

# BÄTTRE EFFEKTER AV INTERVENTIONER I WHAT WORKS: IMPLEMENTERING



IMPLEMENTERING – THE FORGOTTEN ISSUE; omständigheter kring implementering kan både öka och minska effekter av interventioner.

C Åke Farbring, 2007

---

# HUR FÅR VI BÄTTRE EFFEKTER I WHAT WORKS ?

## IMPLEMENTERING

Av C Åke Farbring, 2007

Forskning visar att effekter av interventioner är beroende av hur de genomförs. Väl underbyggda program kan åstadkomma en ökning av återfall lika väl som program med lägre vetenskaplig kvalitet kan åstadkomma positiva effekter. I behandlingen av narkomaner och kriminalvårdsklienter har betydelsen av implementering hittills inte uppmärksammats systematiskt.

---

## INNEHÅLL

---

IMPLEMENTERING – ETT TIDIGT KRITERIUM I WHAT WORKS .....	1
EFFEKTIVITET – VAD ÄR DET .....	2
FASER I IMPLEMENTERINGEN.....	2
KUNSKAPSSPRIDNING – HUR SER DET UT IDAG? .....	2
IMPLEMENTERING – EN AVSIKTLIG PROCESS .....	3
ETT VANLIGT SCENARIO; HÄLFTEN AV ALLA FÖRÄNDRINGAR MISSLYCKADES .....	3
ORGANISATIONENS BEREDSKAP OCH LÄMPLIGHET FÖR PROGRAMVERKSAMHET .....	4
ETT FEEDBACK VAKUUM .....	5
EN STRATEGI FÖR IMPLEMENTERING .....	5
IMPLEMENTERING – CENTRALISERAD (UPPIFRÅN-NED) ELLER LOKALT ÄGD .....	6
INTEGRERINGSSTADIET .....	7
IMPLEMENTERING – EN UTMANING FÖR ORGANISATIONER.....	7
IMPLEMENTERING – EGENSKAPER FÖR EFFEKTIVT GENOMFÖRANDE .....	8
IMPLEMENTERING AV PROGRAM I KRIMINALVÅRDEN .....	8
MANUALER SOM KÖRSHEMAN.....	9
INTERNATIONELLA INITIATIV .....	9
KRIMINALVÅRDENS IMPLEMENTERINGSMODELL (KIM). .....	11
SAMMANFATTNING .....	12
REFERENSER .....	13



---

## HUR UPPNÅR VI BÄTTRE EFFEKTER?

---

Kriminalvårdens klienter återfaller i, ur samhällets synpunkt, oacceptabelt hög utsträckning i grov brottslighet efter frigivningen. Inom en 3-årsperiod har sett över alla kategorier cirka 35 procent återfallit men variationerna mellan brottstyper är stora. När det gäller tillgreppsbrott, narkotikabrott och rån ligger återfallen i vissa fall på mellan 70-80 procent. Internationellt har under de senaste åren ökad uppmärksamhet riktats mot vetenskapligt grundade och manualbaserade program som ett verktyg för att minska återfallsbrottsligheten.

Effekter av program visar ibland goda resultat i demonstrationsstudier och i metaanalyser men inte sällan obefintliga resultat och t.o.m. en ökning av återfall i missbruk och brott när programmen rullas ut i rutinmässig och praktisk verksamhet. Såväl utvärderingen av den gigantiska what works-satsningen i England och utvärderingen av 38 evidensbaserade program i Ohio visar ingen minskning av återfall men däremot (i Ohio: Lowenkamp et al., 2005) en ökning av återfall. Projekt Greenlight i New York, som var en större s.k. re-entry satsning med behandling 40 tim/v innefattande bl.a. programmet R & R (Cognitive Skills) visade att återfallen ökade i behandlingsgruppen (i alla utfallskriterier) jämfört med två kontrollgrupper. Mot bakgrund av de ganska oväntade men i sanning sinistra implikationer som framkommer ur dessa programstudier, uppkommer frågan vad dessa skillnader mellan effekterna i metaanalyser och ”vanlig” praktisk verksamhet egentligen beror på.

### IMPLEMENTERING – ETT TIDIGT KRITERIUM I WHAT WORKS

Ett närmare studium av Lowenkamps et al. studie visar att positiva effekter faktiskt samvarierar med effektiv implementering. I studien, som utgör en av ett fåtal fokuserade statistiska analyser på området, har en förkortad version av ett kanadensiskt instrument, Correctional Program Assessment Inventory (CPAI) använts (Gendreau & Andrews, 2001).

I själva verket har betydelsen av implementering redan tidigt i what works lyfts fram som en avgörande faktor när det gäller minskning av återfall. Denna synpunkt har understrukits men i huvudsak som konsensus mellan forskare om vikten att följa författarnas intentioner med manualer, genomförande etc. Hollins uttalande om att effektivitet av program är avhängigt den rigorism med vilken den genomförs, fungerade tidigt som ett mantra i den engelska what works-implementeringen men trots dessa uttalanden om implementering har några tydliga åtgärder för att höja kvaliteten i programgenomförandet inte vidtagits, utan tyngdpunkten har lagts på produktion av volymer. Gendreau, Goggin och Smith (1999) beskrev i en artikel implementering i what works som ”the forgotten issue”. Ändå har teknologitransfer, som det allmänt kallas, studerats inom angränsande områden (som t.ex. mentalvård) men i stort sett ignorerats i what works trots en databas på över 10.000 studier. Uppmärksamheten har i stället riktats mot programmets teoretiska bas och evidens och som följd därav lade forskarna under införandet av what works stor vikt vid just trohet till manualer

och följsamheten till det skrivna ordet. De negativa biverkningarna av denna medicin har utgjorts av en alltför mekanisk bundenhet vid manualerna och en programledarstil som – bl.a. till följd av följsamheten till manualtexten – tenderat att bli didaktisk, vilket i sig inte stämmer särskilt väl med vad vi idag vet om modern motivationspsykologi och hur förändring går till. När det gäller MI har det i en metaanalys (Hetteima, Steele, Miller, 2005) t. o. m. visat sig samvariera med negativt utfall.

