og sanktioner i tilfælde af regelbrud (fx parkeringsregler og parkeringsbøder)
- Økonomiske incitamenter i form af belønning, straf eller konkurrence (belønning i form af støtte, fx børnecheck som belønning for at få børn; straf i form af afgifter, fx grønne afgifter som straf for at forbruge miljømæssige ressourcer; konkurrence fx ved udlicitering)
- Information (fx kampagner som 6 om dagen eller Stop før fem).
- Serviceleverance tilføjes undertiden som et særskilt instrument, dvs. at fx en kommune tilbyder en service, der er strikket sammen på en sådan måde, at borgerne enten kan tage imod den eller lade være. Fx kan der lægges forebyggende hjemmebesøg ind i ældreplejen som et instrument i den forebyggende indsats for ældre (Salamon 2002).

Alle instrumenter kan potentielt rettes mod alle aktører i implementeringsprocessen, således mod organisationer, institutioner, ledere, medarbejdere/frontpersonale og borgere/brugere. Nogle beslutninger vedrørende instrumenter træffes nationalt, fx tobaksafgifter eller moms på fødevarer, mens andre er overladt til kommunerne, fx rygepolitik på kommunale arbejdspladser og kostpolitik i institutioner.

Instrumenterne kan blandes på forskellig måde, hvilket kan påvirke resultatet – ikke alle kombinationer er lige effektive. Fx er taxametersystemet blevet anklaget for at bidrage til at sænke de akademiske standarder på læreanstalterne, idet de giver institutionerne et incitament til at slippe alle igennem.

Bestemte instrumenter favoriserer bestemte implementeringsstrukturer - fx hvis man laver regler, skal man også have nogen til at kontrollere, at de bliver overholdt, og et sæt sanktioner for brud på reglerne. Ligeså er nogle afgifter nemme og billige at indkassere, fx tobaks- og alkoholafgifter, mens andre kræver inspektions- og håndhævelsespersonale, fx CO2 afgifter.

En del forskning tyder på, at implementering via økonomiske incitamenter virker bedre end regler, idet det giver målgruppen et incitament til at ændre adfærd og nedsætter behovet for kontrol (Andersen 1993; Linder og Peters 1989; Andersen og Hansen 1991; Gaarn-Hansen 1991). Imidlertid kan større enkelthed have omkostninger fx i form af en mindre grad af præcision ift. målgruppen. Fx giver tobaks- og alkoholafgifter anledning til grænsehandel i de områder, hvor det er en mulighed at køre syd for grænsen. Eller tilbud om gratis måling af blodtryk til alle tiltrækker dem, der i forvejen er mest sundhedsbevidste og derfor har mindst behov. Der er en afvejning mellem præcision og retfærdighed på den ene side og enkelthed og automatik på den anden side, eller med andre ord: jo mere præcist et instrument er, desto mere komplekst er det ofte at administrere (Salamon 1981. 2002; Linder

og Peters 1989; Winter & Nielsen 2008). Indtil videre er dokumentation af instrumenteffekter dog mangelfuld, fordi sammenhængene er meget kontekstafhængige.

#### 4.1.3 Organisering

En implementeringsproces kan tilrettelægges på tre overordnede måder: som hierarki, netværk eller marked (Olsen 2006). De forskellige organiseringsformer har forbindelse til de anvendte instrumenter, sådan at forstå, at visse instrumenter lægger mere op til én organisationsform end til en anden.

- Hierarki: Opgaven løses af det offentlige med en politisk ansvarlig myndighed i toppen, fx kommunalbestyrelsen. Denne anvendes tit i forbindelse med håndhævelse af regler og serviceleverancer. Det offentlige kan både optræde som arrangør (i tilfælde af udlicitering) og som producent af ydelser (Winter & Nielsen 2008).
- Marked: Det offentlige betaler private (for-profit eller non-profit) aktører for at levere ydelser, fx i form af udlicitering, frit valgs-ordninger eller faste aftaler (fx med praktiserende læger) (Rambøll Management 2004; Birkler & Nielsen 2008).
- Netværk: Flere forskellige myndigheder eller organisationer deltager, fx kommuner, a-kasser og private virksomheder i arbejdsformidlingen eller kommuner og sygehuse i tilfældet genoptræning (Olsen 2006, se også Durak & DuPre 2008).

Som det også fremgår, findes der forskellige mellemformer af disse. I Danmark har den hierarkiske opgaveløsning traditionelt været fremherskende, men blandingsformer vinder mere og mere frem. Selv i situationer, hvor markedet inddrages via fx udlicitering, spiller det offentlige en væsentlig rolle i forhold til specificering af ydelser og kontrol med deres udførelse. Forskningen tyder på, at der kan være fordele i at kombinere den hierarkiske styring, som den er gængs i kommunerne, med visse markedslignende elementer (Mazmanian & Sabatier 1981; 1983; Sabatier 1986; Winter & Nielsen 2008).

#### 4.1.4 Økonomiske ressourcer

Det fremføres ofte at der er en direkte sammenhæng mellem tildeling af ressourcer på den ene side og præstationer og effekt på den anden side, men dette behøver ikke at være tilfældet (Winter & Nielsen 2008). Det er naturligvis vigtigt, at der afsættes økonomiske ressourcer til de implementeringsindsatser, som man ønsker at iværksætte. Det kan være et særligt problem inden for sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, idet det kan være svært at vise resultater af indsatsen direkte.

I den forbindelse kan det hjælpe, at man søger at inkorporere evidensbaseret viden i arbejdet med at få skaffet de økonomiske ressourcer. Vi vil i det følgende komme lidt nærmere ind på brugen af evidensbaseret viden.

## 4.2 Brugen af evidensbaseret viden

Det er vigtigt at designe politikker og iværksætte indsatser ud fra relevante og korrekte antagelser om årsag og virkning (dvs. evidens som defineret indledningsvis). Et eksempel er den veldokumenterede effekt af rygestopkurser.

Tilvejebringelsen af den rette viden er således en forudsætning for en vellykket implementering, hvor processen ender med at have den ønskede effekt for målgruppen. Desuden kan brugen af forskningsbaseret viden og evidens styrke argumenterne for prioritering af ressourcer til et effektivt folkesundhedsarbejde.

De fleste kommuner er ikke selv producenter af evidens og er derfor afhængige af input fra forskningsmiljøer og andre, der producerer evidens i Danmark og i udlandet. I princippet har naturligvis både forskere og praktikere interesse i at forskningsresultater bliver brugt i praksis med en sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats af højere kvalitet til følge. I praksis kan der dog være en del barrierer både på producent- og på aftagerside af den relevante viden. Producenterne af viden, dvs. forskerne, henvender sig ofte til andre forskere og ikke til praktikere, og benytter sig for det meste af et tungt akademisk sprog. Aftagerne (fx kommunale praktikere) kan lide under manglende erfaring, uddannelse eller ressourcer til at finde og vurdere evidens, og under ”informationsoverload” fordi der ofte er en stor mængde af viden, der skal gennemgås, før den mest relevante kan identificeres.

Der er i litteraturen ikke enighed om, hvad der virker bedst i forhold til at få viden ud til de medarbejdere, der gerne vil bruge den i praksis, men flere anbefaler, at man ikke forlader sig på en enkelt strategi, men kombinerer flere forskellige. En lettere adgang til forskningsbaseret viden kan være det første skridt på vejen (Durlak & DuPre 2008). Ifølge en canadisk undersøgelse mente en stor del af de, der skal benytte forskningsbaseret viden i praksis, at systematiske reviews kunne være med til at gøre det lettere at benytte forskningsbaseret viden (Dobbins et al. 2004). Ingen af disse strategier er dog i sig selv nok, idet en sådan passiv form for diffusion eller spredning af viden ikke ser ud til at have den store effekt i praksis (Drake et al. 2009, Fixsen et al. 2005, Guldbrandsson 2008).

Noget tyder dog på, at man kan fremme praktikerens brug af forskningsresultater ved at iværksætte et samarbejde mellem forskere og praktikere om at definere, hvad der er relevant og hvordan det gribes an; og i forlængelse heraf ved, at forskningen bliver mere relevant og lettilgængelig i kraft af samarbejdet (Mitton et al. 2007, Almeida & Bascolo 2006). En kultur for at benytte evidensbaserede tiltag er dog samtidig noget, der skal etableres i organisationen over en årrække (Mancini 2009). Det kræver både tid og evner at vurdere hvilken viden, der er bedst og hvordan den passer til den aktuelle kontekst.

Almeido & Bascolo (2006) opstiller nogle vigtige punkter for, hvordan man kan få forskningen til at komme højere op på dagsordenen i forhold til at blive brugt aktivt i beslutningsprocesser:

1. at forskningen blev diskuteret på møder
2. at forskningen blev citeret i rapporter og præsentationer
3. at der gøres en indsats for at fremme brugen af forskning, hvilket kan medføre
4. at forskningen på denne måde er med til at influere beslutninger (Almeido & Bascolo 2006).

Derudover findes der forskellige værktøjer til at finde og vurdere sundhedsfremme- og forebyggelsesviden. Hvad angår søgning af viden, kan det være relevant at søge i kilder, som allerede er blevet vurderet af forskellige institutioner. Der findes flere gode kilder, som er gratis tilgængelige på internettet. Databasen ”Canadian Best

Practice”<sup>2</sup> indeholder fx viden om sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser som via solide evalueringsdesigns har vist sig at være effektive og have potentiale til at blive gentaget og ”Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)”<sup>3</sup> indeholder reviews, som er kommenteret af eksperter, som en hjælp til at vurdere kvaliteten. Hvad angår vurdering af relevansen af viden, kan der være inspiration at hente i forskellige engelsksprogede udgivelser, fx ”A Compendium of Critical Appraisal Tools for Public Health Practice” af Ciliska et. al. 2008<sup>4</sup>. Som sagt er det ikke i denne rapport at denne problematik følges til dørs. Der henvises derfor til Sundhedsstyrelsens videre arbejde på dette område, som løbende vil blive formidlet på [www.sst.dk/evidensbasen](http://www.sst.dk/evidensbasen).

### 4.3 Rammebetingelser

Rammebetingelser kan deles op i juridiske/formelle og socioøkonomiske rammer for indsatser.

#### 4.3.1 Juridiske/formelle rammebetingelser

De juridiske/formelle rammer for implementering består af de til enhver tid eksisterende love og regler på området. Det kan fx være Sundhedsloven, der pålægger at kommunerne skal skabe rammer for en sund levevis. Det kan også være love, der påbyder, at man fx ikke må ryge på hospitaler eller sygehuse. Man kan således sige, at de juridiske eller formelle rammer sætter rammerne for, hvad man kan, skal eller ikke må, samtidig med at de giver nogle muligheder for at iværksætte sundhedsfremmende tiltag.

#### 4.3.2 Socioøkonomiske baggrundsbetingelser

Den anden gruppe af rammebetingelser for implementering vedrører de socioøkonomiske betingelser givet af det omgivende samfund, det såkaldte task environment. Succes med implementering kan fx påvirkes af, om man er i en periode med økonomisk recession eller vækst, i en rig eller fattig region etc. Dette kan både have betydning for, hvilke ressourcer, man har til sin rådighed, og for, hvor godt forskellige styringsinstrumenter kan forventes at virke (Winter & Nielsen 2008). Der kan være store forskelle på, om man sidder i en kommune, hvor det er svært at tiltrække fx læger eller i en kommune, hvor dette ikke er et problem. Der kan også være forskelle på den infrastruktur, man har til sin rådighed i forhold til, om det er svært eller nemt for borgerne at benytte kommunens tilbud. Samtidig er der stor forskel på befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner.

---

<sup>2</sup> <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-eng.html>

<sup>3</sup> <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>

<sup>4</sup> [http://www.nccmt.ca/pubs/2008\\_07\\_CompndiumToolENG.pdf](http://www.nccmt.ca/pubs/2008_07_CompndiumToolENG.pdf)

#### 4.4 Lokalsamfundets parathed: Community Readiness

Ud over de mere formelle rammer for implementering findes der en del litteratur, som beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvorvidt et lokalsamfund er gearret til at implementere, det såkaldte community readiness. Begrebet er udviklet i en amerikansk kontekst, og i dansk sammenhæng skal man derfor overveje, hvad man forstår ved community – er det hele kommunen, måske hele det danske samfund, eller kun de specifikke grupper af medarbejdere eller borgere, der er relevante for et bestemt tiltag? De amerikanske kilder opererer ofte, uden at problematisere det, med et lokalsamfundsbegreb, hvor et velafgrænset lokalsamfund antages at være den primære referencegruppe for alle målgrupper (Se Fixsen et al. 2005, Ganju 2003, Stith 2006). Dette kan imidlertid langt fra tages for givet i en dansk kontekst, hvor det måske snarere er undtagelsen end reglen, at det er kommunegrænserne, der afgrænser den relevante referencegruppe. I visse tilfælde kan den relevante gruppe være fx brugere og ansatte på en enkelt institution, som fx en skole, i andre tilfælde kan det være en større og mere geografisk spredt gruppe, som fx småbørnsforældre, som i mindre grad bliver påvirket af lokale ildsjæle og i højere grad måske gennem medierne. Under alle omstændigheder kan det bredere socioøkonomiske motivationsklima, der omgiver et bestemt indsatsområde, have stor betydning for, om det kan lykkes at implementere sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag med succes.

Inden for implementeringsforskningen taler man om, at lokalsamfund skal være klar til at implementere, og Edwards et al. (2000) har udviklet en såkaldt Community Readiness Model, der består af 9 faser:

1. **Ingen bevidsthed:** Der er i samfundet ingen bevidsthed om, at man har et problem, idet man enten ikke ser et problem som et problem eller ser det som en del af samfundets normer, og man tolerer, accepterer eller ligefrem tilskynder til en problematisk adfærd. Fx var rygning under 2. verdenskrig så uproblematisk, at soldater fik cigaretter som en del af deres ration.
2. **Benægtelse:** Her er en vis anerkendelse af problemet, men det ses ikke som samfundets problem, men der henvises til, at det drejer sig om en lille gruppe, eller at der ikke er noget at gøre ved problemet.
3. **Svag bevidsthed:** Her begynder man så småt at erkende, at man har et problem, som der bør gøres noget ved, men der er ingen motivation hos nøglepersoner til at gøre noget ved det.
4. **Præ-planlægning:** Man har erkendt problemet, og der finder en vis organisering sted, men der er ingen planlægning endnu.
5. **Forberedelse:** Aktiv planlægning med fokus på detaljer. Der søges midler. Man har diskuteret fordele og ulemper ved et program, og man har iværksat et pilotprogram.
6. **Indledning:** Man har forberedt sig nok til at retfærdiggøre at gå i gang. Entusiasmen er høj og problemerne få.
7. **Stabilisering:** Program(merne) kører, og der er støtte fra lokalsamfundets ledere og fra det administrative apparat. Personalet er uddannet og har erfaring. Begrænsningerne er kendte og modstanden er overkommet.
8. **Bekræftelse:** Programbegrænsningerne er velkendte, udvidelse støttes og der er gjort forbedringer.
9. **Professionalisering:** Forebyggelsesindsatser er detaljerede og sofistikerede, personalet er veluddannet, der er støtte fra nøgleautoriteter, og lokalsamfundet er dybt involveret (Fixsen et al. 2005, Stith 2006, Ganju et al. 2003).

I virkeligheden kan man se, at der er tale om et forholdsvist stort overlap med implementeringsprocessen, men med den forskel at man her inddrager samfundets forudsætninger, navnlig den generelle motivation og problembevidsthed.

I et studie, der beskriver implementeringen af et treårigt projekt i 11 lokalsamfund med det formål at reducere tobaksforbruget blandt unge (YATP), kan man tydeligt se forskellene i parathed og den konsekvens som parathed spiller for implementeringen, som det fremgår af nedenstående case.

---

#### Case

I et af de lokalsamfund, hvor man forsøgte at implementere YATP (projekt med formål at reducere tobaksforbruget blandt unge), var der ingen erkendelse af, at man havde et problem med rygning blandt unge. Der blev ikke gjort noget for at håndhæve reglerne omkring forbud af salg af tobak til unge, fordi man så rygning som et isoleret problem blandt unge.

Programadministratorerne (forskerne) valgte at begynde interventionen med at skabe opmærksomhed omkring unges rygning i lokalsamfundet. Man gennemførte surveys i lokale skoler for at kortlægge problemet. Man videregav disse oplysninger til politiet for at få dem engageret og man hjalp politiet med at skaffe midler til at kunne tjekke om der blev solgt tobak.

Disse tiltag medførte at lokalsamfundet efterfølgende blev vurderet til at være i *stabiliseringsfasen* af *CommunityReadiness Modellen* (Stith et al. 2006, Engstrom et al. 2002).

---

Man kan så spørge sig selv, hvordan nogen (og hvem) overhovedet skal få en idé til at gøre noget ved et problem, hvis man ikke engang har erkendt, at der er et problem. Det kan være, at der måske er en eller flere i (lokal)samfundet, der har erkendt, at der er et seriøst problem på et eller andet område og gerne vil gøre noget, men måske ikke er i en position til at få det igennem. Her kan det være væsentligt at gøre sig nogle overvejelser omkring, hvorvidt man kan fx kan benytte forskningsbaseret viden til at være med til at få sat et problem på dagsordenen og dermed påvirke beslutningsprocessen højere oppe i systemet.

I ovenstående case kom hjælpen så at sige udefra via en forskergruppe, der kunne påtage sig opgaven og som både havde et program og økonomi med i rygsækken. Forfatterne nævner også, at det ofte er nødvendigt for at få forankret et projekt i et lokalsamfund, at der lokaliseres en nøgleperson, der er i en position til og vil være med til at præge lokalsamfundet i den ønskede retning – en art ildsjæl med indflydelse. Denne nøgleperson skal være karismatisk, committed til programmet og være respekteret i lokalsamfundet. Vedkommende skal også være en entreprenør, have lederevner, en positiv attitude og en viden om, hvordan forebyggelsesprogrammer fungerer. En sådan ildsjæl med indflydelse kan være fødselshjælper til at få den initiale støtte til at påbegynde programmet (Stith et al. 2006).

## 4.5 Opsamling på kapitel 4

I dette kapitel har vi beskæftiget os med forskellige former for forudsætninger for at implementeringsprocessen lettere iværksættes og gennemføres. Med forudsætninger menes, at det er faktorer, der ligger enten før der træffes en beslutning om at implementere en bestemt indsats eller forhold, der kendetegner de omgivelser som implementeringen finder sted i. Alle disse faktorer er vigtige forudsætninger at medtænke og arbejde med i forbindelse med implementering af forskningsbaseret viden. Det er væsentligt med et ordentligt politikdesign, således at der er et mål for politikken, et sæt instrumenter til at opnå målene med, en bestemmelse af, hvilke



myndigheder og organisationer, der har ansvaret samt at der bevilges ressourcer til opgaven. Samtidig er der spørgsmålet om adgangen til og brugen af evidensbaseret viden, som især kan være en udfordring for de organisationer, der ikke har medarbejdere, der er uddannede til at finde og vurdere evidens. De juridiske/formelle samt socioøkonomiske rammer kan være afgørende for, om implementeringen overhovedet er realistisk, og må inddrages i den indledende vurdering af, hvordan man griber implementeringen an. Lokalsamfundets motivation er endnu en forudsætning, som kan fremme eller hæmme implementeringsprocessen og i nogle tilfælde vil udviklingen af lokalsamfundets parathed nødvendigvis komme før påbegyndelsen af selve implementeringen. I det følgende vil vi vende os mod selve implementeringsprocessen, dvs. fra det tidspunkt, hvor beslutningen om at implementere en bestemt indsats er truffet.

## 5 Implementeringsprocessen

*“It might be that even evidence-based practices will only be implemented fully when supported by political, financial and human resource systems at national and local level”.*

(Livesey et al. 2007).

I dette kapitel vil vi komme nærmere ind på de problematikker, der kan lokaliseres i forhold til selve implementeringsprocessen, det vil sige, når man har truffet en beslutning om at implementere et bestemt tiltag til det er endeligt implementeret.

### 5.1 Begrebsmæssig afklaring

I dette kapitel er der en del centrale begreber. Vi vil derfor indledningsvis afklare, hvad disse begreber dækker over.

#### 5.1.1 Fidelity/nøjagtighed

Fidelity kan oversættes med troskab eller nøjagtighed og betyder, at man er tro mod det oprindelige program eller tiltags design uden at ændre ved noget i forhold til hverken elementerne eller hvordan indsatsen implementeres. Dvs. at man implementerer tiltaget nøjagtigt, som det blev udført i de(n) undersøgelse(r), hvor det blev fundet effektivt.

#### 5.1.2 Adaption/tilpasning

Adaption, som vi oversætter med tilpasning, betyder at man tilpasser det oprindelige design af en indsats eller et program, så det passer til den kontekst, som det skal implementeres i.

#### 5.1.3 Typer af tiltag

I forbindelse med forskellige typer af tiltag kan man skelne mellem tiltag, der involverer kontakt mellem borgere og praktikere. Disse kan tage form af interventioner, som er enkeltstående indsats og af programmer, som er samlede pakker af praktikker med flere interventioner, der er målrettet mod en bestemt målgruppe. Det er ofte denne type tiltag, der henvises til i den sundhedsvidenskabelige tradition, og de er ofte udviklet i en kontrolleret setting. Dels kan der være tale om strukturelle tiltag, dvs. ændringer, der ikke nødvendigvis involverer en direkte borgerkontakt – fx etablering af cykelstier, sund kantine, legepladser mm.

#### 5.1.4 Komplexitet

Med kompleksitet menes mængden af elementer i tiltaget. Et komplekst tiltag vil ofte kræve mange ændringer i organisationen og hos målgruppen for at implementeringen lykkes. Jo mere komplekst tiltaget er, jo flere ændringer er nødvendige.

#### 5.1.5 Målgrupper

Det skelnes i kapitlet mellem to målgrupper.

- Frontmedarbejdere/praktikere, der i meget af litteraturen er målgruppen, idet målet er, at frontmedarbejderen/praktikeren skal udføre sin praksis på en ny måde.
- Borgeren, der er målgruppen for den endelige indsats, og som i sidste ende skal have gavn af implementeringen af nye tiltag.

