

Texten ingår i:

Anna Angelin (red.) och Torbjörn Hjort (red.)

**Socialt arbete i förändring** – utmaningar och villkor inom utbildning, forskning och praktik

Sid. 337-359

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.180.c479>

Denna text är licensierad under CC-BY, Erkännande. (Se fullständiga villkor: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.sv>) Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men verkets upphovspersoner måste anges.

ISBN: 978-91-7895-545-9

ISBN (elektroniskt): 978-91-7895-546-6

DOI: <https://doi.org/10.37852/oblu.180>

© Författarna och Socialhögskolan, Lunds universitet, 2022

Redaktörer: Anna Angelin och Torbjörn Hjort

Adress: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

# Socialt arbete i förändring

*– utmaningar och villkor inom utbildning,  
forskning och praktik.*

Jubileumsbok 2022

ANNA ANGELIN & TORBJÖRN HJORT (red.)

Utdrag kapitel 16 sid. 337-359

ISBN: 978-91-7895-545-9

© Författarna och Socialhögskolan, 2022

Redaktörer: Anna Angelin & Torbjörn Hjort

Adress: Lunds Universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

# 16. Tröghetens mekanismer

## *När gamla arbetsmetoder inte vill försvinna*

VERNER DENVALL

”Upprepa inte gamla former! Skapa nytt!”<sup>1</sup> Enligt modernismens förespråkare för drygt nittio år sedan skulle gamla ideal bort och sundare levnadsformer, annat byggande och nya slags boenden införas. Det nya var mera spännande, mera uttrycksfullt, mera hygieniskt och dessutom socialt visionärt. I modernismen fanns en stark tro på att samhället måste byggas på vetenskaplig kunskap, på rationellt tänkande och på förnuft. Det finns likheter med dagens ambitioner att styra vård och socialt arbete mot användande av säker kunskap. Nu ifrågasätts arbetssätt som bygger på traditioner och att handla på känn betraktas som suspekt. Vetenskapligt framtagen kunskap utgör dagens paradigm inom vården och begrepp som sociala innovationer, kunskapsstyrning och evidensbaserad praktik är vardag (se Boaz, Davies, Fraser, & Nutley 2019; Svanevie 2011). Svenska myndigheter, regioner och kommuner bildade 2016 ett nationellt partnerskap för att stödja kunskapsutveckling och implementeringen av bästa tillgängliga kunskap.<sup>2</sup>

I takt med att vetenskaplig kunskap växer om vilka välfungerande metoder som bör införas, ställs det även krav på att verksamheter ska sluta använda de som fungerar sämre. De som fungerar mindre effektivt behöver överges samtidigt som mer välfungerande ska ta plats. De vetenskapliga beläggen är då starkare för de nya metoderna och svagare för de etablerade. Sådana anspråk beskrivs i termer av att ”Bana väg för det nya!”, men även att ”Vi håller fast vid det vi har, för vi vet inte vad vi får” (SBU 2013, s. 1). Den citerade artikeln från SBU (myndighet som utvärderar arbetsmetoder inom socialtjänst och hälso- och sjukvård) pekar på att den effektinriktade forskning som vill stödja tillämpning av evidens är viktig, men att det krävs riktade insatser för att

---

<sup>1</sup> Citatet är hämtat från Lars O. Ericssons understreckare i Svenska Dagbladet 26 jan 2010.

<sup>2</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/partnerskapet-tillstod-for-kunskapsstyrning-inom-socialtjansten/om-partnerskapet/> Hämtat 09 jan 2022.

avveckla det sämre fungerande när den nya kunskapen ska implementeras. Forskning har sedan flera år tillbaka försökt klargöra hur ny kunskap ska komma till användning när många yrkesverksamma trots allt fortsätter arbeta som förut (Ingvarsson et al., 2020; Vind & Hecksher, 2004).