## EFFEKTIVITET – VAD ÄR DET

Ordet evidensbaserad implicerar i dagligt tal effektivitet - men i vilket avseende? En organisation har fått i uppdrag att minska återfall och vill sätta in en effektiv behandling. Det första stadiet (1) är då redan genomfört av forskaren. En sund vetenskaplig teori har operationaliserats och presenteras i interventionsformat. Den kan t.o.m. karaktäriseras som evidensbaserad eftersom den är uppbyggd på modeller som visats eller antas kunna ge effekter. Den andra fasen (2) innebär ett test av interventionen i pilotfas under av forskarna kontrollerade (ideala) betingelser. I bästa fall kan fasen även innebära en hypotes eller test av vilka mekanismer i interventionen som ger effekter. Om utfallet är positivt i meningen att återfall faktiskt minskar övertas den tredje fasen (3) nu av *organisationen själv*. Antaganden om att innehållet i interventionen med automatik ger samma resultat i vanlig verksamhet har visat sig felaktigt. En effektiv intervention betyder inte att den alltid – eller ens oftast - ger effekter.

En effektiv behandling betyder inte att den ger effekter i praktiken.

Organisationen måste följa ett strikt implementeringsprotokoll för att effekter som påvisats i pilotfasen (och i metaanalyser) skall replikeras *in the real world*.

## FASER I IMPLEMENTERINGEN

Fenomenet med skillnad mellan effekter i forskningsformat och grå vardag är välkänt. Metaanalytiker förklarar ibland skillnader med författarens bidrag till resultatet, hans/hennes entusiasm, viljan att åstadkomma ett positivt resultat och inflytande över viktiga faktorer under pilotfasen etc. Ibland kan man som sades ovan skilja mellan tre nivåer på effektiv implementering.

FAS 1: En behandling studeras och testas i pilotstadium. Det är viktigt att den är operationaliserad så att den kan replikeras och utfallet av den kan jämföras. Dessförinnan har den också beskrivits i manualer och har vanligtvis ett gediget vetenskapligt underlag.

FAS 2: Att bestämma effektivitet. Fungerar interventionen och i så fall varför? Här studerar man behandlingens effektivitet under kontrollerade och ideala förhållanden (efficacy) och försöker också förstå kausalitet för att sedan kunna lägga tyngdpunkt på speciellt viktiga komponenter i implementeringen.

FAS 3: Hur uppnår vi effektivitet i vardagen (effectiveness), inte sällan under korstryck från motkrafter och kanske t.o.m. under ganska så kaotiska förhållanden? Spridning av kunskapen (dissemination) är viktig för att få effekter också i vardagen men uppmärksamhet måste först och främst riktas mot bästa *vägar, modus och processer* för spridning av kunskap och färdigheter (diffusion).

FAS 4: En eventuell fjärde fas blir frågan om och hur färdigheter upprätthålls och manifesteras när de ofta måste konkurrera med andra mål i vardagen – t.ex. säkerhet, knapphet ifråga om resurser o.s.v.

## KUNSKAPSSPRIDNING – HUR SER DET UT IDAG?

Viljan att med utgångspunkt från vad som visat sig vara effektivt i forskningen sprida tillämpning i en organisation betyder inte att man kommer att lyckas. I själva verket så är volymen av icke evidensbaserade interventioner hög och vitt spridd särskilt på missbruksområdet. I sin klassiker *Diffusion of Innovations* (femte upplagan: 2003) beskrev Rogers hur sannolikheten att effektiv kunskap tas upp i praktisk användning ökar i takt med att antalet användare tillkommer. Problemet är ju att det lika gärna kan vara icke-effektiv verksamhet som sprids.

Hur sprids kunskap och färdigheter för att minska återfall bland klienter i missbruksvård och i en organisation som t.ex. kriminalvården? Till stor del, visar det sig, sker detta på lokala nivåer och genom informella kanaler. Också inom medicinen med sina höga krav på vetenskaplighet finns det evidens för att riktlinjer (guidelines) betyder mindre än ”så-här-gör-vi-här-metodiken” (mindlines) (Gabbay & Le May,

2004). Inom medicinen är gapet mellan vetenskap och medicinska riktlinjer (Socialstyrelsen) mindre än i kriminalvård. Den hälso – och sjukvårdsstyrelse som inte har fokus på patienters tillfrisknande blir inte långlivad. Föreskrifter i kriminalvård tar däremot i ringa utsträckning sin utgångspunkt i vetenskaplig forskning om hur återfall kan minskas och *gapet* mellan vetenskap och praktik är påfallande stort.

## IMPLEMENTERING – EN AVSIKTLIG PROCESS

Ytterst lite forskning på vad som i praktiken fungerar bäst när det gäller att implementera evidensbaserade behandlingar i kriminalvård har utförts. Några initiativ har dock tagits bl.a. av Gendreau och hans kolleger i Kanada, med resultatet att implementering är av stor betydelse för utfallet av behandlingar. Det tidigare nämnda instrumentet CPAI är en senare utveckling av tänkandet på området; instrumentet är dock inte validerat och det saknas således än så länge empirisk kunskap om vilka faktorer som är viktigast när det gäller implementeringens betydelse för utfallet av programverksamhet. Kunskapen om vad som förklarar mest av förändring är dock betydande och det är rimligt att anta att faktorer som tydligt relaterar till denna kunskap ger positiva effekter på utfall.

Implementering är en *avsiktlig process*. Processen involverar flera nivåer och en avsiktlig metodik baserad på forskning är nödvändig för att implementeringen inte – vilket tyvärr alltför ofta blir fallet - skall bli en produkt för pärmstället i bokhyllan.

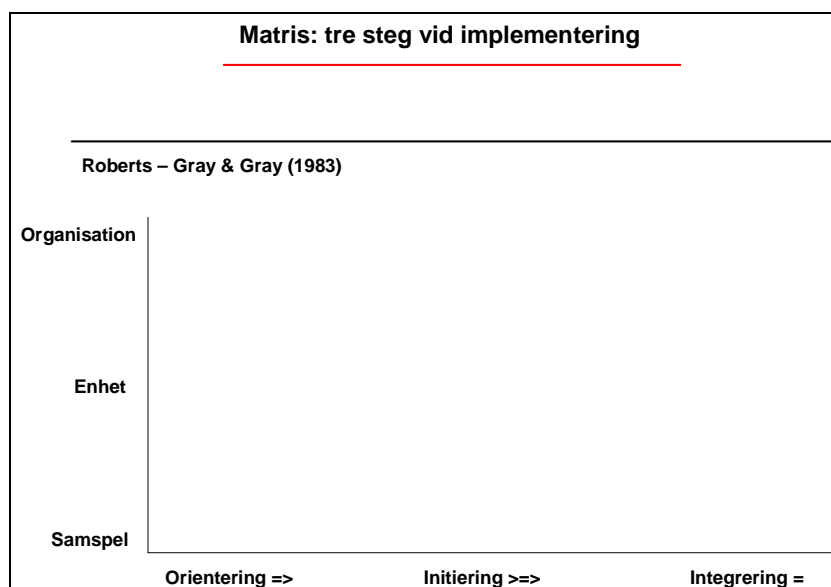
Implementering är en avsiktlig process med utgångspunkt i en genomtänkt strategi, som baserats på aktuell forskning..