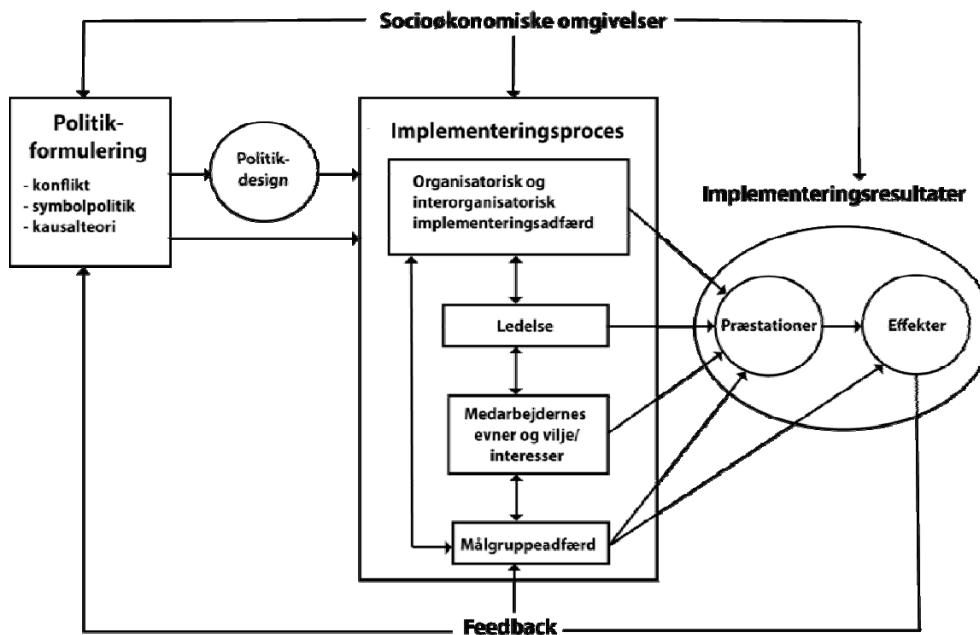
## 5.2 Kapitlets struktur

Kapitlet indledes med en diskussion af den generelle problematik, der handler om fidelity eller nøjagtighed kontra adaption eller tilpasning, dvs. hensynet til nøjagtighed over for den oprindelige interventions udformning afvejet over for hensynet til lokal tilpasning. Denne problematik er central i meget af litteraturen. Derefter følger en gennemgang af betydningen af karakteristika ved selve interventionen.

Kapitlet er herefter opdelt i afsnit på baggrund af Søren Winters integrerede implementeringsmodel, der rummer de mest relevante faktorer ud fra den eksisterende litteratur og teoridannelse inden for området (se figur 1). Modellen udpeger seks sæt af faktorer, som er relevante for implementeringsprocessen. De to sæt er gennemgået i kapitlet om forudsætninger (politikformulering og -design samt socio-økonomiske betingelser), og de resterende fire gennemgås her. Modellen giver overblik over de relevante indsigter, der er gjort inden for forskellige forsknings-traditioner. Således lader resultaterne fra den sundhedsvidenskabelige tradition sig også indpasse i modellen. Undervejs vil vi inddrage litteratur fra begge traditioner, da det giver en bedre sammenhæng. Kapitlet afsluttes med et afsnit om dokumentation og evaluering og derefter en opsamling.

Den skarpe opdeling af faser i modellen nedenfor er naturligvis et analytisk redskab. I praksis vil de forskellige faser påvirke hinanden. Således kan man i designfasen vælge mellem fx forskellige organiseringsmodeller, hvor valget naturligvis vil have konsekvenser for de organisatoriske relationer, der præger projektet. Omvendt kan man også inddrage viden eller overvejelser om de forskellige led i processen i sine designovervejelser, og fx designe politikken ud fra en forventning om frontmedarbejdernes kapacitet eller målgruppens holdninger.

Figur 1: Winters integrerede implementeringsmodel (kilde: Winter, Søren & Nielsen, Vibeke (2008): Implementering af politik og Winter, Søren (2009): Implementation.



### 5.3 Nøjagtighed eller tilpasning – et centralt dilemma

Problematikken om nøjagtighed eller tilpasning knytter sig til den sundhedsvidenskabelige tradition, hvor tiltag typisk udvikles i form af interventioner eller programmer, som er testet i RCT-sammenhæng, og hvor enhver afvigelse fra det oprindelige design kan tænkes at underminere evidensen for programmets virkning. Det er derfor en meget central problematik at forholde sig til, når man ønsker at arbejde evidensbaseret med sundhedsfremme- og forebyggelse. Evidensbaserede interventioner/programmer har vist sig at have en effekt i forhold til målgruppen, dvs. at man ved, at følges programmet som beskrevet, så er der en effekt på den slags målgruppe, som deltog i undersøgelsen. Derimod ved man ikke, om man ved at fjerne enkelte elementer, fordi de fx ikke kan fungere i en lokal kontekst, i virkeligheden risikerer at fjerne noget meget centralt ved interventionen og dermed, at man ikke opnår den ønskede effekt.

Inden for det medicinske område bygger interventioner ofte på relativt velbelyste biologiske mekanismer, som fx at medicin skal gives i den rette dosering og på de rette tidspunkter. Selvom det kan være svært nok at få implementeret denne type af indsatser, er problemerne endnu større, når det drejer sig om sundhedsfremme- og forebyggelsesinterventioner, som typisk involverer komplekse sociale, kulturelle og psykologiske sammenhænge.

I forbindelse med implementering af forskningsbaseret viden vil man ofte skulle implementere et program eller en intervention, der har vist sig at virke under kontrollerede og ideelle vilkår (efficacy). Den store udfordring er at få interventionen/programmet til at virke og have effekt i virkelige forhold (efficiency). Som det bemærkes af Berry et al. (2008), er mange indsatser (her guidelines) fundet virkningsfulde i en kontrolleret setting med et særligt uddannet personale og med en særlig udvalgt målgruppe, og der kan være store problemer med at få det til at fungere i en virkelighed, der er påvirket af en mængde ikke kontrollerede faktorer (Berry et al. 2008).

Når man i en kommunal sammenhæng står over for at skulle implementere en intervention/et program, der er udviklet af andre, er det væsentligt at forholde sig til spørgsmålet om nøjagtighed versus tilpasning, dvs. hvor meget af det oprindelige design, man kan anvende direkte, og hvor meget, der skal tilpasses lokale forhold (se fx Dusenbury et al. 2003). Spørgsmålet er især aktuelt, når det drejer sig om interventioner/programmer, der er udviklet i en kontekst, der adskiller sig meget fra den danske, og når det drejer sig om komplekse programmer med mange elementer. At anvende evidensbaserede interventioner i den kommunale sundhedsfremme og forebyggelse er både en fordel i forhold til at effekten er afprøvet og i forhold til at hver kommune ikke skal opfinde sine egne interventioner. De effektive færdigudviklede rygestopkurser er aktuelt nok det bedste eksempel på en intervention, hvor man er sikker på effekt ved at implementere med størst mulig nøjagtighed. Det er dog erfaret, at de oprindelige rygestopkurser ikke virker lige så godt på socialt udsatte som på andre borgere, hvorfor der p.t. udvikles kurser målrettet udsatte borgere.

### 5.3.1 Nøjagtighed

Der er generel enighed om, at en høj grad af nøjagtighed i forhold til det oprindelige design er relateret til et positivt outcome for målgruppen (Ogden et al. 2009; Mancini et al. 2009, Fixsen et al. 2005, Stith et al. 2006). Det er derfor målet, at man i udgangspunktet er så tro som overhovedet muligt mod interventionen. Men som det påpeges:

*“Expecting perfect or near-perfect implementation is unrealistic. Positive results have often been obtained with levels around 60%. Few studies have attained levels greater than 80%. No study has documented 100% implementation for all providers”*

(Durlak&DuPre 2008).

Hvor kompliceret det er at implementere en intervention eller et komplekst program uden at ændre ved det oprindelige design, fremgår af nedenstående case. Casen illustrerer, at det på trods af den store indsats, der blev gjort og det store fokus, der var på implementeringen, kun lykkedes i lidt over halvdelen af tilfældene at implementere med en høj grad af nøjagtighed.

---

### Case: Implementering af multifacetterede indsatser for skizofrene

I forbindelse med implementeringen af fem multifacetterede forskellige evidensbaserede praksisser 53 forskellige steder i 8 amerikanske stater med det formål at behandle mennesker med skizofreni, udviklede forskerne en "værktøjskasse" til implementering for at opnå høj nøjagtighed/fidelity ud fra hypotesen om, at der var behov for aktiv støtte fra *State Mental Health Authority, lokale ledere, praktikere, forbrugere (patienter) og familien* (Drake et al. 2009). Værktøjskassen indeholdt forskellige materialer til at fremme implementeringen af de fem praksisser i form af arbejdsbøger til praktikere, forskningsartikler, introduktions- og instruktionsvideoer samt powerpoint lektioner. Derudover udarbejdede forskerne et uddannelses/konsultationsprogram, der bestod af følgende elementer:

- Konsulentydelse til *The state mental health agencies*
- Konsulentbistand til de lokale *mental health center* administratorer En *kickoff* præsentation til den instans, der skulle levere ydelsen samt udlevering af "værktøjskassen".
- Indledende uddannelse til praktikerne
- Fortløbende konsulentbistand
- Systematisk fidelity-monitorering i form af a) heldagsbesøg af et par uafhængige fidelityeksperter, der guidede, interviewede, observerede møder osv. og b) fidelitymøder med lederne fra de instanser, der stod for implementeringen, hvor der blev givet mundtlig og skriftlig feedback på kvaliteten af implementeringen.

Forskergruppen fulgte de 53 steder i to år og kunne afslutningsvis konkludere, at efter de to år havde 29 (55%) opnået implementering med høj grad af nøjagtighed (Drake 2009).

---

At det er svært at opnå fuldstændig nøjagtighed i forhold til det oprindelige design er således en problematik, der er reel, og som er med til at rejse spørgsmålet om, det i stedet kan være lige så relevant at tilpasse programmet til den lokale kontekst.

#### 5.3.2 Tilpasning

Tilpasning dækker over de større eller mindre tilpasninger, man kan foretage i et program eller en intervention for at få det til at fungere bedre i en lokal kontekst. Det faktum, at der er så store problemer med at opnå høj grad af nøjagtighed i implementeringen, gør det relevant at fokusere på adaption eller tilpasning som en relevant mulighed i forbindelse med implementering. Der er også forfattere, der peger på, at det ikke nødvendigvis er fuldstændig nøjagtighed, der er det primære mål, men at det ligefrem kan være nødvendigt at tilpasse en intervention til det miljø, hvor interventionen skal udføres (Durlak & DuPre 2008, Giesen et al. 2007, Guldbbrandsson 2008, Rowe 2007, Rollman 2006, Ogden 2009).

Der peges dog også flere steder på, at efterhånden som interventioner/programmer afprøves og tilpasses flere lokale steder, jo bedre viden vil man få om, hvad der virker, og at de lokale implementeringssteder dermed kan bidrage til forskningen og udviklingen af nye programmer med nye designs (Ogden 2009, Fixsen et al. 2005, Kerner 2006, Elias et al. 2003, Stith et al. 2006). Det kræver dog en høj grad af dokumentation og evaluering af både implementeringsprocessen og effekten af interventionen/programmet at udvikle brugbar viden.

#### 5.3.3 Uenighed om graden af nøjagtighed

Den gennemgåede litteratur rummer forskellige synspunkter med hensyn til vigtigheden af nøjagtighed versus tilpasning. En gruppe forfattere lægger stor vægt på nøjagtighed, idet de pointerer, at hele ideen med evidensbaseret arbejde går tabt, hvis den enkelte organisation eller praktiker modificerer interventionen efter egne

behov. Elliott (2004) hører til denne gruppe og argumenterer kraftigt imod lokal tilpasning. Hans argumenter kan opsummeres som følger:

- Vi ved ikke nok om årsagssammenhænge til at kunne opdele i essentielle og mindre essentielle komponenter. Hvis et program virker, bør det derfor implementeres i sin helhed.
- Ideen om lokal tilpasning forudsætter, at det lokale miljø er uforanderligt. Elliott har selv erfaringer med at samarbejde med lokale aktører om at opbygge deres kapacitet til at implementere programmer snarere end at tilpasse programmerne til den eksisterende kapacitet.

*“the critical question may not be “Will this program fit in this local context?” but “How does this context have to change for us to successfully implement this program here?”*

(Elliot 2004)

Elliott mener, at argumenterne for tilpasning ofte er resultat af, at man prioriterer hensynet til, at et program kan opretholdes på langt sigt, over hensynet til om det virker. Han er enig i, at man ved at tilpasse et program måske kan gøre det levedygtigt over en længere periode, men påpeger, at det ikke hjælper meget, hvis programmet ikke virker, fordi man har givet køb på nøjagtigheden. Han påpeger, at tilpasninger alt for ofte sker ureflekteret og uden hensyn til programmets teoretiske grundlag, og ofte heller ikke af nødvendighed i forhold til målgruppens særlige behov. Elliot bruger som eksempel at der ses der en tendens til at lærere, der skal udføre nye misbrugsforebyggelsesprogrammer ofte ender med i stedet at benytte kendte former for skræmmekampagner, selvom disse er dokumenteret kontraproduktive (Elliot 2004).

Elliotts egen løsning på lokale tilpasningsproblemer er at være meget omhyggelig med at udvælge de institutioner eller lokaliteter, hvor en intervention skal implementeres. Han identificerer seks kriterier, der skal være til stede i en lokalitet eller institution forud for implementering:

- tilstedeværelsen af en respekteret lokal ”champion” eller programforkæmper med gode forbindelser
- stærk støtte fra det administrative system
- formel organisatorisk tilslutning til interventionen, organisatorisk og bemandingsmæssig stabilitet
- bindende tilsagn om nødvendige ressourcer
- at programmet virker troværdigt i lokalsamfundet
- potentiale for rutinisering, dvs. en vis sandsynlighed for, at der også er vilighed og ressourcer til at fortsætte programmet inden for de almindelige driftsmidler efter en evt. projektperiode (Elliot 2004).

Durlak og Dupre (2008) er imidlertid uenige i dette meget strenge nøjagtighedsideal. Dermed ikke sagt, at man skal gå i den modsatte retning og lave om, som man synes. De gør opmærksom på, at inddragelse af praktikere og brugere i udformningen af interventioner i sig selv kan medvirke til at fremme implementeringen. De mener derfor, at det er forkert at se nøjagtighed og tilpasning som modsætninger, og argumenterer for at finde den rette blanding af de to. I nogle tilfælde kan tilpasning faktisk forbedre et program, mens det i andre tilfælde vil udhule det.



Dette kræver imidlertid, at man er omhyggelig med at dokumentere præcis, hvad man gør, når man implementerer, hvilket desværre kun sjældent sker (Durlak & Dupre 2008).

Andre forfattere mener, at vejen ud af dilemmaet skal findes ved at programudviklerne, dvs. forskerne, skal gøre mere ud af at identificere såkaldte kernekomponenter eller aktive ingredienser i programmerne, dvs. komponenter, som ikke kan ændres uden at underminere evidens; så de, der skal udføre programmerne i praksis, har et klart billede af, hvor grænserne for lokal tilpasning går (fx Brownson 2009, Fixsen et al. 2009).

Dusenbury (2003, 2004) påpeger, at såvel dosage (dosering, dvs. hvor mange elementer af en intervention, der implementeres) som adherence (dvs. hvor nøje praktikerne følger forskrifterne) har betydning for et programs succes. Omvendt peger han også på, at programudviklerne bør tænke på praktikernes behov og fra starten designe programmer med en vis fleksibilitet, eftersom fleksible programmer med større sandsynlighed vil blive implementeret og institutionaliseret. Dusenbury anbefaler, at man gennemfører en komponentanalyse for at afklare, hvilke elementer, der er essentielle, og hvilke der evt. kan modificeres. Dette kan fx ske som i et forsøg foretaget i Horsens, hvor man opdelte ældrebeholdningen i fire grupper for at sammenligne vigtigheden af to komponenter i et program for at forebygge faldskader. Der kan også være elementer, som det er essentielt at udelade, fordi forskningen viser, at de virker mod hensigten, således fx som nævnt skræmmekampagner i forbindelse med misbrugsforebyggelse blandt unge (Dusenbury 2003, 2004).

Dusenbury påpeger i den forbindelse en anden problematik, som går på, at et succesfuldt program ofte vil blive efterspurgt i en grad, så de oprindelige udviklere ikke kan følge med efterspørgslen på fx kurser og uddannelse af ressourcepersoner. Naoom et al. (2008) påpeger ligeledes, at efterspørgselen efter evidensbaserede programmer overstiger udbuddet, hvilket fører til problemer, når offentlige instanser i stigende grad forlanger, at fx socialt arbejde og forebyggelse skal evidensbaseres – dvs. baseres på evidens, der i mange tilfælde ikke eksisterer. Hun gør i den forbindelse opmærksom på behovet for bedre kommunikation mellem programudviklere "purveyors" og praktikere/implementører "providers" eller "agencies". (Naoom 2008, Dusenbury 2003, 2004, Fixsen et al. 2005, 2009)

Vanderplasschen (2004) anbefaler ligeledes udviklingen af programprotokoller og manualer samt identifikation af kernekomponenter som redskaber, der fremmer nøjagtighed i implementeringen. Wagner (2004) beskriver, hvordan man i forbindelse med skolebaserede interventioner i misbrugsforebyggelsen udvikler specifikke manualer for praktikere og arbejdsbøger til eleverne, der svarer til det foreskrevne lektionsforløb. Manualerne rummer forslag og eksempler på, hvordan man kan bruge de enkelte elementer, som fx rusmiddeldagbøger, og hvordan man håndterer fx spørgsmål om fortrolighed. Programudviklerne holder desuden fokusgrupper med praktikere og elever og justerer materialerne efterfølgende (Vanderplasschen 2004, Wagner 2004).

Om end litteraturen peger på, at høj grad af nøjagtighed mod det oprindelige design, er forbundet med et positivt outcome for borgeren i sidste ende, er opnåelsen af nøjagtighed forbundet med mange vanskeligheder. Det tydeliggøres i resten af kapitlet som beskriver, hvordan karakteristika ved selve interventionen, organisatoriske faktorer, frontpersonalet, ledelsen og borgeren kan være med til at fremme eller hæmme implementering med høj grad af nøjagtighed.

## 5.4 Karakteristika ved selve interventionen

Hvor den politologiske tradition især koncentrerer sig om konteksten, ser flere forfattere fra den sundhedsvidenskabelige tradition også på kendetegn ved selve interventionen eller programmet, der skal implementeres. Det viser sig helt overordnet, at det er kendetegnende for tiltag inden for folkesundhed, der viser sig at blive implementeret med succes, at de:

- **Har relative fordele.** Tiltag der har klare fordele frem for allerede eksisterende tiltag implementeres lettere, fx hvis de er mere effektive eller er mere økonomisk rentable. Samtidig er det vigtigt, at problemets størrelse opvejer eventuelle ekstra udgifter. For at træffe en beslutning om at implementere spiller vurderingen af risici også ind og i hvilket omfang, man føler sig i stand til at imødegå disse risici.
- **Er på linje med modtagerens værdier.** Et nyt tiltag implementeres lettere, hvis det er i overensstemmelse med de rådende værdier i organisationen og hos målgruppen. Fx kan man i de fleste lande ikke indføre fysisk afstraffelse af elever, selvom metoden viser sig effektiv. Det værdigrundlag man har i organisationen skal stemme overens med metoden (Giesen 2007, Friedman 2006, Guldbrandsson).
- **Er lette at bruge.** Jo nemmere et tiltag er at bruge, jo større er sandsynligheden for at den vil blive implementeret. Eller hvis et tiltag ikke adskiller sig synderligt fra et eksisterende tiltag, er der også større sandsynlighed for at den bliver succesfuldt implementeret. Det kan hjælpe på implementeringen, hvis man får en meget ny metode demonstreret i praksis. Koppelaar nævner at i 56% af de projekter, som han gennemgik var dette aspekt væsentligt for implementeringens succes (Koppelaar 2009). Morriss peger også på, at det kan være svært for praktikere at benytte interventioner, der ligger langt væk fra, hvad de er vant til at gøre (Morriss 2008)
- **Kan testes i lille målestok.** Dette kan minimere usikkerhed, fordi man ikke løber så store risici, hvis man kan ”pilotteste”.
- **Har synlige resultater.** Det kan være en fordel særligt for forebyggelses tiltag, hvis effekter ofte først viser sig efter lang tid, at designe metoden, således at der forholdsvis hurtigt kommer en form for resultater – fx ved at indlægge evalueringer af, hvad deltagerne synes om metoden.
- **Kan tilpasses modtagerens behov.** Implementeringen lettes også, hvis metoden kan tilpasses de lokale behov. Der er ofte mange ressourcer til stede, når man skal udvikle og teste en ny metode. Når den derimod skal ud af sit eksperimentelle miljø, er ressourcerne ofte mere knappe. Hvis det derfor er muligt at tilpasse uden at ændre fundamentalt på metoden, er der en større mulighed for at implementeringen lykkes.
- **Indeholder en viden der kan generaliseres.** Kan man bruge metoden på andre områder, er den nemmere at implementere (Guldbrandsson 2008). Det er fx fremmede for implementeringen, hvis interventionen indebærer, at praktikerne benytter anerkendende dialog i en sammenhæng og denne metode også kan bruges i anden sammenhæng.

Det lyder måske banalt, men er ikke desto mindre en væsentlig pointe, at det er vanskeligere at implementere komplekse end simple interventioner og som Carroll et al (2007) påpeger, så er der:

*“...evidence that it is easier to achieve high fidelity of simple than complex interventions. This may be because there are fewer "response barriers" when the model is simple. Complex interventions have greater scope for variation in their delivery, and so are more vulnerable to one or more components not being implemented as they should. Overall, research suggests that simple but specific interventions are more likely to be implemented with high fidelity than overly complex or vague ones”*

(Carroll et al. 2007).

To cases med forskellig grad af kompleksitet kan illustrere ovenstående:

---

## 2 CASES

### Case 1 – vuggedød

Der er evidens for at antallet af vuggedødstilfælde mindskes, hvis små børn ikke sover på maven. Ved hjælp af pjecer, der udleveres til forældre og information fra sundhedsplejersker er det lykkedes at nedbringe antallet af vuggedødstilfælde.

Der er tale om et simpelt tiltag, der retter sig mod en motiveret gruppe og som ikke kræver dyre eller komplekse interventioner, og som det er forholdsvist nemt at måle effekten af.

### Case 2 – Diabetes 2

Der er evidens for at motion, sund kost samt at undgå rygning og overvægt forebygger diabetes 2. Alligevel stiger antallet af tilfældene. Man kunne forestille sig at man har et evidensbaseret program, der sigter på at forebygge diabetes via disse fire faktorer,

Her er tale om en langt mere kompleks intervention, der berører nogle meget centrale aspekter i et menneskes liv og som kræver komplekse indsatser både af målgruppen, men også fra leverandøren af programmet. Målgruppen er måske ikke særlig motiveret for at sætte ind på alle fire områder, og leverandøren har en stor udfordring i at levere programmet nøjagtigt som tiltænkt pga. de mange tiltag, der skal sættes i værk.