Det verkar vara lättare att lägga till nya metoder än att ta bort etablerade. Jag intresserar mig i det här kapitlet för det gamla som inte vill försvinna när det finns nya alternativ med starkt vetenskapligt stöd. De nya kan innebära minskat lidande för patienter och dessutom vara mera kostnadseffektiva. Trots det håller sig gärna de gamla metoderna kvar. De stretar emot på något sätt. Det finns uppenbarligen motstånd och motverkande krafter. Ett begrepp som fångar detta stretande är svenskans substantiv ”tröghet”; engelskans ”inertia”; spanskans ”inercia” och tyskans ”Trägheit”. Enligt Svenska Akademiens ordbok innebär tröghet motvillighet, motsträvighet och håglöshet liksom även liknöjdhet; ”Et ynkeligt underhåld, som hennes Son, ehuru rik han var, betalte ganska trögt” (SAOB år 1742).<sup>3</sup>

Gamla arbetsmetoder kan vara just motsträviga och tröga att avlägsna. Kampanjen ”Choosing Wisely” inom hälso- och sjukvården i ett tjugotal länder syftar till att identifiera dels ”low value care”, insatser som är undermåliga ur ett medicinskt perspektiv, och dels ”over-use”, obehövligen insatser när det finns bättre alternativ. Cirka 30 procent av samtliga sjukvårdsinsatser i Kanada och USA beräknas tillhöra någon av dessa två kategorier (Born, Kool, & Levinson, 2019). Liknande beräkningar saknas dock för socialt arbete, såväl i Sverige som internationellt (Denvall et al, 2022). Socialstyrelsen utformar stöd för hur evidens ska implementeras och tar fram nationella riktlinjer utifrån befintlig forskning. I riktlinjerna preciseras insatser i form av fyra slags rekommendationer; bör, kan, kan i undantagsfall och icke-göra. Med ”icke-görande” avses insatser som bör utmönstras och som hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska sluta tillämpa, då de visat sig vara dåligt fungerande, eller till och med skadliga för patienter och klienter (Socialstyrelsen 2015, s. 50). ”Förhållandevis mer resurser bör fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder som fått låg rangordning.” (Socialstyrelsen 2015, s. 25). Hur detta ska verkställas praktiskt saknas det däremot vägledning kring.

Detta kapitel syftar till att undersöka begreppet ”tröghet” i samband med implementering av nya arbetsmetoder med vetenskapligt stöd inom vård och

---

<sup>3</sup> [https://www.saob.se/artikel/?seek=tr%C3%B6ghet&pz=2#U\\_T2787\\_265652](https://www.saob.se/artikel/?seek=tr%C3%B6ghet&pz=2#U_T2787_265652)

omsorg. Jag ska besvara två frågeställningar: För det första vilka mekanismer i tröghet som påverkar implementering av nya arbetsmetoder och för det andra vilka mekanismer som stöder bevarandet av etablerade metoder. Analytiskt är det två skilda processer även om de kan höra samman i den vardagliga praktiken. Den ena processen betonar införandet, implementeringen av nya arbetssätt. Den andra processen betonar utfasningen, avimplementeringen av gamla och etablerade arbetssätt. Avimplementering beskriver processen att identifiera och ta bort skadliga, icke-kostnadseffektiva eller ineffektiva metoder, som är baserade på tradition och saknar tillräckligt vetenskapligt stöd (Upvall & Bourgault 2018). Kapitlet inriktas alltså på de implementeringsprocesser som tar vid efter att interventionsstudier sagt sitt. Analytiskt kan de hållas åtskilda, men som jag kommer att visa är det inte så enkelt när det verkligen gäller.

Jag kommer att använda data från en studie om utfasning av etablerade arbetsmetoder när det finns nya (Housing First och Individual Placement and Support) med starkare vetenskapligt stöd inom hemlöshet och för personer med psykisk ohälsa och som vill arbeta.<sup>4</sup> Det intressanta – och samtidigt märkliga – är att även om dessa insatser lyfts fram och rekommenderas både internationellt och nationellt av såväl forskare, myndigheter som brukare så har ändå bara drygt 20 svenska kommuner implementerat dem under en tioårsperiod. Bägge metoderna föreslås ersätta traditionella och etablerade kontroll- och kvalifikationsbaserade stegvisa insatser, som boendetrappor och gradvis rehabilitering. De två nya baseras i stället på tillitsbaserad värdegrund där brukarens återhämtning och rätt till självbestämmande är centralt. Se även Arne Kristiansens kapitel i denna antologi.