I kriminalvårdsorganisationer förbises ofta behovet av en särskild strategi för implementering och det vanliga förfarandet begränsar sig ofta till själva beslutsfattandet och någon sorts budget- eller volymkontroll.

## ETT VANLIGT SCENARIO; HÄLFTEN AV ALLA FÖRÄNDRINGAR MISSLYCKADES

Chefer har som bekant en tendens att förlita sig på beslut som garanti för att något genomförs. De har (skenbart mot bättre vetande) en övertro på rationalitet. Det är också ett vanligt sätt för chefer att skydda sig mot kritik för det fall verksamheten misslyckas: ”jag har ju beslutat om detta... det skall genomföras”. Så här kan det se ut:

En chef kan ha fått direktiv uppifrån eller kan själv ha snappat upp att ett nytt intressant program eller verksamhet kan ge goda resultat. Organisationen (i valda delar) *orienteras* om fördelen med verksamheten och varför den skall genomföras. Beslut fattas, eventuellt utses en projektledare eller liknande. *Initieringsfasen* består också av de första utbildningarna, tillsättning av ett par projektjänster för genomförandet och det faktiska igångsättandet av projektet. Utvärderingarna (om sådana genomförts) några år senare visar emellertid mer ofta än sällan att de förväntade resultaten inte uppnåtts och programmet läggs ned (eller har redan självdött). Det visade sig vara *ineffektivt*. Slutsatsen (och åtgärden) var dock inte korrekt.



Roberts-Gray & Gray (1983) – se bild ovan – beskriver de tre stadierna i implementeringsprocessen som väl kan illustrera processen i kriminalvården. Ofta stannar implementeringen i detta steg, med ett s.k. typ III-fel, d.v.s. programmet döms ut och förkastas trots att felet inte låg i själva programmet utan igenomförandet.

Varken chef eller programansvarig har gjort en analys av om organisationen är ”mogen” för att genomföra programmet och om tillräckliga resurser avsatts för genomförandet. Finns tillräckligt stöd, är motkrafterna för starka, är utbildning, monitoring och support tillräckligt uppbyggda för att bära programmet? Nutt (1999) konstaterar att av hälften av 356 förändringar som beslutats i organisationer, så misslyckades hälften. I flertalet fall berodde detta på den här beskrivna strategin för genomförandet: top-down; ordergivning, styrning genom dekret.

Den viktiga analysen av om programmet passar in i organisationens nuvarande verksamhet – *integreringssteget* i implementeringsprocessen blir allt som oftast också helt förbisett. Det nya programmet eller verksamheten kanske helt enkelt inte kan genomföras på det sätt som förutsätts av programförfattaren och som erfordras för att det skall ge effekt. I utvärderingarna bär emellertid programförfattaren ansvar för programmets bristande effektivitet oftare än den genomförande organisationen.

## **ORGANISATIONENS BEREDSKAP OCH LÄMPLIGHET FÖR PROGRAMVERKSAMHET**

Man behöver inte lyssna länge på vardagskommunikation i en anstalt för att förstå att minskning av återfall inte är en den mest prioriterade frågan i anstaltens liv. Många frågor konkurrerar om uppmärksamheten och särskilt i anstalt är flertalet av karaktären att de påkallar uppmärksamhet omgående p.g.a. att någonting hänt eller efterfrågats. Av lättförklarliga skäl förefaller intresset för långsiktiga frågor som t.ex. återfall vara något större i frivård. Är organisationens beredskap för att handha evidensbaserad programverksamhet avgörande för om effekter med avseende på återfall skall åstadkommas? Svaret är enligt forskarna otvetydigt ja. Effektivitet i behandlingsinsatser kan inte åstadkommas om inte organisationen samstämmigt strävar åt samma håll. I en omogen organisation kan implementeringen av verksamheten visserligen ske rituellt men det finns underlag (t.ex. Wilson et al., 2005; Lowenkamp et al. 2006;) för antagandet att en sådan implementering *skapar* återfall i stället för att minska dem. Kunskapen om evidensbaserade program har ökat bland organisationer som arbetar med missbruk och kriminalitet och efterfrågan har också ökat snabbt de senaste åren under 2000-talet. Tilltron har framför allt ställts till innehållet i programmen men då implementeringen av programmen måste konkurrera med många andra och med programmen ibland icke-kompatibla mål blir också implementeringen instabil och kan t.o.m. bli kontraproduktiv.

Mycket talar för att organisationens förändringsbenägenhet och faktiska *möjlighet* att implementera effektiva program bör bedömas innan den åtar sig eller ges uppdrag att reducera återfallsbrottlighet genom bruk av evidensbaserade program. Lehman, Greener och Simpson (2002) har konstruerat och validerat ett instrument med syfte att fastställa organisationens grad av beredskap för implementering av program framför allt på missbruksområdet: Organizational Readiness for Change (ORC). Bedömningar av detta slag görs inte i kriminalvården men borde givetvis övervägas – med eller utan ORC - innan uppdrag om programverksamhet bestäms och fördelas.

### ETT FEEDBACK VAKUUM

I väsentliga avseenden lever vi inom kriminalvården i ett feedbackvakuum. Vi har dålig kunskap om vår organisations funktion med avseende på hur den (eller olika enheter) uppfyller målet att minska återfall i grov brottslighet eller missbruk. Kvalitetskontroll är en teknologi i sig själv som fordrar såväl fokuserad uppmärksamhet som god och specifik kunskap om hur förändring åstadkoms. Utan monitoring och återkoppling tenderar vi att göra samma fel gång på

gång och blir till sist ganska duktiga på det. Vi lutar till vår intuition och erfarenhet trots att forskningen otvetydigt visat på obefintligt samband mellan det sättet att arbeta och utfall.