---

Dusenbury (2003) fremhæver også interventionens kompleksitet som afgørende for, om den kan implementeres med succes. Jo flere elementer, en intervention består af, og jo mere specialiserede, disse elementer er, desto mindre er sandsynligheden for, at de vil blive taget i brug. Programudviklere bør derfor sørge for, at deres programmer fremstår som en ”pakke”, som er lige til at tage i brug. Andre faktorer, som Dusenbury påpeger, omfatter klare instruktioner og letforståelige manualer. Detaljerede og lettilgængelige manualer fremmer nøjagtighed i implementeringen og gør det også lettere at dokumentere og efterfølgende evaluere, hvor implementeringen evt. har afvejet fra manualen. Manualer bør både være eksplicitte i deres beskrivelse af de anvendte metoder og i diskussionen af formål, delmål og underliggende begreber, ligesom de bør inkludere overvejelser om, hvordan interventionen kan integreres med andre aktiviteter, fx i undervisningen. Endelig er det vigtigt, at manualerne har løsningsforslag parat på de mest almindelige problemer og forslag til, hvad man skal gøre, hvis situationen ikke udvikler sig som forudset (Dusenbury 2003).

Durlak og Dupre (2008) finder to træk ved interventioner, der fremmer implementering, nemlig fleksibilitet og kompatibilitet. Flexibilitet dækker det træk, at en intervention kan tilpasses uden at tabe sine essentielle komponenter, og kompatibilitet dækker over, at en intervention skal passe til konteksten med hensyn til aktørernes værdier, organisationens struktur mv. (Durlak & Dupre 2008).

Når man skal iværksætte nye forskningsbaserede tiltag, er det derfor essentielt, at man er opmærksom på kompleksiteten af tiltaget, fordi jo større kompleksiteten er, jo flere aktører og niveauer er involveret og jo flere implementeringsstrategier skal man benytte sig af, hvilket alt andet lige stiller større krav til den kontekst, som man ønsker at implementere i.

## 5.5 Den implementerende organisation

I det følgende vil vi se nærmere på hvilke organisatoriske karakteristika, der har vist sig at være fremmede for organisationer, der har haft en succesfuld implementering. Nogle af de helt overordnede faktorer er ifølge Guldbbrandsson (2008):

- **Størrelse** – der er større sandsynlighed for at en stor, veludviklet organisation indoptager nye tiltag end små, nyere organisationer.
- **Grad af centralisering** – det er fremmede, at organisationer er delt op i mindre enheder med en decentral beslutningsstruktur.
- **Grad af systematisk vidensbrug og innovation.** Organisationer der systematisk undersøger, vurderer og benytter ny viden og lægger den oven i allerede eksisterende viden, er mere innovative. Innovative organisationer er generelt positive over for forandringer, har klare strategiske visioner, stærke ledere, visionære medarbejdere i nøglepositioner, et arbejdsmiljø der stimulerer til at eksperimentere og til at tage risici og har effektive monitoreringssystemer.
- **Eksistensen af lokale netværk.** Lokale netværk kan være en hjælp til at dele viden mellem forskellige faggrupper og kan være medvirkende til udvikling af viden.

Alle disse træk ved en organisation kan være med til at fremme, at en implementeringsproces bliver en succes. Men frem for at anskue de ovenstående punkter, som deciderede kriterier for, om man er i stand til at lykkes med at implementere, kan man se dem som opmærksomhedspunkter. Som kommunal planlægger, der ønsker at iværksætte et nyt tiltag, kan man med fordel forholde sig til, hvor ens egen organisation befinder sig, for at få et realistisk billede af den organisation, som man er en del af. Man skal også være opmærksom på den organisatoriske investering, som opstart af et nyt program repræsenterer. Før organisationen får noget ud af et nyt tiltag, forventes den at investere ressourcer, navnlig personaletid i projektet (Miller 2004).

Det er ikke nødvendigvis sådan, at en organisation skal være eksemplarisk, for at en implementering kan lykkes, men nærmere at implementering af forskellige slags tiltag har forskellige forudsætninger for at lykkes i forskellige organisationer (Guldbbrandsson 2008).

Ved at rette sin opmærksomhed mod nogle helt generelle organisatoriske faktorer, har man også mulighed for at arbejde aktivt med at ændre ved nogle vilkår i organisationen. Alt efter hvor i organisationen man befinder sig, kan man fremme forskellige ændringer, og dermed fremme bedre vilkår for implementering. Derudover ser hyppige skift i personale og ledelse ud til at være hæmmende for implementering. Der skal således helst være kontinuitet i personale på flere niveauer (Mancini 2009, Wandersman 2008). Wandersman (2009) fremhæver vigtigheden af at se på organisationens generelle egnethed til at være "vært" for en innovation. Således vil

en organisation med stærk ledelse og gode forhold mellem de ansatte alt andet lige være bedre egnet til at sætte en implementering i værk. Derudover bør man også se på organisationens specifikke parathed, såsom viden og kunnen på specifikke områder, der er centrale for den aktuelle indsats (Wandersman 2009).

---

#### **CASE – CAMHD**

Morton (2008) beskriver, hvordan Hawaii's *Child and Adolescent Mental Health Division* succesfuldt har opskaleret forskellige evidensbaserede praksisser, og forklarer det med fire primære faktorer:

1. CAMHD har truffet en principiel beslutning om at arbejde evidensbaseret og derved muliggjort udviklingen af en organisatorisk infrastruktur, som fremmer og støtter indførelsen af evidensbaserede praksisser.
  2. CAMHD er meget outcome-orienteret og indsamler systematisk data på sine forskellige aktiviteter.
  3. CAMHD har specificeret klare delmål for både organisationen selv og programudviklerne (purveyors) i implementeringen, opskaleringen og vedligeholdelsen af evidensbaserede praksisser. Dette letter effektiv integrering af nye praksisser i det eksisterende system og hjælper med at finde den rette balance mellem nøjagtighed og tilpasning.
  4. CAMHD har udviklet en særlig jobfunktion, nemlig en centralt placeret system-supervisor for evidensbaserede praksisser, som har det som sit hovedområde at fremme implementeringen af nye evidensbaserede praksisser, fra *readiness assessments* over implementering til vedligeholdelse (Morton 2008).
- 

I den sundhedsvidenskabelige litteratur peges der flere steder på, at selve den organisation, som implementeringen skal foregå i, må formodes at spille en central rolle for, om man har succes med implementering. (se fx Durlak & DuPre 2008; Wandersman et al. 2008; Greenhalgh et al. 2004). Sheldon (2004) finder, at retningslinjer for evidensbaserede praksisser i højere grad implementeres i organisationer, hvor der er stærk professionel støtte mellem praktikerne og i organisationer, som har etableret systemer til at overvåge implementering. I en undersøgelse af 152 sundhedsafdelinger i USA viste det sig, at organisationsledelsens opmærksomhed på videnskabelig kvalitet var afgørende for afdelingens performance (Sheldon 2004). Williams (2008) nævner omvendt mangel på organisatorisk investering og organisationer præget af udbrændthed og apati blandt medarbejderne som væsentlige barrierer for implementering (Williams 2008). Derudover ser det ud til at være hæmmende for implementering, at der er hyppige skift i personale eller ledelse og manglende integration af interventioner i allerede eksisterende rutiner og systemer (Mancini 2009, Wandersman 2008, Brand 2005).

Det er dog uklart præcis, hvilken specifik indflydelse organisationen har. Organisationer er komplekse størrelser, der ikke inden for den sundhedsvidenskabelige tradition er belyst i særlig udstrakt grad. Som Fixsen et al. (2005) skriver:

*”There is little evidence related to organizational and system influences on implementation, their specific influences, or the mechanisms for their impact on implementation efforts. Yet, there seems to be little doubt about the importance of these organizational and influence factors among those who have attempted broad-scale implementation”*

(Fixsen et al. 2005).

Derfor vender vi os i det følgende mod den politologiske tradition.

## 5.6 Interorganisatoriske faktorer

Dette afsnit handler om de interorganisatoriske aspekter af implementeringen. Inden for den politologiske tradition skelnes ofte mellem interorganisatoriske og intraorganisatoriske faktorer. Dvs. relationer og samarbejde mellem organisationer eller samarbejde og relationer internt i organisationen. Imidlertid er det i praksis ofte et åbent spørgsmål om fx relationer på tværs af forvaltninger i samme kommune (fx en sundheds- og en teknisk forvaltning) er en inter- eller intraorganisatorisk relation. De har hver for sig budgetter, som de vil holde på, men er i samme kommune med de samme borgere. Dette afsnit handler om interorganisatoriske relationer uanset om det drejer sig om fx samarbejde mellem kommuner eller mellem forvaltninger, afdelinger eller institutioner i samme kommune. De intraorganisatoriske forhold som ledelse og organisationskultur behandles i afsnittene om ledelse og frontpersonale.

En pointe fra den politologiske tradition er, at jo flere aktører der er i spil, desto sværere er implementeringen, fordi det giver flere interesser og perspektiver og flere beslutnings- og vetopunkter. Som implementeringsforskerne Pressman og Wildavsky siger i en amerikansk sammenhæng: *"it is amazing that federal policies work at all"* (Pressman & Wildavsky 1973; Christiansen et al. 2006) De viser med et tænkt eksempel, at hvis der er 7 beslutningsled, hvor chancen for en succesfuld beslutning i hvert led er 90%, er den endelige chance for succes under 50%. Det er denne problematik, der inden for den politologiske implementeringsforskning kaldes *"the complexity of joint action"*. Dette er værd at holde sig for øje, når man står med et ønske om at implementere en ny indsats som sundhedsansvarlig i en kommune. Som nævnt er det vigtigt, at beslutningen tages på det rette sted i organisationen (Guldbrandsson 2008). De mange beslutningsled kan være en hindring for, at der bliver truffet en beslutning. Som flere forfattere peger på, er det vigtigt, at organisationen er gearet til at implementere (Guldbrandsson 2008; Fixsen et al. 2005; Salyers et al. 2009; Berry & Haddock 2008; Elias et al. 2003; Grol & Grimshaw 2003). Et sted man derfor med fordel kunne rette sin opmærksomhed hen, er omkring antallet af beslutningsled, fordi det kan have betydning for, om der overhovedet bliver implementeret noget nyt.

---

### Eksempel: Sund kost for skolebørn

For en sundhedsforvaltning er sund kost hos skolebørn ofte centralt, mens det for skolerne er sekundært i forhold til deres primære mål, som er at undervise børnene. Men hvis begge forvaltninger kan opnå en fælles interesse for kost som middel til hhv. sundhed og indlæringssevne er der grobund for en fælles indsats. Skolerne kan se sund kost som et middel til at opnå bedre undervisningsresultater, fordi børnene lærer bedre, når de har fået et ordentlig mad, eller det kunne være at det at lave mad og spise sammen kunne fungere som en læringssituation, samtidig med at skolen kunne få tilført midler til efteruddannelse for lærerne ved at gå aktivt ind i den kommunale sundhedspolitik.

---

Kompleksitet kommer ikke kun af uenighed i de forskellige beslutningsled, men også i forskellige perspektiver hos grundlæggende enige aktører. Nogle aktører har således implementeringen af sundhedsforebyggende tiltag som centralt mål, mens det for andre enten er forstyrrende eller sekundært, eller måske har de en anden tidshorisont. Som beskrevet tidligere kan der være forskellige mål mellem forskellige aktører (fx to forvaltninger), men det er muligt at nå forskellige mål med samme midler. Eksemplet ovenfor viser, at man kan have forskellige mål, men at begge mål godt kan nås med samme middel. Som det er blevet påpeget tidligere i denne

rapport, så er det ofte lettere at blive enige om midlerne end målene (Winter & Nielsen 2008).

For at fremme implementering anbefaler Winter mfl., at enhver implementeringsstrategi bør inkludere et overblik over alle relevante aktører og deres handlingsmodeller, dvs. deres interesser og ressourcer. Komplexiteten kan reduceres ved at indgå tidlige aftaler om grundlæggende forståelser og trække på de såkaldte bandwagon effects – fx er det efterhånden sjældent, at arbejdspladser ikke har en rygepolitik. Ligeså kan beslutninger fremmes ved at konstruere pakked løsninger og dermed reducere antallet af beslutningsled (Winter & Nielsen 2008).

En anden vigtig faktor er typen af ressourceafhængighed mellem de involverede organisationer. O'Toole skelner mellem forskellige former for afhængighed (O'Toole 2003):

- **Sekventielle relationer:** A er afhængig af input fra B, som til gengæld ikke er afhængig af A. I denne situation står og falder processen med Bs engagement. B bliver et potentielt vetopunkt og kan stoppe processen enten ved aktivt at modarbejde den eller blot ved at nedprioritere den, så A går i stå pga. manglende input. Hvis denne type relationer er fremherskende, kan der meget nemt opstå implementeringsproblemer, da A mangler incitament til at bidrage. Det er denne type problemer Pressman og Wildavsky gør opmærksom på.
- **Gensidige relationer,** hvor to eller flere aktører er afhængige af hinanden, reducerer sandsynligheden for vetopunkter, da alle har incitament til at samarbejde. Disse incitament kan være økonomiske eller bygge på udveksling af serviceydelser. (Når fx et ministerium er afhængig af indberetninger fra kommunerne for at kunne dokumentere succes, men samtidig kan true med at tilbageholde bevillinger, hvis indberetningerne ikke kommer).
- **Parallelle relationer:** I denne type situation kan alle aktører producere output uafhængigt af hinanden, hvilket øger sandsynligheden for et godt resultat, men til gengæld også medfører risiko for manglende koordination (hvis fx offentlige instanser og private aktører bestemmer sig til at køre lignende kampagner på nogenlunde samme tid, kan det forvirre modtagerne).

Sekventielle relationer kan med fordel ændres til gensidige eller parallelle, hvis det er muligt. Et kendt eksempel er relationen mellem hospitalet og kommunerne i forbindelse med udskrivningen af plejekrævende ældre. Tidligere betalte hospitalet for plejen, så længe de ældre lå på hospitalet, hvilket ikke gav kommunerne noget økonomisk incitament til at hjemtage de ældre til plejehjem eller plejebolig. Dette blev ændret, således at kommunerne i dag betaler for ekstra indlæggelsesdage, efter hospitalet har erklæret patienten for udskrivningsparat. Hvis det ikke er muligt at ændre relationerne, bør man som minimum være opmærksom på relationernes karakter og overveje, hvordan man forebygger evt. u hensigtsmæssige virkninger heraf.



## 5.7 Frontpersonalet

Meget af den litteratur, der omhandler implementering af såvel politik som forskellige forskningsbaserede indsatser, har frontpersonalet som en meget væsentlig aktørgruppe i implementeringen (frontpersonale kan også kaldes markarbejdere, medarbejdere, praktikere mm). Det er de medarbejdergrupper, som har den umiddelbare kontakt til de borgere, som er berørt af den indsats, der søges implementeret.

Ophavsmanden til begrebet street-level bureaucracy Michael Lipsky betragter frontpersonalet som de virkelige politiske beslutningstagere. Frontlinjepersonalet har nemlig i almindelighed relativt stor autonomi i forhold til ledelsen og tager mange beslutninger på egen hånd i direkte interaktion med klienterne. Disse beslutninger er vanskelige for ledelsen at monitorere, og derfor er frontpersonalet centrale aktører – sagt på en anden måde: hvis frontpersonalet ikke udfører deres del af implementeringen, kan de andre dele af implementeringskæden være nok så gode, de vil alligevel ikke have det ønskede resultat. Det kan fx være socialrådgivere, skolelærere, pædagoger, sundhedsplejersker eller praktiserende læger. Disse grupper er meget centrale idet det i sidste ende er dem, der står for den endelige implementering over for den endelige målgruppe: borgeren. Frontpersonalet kan ved deres handlinger være afgørende for om implementeringen bliver en succes i sidste ende. Vi vil i det følgende komme ind på, hvilke forskellige faktorer, der hos frontpersonalet kan fremme og hæmme en succesfuld implementering, samt hvordan man kan arbejde hen mod at frontpersonalet påtager sig at implementere en indsats.

### 5.7.1 Barrierer for frontpersonalet

Der findes mange barrierer, der gør det vanskeligt for frontpersonalet at gennemføre implementeringen på den måde de selv eller ledelsen gerne vil have det. På baggrund af litteraturen ser det ud til, at man kan opdele barriererne i to forskellige slags barrierer. En barriere, der handler om manglende vilje til eller motivation for at iværksætte tiltaget og en barriere, der handler om manglende mulighed for at iværksætte tiltaget. Man skal dog se disse to faktorer i samspil med hinanden, idet manglende muligheder for at iværksætte implementeringen kan komme til udtryk som manglende vilje/motivation.

Vigtige faktorer er viden, holdning til politikken, opfattelse af redskabernes effektivitet, opfattelse af målgruppen samt oplevet arbejdsbyrde. Disse kan have betydning for, hvordan frontpersonalet indgår i implementeringsprocessen (Winter & Nielsen 2008).

---

## CASE

En kommune har besluttet at fremme sundhed blandt børn ved at implementere et kostprogram i daginstitutionerne. Frontpersonalets viden og holdningers betydning for implementeringen:

- **Viden.** Pædagoger eller andre fagpersoner med viden om sund kost vil generelt være bedre i stand til at implementere en kostpolitik i børnehaverne, selvom det ikke er nok at have viden.
- **Holdning til politikken.** Fx holdning til, hvorvidt det er en offentlig opgave at blande sig i børnenes kost.
- **Opfattelse af redskabernes effektivitet.** Fx om pædagogerne tror på, at indførelse af sund kost i institutionen har nogen langvarig virkning på børnenes madvaner/sundhed. (se også Beinecke 2004).
- **Opfattelse af målgruppen.** Dette omfatter fx antagelser om målgruppens motiver og graden af tolerance over for målgruppens livsstil (en høj grad af tolerance vil føre til modvilje mod at intervenere og fx blande sig i madpakken indhold).
- **Oplevet arbejdsbyrde.** Hvis pædagogerne føler, at de er overbebyrdet af andre krav fra andre sider vil det være sværere at få dem engageret i implementering af tiltaget.

---

En af de vigtige faktorer er praktikerens holdning til interventionen eller politikken, om de eksempelvis tror på effekten og synes, at det er det rigtige at gøre. Det kan være afgørende for en vellykket implementering at praktikerer oplever et behov for og støtter op om interventionen (Dusenbery 2003, Guldbrandsson 2008, Koppelaar 2008, Giesen 2007).

---

### Case: Girl Time

Programmet *Girl Time* blev udviklet i Canada i et forsøg på at forebygge forekomsten af kønssygdomme og uønsket graviditet blandt teenagere. Programmet samlede piger i 7.-8.klasse i grupper, hvor de ved hjælp af gruppediskussioner, rollespil mv. gennemgik emner som gruppepres, grænsesætning, prævention, kommunikation og forhandling. Programmet havde forskellige målsætninger, som ud over udbredelsen af "sikker sex" også inkluderede en målsætning om, at pigerne skulle blive i stand til at udskyde deres seksuelle debut. Programmets succes forklares med, at det startede som et græsrodsinitiativ, som udviklede sig til et partnerskab med lokale myndigheder og involverede en bred palet af professionelle; at det blev udviklet ud fra en stærk teoretisk og empirisk begrebsramme, og at det blev pilottestet og evalueret omhyggeligt.

Et program som dette lader sig imidlertid næppe overføre direkte til en dansk sammenhæng, fordi der er ganske store forskelle i synet på unges seksualitet i en dansk og en canadisk sammenhæng. (Brunk 2008). Her har vi altså et eksempel, hvor frontpersonalet måske ikke er enig i normerne i interventionen, hvilket kan vanskeliggøre implementeringen.

---

Larsson og Lind (2009) påpeger manglende tid, utilstrækkelig information og mangel på indlysende fordele ved de nye tiltag som de væsentligste barrierer for, at praktikerer implementerer nye tiltag (Larsson og Lind 2009). Beinecke (2004) fremfører, at det ikke kan forventes, at praktikerer som er overbelastede af opgaver har overskud til at implementere nye tiltag, især når mængden af krav til opgaver, der skal udføres på bestemte måder, vokser. Centrale fællestræk for mange grupper af frontmedarbejdere er gabet mellem på den ene side de krav, der stilles til dem fra ledelse og lovgivning, og på den anden side deres oplevede arbejdsbelastning (Winter & Nielsen 2008).

Af ovenstående kan man se, at manglende opbakning fra frontpersonalet kan udgøre en væsentlig barriere i forhold til implementeringen. Denne manglende opbakning kan have forskellige baggrunde.

### 5.7.2 Baggrunde for barrierer

En af de væsentlige baggrunde for barrierer er manglende medinddragelse i beslutningsprocessen, idet frontpersonalet dermed ikke føler noget ejerskab og dermed ingen forpligtelse overfor at iværksætte interventionen (Durlak & DuPre 2009, Fixsen et al. 2005, Greenhalgh et al. 2004, Stith et al. 2006). En væsentlig barriere kan også være oplevelsen af, at brugen af evidensbaserede praksisser er i konflikt med praktikerens metodefrihed, hvilket i visse organisationskulturer er en væsentlig værdi. Sådanne organisatoriske kulturer kan være specifikke for en enkelt organisation, gælde for en hel profession eller endda for en hel nation (Miller 2004).

Frontpersonalet består dels af grupper med fællestræk, dels af individer, der kan agere forskelligt på parametre som kontrol vs. tillid, formalitet vs. fleksibilitet, professionel distance vs. personlig involvering. Nogle holder sig skarpt til regler og love, mens andre er mere fleksible; nogle truer med sanktioner og er generelt skeptiske overfor deres klienter, mens andre er mere tillidsfulde; og nogle holder en professionel distance til deres klienter, mens andre involverer sig personligt i klienterne og disses problemer (Winter & Nielsen 2008). Disse personlige karakteristika kan betyde, at nogle praktikere er mere indstillede på forandring end andre. Samtidig kan man også inden for forskellige faggrupper have forskellige normer, der hhv. hæmmer og fremmer implementeringen. Fx kan der være faggrupper, hvor der er en kultur, der betyder, at man ikke gerne ændrer ved den måde, som man altid har gjort tingene på (Cheater 2005). Samtidig må man i forbindelse med barrierer for frontpersonalet være opmærksom på, at forskellige grupper er underlagt forskellige restriktioner. Således kan fx sygeplejersker i nogle sammenhænge have meget begrænset frihed til at ændre praksis på egen hånd og i de tilfælde må de organisatoriske faktorer i høj grad inddrages (Foxcroft 2000, se også Leeman 2007).