Kapitlet inleds med tröghet som fenomen i organisationer och hur samhällsvetenskaplig forskning har förklarat tröghet teoretiskt. Jag presenterar sedan vad implementeringsforskningen säger om tröghet som problem vid implementering respektive som skydd för att bevara det gamla. Jag uppehåller mig särskilt vid den sistnämnda frågeställningen eftersom det är ett relativt

---

<sup>4</sup> Den undersökning som presenteras har genomförts inom det FORTE-finansierade projektet Take Away – avveckling av etablerade arbetsmetoder vid införande av nya psykosociala insatser för hemlösa och personer med psykisk ohälsa. Ta del av projektets publikationer och ytterligare information om de två arbetsmetoder som implementeras här: <https://portal.research.lu.se/en/projects/take-away-disinvestment-of-established-methods-when-implementing->

utforskat område. Jag avslutar med några sammanfattande slutsatser med särskild passning till praktiken.

## Tröghetens mekanismer

Tröghet är ingen egentlig mekanism utan får ses som ett sammanfattande begrepp för ett antal möjliga mekanismer som kan kopplas till implementering. Inom samhällsvetenskaplig forskning används vanligen begreppet ”mekanismer” i stället för ”faktorer”. Begreppen handlar om vad som får saker och ting att hända. Det finns en mängd sätt att beskriva begreppet ”mekanism” inom samhällsvetenskapen (se hur det utreds hos Sandahl & Petersson 2016). Här använder jag det ganska brett som beteckning för relationen mellan en mekanism (orsak) och en händelse (verkan). För att kunna identifiera en mekanism krävs teori eftersom det vi förnimmar med våra sinnen inte räcker för att förklara en mekanism. Mekanismerna kan befina sig på en djupnivå som inte är direkt observerbar varför teorier krävs om kausal förklaring. De mekanismer som ”puffar” och som ligger bakom att något sker benämns även generativa. Flera mekanismer kan ingå i den komplexa dynamik som frambringar en viss effekt liksom de som bromsar den. Därför krävs ofta ett analytiskt abstraktionsarbete och utvecklandet av begrepp och teorier för att komma åt och synliggöra de faktorer som påverkar (se mer i Pawson & Tilley 1997).

Spänningsfältet mellan stabilitet och förändring är ett återkommande tema inom organisationsforskningen (Becker 1995; Linde & Svensson 2013). De två frågeställningarna som kapitlet försöker besvara berör såväl förändring (implementering av nya arbetssätt) som stabilitet (tröghet och motstånd mot förändring). Men teorier inriktade på att förklara förändring har svårt att hantera stabilitet och vice versa (Ahrne & Papakostas, 2014, s. 69). Bägge processerna pågår samtidigt i organisationer och det är tänkbart att det förekommer ett kraftfält av mekanismer som strävar efter förnyelse samtidigt som andra är inriktade på att bevara tidigare genomförda förändringar och därigenom bidrar till stabilitet. Det teoretiska ramverk som hittills lyckats bäst med att förklara stabilitet är den institutionella teoribildningen. Denna är omfattande och har utvecklats i ett flertal inriktningar som hjälper oss att förstå

hur och varför organisationer måste ägna sig åt stabilitet och därför kan karakteriseras som tröga (för en översikt se Johansson, 2002).

Särskilt teorier om spårbundenhet och inkrementell, det vill säga stegvis förändring, har högt förklaringsvärde. *Spårbundenhet* (eller stigberoende, path-dependency) innebär att tidigare historiska skeenden starkt påverkar dagens ageranden i organisationer och att stabilitet är det normala, snarare än förändring (Malpass, 2011; Schreyögg & Sydow, 2011). Ett exempel som med stöd av sociologisk forskning påtalades redan för femton år sedan, var så kallade boendetrappor för personer med bristande anknytning till bostadsmarknaden som ”kan sägas ha drag av självförstärkande spårbundenhet, det vill säga en tendens att fortsätta med tidigare använda metoder och tanke-mönster” (Socialstyrelsen, 2006, s. 68). Teorier om spårbundenhet har kompletterats med teorier om gradvis institutionell förändring (Börjesson, 2018; Mahoney & Thelen, 2010). I dessa teorier förekommer ett antal centrala begrepp som pekar ut några av de mekanismer som verkar stabiliserande inom organisationer.

Ett återkommande begrepp är organisationers behov att hantera *osäkerhet*. För att kunna uppnå organisationens mål behöver den agera rationellt och minimera ovisshet varför den inrättar byråkratiska strukturer; hierarkier, standardiserade processer, regleringar etc. Men osäkerheten kvarstår i kontakten med omgivningen och de delar som organisationen inte har formell kontroll över. Organisationer agerar inom verksamhetsfält där de är starkt knutna till varandra och mer eller mindre sammankopplade (Johansson, 2002). Deras handlingsfrihet blir då beskuren – det finns normerande förebilder, regler, lagstiftning och professioner som skapar denna ordning. Organisationens processer är inbäddade i dess historia liksom i dess omgivningskontakter och etableras i form av vanor och rutiner. Förändringsförsök som framstår som kloka, rationella och logiskt välmotiverade måste baseras på anpassning till normer och krav både utanför och innanför organisationen.