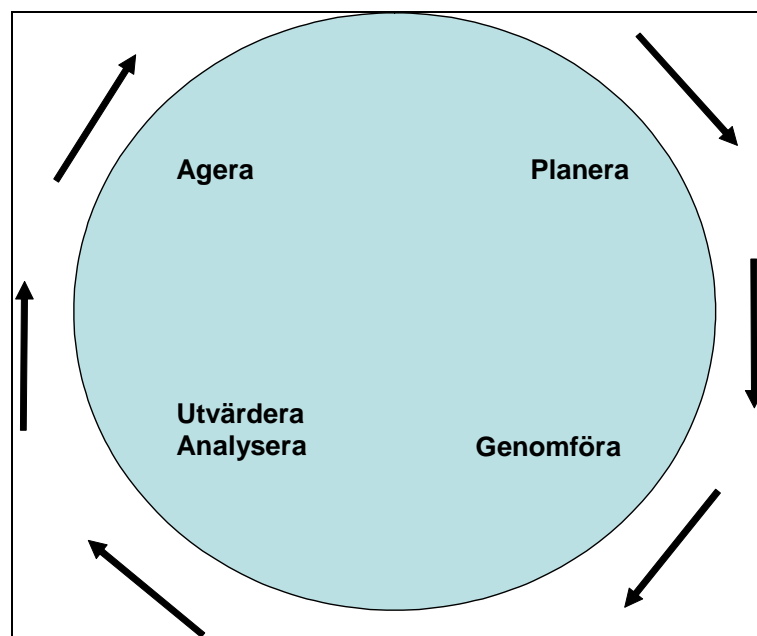
Organisationer ovana vid målstyrning tenderar att mäta vad man gör, snarare än att mäta vad man åstadkommer.

En positiv utveckling har ägt rum med avseende på monitoring av programledare. Problemet är att vi under lång tid fokuserat på fel saker och att flera av dessa sannolikt har motverkat ett positivt utfall.

### EN STRATEGI FÖR IMPLEMENTERING

Allt fler organisationer har uppmärksammat behovet av att säkerställa att planer verkligen genomförs och inte havererar halvvägs. Nätverket för "Improvement of Addiction Treatment (NIATx) i USA (2007) beskriver strategin i en enkel implementeringscykel.

**Planera.** Första steget handlar om att förstå idén och vad som samverkar med den.



- Vad är målsättningen och hur kan en organisation veta om idén är en förbättring i jämfört med utgångsläget.
- Vilken är hypotesen om insatsens effekt?
- Vilka steg behövs för att förbereda planeringen (vilka, vad, var, när)?



**Genomförande.** Genomför planen i miniformat och under en begränsad period och utvärdera resultatet. Dokumentera särskilt alla problem och oväntade hinder.

**Utvärdering.** Analysera och studera utfallet och jämför med hypotesen i planeringsstadiet. Varför lyckades respektive misslyckades det? Summera alla erfarenheter.

**Agera.** Vilken sorts handlande föranleds av analysen? Skall idén genomföras i stor eller i begränsad skala? Skall den anpassas till olika miljöer eller kanske helt överges? Vilka modifieringar skulle t.o.m. förbättra utfallet?

En organisation som genomför idéer på detta sätt minimerar risker för slöseri med pengar och tid och reducerar också risken för att inte få stöd för genomförandet i organisationen eftersom genomförandet börjat i liten skala och sedan utvärderats. Lärandet sker både av det som fungerat och det som inte fungerat.

#### Nyckelrollsinnehavare

**Chefen.** Chefens viktigaste uppgift är att kommunicera budskapet till organisationen, att idén har högsta prioritet. Detta är inte en engångsföreställning utan måste ske regelbundet och med entusiasm. Det måste framgå med stor tydlighet att ledningen står bakom genomförandet av idén och att tillräckliga resurser avsatts för ändamålet. Motstånd från personal måste uppmärksammas och hanteras på chefsnivå. Chefen måste också utse en person som lämplig att inneha rollen som (projekt-) ledare, ge denne tydliga befogenheter och markera stöd.

**(Projekt-) ledare.** Ledaren måste vara personligen lämplig och kunna åtnjuta respekt men också kunna förlita sig på befogenheter att hantera problem på alla nivåer i organisationen. Ledaren övervakar, samlar data för analys, hjälper till att analysera och lösa problem, sammankallar till arbetslagsmöten, uppmuntrar, stöttar och försöker uppnå konsensus i personalgruppen och sammanställer veckorapporter till chefen.

**Medlemmar i arbetslaget.** De som arbetar med idén närmast klienterna är de som närmast berörs av implementeringen. De behöver utbildning för att kunna genomföra idén. De har stort behov av att bli uppmärksammade och få support. De behöver också få återkoppling på sitt arbete och veta när de har uppnått *standard*.

Beroende på utfallet av studien genomförs idén i större skala, görs modifieringar och påbörjas eventuellt en ny implementeringscykel. Idén kan också skrinläggas.

Sannolikt uppstår hinder under resans gång. Det är ledarens ansvar att kommunicera dessa med chefen och lösa dem.

- Sök tidig framgång, ta inte de svåraste problemen först.
- Ingjut entusiasm hos personalen!
- Dela in genomförandet i lätthanterliga och överblickbara portioner.
- Gör en kommunikationsplan och involvera personalen i varje steg. Se till att kommunikationen går både upp- och nedströms.

### IMPLEMENTERING – CENTRALISERAD (UPPIFRÅN-NED) ELLER LOKALT ÄGD

Implementeringen av program i svensk kriminalvård påverkades mycket av de ursprungliga idéerna om programintegritet. Åtskilliga videoband har granskats centralt och bedömts i huvudsak efter i hur hög grad följsamhet till manualen skett. Med några få undantag har det lokala "ägandet" av implementeringen fått stå tillbaka för den centrala kontrollen. Uppdrag har delats ut utan föregående analys av vad som är möjligt, med den uppenbara risken att jordmånen kanske t.o.m. under närmast överskådlig tid försämrats. Ett lokalt "ägarande" med möjligheter till lokal anpassning av idén ökar personalens känsla av ansvar för den och också sannolikheten för att den genomförs även under kriser. Ett par sådana exempel på implementering har genomförts i kriminalvården.

Utlokaliserat "ägarande" inklusive monitoring av programinsatser ökar lokalt engagemang. Genomförandet måste också monitoreras centralt framför allt för att kunna gå in med reparativa och stöttande insatser.

Alltför lite fokus har riktats mot vad som enligt aktuell forskning förklarar mest av förändringsvariansen. Den nödvändiga uppmärksamheten eroderas dessutom av det faktum att verksamheten på det hela taget bedrivs i enlighet med gällande principer och regelverk i kriminalvården. En förändring måste dock ske om effekter med avseende på minskning av återfall skall åstadkommas.

Mycket av problemet med implementeringen i svensk kriminalvård återfinns i det mönster som Rogers (2003) beskrev som typiskt i många organisationer. Man introducerar en innovation men underlåter att stödja användandet och att fördjupa förståelsen för principerna bakom innovationen.