Der kan også være tale om, at forskellige faggruppers indbyrdes forhold kan påvirke implementeringsprocesser. Et eksempel stammer fra et forsøg på at få apoteker til at udføre nogle af de opgaver, som ellers har ligget hos læger, i forhold til at vejlede patienter om den korrekte brug af medicin. Her er man stødt på vanskeligheder, dels i form af oplevet tidspres og manglende kompetencer hos apotekspersonalet, dels i form af modstand fra begge involverede faggrupper (apotekspersonale og læger) (Martin-Calero 2004).

Buring (2009) identificerer en række organisatoriske barrierer mod succesfuld implementering. De kan påtræffes på forskellige niveauer, således på det administrative niveau, på praktikerniveau og på brugerniveau. Et eksempel fra canadiske uddannelsesinstitutioner viser, at de væsentligste barrierer for implementering af tværfagligt samarbejde var: fag opdelt skemalægning, stive læseplaner, territoriekampe mellem faggrupper og mangel på erkendelse af programmets værdi. Ligeledes vil knappe ressourcer og manglende engagement på organisationsniveau virke negativt på mulighederne for at implementere (Buring 2009).

En hel afgørende barriere for frontpersonalet er manglende kendskab til rationalet bag interventionen og manglende uddannelse i, hvordan interventionen skal gennemføres. Dette betyder, at frontpersonalet ikke føler sig i stand til at iværksætte den planlagte intervention, og dermed vil være tilbøjelige til at modarbejde frem

for at samarbejde (Koppelaar 2008, Shek 2008, Fixsen et al. 2005, 2009, Wandersman 2008, Berry & Haddock 2008, Nilsen 2006, Han & Weiss 2005, Elias 2003). Berry (2008) påpeger ligeledes, at medarbejdere, der mangler uddannelse, nødvendige færdigheder og redskaber, udgør en barriere mod implementering (Berry 2008). I lighed hermed peger Wandersman (2008) på uddannelse, erfaring og holdninger som vigtige træk ved praktikerne, men gør også opmærksom på, at disse aldrig kan stå alene, men skal ses i sammenhæng med organisatoriske og strukturelle forhold. Wandersman peger på, at man med fordel kan skelne imellem innovations-specifikke kapaciteter (holdninger til en specifik innovation/intervention og kapacitet til at udføre de særlige opgaver, den medfører) og generelle kapaciteter (hvordan organisationen i almindelighed fungerer og om man i almindelighed er åben over for nye måder at gøre tingene på) (Wandersman 2008).

Han (2005) fremhæver, at når alt er sagt om politikker og organisatoriske strukturer, er det i sidste ende op til den enkelte praktiker – i hans eksempel lærerne – at implementere interventionen. Dette gør det ekstra vigtigt, at lærerne bliver støttet i udviklingen af de nødvendige kompetencer og redskaber for at kunne implementere korrekt og ikke mindst selv får en dybtgående forståelse for interventionen (Han 2005). Morris (2008) fremhæver således, at navnlig komplekse interventioner stiller store krav til frontpersonalets kvalifikationer og forståelse af rationale bag interventionen (Morris 2008). Som vi har været inde på tidligere, så er mange af de tiltag, der søges implementeret ofte udviklet i RCT sammenhænge, hvor frontpersonalet er topmotiveret og højt specialiseret (Berry 2008). Dette er ikke altid gældende i samme grad uden for udviklingssammenhænge.

---

#### CASE

Som et eksempel på, hvor vigtig uddannelse er i implementeringen vises her et eksempel hentet fra Berry et al (2008). Forfatterne har undersøgt implementeringen af NICE-guidelines i forbindelse med behandling af skizofrene. De skriver, at frontpersonalet har svært ved at finde de rigtige familier til at indgå i et program med familierapi. Den umiddelbare konklusion kunne være at, der ikke fandtes nogle familier, der levede op til inklusionskriterierne, og at programmet derved var dårligt. Men det kunne også være, at frontmedarbejderne var for dårligt uddannede til at identificere og engagere de rette familier. Forfatterne understreger (med henvisning til en del andre undersøgelser) behovet for virkelig at sørge for uddannelse af frontpersonalet, hvis implementeringen skal lykkes til gavn for målgruppen (Berry et al. 2008).

---

Der er således mange faktorer, der har betydning for, om frontpersonalet bliver aktive medspillere i implementeringen. Faktorer, der handler om motivation, viden, arbejdspress, individuelle kendetegn, gruppenormer, medinddragelse, tro på effekt og opbakning til politikken eller tiltaget.

#### 5.7.3 Strategier hos frontpersonalet

Alt efter, hvilke ressourcer, muligheder og barrierer der er til stede hos frontpersonalet, kan frontpersonalet vælge forskellige strategier i forbindelse med implementeringen af nye indsatser eller interventioner. Brehm & Gates skelner mellem tre strategier hos frontarbejderne: working (korrekt implementering), shirking (underpræstation) og sabotage (aktiv modarbejdning af implementeringens formål). Afgørende for, hvilken strategi, der bliver valgt, er ifølge dem frontpersonalets tilslutning til den førte politik (Brehm & Gates 1997). Som vi så ovenfor, kan der være mange årsager til at frontpersonalet ikke tilslutter sig den førte politik eller den besluttede indsats.

Hvis gabet mellem oplevet arbejdsbyrde og krav fra ledelsens side bliver for stort kan medarbejderne føle sig presset til at anvende forskellige mestringsstrategier, som gør det muligt for dem at opfylde kravene på den nemmest mulige måde. Eksempler på strategier kan være:

- Begrænsning af efterspørgsel, fx gennem blokering af adgang eller begrænsning af information til brugerne
- Rationering af ydelser, fx via prioritering eller creaming (nemme sager løses først)
- Automatisering, fx gennem brug af tommelfingerregler i stedet for individuelt skøn
- Kontrol over klienten, fx via distancering eller isolering (Winter & Nielsen 2008)

Disse strategier kan føre til, at de implementerede politikker bliver systematisk skævvredet i forhold til, hvad der var hensigten. Det kan fx være, at de mest resourcestærke klienter får en uforholdsmæssig stor del af de ydelser, som var tiltænkt de svageste; det kan være, at ydelser, som var tænkt som individuelt tilpassede, får karakter af standardydelser etc. (Winter & Nielsen 2008).

#### 5.7.4 Faktorer, der fremmer implementeringen

Der findes ikke nogen standardløsning af, hvordan man sikrer sig frontpersonalets muligheder for og opbakning til implementeringen, men der findes en række vigtige indsatsområder, der kan være vigtige at være opmærksomme på, og som kan være med til at lette implementeringen. Et godt udgangspunkt er en grundig analyse af ressourcerne og mulighederne for forandring i det pågældende tilfælde, så forandringsstrategierne kan tilpasses dertil (Cheater 2005). Nedenfor gennemgås de faktorer, som i den gennemgæede litteratur bliver anset for de vigtigste.

##### 5.7.4.1 Viden og kompetenceudvikling

Der er gennemgående enighed i den gennemgæede litteratur, om at den vigtigste faktor for at fremme frontpersonalets brug af den ønskede indsats er viden. Der er meget, der tyder på, at det ikke hjælper stort blot at sprede viden ved hjælp af diffusion eller dissemination, idet frontpersonalet sjældent ændrer adfærd som følge af en viden, der ikke aktivt involverer dem (Fixsen et al. 2005, Drake 2009, Guldbrandsson 2008, Prior 2008, Grimshaw et al. 2006, Weinmann 2007). Beinicke (2004) gør opmærksom på, at frontpersonalet har brug for hjælp til at oversætte detaljerede redegørelser for forskningsresultater, fx til korte praktiske vejledninger. Endvidere pointerer han, at nationale retningslinjer ikke altid svarer til de lokale behov og at frontpersonalet i disse tilfælde har brug for hjælp til at finde balancen mellem de generelle retningslinjer og de behov, de oplever lokalt.

Tilegnelse af den viden, der vurderes som nødvendig i implementeringen af det konkrete tiltag, skal helst finde sted i form af længerevarende uddannelse i det nye tiltag samt løbende supervision, feedback og træning af de nye færdigheder i praksis (Fixsen et al. 2005, Wandersman 2008, Berry & Haddock 2008, Nilsen 2006, Han & Weiss 2005, Elias 2003). Fixsen (2005) gør opmærksom på, at uddannelse og efteruddannelse ikke kan stå alene som implementeringsstrategi, men må følges op af løbende supervision, coaching og støtte, der hjælper personalet med at fastholde de nye indsigter og praksisser, både i starten af processen og når de nye tiltag er institutionaliseret. Gensidig supervision praktikerne imellem har vist sig at være

vigtigt (Nilsen 2006, Berry 2008, Fixsen et al. 2009). Nilsen (2006) pointerer, at implementeringens gennemslagskraft stiger med hvor meget uddannelse og efterfølgende støtte der stilles til rådighed for frontpersonalet. Der peges også på, at den viden frontpersonalet kan få af løbende dokumentation og evaluering af indsatsen kan være fremmede for en mere aktiv og nøjagtig implementering af indsatsen (Fixsen et al. 2005, 2009).

Elliott (2004) understreger vigtigheden af at der fastlægges klare kriterier for, hvilke medlemmer af frontpersonalet, der skal inkluderes i interventionen og evt. modtage efteruddannelse (fx kun personale, der i forvejen har en vis uddannelse); at alt personale skal være på plads, før evt. uddannelse begynder, og at alt personalet, også dem, der ikke skal involveres direkte, skal orienteres om programmet. Han opfordrer også til, at ledere og administratorer deltager i uddannelsen, selvom de ikke skal medvirke direkte i programmet. Personaleudskiftning undervejs bør være en mulighed, man tager højde for allerede i planlægningen, og programmet skal gå i gang umiddelbart efter personalet har gennemført uddannelsen (Elliot 2004).

Det er ikke nødvendigt altid at stille lige store krav til de kvalifikationer, som frontpersonalet skal tilegne sig. Fixsen anbefaler, at det overvejes, hvilke kvalifikationer, der kræves af personalet. Nogle kvalifikationer kan udvikles hos det eksisterende personale gennem uddannelse og kompetenceudvikling, mens andre kvalifikationer kun i mindre grad kan tilføres på denne måde og derfor fx må dækkes gennem målrettet rekruttering. Alt efter interventionens karakter stilles der større eller mindre krav til personalet. Nogle interventioner kan således bemannes af frivillige (som fx lektiecafeer for flygtningebørn), mens andre stiller særdeles specifikke krav til udøverne (som fx egentlige terapiforløb) (Fixsen et al. 2005, Wieder 2007, Durlak & DuPre 2008).

---

#### **Case: læreres implementering af ny viden**

En metaanalyse udført af Joyce og Showers i 2002 viser, at kombinationen af flere komponenter øger sandsynligheden kraftigt for, at et nyt tiltag blev implementeret. Joyce og Showers har opsummeret effekten af adskillige programmer i en periode på flere år, der skulle sætte lærere i de offentlige skoler i stand til at implementere forskellige tiltag. Metaanalysen viste, at hvor der kun var benyttet teori og diskussion, var der 10% af lærerne, der kunne demonstrere viden, 5% kunne demonstrere færdigheder, og 0% benyttede den ny viden i klasseværelset. Lagde man dertil træning og demonstration ind i forløbet blev det bedre, men der var stadig 0%, der benyttede deres viden i klasseværelset. Lagde man øvelser og feedback på, var det 60% der havde mere viden og bedre færdigheder, men stadig kun 5% brugte deres nye viden i praksis. Først når man kombinerede disse komponenter med coaching i klasseværelset i lærerens dagligdag, skete der noget: 95% havde mere viden, 95% havde færdigheder og 95% benyttede deres nye viden og færdigheder i praksis. Yderligere forudsætninger var opbakning fra skoleledelsen og høj motivation fra de pågældende lærere (Fixsen 2005).

---

Det er, udover uddannelse, også vigtigt at tage hensyn til at frontpersonale ikke er ens, men består af en række individer, der personligt kan være meget forskellige. Det er ikke alle medarbejdere, som nødvendigvis vil få det fulde udbytte af uddannelse, og hvem det drejer sig om, afhænger bl.a. af deres motivation og uddannelsesmæssige baggrund (Han 2005). Wieder 2007 fremhæver, at åbenhed for at lære nyt er en vigtig egenskab, hvorimod mangel på specifikke erfaringer og kompetencer ikke gør så meget, da motiverede medarbejdere relativt nemt kan bibringes det fornødne (Wieder 2007). Det understreger vigtigheden af at støtte frontpersonalets udvikling af kompetencer og motivation, bl.a. ved at have forskellige kompetence-



udviklingsstrategier for de forskellige medarbejdergrupper, der er involveret i implementeringen (Barosi2006).

#### 5.7.4.2 Facilitatorer

Flere forskere peger på behovet for en change agent (forandringsagent), dvs. en eller flere personer, der har den viden, der skal til for at gennemføre implementeringen. Denne forandringsagent er en, der i praksis støtter, formidler viden og fungerer som coach og i det hele taget får det hele til at hænge sammen. Denne person er ikke nødvendigvis en varig del af organisationen, men kan hentes ind til den specifikke implementeringsproces. Udvælgelsen af personen er central, idet frontpersonalet kan være mere tilbøjelige til at lytte til en de kender og i forvejen har tillid til frem for en fremmed (Fixsen et al. 2005, 2009, Guldbrandsson 2008, Greenhalgh et al. 2004). Fixsen anbefaler, at programudviklerne selv involverer sig i implementeringen af deres tiltag, fordi de efterhånden vil oparbejde en ekspertise i forhold til det specifikke program, som vil gøre dem i stand til at give kvalificeret rådgivning til frontpersonalet, hjælpe med at forudse problemer og planlægge håndteringen af disse (Fixsen et al. 2005, 2009). Holleman (2009) påpeger dog, at tilstedeværelsen af programudviklerne kan vanskeliggøre frontpersonalets etablering af ejerskab for et program, hvilket flere pointerer som væsentligt (Holleman 2009, Berry 2008).

Kent (2009) påpeger, at de institutioner, der uddanner og efteruddanner praktikere har en vigtig rolle i at formidle rationalet bag evidensbaseret arbejde og sætte nye generationer af praktikere i stand til at arbejde evidensbaseret. Kent kalder institutionerne for vidensbørser og facilitatorer af den evidensbaserede arbejds metode (Kent 2009). Beinicke understreger behovet for at gevinsterne ved at arbejde evidensbaseret formidles, så frontpersonalet har mulighed for selv at tage stilling til dem (Beinecke 2004).

#### 5.7.4.3 Organisatorisk støtte

Det er vigtigt, at ikke kun det personale, der skal udføre interventionen involveres. Berry (2008) har undersøgt, hvorfor en gruppe medarbejdere, som havde modtaget efteruddannelse i en bestemt type familieterapi ikke brugte deres kompetencer i praksis og fandt ud af, at medarbejderne efter kurset var vendt tilbage til deres daglige arbejde og almindelige arbejdsbelastning uden adgang til supervision; til kolleger, som ikke nødvendigvis anerkendte udbyttet af efteruddannelsen og til en struktur, som ikke faciliterede udførelsen af den indlærte terapiform (Berry 2008). Lindberg (2007) påpeger, at ændring af adfærd hos personalet kræver, at der arbejdes med den individuelle motivation såvel som den organisatoriske støtte. Han henviser til en undersøgelse af sundhedsplejersker, som viste, at de ofte følte sig alene i arbejdet. En del af problematikken skyldtes, at deres arbejde ofte var projektor organiseret, men at resultaterne af projekterne kun sjældent blev formidlet i form af publikationer eller andre former for videns- og erfaringsopsamlinger (Lindberg 2007).

Sy (2008) gør opmærksom på, at programmer bør udvikles under hensyntagen til de arbejdsforhold, som gør sig gældende for det frontpersonale, som skal implementere programmerne. Fx bør skolebaserede programmer tage hensyn til skoleårets længde, antallet af ugentlige skematimer samt mængden af andre ting, som lærerne skal nå på et skoleår. Til gengæld bør skolerne også understøtte processen ved at sørge for, at lærerne er rustede til at gennemføre undervisningen, fx ved at



give dem mulighed for at få den nyeste viden på området gennem efteruddannelse (Sy 2008).

En ændret adfærd er mere sandsynlig, hvis retningslinjerne er solidt videnskabeligt funderet, anviser konkrete handlingsforskrifter og ikke kræver kompetencer, som frontpersonalet ikke har. Desuden skal de konkrete organisatoriske redskaber såsom indberetningsskemaer, edb-systemer og journaler tilrettelægges, så de understøtter den adfærd, man gerne vil fremme, fx ved at inkludere eller ekskludere felter til bestemte former for information. Ideelt set er det bedst, hvis personen med ansvar for implementering har mulighed for at kommunikere direkte med alle de involverede i frontpersonalet, selvom om det i store organisationer ikke altid vil være muligt (Miller 2004).

Som man kan se i dette afsnit om frontpersonalet, så kan det ikke forventes, at frontpersonalet blot ændrer adfærd, fordi man længere oppe i systemet ønsker at implementere en ny indsats. Der kan være mange årsager til frontpersonalets manglende udførelse af ønskede indsatser, som gør, at det er vigtigt at tage højde for, hvorfor frontpersonalet ikke altid efterlever de ønsker, der er for at iværksætte nye tiltag. Man bør selvfølgelig tage hensyn til, at det ikke nødvendigvis er alle interventioner, der kræver at man benytter alle strategier for implementering, men at det også kan være afhængigt af omfang, kompleksitet og målgruppe, om man skal benytte en eller flere strategier (Grimshaw 2004). På den anden side går Drake (2009) så vidt som til at sige, at implementeringsprocesser, der ikke omfatter en gennemgribende tilpasning af hele systemet, risikerer at være spild af ressourcer (Drake 2009).

Der er bred enighed i den gennemgåede litteratur om, at nogle af de vigtigste fremmere af en vellykket implementering er, at frontpersonalet medinddrages og får mulighed for relevant kompetenceudvikling samt ikke mindst at kompetenceudviklingen ses som en løbende proces, hvor frontpersonalet og organisationen støttes under hele forløbet. Samtidig viser det sig dog også, at man også bliver nødt til at tage hensyn til mere personlige karakteristika såsom motivation. I det følgende beskrives, hvordan ledelsen spiller en central rolle for bl.a. at motivere frontpersonalet og i forhold til at skabe rammerne for implementeringsprocessen.

## 5.8 Ledelse

I det foregående er betydningen af frontpersonalets kompetenceudvikling og motivation beskrevet, hvilket er faktorer, der også hænger sammen med ledelse. Ledelsen udgør et vigtigt led i implementeringen, uanset hvordan organisationen er skruet sammen. Litteraturen beskæftiger sig først og fremmest med ledere af frontpersonale, men mange pointer er også relevante for ledelsesniveauer længere oppe i organisationen.

Andre et al. (2008) pointerer, at støtte fra organisationens ledelse er central for succesfuld implementering. Williams (2008) identificerer følgende barrierer på ledelsesniveau: manglende forståelse for interventionens relevans, tidspres, arbejdsbyrde og manglende forkæmpere. I det hele taget bliver det mange steder i litteraturen pointeret, at det er vigtigt, at en ny intervention har en forkæmper ("champion") på ledelsesniveau (se fx Eagle 2006, Rowe 2007, Berry 2008).

Der er få dokumenterede effekter af ledelse på outcome, om end der er et vist belæg for, at det har en (ikke nærmere bestemt) betydning. Desværre mangler ofte et led, nemlig frontpersonalets betydning i de studier, der måler sammenhæng mellem ledelse og outcome (Boyne 2003; Meier & O'Toole 2007).

### 5.8.1 At lede frontpersonalet

Principal-agent-teorien er en af de lovende teorier fra politologien på området. Denne teori har som en af sine grundantagelser, at leder og medarbejdere ikke nødvendigvis deler alle præferencer, og at deres relation er præget af informationsasymmetri, som sætter lederne i en mindre fordelagtig position, da de kun ved det, de får at vide af medarbejderne. Ledelse af frontlinjepersonale indeholder den udfordring, at ledelsen ofte kun har lidt kontakt til målgruppen og derfor er afhængig af det billede, den får via frontlinjen (Winter & Nielsen 2008).

Jo mere gennemsigtige praksisser er, desto nemmere er de at kontrollere – fx er det på beskæftigelsesområdet relativt nemt at kontrollere, om medarbejderne overholder reglerne om fx at tage ydelser fra klienter, der ikke møder op, hvorimod det er sværere for fx en skoleleder at kontrollere, hvad der helt nøjagtigt foregår i undervisningen.

Jo flere ledelsesniveauer, der er tale om, desto sværere bliver det for hvert enkelt niveau at styre processen, da de forskellige niveaue, ikke mindst frontarbejderne, kan vælge hvilket ledelsesniveau, de vil lytte mest til. Det er det, der i litteraturen kaldes et multipelt lederproblem, dvs. at den umiddelbare ledelse vil én ting, mens de højere niveaue vil noget andet. Det kan fx være hvis uoverensstemmelse mellem lokale og nationale interesser, eller kassetænkning mellem regioner og kommuner står i vejen for opfyldelsen af nationale mål. Noget tyder på, at medarbejderne primært vil rette sig efter deres nærmeste leder (Winter & Nielsen 2008).

Som vi har været inde på, så er motivation og viden centrale faktorer for frontpersonalets implementering, og her har ledelsen en vigtig rolle. Althabe (2006) pointerer vigtigheden af at styrke ledelsens og organisationens støtte til personalets opmærksomhed på problemer, motivation for at optimere deres egen praksis samt viden og redskaber til faktisk at gennemføre ændringerne.

Berrys undersøgelse af terapeuter, som ikke bruger de nye terapiformer (se under Frontpersonalet), de har lært, omfattede også ledelsen (Berry 2008). Fordi ledelsen ikke bakkede op om de nye tiltag, måtte terapeuterne delvis bruge deres fritid, hvis de skulle prøve de nye metoder af. Såvel overordnede ledere som mellemledere kan spille en væsentlig rolle i at sikre, at praktikerne får den tid og de ressourcer, de skal bruge, for at implementere nye tiltag. Ledelsen har en meget væsentlig rolle i at være tydelig i sin støtte til praktikerne (Berry 2008). Som Mancini et al. (2009) konkluderer efter at have undersøgt implementeringen af et program rettet mod personer med alvorlige psykiske lidelser i to forskellige amerikanske stater, er det vigtigt for en succesfuld implementering, at der fra den overordnede ledelse er en klar prioritering af projektet, at man involverer sig i projektet, samt at man kender og får kommunikeret indholdet i den nye indsats til dem, der står for den daglige ledelse og udførelse (Mancini 2009).