Inom den del av teoribildningen som benämns nyinstitutionell betonas hur normer och konsensus bidrar till stabilitet (Johansson, 2002). Ett nyckelbegrepp är ”task environment” (Thompson, 1967) som preciserar vad som ska utföras på en arbetsplats. Detta sker bland annat genom *standardisering*, dvs. genom att etablera rutiner och överenskommelser som gäller inom hela organisationen, och ofta ett omgivande verksamhetsfält. Standardisering kräver minst energi och kommunikation, men blir svårare att tillämpa ju kom-



plexare sammanhang (Thompson, 1967, s. 56). Komplexa organisationer har svårt att skapa homogenisering eftersom flera aktörer arbetar med flera olika parallella processer. Det kan exempelvis handla om olika klienter/patienter och om vårdprocesser på skilda nivåer och platser. När arbetsgrupper accepterar standardisering blir de sedan sammanbundna med nya grupper och accepterar en regelsättande auktoritet. Detta skapar behov av en rad experter och controllers med uppgift att se till så att standardförändren efterlevs, det vill säga att skapa stabilitet vilket stimulerar tröghet.

Implementering av nya arbetsmetoder utmanar traditioner, det krävs ny slags koordination och nya standards, ny kunskap skall tillföras och gamla allianser upphävas, äldre teknologi kan behöva utmönstras. Becker beskriver dylika utmaningar som ”packages” och hur aktiviteter i organisationer är sammanbundna med varandra, vilket medför ofta oanade konsekvenser när nya idéer ska ta plats (Becker 1995, s. 304). Allt detta kräver makt och resurser att genomföra önskvärda förändringar. Organisationens oförmåga och människors ovilja mot förändringar kan samfällt vara mekanismer som bidrar till att tröghet upprätthålls (Ahrne & Papakostas 2014, s. 81).

Organisationsforskaren James D. Thompson införde för mer än femtio år sedan begreppet *domänkonsensus* för att beskriva hur gränser sätts för uppgifter, krav och förväntningar på en organisation (Thompson 1967). Organisationer är nämligen inte ensamma utan ingår i sammanhang där de är sammanlänkade med och beroende av varandra, av sina domäner och av sina åtaganden. En viktig uppgift blir att hantera detta beroende vilket sker genom att begränsa omgivningens inflytande, det vill säga minimera ”task-environment”. Därför utvecklas strategier i form av förhandlingar i domänen för att hantera oklarheter och beroenden. De delar som är mest skyddade från omgivningens inflytande i en organisation benämns den tekniska kärnan. Här återfinns aktiviteter och värderingar som är centrala för organisationen. Dessa skyddas genom gränssättning (exempelvis delegationsbestämmelser), klargörande av ansvar, kontroll över resurser och andra aktiviteter som begränsar och preciserar förväntningar och krav på organisationens medlemmar. Det är här som vi kan förmoda att de mest stabila processerna äger rum och som därmed är svårast att förändra.

Enligt teoribildningen kan kontakter och beroende av omgivningen variera stort inom en organisation. Så snart organisationskontakterna blir omfattande och svåra att överblicka kommer organisationen att behöva organisera

sig i specialiserade enheter. Det finns inte ett bästa sätt att organisera en komplex organisation på utan det existerar en rad variationer på hur den ska samverka internt och externt. Enligt teorin försöker organisationer i komplexa och dynamiska miljöer med många gränskontakter att kontrollera det som är möjligt. Vissa sammanhang kan vara högst rutinartade medan åter andra är öppna och känsliga för omgivningens påverkan. Det är svårt att klargöra orsak-verkan i en komplex organisation. Några konsekvenser kan vara uppenbara, andra möjliga och åter andra kanske inte alls uppmärksammas.

Verksamheter har begränsade möjligheter att planera vilka slags förändringar som krävs eftersom kunskapen om när och hur stabiliserande mekanismer griper in är ofullständig. Det skapar stora utmaningar vid implementering av nya arbetsmetoder med starkt vetenskapligt stöd.