## INTEGRERINGSSTADIET

Faktorer som skall passa in i förändringspusslet måste verka i samma riktning som den förändringsskapande insatsen om inte motkrafter skall ligga som dolda minor i behandlingsjorden.

Sociala färdigheter – se särskild pm (Farbring, 2007) – är viktiga för att åstadkomma effekter hos klienter men en helhetssyn på förändring innehåller mer än program, rätt utbildning och sociala färdigheter. Förändringsbygget måste stå på fler pelare än ett enstaka program under den tid som klienter verkställer sin tid i kriminalvården.

Manualer tenderar att styra ett didaktiskt förhållningssätt hos programledaren, dels därför att flertalet manualer är skrivna för att framföras på det sättet, dels för att monitoring av dessa program byggts upp kring innehåll och inte framförande. Didaktiska insatser visar dåligt utfall i forskningen.

Forskning visar idag att enbart kunskap inte åstadkommer förändring. Ett program som förmedlar sociala färdigheter och färdigheter i problemlösning kan inte ändra mycket om det inte för det första (1) bygger på en vilja till förändring och faktisk vilja att använda färdigheterna, för det andra (2) inte undermineras av motkrafter i miljön, för det tredje (3) integreras med praktiska möjligheter för klienten att genomföra den önskvärda förändringen. Ett kunskapsbaserat program kan som enstaka och isolerad åtgärd inte förväntas åstadkomma en brytning av ett långvarigt kriminellt livsmönster. Didaktiskt material kan inte förväntas skapa förändring överhuvudtaget.

## IMPLEMENTERING – EN UTMANING FÖR ORGANISATIONER

Gendreau m.fl. karakteriserar alltfjämt implementering som ”the forgotten issue”. Stora ansträngningar har de senaste 15 åren lagts ned på utformningen av innehåll i specifika program-

insatser men såväl den kliniska skickligheten hos genomförarna som frågan om implementering har under många år inte betonats tillräckligt och/eller till och med förbisetts. I USA har federala regeringar finansierat specifika initiativ för att uppmärksamma och sprida kunskap om implementering av evidensbaserade behandlingar t.ex. NIDA. Addiction Technology Transfer Centers (ATTC) har 2000 har också engagerat sig i hur ny kunskap skall översättas till praktik, t.ex. genom *The Change Book* (2000; 2004) som är en handledning i implementering.

Flera nivåer kan vara inblandade i implementeringen. Leschied, Bernfeld och Farrington (2001) syntetiserar behovet av ett multinivåsystemiskt perspektiv ur den tillgängliga litteraturen.

- *Klientnivån* – problem och lösningar finns sällan i en enda del av ett ekologiskt system utan är interaktionellt till sin natur. Hela denna struktur måste ”behandlas”.
- *Programnivån* - handlar inte bara om den teoretiska kvaliteten på själva insatsen utan om urval av programpersonal, rätt utbildning, monitoring, feedback och support.
- *Organisationsnivån* – beaktar kulturella och sociala egenarter inom organisationer. Anpassning ger ofta bättre resultat än att tvinga på enheter lösningar av typen *one size fits all*.
- *Den sociala nivån* – är den kanske viktigaste nivån för att ta till sig och genomföra innovationer i en organisation. Personliga relationer med viktiga personer, framför allt med personer i ledande och policyskapande ställning och personer som är av avgörande betydelse för implementeringen. Relationer kan vara befintliga eller utvecklas.

Implementering betyder ofta mer än den vetenskapliga kvaliteten i programmet. Lokalt ägande av genomförandet måste kompletteras med centralt tillhandahållande av support och problemlösning.

Målsättningen som den kommuniceras av chefen – eller i det ålagda uppdraget – styr också implementeringen. Chefens roll är som tidigare sagts helt avgörande för implementeringen och styrningen av verksamheten. I den stora what works-satsningen i England under början av

2000-talet premierades chefer (även lönemässigt) om de hade ett stort antal fullföljda program i sin organisation. Styrfaktorn i organisationen var huvudsakligen antalet genomförda program men frågan om hur de genomförts uppmärksammades inte, vilket kan vara en delförklaring till varför effekter av denna stora satsning i stort sett uteblivit. Fokusering på volymer gjorde också att grupprogram prioriterades på bekostnad av individuella program. På senare tid har vissa forskare (Stein, Monti, m.fl. 2006) visat på svårigheter att få effekter av grupprogram. Så kallade negativa iatrogena effekter (effekter som skapas av själva gruppformatet) har påvisats i flera studier. Särskilt ungdomar tenderar ibland att påverka varandra negativt och lägger genom vissa beteenden (skratt, nickar, avståndstagande minspel) en nivå för vad som är tillåtet för varje enskild medlem i gruppen. Samma inflytande över normerna i gruppen har noterats i grupper där individer med hög kriminell status ingått.

Holmberg (2006) noterar också att programledarna ofta återkommit till upplevelsen att chefers fokusering på volymer och kvantitet i deras arbete och bristen på möjligheter att diskutera andra förutsättningar, föranlett känslor av frustration och ensamhet. Programledarna upplever en spänning mellan kvantitet och kvalitet i programarbetet. Enligt Holmberg är det inte sannolikt att den styrning som sker utifrån volymaspekten stödjer det lärande som är nödvändigt för att åstadkomma en god jordmån för programarbete.

När det gäller att åstadkomma minskning av återfall kan det vara kontraproduktivt att enbart fokusera på genomförande av höga volymer i implementeringen. Däremot är det viktigt att studera bortfall från program ur synvinkeln att klienter måhända inte upplever att de kan relatera till programmen och inte känner att de kan tillföra något i deras liv.

### **IMPLEMENTERING – EGENSKAPER FÖR EFFEKTIVT GENOMFÖRANDE**

Beslut, ordergivning och kontrollerande inspektioner är *inte* effektiva instrument för genomförande av nya idéer. Det är sannolikt så att de i stället väcker motstånd i organisationen och – om kunskapen om kausalitet och effekter kan överföras från MI – till och med är kontraproduktiva.

Hollin och McMurrans (2001) konstaterar ”att implementering av ny praxis är den största utmaningen av alla”. Här krävs ett stort mått av ”diplomati (mycket)” (ibid.) ”kunskap om ledning, utbildningsfärdigheter, praktiska och konsultativa färdigheter”.

God implementering kräver ett optimistiskt men sakligt förhållningssätt, ett personligt och uppskattande uppmärksammande av den personal som är inblandad i implementeringen och ett genomtänkt förstärkningsmönster för den. Ett större mått av lokal anpassning och lokalt ägande och ett minimum av revirhävdande kommer att öka effektiviteten. Detta är förmodligen ännu så länge förhållningssätt som inte helt genomsyrar s.k. byråkratiska organisationer men redan nu finns många goda exempel. Att sprida dessa kan medverka till att minska det stora gapet mellan forskning och verklighet som finns idag.