### 5.8.2 Den overordnede ledelse

Ledelsens effekter kan være direkte og indirekte. Fx kan ledere påvirke resultatet indirekte via socialisering af medarbejdere gennem efteruddannelse eller organisa-

toriske omstruktureringer (Torrey 2003). Som overordnet leder i en organisation står man ikke nødvendigvis i en position, hvor man kan implementere evidensbaseret praksis direkte. Til gengæld kan man påvirke og motivere relevante aktører i organisationen/lokalsamfundet. Lederens rolle på dette niveau er således at:

- Advokere for en ny praksis
- Engagere nøgleallierede
- Opbygge konsensus og støtte til den ny praksis hos interesserede ”stakeholders”
- Få eksterne folk der har potentialet til at skabe forbindelse til og inspirere ”nøglestakeholders” inddraget.
- Inddrage lokale meningsdannere/målgrupperepræsentanter, der kan sige god for, at der er et lokalt behov for den nye praksis (Torrey et al. 2006)

Müller-Staub (2009) fremhæver involvering af den centrale ledelse som en vigtig faktor, der bidrager til implementering og institutionalisering af nye tiltag. Rapp (2008) lægger også vægt på ledelsens rolle, især i forbindelse med den overordnede strategi for implementering. Her har ledelsen en vigtig rolle i at etablere forventninger på forskellige organisatoriske niveauer, fungere som forkæmper for indførelsen af evidensbaserede praksisser, tilrettelægge overordnede strukturer og politikker samt fremme synergien mellem organisationens forskellige dele. Dette kan ske fx via etableringen af ledelsesteams samt teams for hver af de evidensbaserede praksisser, som ønskes implementeret. Ledelsen kan gøre en forskel ved fx at vise villighed til at allokere personaleresourcer til implementeringen, eller evt. ændre strukturen, så den bliver mere implementeringsvenlig (Rapp 2008).

Den del af ledelsen, der ikke har den direkte kontakt med frontpersonalet, skal sørge for, at midlerne, personalet osv. er til rådighed, samt motivere og støtte projektlederen til at træffe selvstændige beslutninger i forhold til projektet (Mancini 2009, Salyers 2009, Livesey 2009, Koppelaar 2008, men se også Fixsen et al. 2005). Livesey et al. 2009 påpeger, at i praksis er ansvaret for implementeringen ofte uklart placeret og bygger på tilfældigheder, hvilket er medvirkende til, at implementeringen har mindre chance for at lykkes (Livesey 2009).

Ifølge Althabe har det vist sig virksomt at alliere sig med meningsdannere i de lokale praktikermiljøer, fx læger eller sygeplejersker (Althabe 2006), helst sammen med andre tiltag såsom oplysningskampagner, efteruddannelse og etablering af videnscentre som fx databaser. På baggrund af dette anbefaler Althabe at kombinere flere strategier i forbindelse med implementeringsprocessen (Althabe 2006).

Ledelsens redskaber kan opdeles i *kapacitetsopbyggende og målrettede ledelsesredskaber* (Winter & Nielsen 2008; Riccucci et al. 2004, 2005, Brehm & Gates 1997).

- **Kapacitetsopbyggende redskaber:** Bemanding og information. Ledelsen kan vælge at opbygge kapaciteten i forbindelse med en opgave ved at øge bemandingen og sikre, at medarbejderne har adgang til den relevante information. Det er dog ikke altid sådan, at øget bemanding giver bedre resultater. Effekten af ekstra bemanding er størst i situationer, hvor bemandingen i forvejen er lav (fx hvis en kommune går fra at have en forebyggelsesmedarbejder til at have to).

- **Målrettede ledelsesredskaber:** Signaler, kontrol og rekruttering. Ledelsen kan øge sammenhængen mellem organisationens mål og medarbejderens adfærd ved at signalere klart, hvad målet er, kontrollere medarbejderes adfærd og rekruttere medarbejdere, der er i overensstemmelse med organisationens mål.

Winter pointerer, at ledelse er relationelt, dvs. at ledelseffekter ofte afhænger af individuelle kendetegn ved frontpersonalet, fx ekspertise og motivation (Winter & Nielsen 2008).

- **Ekspertise:** Ledelsen gør størst forskel, når personalet oplever, at de mangler viden. Når personalet har stor viden, er delegering et virksomt redskab, mens det virker mod hensigten, hvis personalet kun har lille viden.
- **Motivation:** Motivationsforskere skelner mellem indre motivation (at man synes, ens arbejde er meningsfyldt i sig selv) og ydre motivation (at man arbejder for at få løn). Ydre motivation kan i visse tilfælde undergrave den indre motivation. Ledelsesredskaber og incitamenter såsom resultatløns virker derfor bedst, hvis personalet oplever dem som støttende for deres værdier snarere end som mistillid og kontrol (fx performance pay på universiteter) (Winter & Nielsen 2008).

## 5.9 Målgruppen - borgeren

Frontpersonalet er ofte målgruppen i implementeringslitteraturen, men den endelige målgruppe for forebyggelse og sundhedsfremme er befolkningen. Mange forebyggelsestiltag har som formål at ændre bestemte former for adfærd hos bestemte befolkningsgrupper. Meget forskning tyder på, at målgrupper ikke kun er passive modtagere, men aktive medskabere af implementeringsprocessen og derfor vigtige for både processens output og outcome. Personerne i målgrupper har dels betydning, fordi det ofte er dem, der i sidste ende skal ændre adfærd for at processen skal lykkes (outcome) og dels fordi de aktivt søger at påvirke selve processens udformning gennem deres interaktion med de andre aktører i implementeringsarbejdet (output) (Winter & Nielsen 2008).

### 5.9.1 Brugerinddragelse

Involvering af borgerne ses efterhånden som en metode til at fremme og indoptage den eksisterende viden.

Kegler (2008) påpeger, at en styrket organisatorisk infrastruktur tjener som en indikator på lokalsamfundets kapacitet i forhold til sundhed og velfærd. Organisationer kan således styrke lokalsamfundet ved at blive bedre til at forholde sig til de lokale behov og lade disse styre organisationens agenda i stedet for omvendt; ved at involvere beboerne i styringen af projekter og give dem lejlighed til at deltage. Organisationer kan også stille deres ressourcer til rådighed for lokalsamfundet og arbejde hen imod at realisere mål, som er fælles for organisationen og lokalsamfundet, samt bidrage til at tiltrække nye ressourcer (Kegler 2008).

Legare (2008) advarer praktikere imod at lade deres fordomme om bestemte brugergrupper (ud fra fx sociodemografiske træk eller diagnose) styre deres villighed

til at involvere brugerne i relevante beslutninger. Hun anbefaler, at praktikerne spørger brugerne direkte, hvor stor en rolle de selv ønsker at spille i forbindelse med beslutninger, der vedrører dem selv. Der er forskning, der tyder på, at aktiv deltagelse i beslutninger i behandlingsforløb fremmer patienters livskvalitet, uanset om patienten tilhører en gruppe, der på forhånd havde ønsket at deltage i beslutningerne eller ej (Legare 2008). Weinmann (2007) beskriver, at kurser til kroniske patienter eller familier kan bidrage til succesfuld implementering. NICE (2008) konkluderer i deres guidelines om borgerinddragelse, at inddragelse af borgere i beslutninger, der berører dem selv, har vist sig at styrke kvaliteten i sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet mindre ressourcestærke borgere. Dette skyldes at: a) interventioner kan tilpasses de aktuelle behov og ønsker i lokalsamfundet; b) at barrierer identificeres, så det er muligt at tilrettelægge interventionen efter dem og c) at ressourcer i lokalmiljøet kan udnyttes, fx via etablerede netværk og centrale personer (NICE 2008).

Pronk (2004) beskriver, hvordan en målgruppe med fordel kan opdeles i undergrupper, hvorefter indsatsen koncentrerer sig om højrisikogrupperne, som inviteres til at deltage aktivt i processen med at forebygge sygdom. Rowe (2007) anbefaler, at man fra starten af implementeringen danner sig et overblik over, hvem der er nøgleinteresser, og sørger for, at de bliver repræsenteret.

### 5.9.2 Målgruppers forskellige ressourcer

Målgrupper er således aktive i udformningen af implementeringen og dens resultater, men deres indflydelse varierer meget – der er således stor forskel på fx uorganiserede bistanndsklienter og landbrugets organisationer, idet der kan være store forskelle i fx deres kendskab til regler, uddannelse, økonomiske ressourcer, tilknytning til magtfulde grupper samt deres image (Winter & Nielsen 2008). Borgere kan påvirke forskningsagendaer og bidrage til forskning både som deltagere og ved at stille deres viden til rådighed, ligesom de interagerer med sundhedsforskning som forbrugere af sundhedsydelser og medicinske produkter. Når målgruppen er klienter, er der også stor forskel på deres indflydelse. Klienter med få ressourcer svagere end dem med mange. For at få del i fx offentlige ydelser skal klienter over tre tærskler:

- **Registreringstærskelen** (man skal ansøge eller på anden måde melde sig som potentiel modtager)
- **Kompetencetærskelen** (man skal kunne indgå i interaktion med bureaukratiet på den rigtige måde)
- **Effektivitetstærskelen** (man skal opfylde medarbejdernes forståelse af effektiv udnyttelse af ressourcer – man skal med andre ord være værd at bruge tid og penge på) (Winter & Nielsen 2008)

Der er således ikke lige muligheder for at påvirke implementeringsprocessen eller lige adgang til de ydelser, der findes. I forbindelse med sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde vil tiltagene både rette sig mod ressourcestærke dele af befolkningen samt mere ressourcesvage dele af befolkningen. Store dele af befolkningen har øget adgang til viden og information, men det er ikke ensbetydende med at viden bliver brugt. Viden, der ikke er i overensstemmelse med eksisterende kulturelle værdier i en befolkningsgruppe, bliver muligvis ikke accepteret (Haines 2004). Det er kendt viden, at der er sociale forskelle i sundhed. Der er en skævvridning, således at borgere med få års skolegang har en mere usund levevis end personer med længerevarende uddannelse. Man skal derfor være opmærksom på, at opfattelser af

det sunde liv kan være meget forskellige, og at det for nogen grupper i befolkningen ikke altid er det sunde liv i form af overholdelse af anbefalingerne om KRAM faktorerne (kost, rygning, alkohol og motion), der er i fokus, men det gode liv set ud fra andre sæt af værdier og normer. Disse værdier og normer kan bygge på helt andre opfattelser af, hvad der er vigtigt, og det vil derfor være sværere at få nogle grupper til at ændre adfærd, hvis den nye adfærd går imod deres værdier og normer.

### 5.9.3 Målgruppers forskellige motivation

Den politologiske litteratur skelner mellem tre typer motivation hos individer:

- **Økonomisk motivation** - cost-benefit af compliance/non-compliance - fx hvor sandsynligt er det at blive opdaget, hvis man snyder.
- **Social motivation** – dvs. ønsket om anerkendelse fra relevante grupper. Relevante grupper kan også være medarbejdere fx lærere eller sundhedsplejersker.
- **Normativ motivation** – baseret på moral/samvittighed, fx moralsk forpligtelse til at følge loven.
- Endelig kan man i forbindelse med sundhedsfremme også nævne den motivation, der ligger i ønsket om at få et sundere og længere liv (Winter & Nielsen 2008).

Et mål om øget brugerindflydelse og et mål om større lighed mellem brugerne kan være i modstrid med hinanden, idet de mest ressourcestærke brugere ofte vil være bedst i stand til at udnytte indflydelsesmulighederne (Winter og Nielsen 2008). Winter påpeger, at offentlige aktører ikke altid er de bedste til at implementere politikker over for en given målgruppe, da andre kan opfattes som vigtigere, mere kompetente eller mere tillidvækkende. Som eksempel kan nævnes ”skytsenglekampagnen”, hvor man for at forebygge spritkørsel blandt unge mænd rettede en kampagne mod de jævnaldrende piger ud fra en formodning om, at pigerne har stor indflydelse på drengene. Der kan derfor være et behov for at tænke på, hvilken målgruppe man ønsker at nå, og tage i betragtning, at det ikke nødvendigvis er alle, der anerkender de værdier, der ligger bag et sundhedsfremme- eller forebyggelses-tiltag. Det kan derfor være givtigt at benytte strategier, der handler om anerkendelse, som man fx har gjort i engleprogrammet.

Samtidig kan et bud på, hvorfor individer ikke altid følger forskellige råd, at mennesker kan have grunde til ikke at rette sig efter den bedst tilgængelige viden eller til at deltage i et program. Tager man fx familier til patienter med psykisk sygdom som fx skizofreni kan motivation for ikke at følge et program fx findes i deres bekymring for at blive stigmatiseret, (Berry et al. 2008).

Mairs (2005) påpeger, at hvis en intervention af den ene eller den anden grund ikke opleves som relevant og acceptabel for målgruppen, vil det være svært at finde deltagere. En årsag til dette kan være, at nogle interventioner har relativ lav effekt, så flertallet af de deltagende måske ikke vil opleve nogen forskel. Hvis fx en intervention har effekt på én ud af syv, vil seks ud af syv deltagere opleve, at deltagelsen har været spild af tid, men det er ikke altid muligt at forudse, hvilken af deltagerne, der vil opleve en effekt. Deltagelse i interventionen kan også stille for store krav i form af tidsforbrug i forhold til det oplevede udbytte, ligesom en meget top-down styret intervention risikerer at ramme ved siden af brugernes oplevede behov



(Mairs 2005, se også Berry 2008). Sabatier (1986) påpeger, at en svaghed ved traditionelle top-down modeller er, at andre aktører end de centrale beslutningstagere kommer til at træde i baggrunden (Sabatier 1986).

Rowe (2007) understreger, at der er særlige udfordringer forbundet med at få personer, der allerede er patienter, til at ændre adfærd, fordi disse allerede over en årrække har udviklet en patientrolle i samspil med systemet. I de senere år er den traditionelle passive patient, som forventedes at udvise ”compliance”, gradvist blevet erstattet af ”ekspertpatienten”, som indgår i et mere ligeligt partnerskab med sundhedspersonale. Dette gør, at patienter nu i højere grad giver udtryk for evt. uenighed med eksperternes anbefalinger og fx udøver deres egen vurdering af afvejningen mellem gode effekter og gener/bivirkninger af medicin.

#### 5.9.4 Differentiel implementering

Det er ikke sikkert, at et program, der har vist gode empiriske resultater på en målgruppe, der tilhørte en majoritet som fx hvid middelklasse vil kunne bruges i forhold til en etnisk minoritetsgruppe (Stith et al. 2006). I den forbindelse kan man nævne begrebet shared decision-making som Legare et al. (2008) i et systematisk review har belyst i forbindelse med at inddrage patienter i behandling. De påpeger, at der ser ud til at være en form for a priori screening fra lægernes side i forhold til hvilke patienter, man finder det ville kunne ”betale sig” at inddrage i behandlingen. Det bliver op til lægerne at udvælge, og de kan mistolke en patients behov for at blive involveret (Legare et al. 2008). Dette svarer til diskussionen af creaming og mestring hos frontpersonalet, idet der måske også i sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser kan være tale om, at man målretter sine tiltag mod de målgrupper, der er mere villige til at følge indsatserne.

#### 5.9.5 Forskning

Giesen (2007) understreger vigtigheden af, at programmer passer til målgruppens behov. Således bør fx programmer rettet mod børn tage højde for de forskellige udviklingstrin, børn i samme alder kan befinde sig på. Også forskellige subkulturers behov bør overvejes. Giesen anbefaler, at programmanualer indeholder information om, i hvilke målgrupper programmet er afprøvet, så man kan medtage det i sine overvejelser, når man påtænker at implementere programmet et nyt sted. Hvis disse hensyn ikke tages, kan implementeringen strande på manglende interesse eller decideret modstand fra målgruppen.

Ganju (2003) fremhæver som et generelt problem i implementeringen af evidensbaseret arbejde inden for det psykiatriske system, at mange interessenter, heriblandt patienter og pårørende, er bekymrede for, at det udbredte fokus på evidensbaseret arbejde fortrænger typer af tilbud, som af den ene eller den anden grund ikke er så stærkt evidensfunderet – måske fordi ingen endnu har haft interesse i at tilvejebringe evidensen. En beslægtet bekymring er, at brugerinddragelsen vil blive svækket, fordi brugernes ønsker kommer til at stå som svagere begrundede end eksperternes påvisning af evidens for det ene eller det andet. Som svar herpå efterlyser Ganju øget dialog med brugere. Set i et brugerperspektiv er det også vigtigt at analysere, hvordan en givet intervention passer sammen med brugerens andre behov. De fleste brugere har nemlig ikke kun én berøringsflade med systemet. Dette er også vigtigt i forhold til at få identificeret de mest relevante målgrupper for forskellige interventioner (Ganju 2003).



Green (2009) efterlyser, at brugernes behov skal være det, der dikterer sundhedsforskningens dagsorden, således at de tiltag, der udvikles, faktisk svarer til brugerne oplevede behov. Forskningen skulle inkludere implementeringsspørgsmål og tilrettelægge forskningen i overensstemmelse hermed. Green efterlyser mere forskning, der foregår i praksis-baserede settings og i dialog med brugerne snarere end i isolerede RCT-sammenhænge. RCT-forskningen har høj intern validitet, men ringe ekstern validitet, dvs. overførbare til sammenhænge uden for forskningen. Greens pointe er, at det i sidste ende er brugerne, der afgør, om en innovation er relevant og brugbar, og derfor bør de inddrages på så tidligt et stadium som muligt (Green 2009).

*In biomedical interventions, the subject is usually a discrete entity, and the human object is pathology in a biological organism with relative homogeneity across the species. With public health, the "intervention" usually becomes increasingly a program made up of multiple interventions, and the object is a diverse population or a community with heterogeneity across geographies, cultures, social structures, and histories.*

(Green 2009).

#### 5.9.6 Kommunikation

Det kan desuden være væsentligt at gøre sig nogle overvejelser om, hvordan man skaber kontakt til forskellige målgrupper, således at man sikrer sig, at man når ud til de rigtige. Medierne har indflydelse på policy-makers, sundhedspersonale, industrien og borgerne, og kan bruges på forskellige måder til at oplyse og influere borgerne om sundhedstiltag (Haines 2004).

I et rådgivningsmateriale til forebyggelses- og rådgivningscentre i kommuner skriver Servicestyrelsen, at man skal bruge forskellige tilgange til at få bestemte målgrupper i tale, hvilket man skal klargøre inden man går i gang. Det kan være:

- Hjemmeside
- SMS, mail, elektronisk nyhedsbrev
- Lokale medier (artikler og annoncer)
- Busreklamer
- Foldere
- Opslag i lokalsamfundet
- Mund til mund formidling via fx andre borgere eller omsorgs- og plejepersonale
- Deltagelse i nationale tiltag eller kampagner (Servicestyrelsen 2009).

Der er således ingen tvivl om, at målgruppens behov, kendetegn og ressourcer er vigtige faktorer at inddrage i implementeringen af forskningsbaserede sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser, hvis man vil gøre sig håb om at lykkes med implementeringen.

## 5.10 Dokumentation og evaluering

Flere forfattere peger på, at systematisk dokumentation og evaluering i forbindelse med implementeringsprocessen er essentiel, men alligevel kun sjældent finder sted (se fx Berry et al. 2008). At dokumentere og evaluere selve implementeringen er vigtigt, fordi man får viden om hvilke tiltag man har sat i værk, hvilke dele af programmet, man udelod eller lavede om osv. Dermed får man bedre viden om i hvilket omfang, man rent faktisk har fulgt programmet – og ikke mindst, hvor man ikke har fulgt programmet. Hvis man skal måle, om et program følges som det i udgangspunktet er udviklet og beskrevet, er det derfor vigtigt, at der er feedbackmekanismer og dokumentation, der kan beskrive, hvad der er blevet gjort og ikke gjort.

Der er et dilemma mellem på den ene side behovet for at få dokumenteret og evalueret og på den anden side hensyntagen til frontpersonalets tid og ressourcer. Det er således en udfordring at finde den rette balance mellem de to forhold. Det kan dermed virke unødvendigt, at dokumentere effekten af tiltag, som allerede har vist sig at virke, men det er heller ikke her, behovet for dokumentation og evaluering mangler mest. De fleste forfattere peger på, at der mangler viden om selve processen, således at man kan måle på, om man har været tro mod det oprindelige design (nøjagtighed) eller om man har tilpasset det så meget, at det adskiller sig væsentligt fra det oprindelige design (tilpasning). Dette er især vigtigt, når man ønsker at arbejde evidensbaseret, idet effekten er afhængig af, at man har fulgt det oprindelige design. Et eksempel kunne være rygestopkurser, hvor man ved, at der er en effekt, og det behøver man måske ikke at dokumentere igen. Det kan imidlertid være vigtigt at få en viden om, hvorvidt man har afvejet fra de beskrevne retningslinjer, om personalet havde de rette kompetencer, hvor mange og hvem, der deltog etc.

Durlak og DuPre peger på, at på trods af, at man må have en stærk formodning om, at implementeringen har betydning for outcome i den sidste ende, er det dog sjældent tilfældet, at selve implementeringen monitoreres (se tillige Egan et al. 2008, Roen et al. 2006, Mairs et al. 2005, Elias et al. 2003). Ligeledes fandt bl.a. Dane & Schneider (1998) at blot 39 af 162 studier omhandlende forebyggelse på området mental sundhed beskrev, hvilke skridt, der var taget, for at dokumentere implementeringen (24%). Af disse 39 var der kun 13, der beskæftigede sig med, om implementeringen havde betydning for effekten på målgruppen, hvilket ifølge Durlak & DuPre er et generelt problem (Durlak & DuPre 2008). Som Fixsen (2009) skriver, så er den udfordring, som man står overfor, at der i de mange, mange artikler, der beskriver implementering, kun er få, der beskriver implementeringen af interventionen i detaljer (se også Grimshaw et al. 2006). Som Michie et al. konkluderer:

*Reviews of nearly 1,000 behaviour change outcome studies found that interventions were described in detail in only 5% to 30% of the experimental studies. Even when the intervention was documented (e.g., a detailed manual was available), only a few investigators actually measured the presence or strength of the intervention in practice, and fewer still included such measures in the analysis of the results. Thus, we are often left knowing very little about the details of an intervention or the functional relationship between the components of the intervention and outcomes* (Michie et al. 2009).

Dokumentation og evaluering kan derfor være med til at:

- Give viden om, i hvilken grad indsatsen/programmet er implementeret efter det oprindelige ”design” (output/præstation)
- Finde ud af hvilken effekt indsatsen/programmet havde på målgruppen (outcome/resultat)
- Skabe viden som kan bruges i forhold til fremtidige indsatser andre steder.