## Tröghet vid implementering

Inom den kommunala socialtjänsten och inom vård och omsorg kan det förväntas en progression av evidensbaserade arbetssätt. För detta talar en stigande kunskapsfront om vilka metoder som fungerar och inte. Detta sker genom införande av nationella riktlinjer inom flera områden, ökad samverkan mellan statliga myndigheter och med SKR samt genom omfattande program för att stödja lokal kunskapsutveckling med bland annat systematiska bedömningsinstrument och indikatorer (Billsten 2019). SBU identifierade dock cirka 2000 kunskapsluckor inom områden relaterade till socialtjänst och LSS år 2017 (SBU 2017). Detta indikerar att stora delar av det som sker inom socialt arbete fortfarande kan sägas vara TBP (traditionsstyrd praktik) och därmed sakna vetenskapligt stöd. Internationella samarbetsorganisationer som Campbell Collaboration och Cochrane granskar tillsammans med nationella myndigheter som det svenska SBU kvaliteten på det vetenskapliga underlaget från bland annat kliniska prövningar och metaanalyser. Granskningen kan sedan ligga till grund för rekommendationer om vilka behandlingsmetoder som bör eller ska tillämpas inom vård och socialt arbete.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Jag växlar mellan begreppen vård och socialt arbete respektive vård och omsorg. I bägge fallen avses hälso- och sjukvård och socialt arbete inklusive omsorg om funktionshindrade, äldre och personer med psykisk ohälsa. Organisatoriskt bedrivs dessa verksamheter i offentlig regi av landsting och regioner samt av kommuner, ofta socialtjänst eller omsorgsförvaltning.

När metoderna implementeras krävs följsamhet (fidelity; behandlingstrohet) så att verkningsfulla kärnkomponenter behålls. I praktiken sker emellertid anpassningar så att metoderna kan fungera där de ska tillämpas, något som är både nödvändigt och riskfyllt eftersom effektfulla inslag kan tappas bort (Hasson & von Thiele Schwarz 2017). Socialvetenskaplig forskning problematiserar möjligheten till följsamhet och pekar bland annat på komplexiteten inom den kommunala socialtjänsten och på bristen av studier med relevant evidensstöd (Bergmark, Bergmark, & Lundström 2011). Kritiken handlar även om att säker vetenskaplig kunskap framför allt erhålls genom experimentella studier varför professionellas expertkunskap liksom brukares och patienters levda erfarenheter tillmäts lågt värde (Johansson, Vedung & Denvall 2015; Sandén 2021). Inom hälso- och sjukvården existerar numera en stor mängd studier som intresserat sig för fenomenet evidens, ofta för att stödja implementering inom hälso- och sjukvården (Bohlin & Sager 2011; Nilsen 2014).

## **Drivkrafter och barriärer**

Implementeringsforskningen pekar på vikten av ”drivers” som ska understödja förändring. ”Drivers” utgörs av handfasta och konkreta inslag i en organisations verksamhet med implementering. Ett stort antal framgångsrika implementeringsfaktorer har föreslagits av såväl internationell forskning som av Socialstyrelsen (Damschroder et al. 2009; Fixsen et al. 2009; Greenhalgh et al, 2004; Socialstyrelsen 2012). De har till exempel placerats inom ledarskap, kompetens bland medarbetare samt organisering av verksamheten (Fixsen et al. 2009).

Enligt forskarna bör en idé (arbetsmetod, teknik, värderingar, etc) införas i en organisation utan att den förvanskas på vägen (= hög fidelity). Det krävs då mekanismer som utvecklar och upprätthåller personalens kompetens och förmåga att genomföra insatsen. Dessutom krävs mekanismer inom organisationen som skapar och upprätthåller ett lärande, vilket är en förutsättning för att effektiva tjänster ska kunna utvecklas och bibehållas. En sista mekanism tillskrivs ledarskapet. Det handlar då särskilt om förmåga att kunna fatta

---

Dessutom förekommer privata aktörer. Utifrån det övergripande syftet har det inte varit meningsfullt att separera aktörerna ytterligare.