### **IMPLEMENTERING AV PROGRAM I KRIMINALVÅRDEN**

Holmberg (2006) fokuserar i en genomgång av implementeringen av två program, One-to-One och Våga Välja på perspektivet att få in och behålla programmen i drift och behandlar inte primärt frågan om implementeringens betydelse för att åstadkomma en minskning av återfall. Implementeringen visar sig i många stycken ha varit problematisk. Programledarna upplever att programmen lätt kommer i andra hand och beskriver sin verksamhet som ”i marginalen”. När det saknas en struktur och utrymme för stöd och lärande finns en uppenbar risk att programmen och vidhängande problem definieras som ett problem för den enskilde programledaren och inte för verksamhetsstället. Många saknar vidareutbildning och handledning och upplever, som tidigare sagts, frustration p.g.a. chefers fokusering på volym. Risken finns att programledarna ikläder sig defensiva handlingsmönster som också kan smitta av sig på andra delar av personalgruppen. Behovet av offensiva handlingsrutiner vid effektiv implementering snarare än flyktmekanismer, har beskrivits i flera olika typer av organisationer. Tillräckligt med tid och stöd för arbetet från chef och kollegor visar positiva samband med faktorer som klimat, ledarstil och arbetstillfredsställelse. Utrymme för stöd och lärande är också viktigt. Variationerna mellan verksamhetsställen är i Holmbergs undersökning betydande. Chefers tidigare erfarenheter har sannolikt betydelse för möjligheterna att skapa förutsättningar för en fungerande implementering.

Holmberg är kritisk mot kriminalvårdens en-sidiga fokusering på program, vilket han menar medfört en teknifiering av psykosociala interventioner på bekostnad av andra viktiga inslag som programledares lämplighet och insatsernas funktion i ett större sammanhang, om de stöds eller motverkas av andra insatser. I litteraturen påvisas oftast positiva effekter på återfall efter en kombination av åtgärder (Fridell & Hesse, 2005).

Manualer skall inte användas mekaniskt. Övningar måste upplevas som angelägna av klienten. Problemsyn och lösningsförslag skall framkallas – en utlärande stil skall undvikas. Lyssna på klienten och bestäm förhållnings-sättet efter klientens reaktion.

På det hela taget har implementeringen varit alltför toppstyrd och det finns en risk att det medfört ett mekaniskt och passivt förhållnings-sätt hos programledarna – att, som Holmberg skriver, utföra program och leverera data. Efter-som genomförandet i hög grad standardiserats genom föreskrifter och manualer har vidare inte tillräcklig hänsyn kunnat tas till lokala förut-sättningar.

Positivt har varit att programledarna skapat en gemensam referensram; många uttrycker till-fredsställelse över den nya kunskap som pro-gramarbetet inneburit. Om chefer rekryteras ur denna grupp kan det verka i konstruktiv riktning men utvecklingen beror till stor del på hur kriminalvården nu hanterar de erfarenheter som vunnits.

## MANUALER SOM KÖRSHEMAN

Manualer kan vara av diametralt skilda slag. I vissa program är t.o.m. själva texten imperativ och förväntningar på effekter förutsätts bero på följsamheten till manualen. Inom what works ställdes ursprungligen (och görs i viss mån fort-farande) krav på strikt följsamhet och moni-toring fokuserade också på detta. Detta är idag inte evidensbaserat men har haft fördelen att program kunnat levereras av personal med bara basala kunskaper om teorin bakom programmet och monitoring har kunnat ske av personal med enbart manualtext som förlaga.

Manualer som mer fungerar som semistruk-turerade körscheman kan förefalla som något av en paradox. Här ”föreskrivs” i viss mån ”olyd-nad” till manualen, d.v.s. följsamhet i första hand

till klienten och en anpassning av metodiken till situationen (t.ex. BSF); klienten är den viktigaste ”manualen”. Metodiken som snarare är ett kör-schema med krav på anpassning till aktuella för-utsättningar ställer stora krav på programledar-ens flexibilitet och kunskaper.

En manual för implementering måste bygga på den senare modellen, d.v.s. anpassning till de lokala förutsättningarna är viktig för att åstad-komma ett positivt utfall.

## INTERNATIONELLA INITIATIV

Även om what works-konceptet redan tidigt innehöll förbehåll om att effekter på återfall varierade med kvalitet på implementeringen, så var det ingenting som kom till praktiskt uttryck eller ens analyserades närmare i kriminalvårds-organisationer. Implementering var som Gendreau m.fl. uttryckte det ”the forgotten issue.” All kraft lades på innehållet i program; ackrediteringspaneler garanterade vetenskaplig karat och implicit därmed också framgång med avseende på minskning av återfall.

På allra senaste tiden har (på några håll) per-spektivet förändrats och implementering kommit i fokus. Kanadensarna Andrews och Gendreau, själva portalfigurer inom what works, funderade emellertid tidigt på varför program ”in the real world” inte visade lika bra resultat som i pub-licerade studier. De lanserade sitt Correctional Program Assessment Inventory (CPAI) – ett system av frågor för att mäta effektivitet i implementering – redan i början på 90-talet. Den senaste versionen (2005) med (förbehåll om copyright) bygger på erfarenheter av mätningar av programeffektivitet i såväl fängelser som fri-vård. CPAI skall enligt författarna användas bl.a. för att:

1. mäta effektivitet hos behandlingsinsti-tutioner som vill komma ifråga för kontrakt med kriminalvården;
2. tjäna som sporre för program att for-mulera vad de handlar om;
3. bestämma om programmet med av-seende på genomförandet har sannolik effekt;
4. identifiera brister i program;
5. utvärdera pågående kontrakt före even-tuella beslut om fortsättning;
6. kartlägga och förstärka bruket av de bästa och validerade elementen i ett program;

7. erbjuda stöd för chefer och ledning om "what works";
8. stimulera relevant forskning (CPAI är inte ett utvärderingsinstrument)

- tillgången till personlig utveckling erbjöds generöst,
- en viss stress i organisationen fanns (!) (kanske en drivkraft till förändring).