I de tilfælde, hvor der gennemføres evalueringer af forebyggende tiltag, måles der ofte på tiltagets outcome eller effekt i forhold til målgruppen. Det er selvfølgelig altid vigtigt at kunne dokumentere, om den valgte indsats har den ønskede effekt for målgruppen. Men for at være sikker på, at det rent faktisk er det man måler, er det vigtigt, at man dokumenterer, hvad det er man rent faktisk har implementeret. Ellers kan man stå i en situation, hvor man muligvis ikke kan se nogen effekt hos målgruppen, men rent faktisk ikke ved, om det skyldes en fejlslagen implementering eller et ineffektivt tiltag. Dette medvirker til at vanskeliggøre afvejning af nøjagtighed vs. tilpasning, idet det er svært at vide, hvilke dele i programmet man kan tage ud, og hvilke man skal beholde (Fixsen et al. 2005, Ogden 2009, Gulbrandsen 2008, Drake 2009).

Man kan også forestille sig den omvendte situation: at man finder ud af, at en indsats har været utrolig gavnlig for målgruppen, og at man konkluderer, at indsatsen har været effektiv, men at man i virkeligheden har gjort noget helt andet. Hvis ikke man dokumenterer og evaluerer selve implementeringen kan dette lige såvel være en fejlslutning. Hvad nu, hvis man rent faktisk har ændret meget ved både selve interventionen og ved selve måden man implementerede den på i forhold til det oprindelige og alligevel får et positivt resultat for målgruppen? Det er derfor væsentligt at kunne evaluere på såvel output og outcome (Winter & Nielsen 2008, Ogden 2009). Hvis man ofte rapporterer på processen og outcome og sætter det i system, kan det desuden også tjene det formål at delresultaterne virker vejledende for den løbende beslutningsproces og kan tjene som en hjælp til at holde hele organisationen på rette spor og hele tiden blive bedre i implementeringsprocessen (Fixsen et al. 2005, 2009). Implementeringsoutput kan dels måles via aktørers selvrapportering og dels via observationer udført af en ekstern evaluatør. Forfatterne slår til lyd for, at observationer giver den mest objektive måling (Durlak & DuPre 2008).

Systematisk dokumentation af indsatsers implementering kan i sig selv bidrage til produktionen af evidensbaseret viden. Jo flere erfaringer, der gøres med at implementere bestemte programmer/interventioner, desto mere viden oparbejdes der om, hvilke dele af en intervention, man kan tage ud under hvilke omstændigheder, og hvilke implementeringsstrategier, der har effekt under hvilke omstændigheder (Ogden 2009). Dokumentation og evaluering kan således være vigtige redskaber til at opklare den indtil videre mudrede viden, der findes om effektiv implementering.

Nedenfor et eksempel på et evidensbaseret program, der indeholder nogle dele, der skal implementeres:

---

### Eksempel

Programmet MEND, der er en forkortelse af programdelene: Mind, Exercise, Nutrition and Do it, har til hensigt at få børn til at tabe sig

Interventionens kerneelementer er:

- Undervisning af forældre i teknikker for adfærdsændring med henblik på at forbedre børnenes kost og aktivitetsmønstre.
- Fysiske aktiviteter udviklet til børn, der ikke i udgangspunktet er vant til eller kan lide at dyrke motion.
- Gruppebaserede aktiviteter og undervisning, der kombinerer viden om basale sunde kostråd med praktisk orienterede aktiviteter såsom indkøbstur, madlavning, det at gennemskue fødevarer mærkning etc. (<http://www.mendprogramme.org>).

---

Ved både at dokumentere, hvilke af delene, man implementerer, og hvordan, man får dem implementeret, får man en uhyre væsentlig viden om både selve processen og effekten på målgruppen, samtidig med at man er med til at skabe ny viden, der kan være en del af forskningen i, hvilke indsatser, der virker og hvordan de skal implementeres – uden for et kontrolleret miljø. I eksemplet kunne man fx forestille sig, at det ikke er muligt at få forældrene engagerede i undervisning om adfærdsændring, og at man dermed bliver nødt til at udelade dette element eller finde på noget andet (tilpasning). Når man siden hen så måler på outcome, er det vigtigt, at man kan dokumentere, at præcis dette element havde vi ikke med, men vi gjorde til gengæld noget andet. Hvis outcome viser sig at blive godt alligevel, er man måske kommet et skridt nærmere, hvilke elementer i indsatsen, der er essentielle. I en anden tænkt situation kunne det være, at man kunne få forældrene til at deltage, men at de, der skulle undervise, ikke er blevet uddannet godt nok til at kunne give forældrene den rette viden. Det ville være et tilfælde af, at implementeringen mislykkedes pga. manglende kapacitet hos frontpersonalet. For at kunne identificere problemet kræver det, at man også sikrer sig dokumentation for, hvad man har gjort for at etablere kapacitet hos frontpersonalet.

Og som Koppelaar et al. konstaterer:

*“Various factors may influence the appropriate implementation of primary preventive interventions, but their impact on the effectiveness of the interventions was not evaluated. Since barriers in implementation are often acknowledged as the cause of ineffectiveness of patient handling devices, there is a clear need to quantify the influence of these barriers on the effectiveness of primary preventive interventions in health care”*

(Koppelaar et al. 2009).

Kitson (2008) argumenterer for, at evalueringsredskaber bør indbygges i implementeringen fra starten. Evaluering bør ikke kun udføres af forskere, men i et samarbejde mellem forskere og de praktikere, som udfører den egentlige implementering. Egan (2009) anbefaler, at fremtidige evalueringer af komplekse interventioner omfatter mere detaljerede beskrivelser af implementeringen, og ligeledes at der udvikles bedre måleredskaber til at måle kvaliteten af implementeringsprocesser (se også Grimshaw 2006, som efterlyser mere strenge evalueringsdesigns). Shek (2008) anbefaler, at man evaluerer ved hjælp af en bred vifte af metoder, såvel objektiv som subjektiv effektevaluering, procesevaluering og kvalitativ evaluering,

for at få så godt et billede som muligt af indsatsens og implementeringens stærke og svage sider. Jamtvedt (1998) påpeger, at løbende audit og feedbackprocesser kan forbedre praksis, men at disse ikke kan stå alene. Roen (2006) efterlyser bedre beskrivelser af procesevalueringsdesign, som omfatter hvilke datatyper, der er indsamlet, og hvilke metoder, der er anvendt i dataindsamling og analyse.

Webb (2002) fremhæver erfaringsbaseret praksis som en komplementær vidensform til evidensbaseret praksis. Den bør ikke forsvinde, da den kan rumme megen lokal viden og erfaring, som ikke findes andre steder. I stedet for at regne de to vidensformer for modsætninger, bør man betragte forholdet mellem de to som cirkulært: viden kan bevæge sig fra forskere til praktikere, men også fra praktikere til forskere. Denne kontinuerede feedbackcirkel er en vigtig læreproces (Webb 2002).

At få evalueret og dokumenteret hvad man gør, er således uhyre vigtigt, hvis man skal komme nærmere, hvilke former for implementering, der er succes med i forhold til hvilke indsætter. Målet er at kunne dokumentere sammenhænge mellem implementeringen og den efterfølgende effekt.

Løbende evalueringer og feedback til medarbejderne hjælper dem med at forbedre deres indsats og er også nyttige redskaber i monitorering og dokumentation af hele implementeringsprocessen. På det politiske niveau er det nyttigt at få jævnlige, brugervenlige rapporter af, hvordan implementeringen skrider frem både på proces- og effektniveau (Fixsen et al. 2009).

Ramirez (2003) beskriver implementeringen som en forbedrings-cyklus bestående af evaluering, intervention og genevaluering. Han anbefaler, at man inddrager repræsentanter for alle faggrupper i en implementerings-styregruppe. Det er vigtigt at inddrage meningsdannere fra de forskellige faggrupper såvel som centralt placerede personer i den administrative organisation. Styregruppen skal for det første afgøre, hvorvidt nationale anbefalinger kan implementeres direkte eller bør modificeres, samt afdække, i hvor høj grad den aktuelle praksis afviger fra anbefalingerne. Som følge af denne afdækning opstilles en prioriteret liste over, hvad man vil gøre for at bringe praksis i overensstemmelse med anbefalingerne. Når praksis og anbefalinger er i overensstemmelse og dette varer ved over tid, kan implementeringens anses for at være komplet (Ramirez 2003, Fixsen et al. 2005, 2009).

## 5.11 Opsamling på kapitel 5

I dette kapitel har vi beskrevet de mange niveauer, kompetencer og interesser, der er relevante for en succesfuld implementeringsproces. Implementeringsprocesser er afhængige af et utal af faktorer på både organisatorisk og menneskeligt plan, og det er derfor nødvendigt for dem, der ønsker at arbejde med evidensbaseret sundhedsfremme- og forebyggelse at rette sin opmærksomhed mod disse forskellige faktorer.

Evidensbaseret forebyggelse vil som regel tage sit udgangspunkt i programmer eller interventioner, der har vist sig virksomme under kontrollerede forhold, og som det kan være vanskeligt at reproducere i en kontekst, hvor der er andre vilkår. Der er enighed om, at det er vigtigt at være så tro som muligt mod det oprindelige design, idet man ellers risikerer, at underminere effekten i sidste ende. I praksis vil man dog ofte stå overfor, at der er en lokal kontekst, der kan fremme eller hæmme

implementeringen af en forskningsbaseret indsats. Man bliver derfor nødt til at forholde sig til forholdet mellem nøjagtighed og tilpasning. Det kan være vanskeligt at vurdere, hvor den ideelle balance ligger mellem nøjagtighed og tilpasning, fx hvis målgruppen udtrykker behov for tilpasninger. Det kan være relevant at få støtte af medarbejdere eller andre, der har erfaring med/er uddannede til at omsætte forskningsresultater til praksis.

Kapitel 5 har vist en lang række forhold, som ifølge den gennemgåede litteratur kan fremme implementering. Helt overordnet kan man sige, at det handler om at sætte tid af til at lave en grundig implementeringsstrategi og at sætte ressourcerne af til også at følge den og dokumentere forløbet. Følgende forhold er fundet væsentlige for en succesfuld implementering og er blevet uddybet gennem kapitel 5:

Det kan ifølge den gennemgåede litteratur fremme en vellykket implementering:

- at forholde sig til hvordan karakteristika ved selve interventionen passer ind i organisationen, fx om interventionen passer til de grundlæggende værdier, kan tilpasses målgruppen og vil give synlige resultater
- at lave en grundig analyse af tilstedeværelsen af de organisatoriske karakteristika, der kan fremme implementering, så som erfaring med systematisk dokumentation og vidensbrug, innovationskraft og decentral beslutningsstruktur
- at have evner til at håndtere kompleksitet i form af mange forskellige aktører, beslutningsled og aktiviteter ved at skabe overblik over relevante aktører og deres interesser og ressourcer og indbyrdes ressourceafhængighed
- at sikre relevant kompetenceudvikling hos frontpersonalet og løbende personlig og organisatorisk støtte til at gennemføre implementeringen
- at den overordnede ledelse tager ansvar for implementeringen, afsætter de nødvendige ressourcer og støtter frontpersonalet igennem hele processen
- at der tages hensyn til målgruppens forskellige motivation, behov og ressourcer
- at målgruppen inddrages fra begyndelsen
- at kommunikationen er målrettet den aktuelle målgruppe samt
- at implementeringsprocessen dokumenteres og evalueres.

## 6 Den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats

Dette kapitel handler om de danske kommuners udfordringer i forbindelse med implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser. Det sker på basis af cases fra litteraturen samt interviews med 5 kommunale sundhedsplanlæggere.

I den danske sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats kan tiltag tænkes i flere sammenhænge. Hos Beck og Sørensen skelnes der imellem forskellige typer af settings eller arenaer for forebyggelse, her rangordnet efter graden af kommunal indflydelse:

- **Direkte kommunale ansvarsområder** – fx det offentlige rum, gader og veje, hvor kommunen selv kan vælge at bygge cykelstier, anlægge motionsstier etc. Et andet eksempel på en arena med direkte kommunalt ansvar er kommunens egne arbejdspladser, hvor en kommune i sin egenskab af arbejdsgiver kan stille tilbud til rådighed for egne medarbejdere, fx motion i arbejdstiden, sund mad i kantiner etc.
- **Områder, hvor kommunen har ejerskab eller driftansvar**, fx skoler, dagtilbud, ældreinstitutioner hvor kommunen kan stille krav til organisationers virksomhed og fx indføre kost- og motionspolitikker.
- **Områder, der modtager støtte fra kommunen**, såsom frivillige foreninger, hvor kommunen kan stille krav – fx om sundere kost i sportshaller – som betingelser for støtten.
- **Områder, hvor kommunen kan have rådgivende relationer** –fx enkelte borgere/familier eller private virksomheder, hvor kommunen kan stille viden og forskellige aktivitetstilbud til rådighed, såsom rygestopkurser, motionstilbud, kostvejledning (Beck og Sørensen).

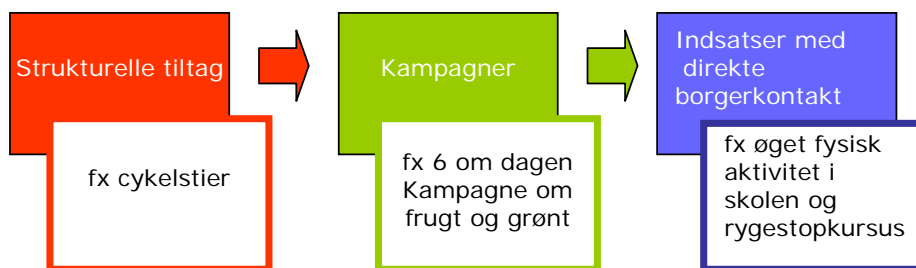
Alt efter den aktuelle målgruppe kan der sættes ind i flere eller færre af disse arenaer. Fx vil alle fire arenaer være relevante for børn og unge, som tilbringer megen tid i institutioner og foreninger inden for kommunens grænser, mens voksne, der ikke er kommunalt ansatte, alt andet lige vil være sværere at nå, da kommunen hovedsageligt kan indgå i en rådgivende relation til dem.

En overordnet kommunal sundhedspolitik, som inddrager alle fire typer af arenaer vil som oftest inddrage flere grene af forvaltningen og således ikke kun sundhedsforvaltningen. De tre første arenaer hører typisk under andre forvaltningsområder.

En anden opdeling af sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser er illustreret i nedenstående figur, hvor der skelnes mellem tre hovedtyper, nemlig:

- Strukturelle tiltag
- Kampagner
- Indsatser med direkte borgerkontakt





Det er indlysende, at de tre forskellige typer af sundhedsfremme –og forebyggelsestiltag stiller helt forskellige krav til typen af implementeringstiltag. Man kan beslutte sig for strukturelt at gøre det mere attraktivt for skolebørn at cykle til skole frem for at blive kørt af deres forældre ved at bygge en cykelsti. Man kan selvfølgelig reklamere for den nye cykelsti ved at sende materiale ud til husstande og skoler, hvor man opfordrer til at benytte cykelstien. Ikke desto mindre er denne form for forebyggelsestiltag et tiltag, der indebærer, at man træffer en beslutning om at bygge en cykelsti og kun i mindre grad behøver at involvere led længere ude i implementeringskæden. I tekstboksen (Kom så går vi) kan man se et eksempel på det, man kunne kalde et strukturelt tiltag, der har til formål at forebygge faldulykker blandt ældre. I forhold til den litteratur, der omhandler implementering af forskningsbaserede indsatser er det som oftest ikke her, man har sit fokus i forebyggelsesarbejdet, men som eksemplet illustrerer, kan selve de strukturelle tiltag have den positive sideeffekt, at man får inddraget målgruppen.

---

#### **Kom så går vi - tilgængelighed, sikkerhed og tryghed for ældre i Skåne**

En gruppe forskere fra Lunds universitet har i samarbejde med Kristiansstads kommune og Vägverket Region Skåne inddraget ældre i indsamlingen af viden om faktorer i det fysiske miljø, der bidrager til et godt og trygt nærmiljø, hvor ældre kan og tør bevæge sig. Motivationen for projektet var at forebygge faldskader. Som resultat af projektet er de vigtigste gadestrækninger blevet forbedret gennem sænkning af kantstene, opstilling af bænke mv. En sidegevinst er, at flere ældre i området selv er blevet engagerede i forebyggende og sundhedsfremmende arbejde (Vägverket 2003).

---

I forhold til *kampagner*, som ofte foregår på landsplan, er det her heller ikke nødvendigt med en direkte borgerkontakt i den enkelte kommune, om end disse kampagner ofte tilbyder forskellige tiltag, som den enkelte kommune eller institution kan vælge at engagere sig i. Fx er uge 41 på landsplan blevet udnævnt til Bevægelsesuge, som kulminerer med Skolernes motionsdag fredag før efterårsferien. Her ses en kombination af en kampagne med direkte kontakt til målgruppen, nemlig elever, formidlet via skoler og lærere.

*Indsatser med direkte borgerkontakt* er den del af forebyggelsen, som det meste af den hidtil behandlede litteratur fokuserer på. Her kræves en specifik indsats i forhold til en bestemt målgruppe, evt. i form af en forskningsbaseret intervention eller et program. Det er også denne del af forebyggelsen, som er mest i fokus hos de kommunale sundhedsplanlæggere, vi har talt med.

Resten af kapitlet gengiver pointerne fra de kvalitative interview med kommunale sundhedsplanlæggere. Kapitlet er illustreret med cases fra danske og svenske kommuner.

## 6.1 Interview med kommunale planlæggere

### 6.1.1 Formål og metode

Der er gennemført telefoninterview af 30-45 minutters varighed med fem kommunale planlæggere, der alle i deres hverdag sidder med konkrete implementeringsudfordringer. Interviewpersonerne er udvalgt som personer, der i kraft af deres arbejdsområde er centralt placeret i forhold til implementering på et strategisk niveau. Uden at tilstræbe egentlig repræsentativitet er en vis spredning på kommune-størrelse og geografisk placering tilstræbt.

Formålet med interviewene har været at få en praktisk og konkret vinkel på de undertiden meget diffuse og teoretiske retningslinjer for implementering, som litteraturen opstiller.

Det er selvfølgelig ikke muligt på baggrund af fem interview at give en udtømmende redegørelse for, hvad der foregår på implementeringsområdet i de danske kommuner. Hensigten er også snarere at foretage en form for reality check i forhold til den internationale litteratur og de faktorer, der identificeres heri: er det de samme problemstillinger, der optager planlæggerne i praksis?

Interviewene er gennemført på baggrund af en spørgeguide, som interviewpersonerne fik tilsendt på forhånd (se bilag 1). Spørgeguiden dækker emner som erfaringer med konkrete implementeringsprocesser, oplevelsen af væsentligste udfordringer samt behov for hjælp til at implementere bedre. Navnlig det sidste punkt gør det også muligt at se nærværende undersøgelse som en form for pilotprojekt i forhold til at afdække, hvad der kunne bidrage til at lette implementeringsarbejdet for de ansvarlige i kommunerne.

Kapitlet er illustreret med cases hentet fra dansk og nordisk litteratur, som kan fungere som eksempler på sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser på forskellige niveauer, og som eksempler på den slags gennemprøvede koncepter, som de kommunale planlæggere efterlyser.

### 6.1.2 Implementering er det muliges kunst

De kommunale planlæggere mangler i og for sig ikke viden om, hvilke områder, der er vigtige for folkesundheden, og ved også en del om, hvilke faktorer, der kan tænkes at være vigtige for en vellykket implementering. De bruger ganske meget tid blot på at sortere den viden, der kommer fra forskningen, Sundhedsstyrelsen og diverse patientforeninger og organisationer, og er således ganske klar over, at der er mange ting, der i teorien er mulige at iværksætte med henblik på at forbedre folkesundheden. Men de har ikke i deres hverdag den fornødne tid og ressourcerne til at sætte sig og gennemtænke det hele forfra, ligesom de ikke i praksis har mulighed for at designe den ideelle implementeringsproces. Planlæggerne har generelt stor tillid til, at SST og forskningsmiljøerne har den fornødne indsigt i, hvordan evidens skabes, og ser det ikke umiddelbart som deres opgave at gå ind i vurderingen af, hvad der er evidens, eller produktionen af ny evidens.

En udfordring, som nævnes i næsten alle interview med kommunale planlæggere er, at de personale- og budgetmæssige ressourcer, de har til deres rådighed, ikke strækker til alle de aktiviteter, de i princippet gerne ville sætte i gang, fordi de har godt belæg for at tro på, at det ville give resultater. Der er således ikke mangel på ideer til evidensbaserede tiltag.

### 6.1.3 Kamp om ressourcer

Som alle andre områder skal også sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet kæmpe for at få tildelt ressourcer i den kommunale økonomi. Fx får hjemmeplejen flere plejekrævende grupper, der betyder at den forebyggende indsats mangler ressourcer og bliver nedprioriteret. En planlægger kan således opleve, at selv om alle er enige om, at det er bedre at forebygge end at helbrede, så bliver det alligevel tit den borgerrettede sundhedsfremme- og forebyggelse – dvs. indsatser over for raske borgere – der bliver nedprioriteret, når den vejes op imod indsatserne over for de syges (patientrettet) eller genoptræningen. Det er svært at lave fremadrettede sundhedsfremmetilbud i en situation, hvor meget synlige områder som fx hjemmehjælpen skæres ned. Patienterne og de syge er meget synlige i forhold til de raske, og det er derfor lettere at få fokus hos egen ledelse, når det gælder patientrelaterede indsatser.

Pga. ressourcesituationen er det svært at få overskud til at være proaktiv og sætte nye ting i søen. Hvis man vil iværksætte en ny indsats skal man enten vælge noget af det eksisterende fra eller søge nye midler.

En mulighed, som nævnes, er at søge projektpenge til nye forebyggelsestiltag, men dette er ikke uproblematisk. Der er ikke mange midler til projekter, som handler om implementeringsdelen snarere end selve indsatsen.

Dels sker der det, at det måske er muligt at få midler fra forskellige puljer til udviklingen af nye tiltag, men pengene stopper, når tiltaget skal omsættes til drift. Derfor bliver der ikke i tilstrækkeligt omfang samlet op på de gjorte erfaringer, og mange vellykkede tiltag stoppes eller udvandes.