beslut och ge vägledning åt medarbetare och att se till så att organisationen fungerar. Annan forskning har särskilt uppmärksammat diffusion, det vill säga spridning av forskning (Greenhalgh et al. 2004). I en avancerad modell placeras egenskaper hos innovationen, spridningsaktiviteter och hur de processas hos användaren. Om ”drivers” är svagt representerade eller underutvecklade bromsas förändringsintentioner. Fidelity eller programtrohet skapas i ett komplext samspel mellan dessa stödjande implementeringsdeterminanter. Tröghet förekommer i forskargruppernas analyser men inte som en huvudsaklig barriär. I stället betonas andra aspekter och brister i det som ska implementeras (teorifel) eller i implementeringsprocessen (genomförandefel). Utvärderingsforskningen skiljer numera på studier av interventionen och på implementeringen. Programteoretisk utvärdering ägnar sig till viss del åt båda delarna och använder interventionens tankemodell för att undersöka hur dess antaganden om utfall genomförs (Vedung 2009).

## **Komplexa kontexter**

Modernisternas visioner under trettioalet förutsatte kontroll över framtiden. Denna kunde planeras och styras varför visioner överfördes från ritbord till byggande, till civilsamhället och till välfärdsområdet. Förutsättningarna var goda för de sociala ingenjörer som med kontroll över politik och förvaltning önskade lägga livet till rätta för befolkningen under den svenska efterkrigstiden (Hirdman 1989).

Det var då det. Få skulle hävda att politiken idag har kontroll över samtiden och att politiska visioner kan genomföras med säkerhet. Trots att den organisatoriska tröghet och stabilitet som jag beskrev i ett tidigare avsnitt är påtaglig är de sammanhang som visioner ska genomföras i mera komplexa än någonsin förut. Implementeringsforskningen intresserar sig oftast för införandet av det nya. Nya metoder kan komma att användas partiellt med gamla och kan behöva modifieras för att anpassas till lokala kontexter. Bevarande kan även innebära att traditioner behålls, att invanda mönster inte bryts och att förändring förhindras trots stark evidens. Samhällsvetenskaplig forskning talar om komplexa kontexter och visar hur spänningsfältet mellan stabilitet och kaos skapar utmaningar för forskning som tycks jaga en undflyende rationalitet: ”On the one hand there is an order that simplifies, and on the other there is an elusive and chaotic complexity expelled, produced and suppressed

by it” (Mol & Law 2002, s. 5). Mol och Law menar att de resultat som skapas av forskning inte riktigt tycks passa när de sedan ska användas praktiskt eftersom de oundvikligen måste förenkla en mera komplex verklighet.

I det förra avsnittet presenterade jag hur implementeringsforskningen byggt omfattande modeller där de just förenklat komplexa fenomen till drivkrafter som anses viktiga för implementering. Med deras tolkning förekommer hinder för implementering om drivkrafterna inte är tillräckliga, de blir då till implementeringsbarriärer. Interventionerna förutsätter stabila omgivningar och idealt elimineras påverkan av kontexter när de utprovas inom experimentell design (se Sundell 2012). Samtidigt riskerar dessa implementeringsmodeller att vara begränsat användbara i praktiken. Det finns alltid problem med att ordna ett antal möjliga variabler i experimentens slutna system. Den svenske implementeringsforskaren Benny Hjern föreslog för fyrtio år sedan begreppet ”implementeringsstruktur” snarare än att betona enskilda drivkrafter (Hjern & Porter 1981). Detta är en organisationsövergripande enhet som utgörs av vad som ska implementeras. Som exempel berör interventioner som rör behandlingsmetoder inom socialtjänsten ofta organisationer som arbetsförmedling, försäkringskassa och hälso- och sjukvård, vilka då blir den faktiska implementeringsstrukturen vid implementering av nya metoder. Aktörernas samspel utgör då både själva analysenheten och kärnan vid implementeringsförsök när flera organisationer är inblandade. När det finns många olika slags ordningar (logiker, metoder, nivåer, diskurser) upplöses tydliga dikotomier och förklaringar som drivkrafter och barriärer framstår som alltför förenklade. Orsak och verkan kan gå åt olika håll eftersom små interventioner kan få stora konsekvenser och tvärtom. Begrepp som feedbackloopar, multifinalitet (samma insats kan ge flera olika resultat) och ekvifinalitet (samma resultat kan nås på många olika sätt) försöker fånga svårigheterna när interventionsfynd från vetenskaplig forskning ska omsättas i vardaglig praktik inom öppna system. Komplexitetsfrågan är numera central inom ett flertal discipliner som translational knowledge (översättningsforskning) (Boxenbaum 2006; Nordesjö 2015); styrning och diffusion av kunskap (Hasenfeld 1992; Pierre & Peters 2005; Rogers 2010); utvärderingsforskning (Forss, Marra & Schwartz 2011; Rogers 2008) och inte minst inom implementeringsforskning.