Instrumentet är inte validerat. I Lowenkamps et al. studie (2006) som relaterar utfall av 38 program, användes en förkortad variant av CPAI. Resultatet är dock att högre kvalitet i implementering (bedömt enligt en 4-gradig skala) ger bättre utfall med avseende på återfall. Instrumentet innehåller i sin senaste utformning 131 items som skall besvaras med ja eller nej. Till varje svar skall fogas en konfidensbedömning från 1-5. CPAI bygger till stor del på what works-konceptet och Andrews och Bontas teori *Psychology of Criminal Conduct* och inte minst begreppet risk-need. Motivationella aspekter och kliniska färdigheter betonas i mindre utsträckning.

Vid Texas Christian University Institute of Behavioral Research (IBR) bedrivs f.n. mycket uppmärksam forskning om implementering med specifikt fokus på missbruks- och kriminalvård. Simpson m.fl. samt Lehman, Greener & Simpson (2002) har konstruerat en programmodell för förändring i flera steg och bl.a. också en modell för bedömning av organisationers beredskap och möjlighet att bedriva programverksamhet. I motsats till CPAI bygger den (första steget) på motivation och resurstillgång. Instrumenten finns i olika versioner som skall besvaras av olika befattningshavare och är omfattande. Bara formuläret Organizational Readiness for Change (ORC; treatment director version) innehåller 115 items som besvaras på en femgradig skala.

Andra dimensioner som undersöks är program, organisationsklimat, kvalitet på utbildning, användande av träningsmaterial och klienters bedömningar (från deltagande i över 800 behandlingsprogram över hela USA). Sammanfattningsvis visar ORC och Program Training Needs (PTN) att positivt resultat påverkades av om

- organisationen gav större utrymme för peer influence,
- organisationen trovärdigt och klart kunde kommunicera en "mission",
- organisationen erbjöd lätt tillgång till Internet,
- behovet av förbättring i program-avseende var allmänt spridd,

Programledare som upplevde att klimatet i organisationen var dåligt och upplevde att de hade begränsat inflytande (the "isolated" category) visade mindre sannolikhet att ta till sig innovationer och göra åtagande i positiv riktning.

Den vid IBR i Texas bedrivna implementeringsforskningen stöds av imponerande empiri och har t.o.m. föranlett publicerandet av specialvolym om implementering med 10 vetenskapliga artiklar baserade helt och hållet på denna forskning (Journal of Substance Abuse Treatment, 2007 in press). Att en välrenommerad vetenskaplig tidskrift publicerar en specialvolym om detta säger något om det intresse som f.n. riktas mot implementeringsområdet.

Bland annat ingår i specialvolymen en artikel om hur organisationers funktion påverkar klienters deltagande i programverksamhet (Greener, Joe, Simpson, Rowan-Szal, Lehman, 2007). 531 programledare och närmare 3.500 klienter från 163 olika program mot missbruk studerades bl.a. genom det ovan beskrivna ORC och formuläret CEST (Client Evaluation of Self and Treatment). Utfallen visar på klart samband mellan klienters engagemang i programmen (som i sin tur påverkar återfall) och organisationens funktion med avseende på klimat, resurser och upplevda behov av förbättring (negativt samband). Kvaliteten i relationen, som empiriskt visar på avgörande betydelse för utfall, var klart bättre i "friska" organisationer. Allians är också en faktor som är av vikt för utfallet (jfr. pm Hur får vi bättre effekter i What Works? Kliniska färdigheter, Farbring 2007). Slutsatsen är att organisationers funktion i sig predicerar utfall av behandling.

Organisationers kvalitet med avseende på funktion predicerar behandlingsutfall. Identifiering av organisationers behov och åtgärder för att åtgärda brister kan förbättra effekter av programutfall (och eliminera direkt negativa utfall).

Forskningen visar tydligt att klienters faktiska deltagande och positiva engagemang i föränd-

ringsprogram är ett första steg för att behandling överhuvudtaget skall lyckas och bidra till att återfall minskas (Barber et al., 2001; Simpson, 2004). Faktorer som påverkar ökning av klienters engagemang har på organisationsnivå inte studerats lika mycket som personliga karaktäristika hos klienter och programledare. I ytterligare en studie i nämnda volym (Broome, Flynn, Knight & Simpson, 2007) utgörs det empiriska underlaget av data från över 5.000 klienter från 94 behandlingsprogram (från nio stater i USA) och 546 programledare. Studien visar på risken att administrativa och byråkratiska procedurer tar över kommunikationens och den sociala interaktionens roll i organisationen av programverksamheten. Ett program är också en organisation!

Ett program är en organisation och en arbetsplats.

Resultaten understryker tidigare positiva samband med behandlingsklimat, levande rutiner på arbetsplatsen och personalens upplevelse av möjligheter till utveckling i sin roll men också negativa samband mellan utfall och storlek. I stora organisationer tenderar ett och samma program att levereras i differentierade format vilket kan medföra svagare känsla för budskap och klimat med större fokus på byråkrati och ett underskott på social interaktion. Även om stora program kan medföra större resurser tycks det finnas en gräns bortom vilket engagemanget tunnans ut. Hög arbetsbelastning och bristande resurser är också negativt korrelerade med utfall. Programledare spelar en nyckelroll. Deras uppfattning om gemensamma mål och värderingar och deltagande i social interaktion kan ha en indirekt inverkan på hur väl klienter lär in nya färdigheter och tekniker. Det som bäst förklarar utfall är emellertid snarare än konstellation av faktorer och i mindre utsträckning en enskild faktor, vilket skulle kunna tyda på att hela det sociala systemet i organisationen påverkar klienters utfall. (Också Moos & Moos har framhållit detta – programledare som upplever en positiv arbetsgemenskap tenderar att överföra denna till klienter. Detta var en av utgångspunkterna för den behandlingsklimatstudie som kriminalvården genomförde 2006.)

En slutsats är att organisationer måste tydliggöra målet med programverksamheten och organisera verksamheten därefter. Det finns en risk att man mäter vad man gör i stället för vad man åstad-

kommer. Trots att det säkert finns olika intresseinriktningar så är det uppenbart att program som engagerar programledare också engagerar klienter.

I programverksamhet finns flera intressegrupper – samhället, organisationen, programledare och klienter. Det är långt ifrån givet att dessa intressen sammanfaller.

### KRIMINALVÅRDENS IMPLEMENTERINGSMODELL (KIM).

Kunskap om hur vi skall optimera effekter från behandlingsinsatser saknas inte. Det kan, som tidigare sagts, vara så att ett sämre behandlingsprogram som presenteras empatiskt och är väl implementerat ger bättre effekter än ett utmärkt program som är sämre implementerat. Dessvärre visar studier att återfall t.o.m. kan öka av programverksamhet jämfört med kontrollgrupp som inte fått någon behandling alls.