*”Når projektmidlerne er væk, stopper aktiviteten.” (interviewcitater)*

Økonomi er således en stor udfordring, idet det kan være meget svært at få et dyrt projekt, der ikke er økonomisk rentabelt på kort sigt, igennem. Det er derfor vigtigt med mål, der viser effekt på kort sigt. Samtidig er det svært at kunne løfte opgaven driftsmæssigt efter projektperioden. I tekstboksen (Helbred og arbejdsliv i Århus kommune) kan man se et eksempel på et ambitiøst projekt, der både har indtænkt en kontrolgruppe og et evalueringsdesign. Problemet kan imidlertid være at få projektet til at være levedygtigt efter projektperioden, idet der kræves en større omstrukturering af samarbejdet mellem forskellige instanser samt en øget arbejdsbyrde til de involverede parter. Som interviewcitaterne ovenfor indikerer, så vil sådan et projekt risikere at stoppe efter projektperioden, idet der ikke er de økonomiske muligheder for at vedligeholde tiltaget. Som vi har nævnt flere gange undervejs, så er tiden fra man starter en implementering til man kan kalde den endeligt implementeret lang, hvilket kan vanskeliggøre at vedligeholde et projekt, der har en begrænset bevilling, idet en implementering ofte tager længere tid end den tid, der er givet midler til.

---

### Helbred og arbejdsliv i Århus kommune

Indsats for at få patienter/borgere på sygedagpenge efter en ortopædkirurgisk operation tilbage på arbejdsmarkedet.

Projektets model for en styrkelse af tættere samarbejde og kommunikation mellem beskæftigelsesforvaltningen og de praktiserende læger indeholder følgende tiltag og elementer:

- Etablering af en særlig enhed i jobcentret, som de praktiserende læger i projektet altid kan bruge som indgang til beskæftigelsessystemet.
- Jævnlig besøg i lægepraksis, hvor forvaltningen og lægen kan diskutere muligheder etc. for sygemeldte eller sygdomstruede borgere.
- Anvendelse af fleksible mødeformer, herunder rundbordssamtaler.

Målgruppen:

Målgruppen er sygemeldte borgere, primært i visitationskategori 2 samt syge borgere på kontanthjælp, som er truet af permanent udstødelse fra arbejdsmarkedet.

I projektet er der en kontrolgruppe, så det kan danne grundlag for ny viden om, hvad der virker. Der blev bevilliget ekstra midler til projektet og dokumentation og evaluering blev tilrettelagt med det samme.

---

#### 6.1.4 Ledelsen

I interviewene såvel som i litteraturen går det igen, at ledelsen skal tages i ed og at det er vigtigt for den konkrete planlægger at få overbevist ledelsen om, at det er en god idé at bruge kræfter på et forskningsbaseret tiltag. Det er vigtigt at ledelsen udviser en konstant og vedvarende opmærksomhed, er anerkendende og bakker op. Som en af de kommunale planlæggere siger:

*"At vi har opbakning oppefra, jamen det gør jo hele forskellen". (interviewcitater)*

Implementering af forskningsbaseret viden i en kommunal kontekst er en implementering i et politisk miljø og ledelsesopbakning er helt afgørende for at det lykkes at komme igennem med at benytte forskningsbaseret viden. I den forbindelse tyder interviewene på, at brugen af forskningsbaseret viden kan fremmes, hvis der gøres en indsats for at påvirke beslutningstagere ved at inddrage den forskningsbaserede viden i forbindelse med møder, rapporter osv. Samtidig fremmer det brugen af forskningsbaseret viden, at planlæggerne eller andre i kommunen er uddannet til at forstå og anvende forskningsresultater. Disse personer kan være med til få forskning på dagsordenen i forhold til ledelsen.

Incitamentstrukturen nævnes også som en styrende faktor, som bidrager til at styre indsatsen i retning af den patientrettede frem for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse. Det skyldes, at kommunerne fx i forhold til genoptræning eller kronikerområdet forpligter sig til at levere veldefinerede ydelser, som de ellers skal købe af sygehusene.

#### 6.1.5 Organisation

Det forebyggende arbejde er organiseret forskelligt fra kommune til kommune. De interviewede planlæggere er enige om, at det er afgørende for projekters succes, at de bliver organiseret rigtigt, således at de rigtige personer med de rigtige kompe-

tencer bliver inddraget fra starten og at de har de rigtige kompetencer. Det nævnes også som vigtigt, at projekter bliver anerkendt på rette beslutningsniveau. Interviewede fra kommuner, hvor sundhed er prioriteret på det øverste politiske niveau, oplever, at det er meget nemmere at samarbejde med andre forvaltningsgrene. Eksemplet med Tackling i tekstboksen er et eksempel på, hvordan sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser også kan tænkes at skulle implementeres et helt andet sted end i den forvaltning, der generelt har ansvar for forebyggelsesarbejdet.

---

#### **Tackling – et materiale til de ældste skoleklasser**

Materialet er udviklet af SST og Forlaget Alinea på baggrund af et amerikansk materiale, så det er tilpasset en dansk kontekst.

Materialet handler om sundhed (alkohol, tobak, narkotika) men skal implementeres af skolerne. Materialet rummer lærervejledning, så det er let at gå til for den enkelte lærer.

---

Koordinering mellem forskellige forvaltningsgrene nævnes af flere som en udfordring. Sundhedsforvaltningen vil ofte gerne samarbejde med fx børn og ungeforvaltninger, skoleforvaltninger og/eller arbejdsmarkedsforvaltninger, men støder ofte på barrierer i form af kassetækning, som når arbejdsmarkedsafdelingen gerne vil have sundhedsafdelingen til at stå for genoptræning af borgere på sygedagpenge, men ikke er villige til at medfinansiere tilbuddet. Et andet eksempel stammer fra en kommune, hvor sundhedsafdelingen har udbudt et årligt kursus for lærere op til "Bevægelsesugen" i uge 41, men oplever, at skolelederne kun sender lærerne af sted, hvis de får det hele betalt.

Nogle planlæggere efterlyser viden om den mest hensigtsmæssige måde at organisere forebyggelsesindsatsen på, og specificerer, at det, de savner, er eksempler på vellykkede organiseringsmodeller, der går skridtet videre end blot principielle anbefalinger. Som vi har været inde på i denne rapport, så berøres selve organiseringen ofte meget let i den litteratur, der omhandler implementering af forskningsbaseret viden. Det nævnes at store organisationer lettere implementerer end små osv., men omvendt nævnes det også, at der ikke er nogen klar evidens for, at selve organisationen spiller en central rolle i forbindelse med implementering.

Det kan selvfølgelig være svært at se, hvordan man umiddelbart kan bruge den slags viden i en meget praksisnær sammenhæng. På den anden side er det et faktum, at kommuner er meget forskellige og dermed er det måske svært at komme med andet end meget generelle betragtninger på dette område. I eksemplet med Habo Kommune, har man valgt at organisere sig med inddragelse af mange forskellige aktører med angivelig god effekt.

---

#### **Folkesundhedsråd i Habo**

Habo kommune har siden 1984 haft et folkesundhedsråd bestående af repræsentanter for kommunen, det primære sundhedssystem, frivillige foreninger, kirke, politi og apotek. Samtlige indbyggere i kommunen har fået tilbud om en sundhedssamtale. Kommunen scorer bedre end sammenlignelige kommuner på en række sundhedsindikatorer, bl.a. dødelighed i forskellige aldersgrupper, fysisk aktivitet, kost og rygning, ligesom omkostningerne til ældrepleje er lavere (Statens folkehälsainstitut 2002)

---

I kommuner med lav befolkningstæthed kan selve den fysiske afstand være et problem, idet medarbejderne i sundhedsafdelingen ikke både kan sidde samlet og op-

bygge et fagligt miljø og samtidig være tæt på borgerne. Medarbejderne bliver typisk spredt med det resultat, at det bliver sværere for ledelsen at følge op på beslutninger.

Det er nemmere at implementere indsatser i eget regi frem for på skoler etc., fordi praktikerne, der hører under sundhedsforvaltningen, er mere inde i sproget og tankegangen. Her er udfordringen mere at koordinere mellem rekvisitør og udfører – dvs. hvis en person får udskrevet motion og kost på recept, hvem udfører det så.

Interviewene tyder dog på, at der netop på dette område er stor forskel på kommuner alt efter hvor stor politisk bevågenhed sundhedsfremme og forebyggelsesområdet har.

#### 6.1.6 Fra forsker til praktiker

En af de store udfordringer, som flere fremhæver, er at få formidlet nødvendigheden af at bruge den forskningsbaserede viden til målgruppen af praktikere, der ofte står med enkeltborgere og trækker på erfaringer i forhold til den enkelte borger. Der er behov for, at man får formidlet, hvordan forskning kan bruges til at komme flere borgere til gode, uden at det går ud over den enkelte. Der kan være et kultursammenstød mellem forskere og praktikere, og mellem de akademisk uddannede planlæggere og typisk mellemlangt uddannede frontpersonale. Flere af de interviewede planlæggere beretter, at det kan være svært for personalet i kommunernes sundhedsafdelinger at vænne sig til den mere projektbaserede arbejdsform. Mange er ikke vant til systematisk dokumentation og oplever det som op ad bakke at beskrive, hvad de gør. Flere fremhæver vigtigheden af, at man får medinddraget frontpersonalet tidligt i forløbet, og at man har en anerkendende tilgang til praktikerne, da de gør et stort stykke arbejde. Medinddragelse kan muligvis være det, der skaber ejerskab og engagement.

*Jeg har haft rigtig gode praktikere, men det er svært at vide om det bare er fordi de er gode i udgangspunktet eller om det er fordi, de er blevet medinddraget undervejs. Vi har ikke gjort noget særligt for at rekruttere særlige personer. (interviewcitater)*

Som litteraturen har vist, så er det vigtigt, at man gør sig nogle overvejelser omkring, hvordan man inddrager frontpersonalet i implementeringsprocessen. Der er nogle karakteristika, der fremmer implementeringen af nye tiltag. Det drejer sig ikke kun om faglige karakteristika, men også om mere personlige karakteristika hos den enkelte medarbejder samt medinddragelse og uddannelse.

En anden problemstilling er overførslen af resultater fra kontrollerede forsknings-sammenhænge til kommunal praksis – altså problemet om nøjagtighed vs. tilpasning:

*Fx ved man, at motiverende samtaler har en effekt, men hvem skal tage de samtaler? I projektet er det måske en forsker, der har gjort det, men vi skal altså gøre det ude i et sundhedscenter med det personale, vi nu har. (interviewcitater)*

Dette er en meget central problemstilling, som påpeger, hvad vi tidligere har set, at implementering uden hensyntagen til kontekst og som er udviklet i et kontrolleret setting støder på nogle vanskeligheder i den virkelige verden, hvilket understreger betydningen af at få udviklet mere praksisnær forskning.

Nogle interviewpersoner efterlyser mere fokus på Bottom-up-vinklen, hvor man lægger et øre til jorden og hører på, hvad frontpersonalet har behov for da dem, som er tættest på borgerne, tit har gode erfaringer med og ideer til, hvad der virker og ikke virker. Dvs. at man tager udgangspunkt i frontpersonalets oplevede behov, og tager det som udgangspunkt for planlægningen. Det samme gør sig gældende i forhold til borgerne. Flere interviewpersoner fortæller, at man indtil videre ikke har haft så stor fokus på borgerinddragelse i kommunerne, men at det vil blive det næste, da det er vigtigt at borgerne selv oplever et behov for et tiltag, hvis man vil gøre sig håb om at tiltagene giver mening for målgruppen.

Som vi også har set i litteraturgennemgangen, er en vellykket implementering af forskningsbaseret viden afhængig af, at der opleves et behov for et implementere et nyt tiltag, da man ellers ikke når langt med en implementering, og at der kan være en givtig vej at få mere praksis og forskning knyttet tættere sammen om at udarbejde forskningsprojekter.

### 6.1.7 Evaluering og dokumentation

Det er ifølge planlæggerne svært, men vigtigt at dokumentere tiltag og at få lagt evalueringsniveauet rigtigt så de ikke evaluerer noget som er velundersøgt, men i stedet evaluerer implementeringen – fx hvordan borgerinddragelsen blev tilrettelagt og hvor mange borgere der har været igennem programmet. Det omtales også som en udfordring at skaffe de relevante ressourcer – både økonomiske og personale-mæssige – til evaluering, hvilket kan være problematisk og en stor udfordring, men som litteraturen også påpeger, er det et vigtigt skridt på vejen mod at få mere viden om, hvornår en indsats er blevet implementeret med succes.

### 6.1.8 Ønskes: kagebøger og konkrete koncepter

Det, som planlæggerne først og fremmest efterlyser fra Sundhedsstyrelsen er **konkrete opskrifter på tiltag, som har virket i andre kommuner**. Alle interviewpersonerne understreger, at de godt kunne bruge flere lettilgængelige, helt-nede-på-jorden kagebøger til projekter, som andre steder har vist sig at fungere. De kender godt evidensbasen hos Sundhedsstyrelsen og er glade for den, men savner, at den tager skridtet videre og giver dem nogle ”lavthængende frugter”, som er lige til at tage ud og præsentere for politikerne. Nogle koncepter, der er udviklet, og som mere eller mindre direkte kan sættes i drift. Det er vigtigt, at det er noget, som har vist sig at virke i praksis, da der så er større sandsynlighed for, at det kan lade sig gøre inden for de ovenfor beskrevne økonomiske og organisatoriske rammer

*”Nogle kagebøger, lige til at tage ned fra hylden, så vi ikke skal opfinde det hver gang.” (interviewcitater)*

Et godt eksempel på dette er motionscafeen for kræftpatienter i Brønderslev, som andre kommuner nemt kan kopiere, hvor det er let med hjælp fra Kræftens Bekæmpelse at fremskaffe de relevante tal for, hvor mange borgere, der kunne have gavn af tilbuddet, og som bygger på veldokumenteret viden om de gavnlige effekter af fysisk aktivitet og socialt samvær (se tekstboks).



---

## Motionscafé i Brønderslev

### Fra evidens...

Statistisk set vil der i Brønderslev kommune med sine godt 35.000 indbyggere hvert år være:

- 220 borgere der får konstateret kræft – heraf 71 i den erhvervsaktive alder.
- 1513 borgere der skal leve med kræft – heraf 490 i den erhvervsaktive alder.
- 107 borgere der vil dø af kræft – heraf 28 i den erhvervsaktive alder.
- 7 børn og unge der mister en forælder pga. kræft.

I Danmark antages det, at to tredjedel af alle nydiagnosticerede kræftpatienter har et rehabiliteringsbehov. Det skønnes på den baggrund, at der i Brønderslev kommune alene ud af de 220, der hvert år får konstateret kræft, vil være 147 borgere med behov for rehabilitering.

Mange kræftpatienter har senfølger af både sygdom og behandling i form af kronisk træthed, smerter, nedsat livsmod, vægtproblemer m.v. Dertil kommer en række bivirkninger og gener som følge af de forskellige behandlingsforløb.

Fysisk aktivitet har vist sig at have en meget gavnlig effekt på mange kræftpatienters generelle velbefindende. Det mest veldokumenterede her i landet er Projekt Krop og Kræft – et tværvideenskabeligt forskningsprojekt på Rigshospitalet. Projektet dokumenterer, at interventioner som kombinerer socialt samvær med fysisk aktivitet har en positiv effekt på kropslig og psykologisk velbefindende.

... **til afprøvet koncept:** Brønderslev Kommune og Kræftens Bekæmpelse tilbyder nu fysisk træning og sociale aktiviteter for personer, som enten har eller har haft kræft.

**"Mere ud af hverdagen - motion sammen for kræftpatienter"** giver dig mulighed for at mødes med ligestillede. Du vil få inspiration til en aktiv og sund livsstil og opleve glæden ved bevægelse og samvær med andre. Samtidig er det accepteret, at du undertiden er påvirket af din sygdom eller behandling.

Tilbuddet består dels af fysiske aktiviteter, som er tilrettelagt, så du kan deltage på forskellige niveauer. Dels af sociale aktiviteter i en Café, som drives af frivillige fra Kræftens Bekæmpelse. Det foregår hver lørdag formiddag kl. 9.00-12.00. På det tidspunkt har de erhvervsaktive også mulighed for at deltage.

---

I forhold til litteraturgennemgangen af, hvornår man har succes med at implementere en indsats, kan man se, at denne indsats har nogle af de kendetegn, der indikerer en succesfuld implementering.

- Den kan tilpasses en lokal kontekst, uden at man ændrer for meget ved selve interventionen.
- Der er tale om en simpel intervention, der ikke kræver store organisatoriske ændringer.

En kommunal planlægger foreslår også, at SST tager initiativ til nogle temadage, hvor man kan hente de bedste løsninger på forskellige områder og fx komme hjem med et katalog af tiltag klar til at blive brugt på områder som børn og overvægt, unge og rygning etc.

Det gælder også selve implementeringsprocessen:

*”Når man fx læser om psykisk syge og motion. Så står der, at man skal inddrage medarbejderne. Jamen, hvordan gør man helt præcis det, så det virker?” (interviewcitater)*

Her savner de kommunale planlæggere systematisk og konkret vidensopsamling af, hvad der har vist sig at virke i selve implementeringsprocessen. Det bliver også nævnt, at projektarbejdsformen ofte fremstilles meget lineær, selvom den i praksis er mere cirkulær, idet der ofte foretages små løbende justeringer undervejs i et projekt på basis af den viden, der oparbejdes i løbet af projektet. Dette er en problematik, der er generel for hele implementeringsforskningen, og som til dels skyldes, at der mangler dokumentation og evaluering af selve implementeringsprocessen og ikke kun af selve interventionen.

Som vi har været inde på undervejs i litteraturgennemgangen, så vil det meget sjældent være tilfældet, at en afprøvet intervention direkte uden ændringer kan omsættes til en anden kontekst uden, at der sker ændringer. Det er derfor vigtigt, at der i de enkelte kommuner bliver mulighed for, at der bliver evalueret, således at man på sigt kan komme med en mere specifik viden om, hvad der viser sig at virke i forskellige sammenhænge.

#### 6.1.9 Ønskes: praksisforskning

Et andet ønske fra de kommunale planlæggere, som vi har talt med er **mere praksisnær forskning**. Det vil sige mere forskning og udvikling, hvor dels personalet inddrages mere åbent og aktivt i, hvilke indsatser, der er behov for, dels at der ses nærmere på, hvordan personalets praksis egentlig foregår, og hvordan det påvirker implementeringen af forskellige indsatser. Kommunerne har ikke selv midler til at iværksætte systematisk forskning i dette og kunne derfor godt tænke sig, at der blev afsat flere projektmidler til den slags mere åbne udviklingsprojekter, som ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i et forhåndsdefineret program eller koncept.

*”I dag skal man jo have tænkt det hele på forhånd for at søge penge og kunne lave et budget. Hvis vi nu gerne ville sige, jamen kan vi få en person ud, som kan se på vores praksis sådan med forskerbriller. Det er der ikke så meget af nu.” (interviewcitater)*

I publikationen Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet (2009) fokuseres der på, hvordan kommunerne selv kan bidrage til at tilvejebringe forskning og hvilke erfaringer kommunerne har med at samarbejde med forskere. Til at få belyst dette samarbejde er der gennemført interviews med 25 repræsentanter fra kommuner, regioner og forskningsinstitutioner. Som vi var inde på i kapitel 4 i forbindelse med forudsætningerne for en succesfuld implementering, så synes der ofte at være modstrid mellem forskernes mål med forskningen og praktikernes mål for forskning. Og denne konflikt kan vanskeliggøre samarbejdet. Som vi dog også konkluderede, ser det ud til at det skaber en øget brug af forskningsbaseret viden, hvis forskere og praktikere er sammen om at udarbejde projekter, hvilket også er en af Sundhedsstyrelsens konklusioner:

*”Det handler om at skabe en samarbejdende organisering, kultur, og tradition, hvor der fx i kommunen findes personer, som har arbejdet med forskning, og hvor der i forskningsinstitutioner findes personer med erfaring fra det forebyggende arbejde i praksis.” (Sundhedsstyrelsen 2009)*

## 6.2 Opsamling på kapitel 6

Der er i kommunerne stor interesse for at implementere forskningsbaseret viden på forebyggelsesområdet, men der er mange udfordringer i forbindelse med at få omsat viden til praksis. Som det helt centrale står ressourceproblematikken, der fra interviewpersonernes side er afgørende for at få søsat nye tiltag. For nogle kommuner handler det om, at få sat forskningsbaseret viden på dagsordenen og dermed være med til at få opprioriteret brugen af forskningsbaseret viden blandt beslutningstagere.

I andre kommuner er der allerede en kultur for at anvende forskning, og her drejer spørgsmålet sig mere om at få sat fokus på, hvordan man udvælger de rette interventioner under hensyntagen til den kontekst, som interventionen skal udføres i.

Som det nævnes i interviewene, så synes der også at være et behov for, at der kommer mere praksisbaseret forskning, men at det kan være svært at være initiativtager fra kommunal side til den slags forskning. Der kan derfor være behov for, som også litteraturen viser, at der lægges vægt på at udvikle forskningsprojekter med udgangspunkt i de behov der opleves i praksis, da det sandsynligvis vil fremme implementeringen af resultaterne.

Endelig er det værd at tage fat i hele dokumentations- og evalueringsdelen, idet en del af den praksisforskning, som kommunerne efterlyser, er afhængig af, at der kommer mere dokumentation og evaluering af de erfaringer, som man gør sig i de enkelte kommuner. Der er en stor udfordring forbundet med at sikre tilstrækkelig dokumentation og evaluering uden at det går ud over selve arbejdet med indsatserne. Dokumentation er ikke kun relevant i forhold til effekten af interventioner, men i høj grad også i forhold til implementeringsprocessen. En sådan dokumentation og evaluering vil være medvirkende til, at der dels kommer en større viden om, hvad man har gjort andre steder og dels en viden om, hvad der har vist sig at fungere godt på et mere praksisnært plan i en dansk kommunal sammenhæng. Ved at dokumentere og evaluere de indsatser man iværksætter, er man også bedre hjulpet i forhold til at blive klogere på forholdet mellem nøjagtighed og tilpasning.

Der er således behov for, at enhver implementeringsproces dokumenteres på en måde, som gør det muligt efterfølgende at evaluere på såvel output som outcome samt at sammenligne med resultater fra andre sammenhænge, fx andre kommuner, som har gjort noget lignende. Samtidig skal man i en kommunal sammenhæng være opmærksom på, at selve dokumentationen ikke tager for mange ressourcer fra selve implementeringsprocessen. Der ligger derfor en opgave i at udvikle redskaber til dokumentation, som gør det muligt for de kommunale aktører at indsamle en fyldestgørende dokumentation på en enkel og ubureaukratisk måde. Endvidere er der en opgave i at sikre, at den viden de enkelte kommuner på denne måde opsamler, også bliver gjort tilgængelig for andre, så man ikke skal starte forfra hver gang.