Carl May och kolleger har i en rad artiklar undersökt utmaningar vid implementering i komplexa kontexter (May 2013; May & Finch 2009; May,

Johnson & Finch 2016). Deras tes är att resultatet beror på interaktioner och förhandlingar mellan olika aktörer och deras respektive kontext. I dessa förhandlingar är anpassningsbarheten hos kärnkomponenter inom de specifika interventionerna viktiga, liksom handlingsfriheten hos de yrkesverksamma, organisationens förmåga att mobilisera resurser och kontextens förmåga till följsamhet. För att förstå dessa processer krävs uppmärksamhet kring just återkopplingsprocesser, vilka adaptiva mekanismer som finns inom organisationerna och de praktiska kompromisser som tillämpats. Forskarna föreslår att mekanismerna kan specificeras inom en teori som benämns NPT (Normalisation Process Theory) och där kärnelement i självorganisering i komplexa system behöver identifieras (May et al, 2016). Dessa varierar utifrån både intervention och kontext eftersom det som är ett hinder inom en organisation kan vara en viktig förutsättning inom en annan. Kunskap om dessa mekanismer kan vara till stöd när interventioner ska skalas upp (en intervention växlas upp inom en miljö) eller när interventioner breddas (sprids för att tillämpas inom andra miljöer). Tröghet reduceras i denna slags analys till en av andra möjliga komponenter varför implementering inte följer en tänkt, linjär utvecklingskedja.

## Tröghet vid avimplementering

Tröghet och svårigheterna att ta bort mindre väl fungerande men etablerade arbetsmetoder utgör själva innebilden för motstånd mot nödvändig förändring. Även om konkreta förslag på hur implementering av nya metoder bör genomföras växer fram (Nilsen 2015) saknas konkreta ramverk för hur väletablerade, mindre verksamma metoder kan avlägsnas (Garner et al. 2013). Att tillföra resurser till områden och metoder som visat sig vara väl fungerande har föreslagits vara halva arbetet (Solovy 1999). Att utmönstra och ta bort metoder och rutiner som visat sig vara sämre fungerande eller till och med skadliga kan sägas vara den andra halvan. Avimplementering har då stora likheter med implementering och har beskrivits som två sidor av samma mynt. I så fall skulle det kunna finnas liknande mekanismer som stödjer respektive försvårar både implementering och avimplementering (Sauro et al. 2019). Holländska forskare hävdar dock att avimplementering kräver en bred palett av förklaringar förknippade med motivation bland

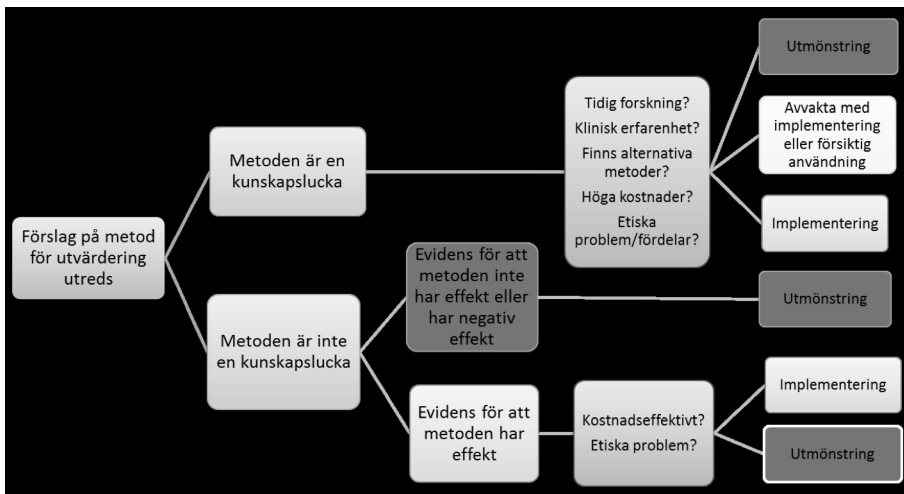
personalgrupper, krav från patienter och brukare, politiska förväntningar och organisatoriska förhållanden (van Bodegom-Vos, Davidoff & Marang-van de Mheen 2017). Deras forskning indikerar att framgångsrik styrning av implementering och avimplementering baseras på olika slags mekanismer förutom förväntningar på att utfallet ska förbättra vård och stöd för brukare.