Den kunskap som nu i högt tempo presenteras på området kan hanteras på åtminstone två sätt.

1. Använd validerade instrumenten (ORC, PTN, CEST m fl.) för att undersöka om organisationer är mogna att hantera programverksamhet och anpassa verksamheten till förutsättningarna.
2. Bygg på kunskaperna i p.1. och skapa körscheman för implementering (eller gör båda delarna).

Ett körschema för implementering kan sannolikt hållas enkelt och utifrån centrala dimensioner ändå tämligen väl predicera utfall. Ett skäl, förutom det ekonomiska, att ta fram ett körschema för implementering i svensk kriminalvård kan vara att det måste vara hanterbart för den befintliga organisationen.

Kriminalvårdens implementeringsmodell (KIM) utgår från följande dimensioner:

- A. Organisation
- B. Programkaraktäristika
- C. Personal, egenskaper, kompetens, utbildning
- D. Kliniska färdigheter; monitoring och support
- E. Integrering; kontextuella faktorer
- F. Klienter
- G. Utvärdering

Syftet med KIM är att:

1. Minska återfall i brott och missbruk från kriminalvården.
2. Bedöma enheters behov av support i olika avsnitt för att mer effektivt kunna bedriva sin programverksamhet.
3. Ge enheter möjlighet och struktur för att själva bedöma i vilka avsnitt de behöver förbättra sig och begära support.
4. Bedöma om en enhet kan och (fortsättningsvis) skall implementera ett visst program.

Också en implementeringsmodell behöver implementeras. KIM måste upplevas som angelägen för den egna enheten och primärt utgöra underlag för att formulera behov. Att lägga tyngdpunkt på kontroll top-down är inte evidensbaserat!

Vid analyser av samband mellan utfall och upplevelse av hur programverksamhet fungerat, prediceras utfall nästan alltid bättre av klienters än personalens upplevelse.

## SAMMANFATTNING

Implementering är en avsiktlig process som kan utgöra skillnaden mellan om en behandling ger ett positivt, noll eller rent av negativt utfall i jämförelse med kontrollgrupp. En strategi för implementering på *makronivå* (t.ex. en ritning för kommunikation inom organisationen) underlättar kontrollen över och sannolikheten för att den avsedda förändringen genomförs. På *mikronivå* innehåller implementeringsplanen element som – i allt högre utsträckning enligt forskningen hör samman med att förändringen (behandling) verkligen ger effekt d.v.s. minskar återfall.

Instrument för implementering kan användas som underlag för beslut om en åtgärd skall genomföras i en organisation, i forskning för att bekräfta samband men också – och kanske viktigast för oss - för att fokusera på viktiga kritiska element för att åstadkomma effekter, uppmärksamma brister och stötta där behov finns.

Från att ha varit ”the forgotten issue” har den senaste tiden forskningen om implementering ökat lavinartat, kanske beroende på. Inkonsistenta och t.o.m. negativa resultat av behandling. Isolerade behandlingsinsatser visar dåliga resultat. Det är nu viktigt att ta tillvara den nya kunskapen om implementering, som faktiskt i högre grad än vi förmodat, påverkar återfall.

---

## REFERENSER

---

Addiction Messenger. How To Make Change Happen. May 2007, Vol 10. Issue 5.

Addiction Technology Transfer Centers (2000; 2004 second edition) *The Change Book; a blueprint for technology transfer*, Kansas City, MO: Addiction Technology Transfer Center National Office.

Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, J., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., et al (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 119-124.

Bernfeld G. A., Farrington, D. P., & Leschied, A. W (2001) *Offender Rehabilitation in Practice*. Implementering and Evaluating Effective Programs. Chichester: Wiley

Broome, K. M., Flynn, P. M., Knight, D. K. & Simpson, D. D. (in press) Program Structure, staff perceptions and client engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk. Metaanalyser och randomiserade kontrollerade studier. Kriminalvårdens forskningskommitté, Nr 18. Norrköping: Kriminalvården.

Gabbay, J., & Le May, A. (2004) Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" Etnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal*. 329:1013 (30 October)

Gendreau, P., & Andrews, D. (2005). CPAI-2000 Scoring Manual.

Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (1999) The Forgotten Issue in Effective Correctional Treatment: Program Implementation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43 (2), 199-218. Sage Publications.

Greener, J. M., Joe, G. W., Simpson, D. D., Rowan-Szal, G. A., & Lehman, W. E. K. (in press) Influence of organizational functioning on

client engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*

Harper, G., & Chitty, C. (2005) The impact of corrections on re-offending: a review of "what works". *Home Office Research Study* 291. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Hollin, C., & McMurrin, M. (2001). Series Editors' Preface. Ingår i Gary Bernfeld, David Farrington och Alan Leschied (red.) *Offender Rehabilitation in Practice*. Implementering and Evaluating Effective Programs. Chichester: Wiley

Holmberg, R. (2006). Implementering av nya behandlingsprogram inom kriminalvården. Kriminalvårdens forskningskommitté. Rapport 20. Norrköping: Kriminalvården.

Lehman, W. E., Greener, J. M. & Simpson, D. D. (2002) Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (4): 197-209..

Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Smith, P. (2006) Does Correctional Program Quality Really Matter? The impact of adhering to the principles of effective intervention. *Criminology & Public Policy*. 5, 3, 201-220

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. A. & Brigham, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment* 31,258/ 25-39.

Nutt, P. N. (1999). Surprising but true: half the decisions in organizations fail. *The Academy of Management Executive*, 13, 75-90.

Roberts-Gray, C., & Gray T. (1983) Implementing innovations. A model to bridge the gap between diffusion and utilization. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 5, 213-232.

Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations*. (5:e uppl) New York: The Free Press.

Simpson, D. D. (2004) A conceptual framework for drug abuse treatment and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 99-121.



Simpson, D. D., & Flynn, P.M. (red.) Organizational Readiness for Change. Special Issue. *Journal of Substance Abuse Treatment*. (in press)

Simpson, D. D., & Flynn, P. M. (in press) Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

Stein, L. A. R., Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Golembeske, C., Lebeau-Craven, R., & Miranda, R. (2006). Enhancing Substance Abuse Treatment Engagement in Incarcerated Adolescents. *Psychological Services*, vol 3. No. 1. 25-34. *American Psychological Association*, 1541-1559.

Wilson, J. A., Cheryachukin, Y., Davis, R. C., Dauphinee, J., Hope, R., Gehi, K., & Ross, T. (2005) *Smoothing the Path from Prison to Home*. Vera Institute of Justice. New York.