## 7 Referencer

- Almeida, C. & Bascolo, E. (2006). "Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature". *Cad.SaudePublica*, 22 Suppl, S7-19
- Althabe, F., Colomar, M., & Belizan, M. (2006). "Interventions to improve the implementation in evidence based practice in women care". *Current Women's Health Reviews*, 2, (3) 173-179
- Andersen, M.S. (1993). *Governance by Green Taxes. Implementing Clean Water Policies in Denmark, France, Germany and the Netherlands 1970-1990*. Ph.D.-Disser125  
tation. Århus: Institute of Political Science, University of Aarhus.
- Andersen, Mikael Skou & Hansen, Michael W (1991): *Vandmiljøplanen. Fra forhandling til symbol*. Harlev: Niche.
- Andersen, P. & Olander, E. (2008). *Utvärdering av implementeringen av hälsotorgen i Blekinge – med fokus på hälsotorgensutvecklingsmöjligheter*. Sektionen för hälsa, Blekingeteknikhögskola.
- Andre, B., Ringdal, G. I., Loge, J. H., Rannestad, T., Laerum, H., & Kaasa, S. (2008) "Experiences with the implementation of computerized tools in health care units: A review article". *International Journal of Human-Computer Interaction* 24[8], 753-775.
- Austin, M.J. & Claassen, J. (2008). "Impact of organizational change on organizational culture: implications for introducing evidence-based practice". *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5, (1-2) 321-359
- Austin, M.J. & Claassen, J. (2008). "Implementing evidence-based practice in human service organizations: preliminary lessons from the frontlines". *J.Evid.Based.Soc.Work*, 5, (1-2) 271-293
- Barosi, G. (2006). "Strategies for dissemination and implementation of guidelines". *Neurological Sciences* 27[Suppl3], S231-S234.
- Beck, Anne-Marie Tyroll og Sørensen, Karsten: *Analyse af en kommunes sundhedspolitik og -praksis. Forebyggelse af overvægt og adipositas hos børn og unge*. University College Syd. Udviklingogforskning. Videncenter for sundhedsfremme.
- Beinecke, R. H. (2004): "Implementation of Evidence-Based Mental Health Practice in England". *International Journal of Mental Health* 33[4], 64-79
- Berry, K. & Haddock, G (2008): "The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: Barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychology and Psychotherapy*": Theory, Research and Practice 81[4], 419-436
- Birkler, S.U.D & Nielsen, K.K. (2008). *Ejerskabets betydning for sagsbehandlingen – en analyse af sagsbehandleradfærd i danske beskæftigelsesorganisationer*. Speciale, Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet.

- Boyne, George A. (2003): "Sources of Public Service Improvement: A Critical Review and Research Agenda". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13, 3: 367-394
- Brand, C., Landgren, F., Hutchinson, A., Jones, C., MacGregor, L., & Campbell, D. (2005). "Clinical practice guidelines: Barriers to durability after effective early implementation". *Internal Medicine Journal*, 35, (3) 162-169
- Brehm, J. & Gates, S. (1997). *Working, Shirking, and Sabotage. Bureaucratic Response to a Democratic Public*. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press.
- Broens, T. H. F., Huisin'tVeld, R. M. H. A., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., Hermens, H. J., van Halteren, A. T., & Nieuwenhuis, L. J. M. (2007) "Determinants of successful telemedicine implementations: A literature study". *Journal of Telemedicine and Telecare* 13[6], 303-309
- Brownson, R.C., Fielding, J.E., & Maylahn, C.M. (2009). "Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice". *Annual Review of Public Health*, 30, (pp 175-201)
- Brunk, T., Morris, S., Rye, B. J., Meaney, G. J., Yessis, J., Wenger, L., & McKay (2008). "A. Girl Time: Development and implementation of a healthy sexuality program for Girls in grades 7 and 8". *Canadian Journal of Human Sexuality* 17[1-2], 71-83
- Buring, S.M., Bhushan, A., Broeseker, A., Conway, S., Duncan-Hewitt, W., Hansen, L., & Westberg, S. (2009). "Interprofessional education: Definitions, student competencies, and guidelines for implementation". *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73, (4)
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). "A conceptual framework for implementation fidelity". *Implementation Science*, 2, (1) 40
- Cheater, F., Baker, R., Gillies, C., Hearnshaw, H., Flottorp, S., Robertson, N., Shaw, E.J., Oxman, A.D. (2005). "Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470
- Christiansen, Peter Munk; Ibsen, Marius; Christensen, Jørgen Grønnegård (2006): *Politik og forvaltning*, København, Academica.
- Dobbins, M., DeCorby, K., Ciliska, D., & Thomas, H.(2004): "Moving Towards an Evidence-Based Public Health System in Canada". Volume 1, Number 4, December 2004 , pp. 235-236(2). 2004. *Worldviews on Evidence-based Nursing*.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Essock, S. M. (2009): "Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin* 35[4], 704-713. 2009
- Durlak, J.A. & DuPre, E.P. (2008). "Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation". *Am.J.CommunityPsychol.*, 41, (3-4) 327-350
- Dusenbury, Linda & Hansen, William (2004): "Pursuing the Course From Research to Practice". *Prevention Science*, Vol 5, No. 1, March 2004

Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W.B. (2003). "A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings". *Health Educ.Res.*, 18, (2) 237-256

Eagle, K.A., Koelling, T.M., & Montoye, C.K. (2006). Primer: Implementation of guideline-based programs for coronary care. *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine*, 3, (3) 163-171

Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R., & Swanson, L. (2000). "Community readiness: Research to practice". *Journal of Community Psychology*, 28(3).

Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., & Whitehead (2009), M. "Reviewing evidence on complex social interventions: Appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organizational-level workplace interventions". *Journal of Epidemiology and Community Health* 63[1],

Elias, M. J., Zins, J. E., Graczyk, P. A., & Weissburg, R. P. (2003) "Implementation, Sustainability, and Scaling Up of Social-Emotional and Academic Innovations in Public Schools." *School Psychology Review* 32[3], 303-319. 2003

Elliott, Delbert S. & Mihalic, Sharon (2004): "Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs". *Prevention Science*, Vol. 5, No 1, March 2004

Engstrom, M., Jason, L.A., Townsend, S.M., Pokorny, S.B., & Curie, C.J. (2002). "Community Readiness for Prevention". *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 24, (1) 29-46

Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F., & Wallace, F. (2009). "Core Implementation Components". *Research on Social Work Practice*, 19, (5) 531-540

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*.

Friedman, R. M. "A Model for Implementing Effective Systems of Care". 18th Annual Conference Proceedings – A System of Care for Children's Mental Health: Expanding the Research Base.

Foxcroft D, Cole N.(2000): "Organisational infrastructures to promote evidence based nursing practice." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD002212. DOI: 10.1002/14651858.CD002212.

Gaarn-Hansen, L. (1991). *Regulering af kvælstoftabet fra landbruget: studier i anvendelse af Danmarks jord*. København

Ganju, V. (2003): "Implementation of Evidence-Based Practices in State Mental Health Systems: Implications for Research and Effectiveness Studies". *Schizophrenia Bulletin* 29[1], 125-131. 2003.

Giesen, F., Searle, A., & Sawyer, M. (2007). "Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems". *J.Paediatr.Child Health*, 43, (12) 785-789

Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). "Lost in knowledge translation: time for a map?" *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, (1) 13-24

Green, L.W., Ottoson, J.M., Garcia, C., & Hiatt, R.A. (2009). "Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health". *Annual Review of Public Health*, 30, (pp 151-174) -174

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004) "Diffusion of Innovations in Service Organizations": Systematic Review and Recommendations.

Grimshaw, J., Eccles, M., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., & Vale, L. (2006). "Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998". *J.Gen.Intern.Med.*, 21 Suppl 2, S14-S20

Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R., & Donaldson, C. (2004). "Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies". *Health Technol.Assess.*, 8, (6)

Grol, R. & Grimshaw, J. (2003). "From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care". *Lancet*, 362, (9391) 1225-1230.

Guldbrandsson, K. (2008). From news to everyday use. The difficult art of implementation. Swedish National Institute of Public Health.

Haines, A., Kuruville, S., & Borchert, M. (2004). "Bridging the implementation gap between knowledge and action for health". *Bull.World Health Organ*, 82, (10) 724-731

Han, S. S. & Weiss, B. (2005) "Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs". *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology* 33[6], 665-679

Jamtvedt, G., Young, J.M., Kristoffersen, D.T., O'Brien, M.A., & Oxman, A.D. (2003). "Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review)". *Cochrane Database Syst Rev*, 3, 1-94

Kegler, M. C., Norton, B. L., & Aronson, R. (2008). "Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions". *Health Promotion International*, Vol. 23 No. 2

Keiser, L.R. & Meier, K.J. (1996). "Policy Design, Bureaucratic Incentives, and Public Management: The Case of Child Support Enforcement". *Journal of Public Administration research and Theory*, 6, (3) 337-364.

Kent, B., Hutchinson, A.M., & Fineout-Overholt, E. (2009). "Getting evidence into practice-understanding knowledge translation to achieve practice change". *Worldviews Evid Based Nurs*, 6, (3) 183-185

Kerner, J.F. (2006). "Knowledge translation versus knowledge integration: a "funder's" perspective". *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, (1) 72-80

Kimberly, J. & Cook, J.M. (2008). "Organizational measurement and the implementation of innovations in mental health services". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, (1) 11-20

Kitson, A. (2009). "Knowledge translation and guidelines: a transfer, translation or transformation process?" *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7, (2) 124-139

Koppelaar, E., Knibbe, J.J., Miedema, H.S., & Burdorf, A. (2009). "Determinants of implementation of primary preventive interventions on patient handling in healthcare: a systematic review." *Occup.Enviro.Med.*, 66, (6) 353-



Kristensen, O.P. (1984). "Privatisering: Modernisering af den offentlige sektor eller ideologisk korstog?" *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 64, 96-117.

Leeman, Jennifer; Baernholdt, Marianne & Sandelowski, Margarete (2007): "Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice". *J Adv Nurs*. 2007 Apr; 58(2):191-200

Legare, F., Ratte, S., Gravel, K., & Graham, I.D. 2008. "Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions" *Patient Educ Couns*. 2008 Dec; 73(3):526-35. Epub 2008 Aug 26

Lindberg, Malou & Wilhelmsson, Susan (2007): "National public health target awareness of staff at two organisational levels in health care". *Health Policy* 84 (2007) 243–248

Linder, S.H. & Peters, B.G. (1989). "Instruments of Government: Perception and Contexts". *International Public Policy*, 9, (1) 35-58

Livesey, E.A. & Noon, J.M. (2007). "Implementing guidelines: what works?" *British Medical Journal*, 92, (5)

Mairs, H. & Bradshaw, T. "Implementing family intervention following training: What can the matter be?" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12[4], 488-494. 2005

Mancini, A.D., Moser, L.L., Whitley, R., McHugo, G.J., Bond, G.R., Finnerty, M.T., & Burns, B.J. (2009). Assertive Community Treatment: "Facilitators and Barriers to Implementation in Routine Mental Health Settings". *Psychiatric Services*, 60, (2) 189-195

Martín-Calero M.J., Machuca M, Murillo M.D, Cansino J, Gastelurrutia M.A and Faus M.J (2004): "Structural Process and Implementation Programs of Pharmaceutical Care in Different Countries". *Current Pharmaceutical Design*, 2004, 10, 3969-3985

May, P.J. 2003. Policy Design and Implementation. I B.Guy Peters & Jon Pierre (red.): *Handbook of Public Administration*. London: Sage Publications, 223-233.

Mazmanian, D.A. & Sabatier, P.A. 1983. *Implementation and Public Policy*. Glenview, Ill./London: Scott, Foresman and Company.

Mazmanian, D.A. & Sabatier, P.A. 1981. *Effective Policy Implementation*. Lexington, Mass.: Lexington Books.

Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J.M., & Eccles, M.P. (2009). "Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method". *Implementation Science*, 4, (1) 40

Miller, M. & Kearney, N. (2004) "Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation". *International Journal of Nursing Studies* 41[7], 813-821.

Mitton, C., Adair, C. E., McKenzie, E., Patten, S. B., & Perry, B. W. (2007). "Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature". *Milbank Quarterly* 85[4], 729-768.

Morriss, R. (2008) "Implementing clinical guidelines for bipolar disorder". *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 81[4], 437-458.

Morton, Teru L (2008). "Hawaii's State's Perspective: Going to Scale with Multiple Evidence-Based Practices". The 20th annual research conference proceedings: A system of care for children's mental health: expanding the research base (pp. 185-188). Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health.

Muller-Staub, M. (2009). "Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes". *Int.J.Nurs.Terminol.Classif.*, 20, (1) 9-15

Naoom, Sandra F; Fixsen, Dean L.; Blasé, Karen A.; Gilbert Tracy-Ann; Wallace Frances (2008): "Implementing Evidence-Based Programs in the Real World". The 20th annual research conference proceedings: A system of care for children's mental health: expanding the research base (pp. 185-188). Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children's Mental Health.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2008). "Community engagement to improve health". NICE public health guidance 9.

Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P., & Seppa, K.(2006): "Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare". *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24[1], 5-15

Ogden, T., Hagen, K.A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). "Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway". *Research on Social Work Practice*, 19, (5) 582-591

Olsen, J.P. (2006). "Maybe it is Time to Rediscover Bureaucracy". *Journal of Public Administration Research and Theory*. 16, 1-24

Pressman, Jeffrey & Aaron Wildavsky (1973): *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

Prior, M., Guerin, M., & Grimmer-Somers, K. (2008). "The effectiveness of clinical guideline implementation strategies - a synthesis of systematic review findings". *J.Eval.Clin.Pract.*, 14, (5) 888-897

Pronk, N.P., Boucher, J., Jeffery, R.W., Sherwood, N.E., & Boyle, R. (2004). "Reducing the incidence of type 2 diabetes mellitus: a healthcare plan and program implementation perspective". *Disease Management & Health Outcomes*, 12, (4) 249-258

Rambøll Management (2004). *Erfaringsopsamling vedrørende inddragelsen af andre aktører i beskæftigelsesindsatsen*. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.

Ramirez, Julio A. (2003) "Guidelines for Community-Acquired Pneumonia Within Disease Management Programs. A Practical Approach to Antibacterial Selection and Guideline Implementation". *Dis Manage Health Outcomes* 2003; 11 (1): 33-43

Rapp, C.A., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D., Callaghan, J., & Whitley, R. (2008). "Evidence-based practice implementation strategies: results of a qualitative study". *Community Mental Health Journal*, 44, (3) 213-224

Riccucci, Norma M; Lurie, Irene; Soep Han, Jun (2004): "The Implementation of Welfare Reform Policy: The Role of Public Managers in Front", *Public Administration, Review*, 64, 4, 438-448

Riccucci, Norma M (2005): *How Management Matters, Street Level Bureaucrats and Welfare Reform*, Washington DC: Georgetown University Press.

- Roen, K., Arai, L., Roberts, H., & Popay, J. (2006). "Extending systematic reviews to include evidence on implementation: methodological work on a review of community-based initiatives to prevent injuries". *Social science & medicine*. vol. 63, no4, pp. 1060-1071
- Rollman, B. L., Weinreb, L., Korsen, N., & Schulberg, H. C. (2006). "Implementation of Guideline-Based Care for Depression in Primary Care". *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33[1], 43-53
- Rowe, R. & McDaid, D. (2007). Implementation: "The need for a contextual approach to the implementation of musculoskeletal guidelines". *Best Practice and Research in Clinical Rheumatology*, 21, (1) 205-219
- Sabatier, P.A. (1986). "Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis". *Journal of Public Policy*, 6, (1) 21-48
- Salamon, L.M. (red.) (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. New York: Oxford University Press.
- Salamon, L.M. (1981). "Rethinking Public Management: Third-Party Government and the Changing Forms of Government Action". *Public Policy*, 29, (3) 255-275
- Salyers, M.P., Godfrey, J.L., McGuire, A.B., Gearhart, T., Rollins, A.L., & Boyle, C. (2009). "Implementing the illness management and recovery program for consumers with severe mental illness". *Psychiatric Services* (4) 483-490
- Servicestyrelsen (2009): *Implementering og Styling af forebyggelsescentrets indsats*. Erfaringer og gode råd. [Servicestyrelsen.dk/forebyggelsescentre](http://Servicestyrelsen.dk/forebyggelsescentre).
- Shek, D.T. & Wai, C.L. (2008). "Training workers implementing adolescent prevention and positive youth development programs: what have we learned from the literature?" *Adolescence*, 43, (172) 823-845
- Sheldon, T.A., Cullum, N., Dawson, D., Lankshear, A., Lawson, K., Watt, I., West, P., Wright, D., & Wright, J. (2004). "What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews". *British Medical Journal*, 329, (7473) 999-1003
- Stefanich, C. A., Witmer, J. M., Young, B. D., Benson, L. E., Penn, C. A., Ammerman, A. S., Garcia, B. A., Jilcott, S. B., & Etzel, R. A. (2005) "Development, Adaptation, and Implementation of a Cardiovascular Health Program for Alaska Native Women". *Health Promotion Practice* 6[4], 472-481
- Stith, S., Pruitt, I., Dees, J.E., Fronce, M., Green, N., Som, A., & Linkh, D. (2006). "Implementing community-based prevention programming: a review of the literature". *J.Prim.Prev.*, 27, (6) 599-617
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser*.
- Sundhedsstyrelsen (2009). *Samarbejde mellem forskning og praksis på forebyggelsesområdet*.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Evidensforebyggelsen*.
- Sy, Angela, Glanz, Karen (2008): "Factors Influencing Teachers' Implementation of an Innovative Tobacco Prevention Curriculum for Multiethnic Youth: Project SPLASH". *Journal of School Health* May 2008, Vol. 78, No. 5 2008, American School Health Association

Torrey, W. C., Finnerty, M., Evans, A., & Wyzik, P. (2003) "Strategies for leading the implementation of evidence-based practices". *Psychiatric Clinics of North America* 26[4], 883-897. 2003

Vägverket Region Skåne (2003). Projekt Kom så går vi. Tillgänglighet, säkerhet och trygghet för äldre. Rapport 2003:94.

Vale, Luke; Thomas, Ruth; MacLennan, Graeme; Grimshaw, Jeremy (2007). "Systematic review of economic evaluations and cost analyses of guideline implementation strategies". *Eur J Econ* 8: 111-121. Springer

Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J.R., & Broekaert, E. (2004). "The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe". *Psychiatric Services*, 55, (8) 913-922

Wagner, E. F., Tubman, J. G., & Gil, A. G. (2004) "Implementing school-based substance abuse interventions: Methodological dilemmas and recommended solutions". *Addiction* 99[Suppl2], 106-119

Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L., Blachman, M., Dunville, R., & Saul, J. (2008). "Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation". *American Journal of Community Psychology*, 41, (3) 171-181

Webb, Stephen (2002): "Evidence-based Practice and Decision Analysis in Social Work. An Implementation Model" *Journal of Social Work* 2(1): 45-63

Weinmann, S., Koesters, M., & Becker, T. (2007) "Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: Systematic review". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115[6], 420-433. 2007

Wieder, B. L., Boyle, P. E., & Hrouda, D. R. (2007): "Able, willing, and ready: Practitioner selection as a core component of integrated dual disorders treatment implementation". *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 7[1-2], 139-165

Williams, C.H. (2008). "Cognitive behaviour therapy within assertive outreach teams: barriers to implementation: a qualitative peer audit". *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 15, (10) 850-856

Søren C. Winter (2009): "Implementation". Prepared for Bertrand Badie, Dirk Berg-Schlosser, Leonardo Morlino (eds.). *Encyclopedia of Political Science*. International Political Science Association. London: Sage Publication (Forthcoming 2011)

Winter, S. C. & Nielsen, V. L. *Implementering af Politik*. (2008). Århus, Academia.

Woolf, S.H. 2008. "The meaning of translational research and why it matters". *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 299, (2) 211-213

## 8 Bilag

### Baggrund for interviews om implementering

Sundhedsstyrelsen gennemfører i øjeblikket en afdækning af, hvad den danske og internationale litteratur siger om implementering af forskningsbaserede forebyggelsesindsatser. På trods af en del viden om, hvilke indsatser der virker, er det forbundet med mange udfordringer at få denne viden implementeret i praksis. På baggrund af en afdækning af den danske og internationale litteratur på området, vil Sundhedsstyrelsen udarbejde en rapport, der beskriver de udfordringer og muligheder, som litteraturen viser, er forbundet med at implementere forskningsbaseret viden.

For at sikre relevansen af Sundhedsstyrelsens tilgang til implementeringsproblematikkerne suppleres litteraturen med interviews med aktører i den danske forebyggelsesindsats. I den forbindelse gennemfører Rådgivende Sociologer en række interviews med kommunale planlæggere, for på den måde at inddrage deres syn på, hvad der er vigtigt, når man arbejder med implementering af forebyggelsesindsatser i praksis.

Interviewets formål er primært at få belyst, hvad der kunne være en hjælp til at implementere forebyggelsesindsatser på baggrund af de erfaringer, som udvalgte forebyggelsesaktører har med implementeringsprocesser.

Interviewet finder sted over telefonen og vil vare mellem 20 og 30 minutter.

### Spørgeramme

Spørgsmålene nedenfor er tænkt som et oplæg, der gerne skulle indkredse, hvad der i et kommunalt forebyggelsesperspektiv kunne være en hjælp til at skabe bedre implementeringsprocesser.

- Hvis du tænker tilbage på de implementeringsprocesser, som I har haft det seneste års tid, hvad har så været de største udfordringer?
- Kan du pege på specifikke faktorer, der udgjorde de største udfordringer? Fx ledelse, økonomi, personale, selve indsatsen, målgruppen, dokumentation og evaluering?
- Hvordan greb I udfordringerne an, overkom I dem, og følte I jer rustet til at imødekomme udfordringerne?
- Hvad synes du, at I kunne have haft brug for til at overkomme udfordringerne? Fx bedre adgang til viden om forskningsbaserede forebyggelsesindsatser, bedre planlægning, bedre uddannelse, bedre økonomi, mere tid, klarere mål, bedre opbakning fra centrale aktører, hjælp udefra?
- Hvilke aktører ser du som centrale i forbindelse med en succesfuld implementering af forskningsbaserede forebyggelsesindsatser? Fx målgruppen, ledelsen, medarbejderne, politikerne, eksterne konsulenter?
- På baggrund af dine erfaringer, hvad er så det vigtigste for at implementeringen lykkes?
- Hvad kunne du tænke dig at gøre anderledes i fremtiden?

Hvilke erfaringer har været de vigtigste at tænke med i kommende planlægning af implementering af forebyggelsesindsatser?