Aktuell internationell implementeringsforskning efterlyser nu studier om hur mindre effektiva eller skadliga arbetsätt kan avvecklas när nya ska ta plats (Prasad & Ioannidis 2014). Ett särskilt problem är den omfattande och oklara terminologi som används för att beskriva avveckling och forskare har identifierat 43 närbesläktade begrepp (Gnjidic & Elshaug 2015) som (avinvestering; disinvestment) och likartade begrepp som ”de-implementation”, ”reassessment”, ”priority setting”, ”de-adaption” eller ”un-learning”. Forskning som använt just un-learning förekommer särskilt inom välfärdssektorn i bred mening; välfärdsteknologi (Haines et al. 2014); health care (Cooper & Starkey 2010) och inom mental health (Powell et al. 2012). Exogena krafter, det vill säga yttre, kraftig påverkan i form av oväntade kriser eller förändrad lagstiftning anses framtvunga förändring, där en produkt eller process ersätts av en ny, inte nödvändigtvis för att den nya är bättre ur ett patient- och brukarperspektiv eller har evidensstöd (Scheiner et al. 2016). Covid-19-pandemin under 2020–2022 är ett bra exempel på hur en internationell kris mynnade ut i snabbt framtagna vaccin, men även hur det växte fram skepsis och tveksamhet hos ”antivaxxare”.

## **Avimplementering som ideal**

Avimplementering förknippas även med ”overuse”, det vill säga överanvändning av obehövligena metoder, och studier visar att det är ett mångdimensionellt problem som behöver förstås utifrån kultur och vanor inom sjukvården, men även utifrån patientens förväntningar och krav. Stegvisa insatser (bostadetrappor) för hemlösa som behöver kvalificera sig för att få en bostad är ett sådant exempel inom det sociala arbetet. I nationella riktlinjer rekommenderas att de ska fasas ut, men de fortsätter ändå användas (Socialstyrelsen 2015). Flera forskare hävdar att det krävs arbetsätt i vardagen som systematiskt överväger och anpassar sig till aktuell evidens och som aktivt sörjer för att ändra praktiken utifrån tillgänglig implementeringsforskning (Stelfox, Bourgault & Niven 2019). Utifrån en genomgång av 727 artiklar presenterar

Verkerk och kolleger tre övergripande teman kring low-value care som kan initiera avimplementering: 1) ineffektiv vård som behöver begränsas, ofta kopplat till höga kostnader; 2) ineffektiv vård som behöver elimineras eftersom den inte längre är värdefull; 3) vård som uppfattas som oönskad utifrån ett patientperspektiv (Verkerk et al. 2018). SBU har tagit fram ett förslag på flödesschema för prioritering, ett schema som är tänkt att vara till stöd inom hälso- och sjukvård. Det ska kunna användas för att utmönstra metoder som har ogynnsam effekt, saknar effekt eller inte är evidensbaserade (SBU 2014). Figur 1 nedan är hämtad från denna rapport.



Figur 1: Utmönstringsprocessen (SBU 2014, s. 7).

Figuren illustrerar synen på utmönstring som linjär och tämligen okomplicerad. Den forskning som ägnat sig åt utmönstring av gamla arbetsmetoder inom hälso- och sjukvården har emellertid visat att det är betydligt mera komplexa processer än att de kan fångas i en översiktlig bild (Roback et al. 2016). Vissa forskare menar därför att det krävs systematiskt arbete för att identifiera metoder som är lämpliga att avveckla (McKay et al. 2018). De föreslår tre kriterier: 1) interventioner som inte är effektiva eller skadliga, 2) interventioner som inte är de mest effektiva (finns bättre alternativ) och 3) interventioner som numera är obehövlige.



## Avimplementering som praktik

McKay och kolleger visar i en studie från USA att avimplementering även kan beröra interventioner med starkt vetenskapligt stöd (McKay, Dolcini & Hoffer, 2017). De följde ett HIV-program som avvecklades på grund av bristande finansiering, något som fick stora konsekvenser för det sociala arbetet som behövde omorganiseras vilket skapade frustration bland personalen. En annan studie har undersökt varför några lovande program som riktades till personer med psykisk ohälsa i USA avvecklats (Massatti et al. 2008). Enligt deras analys samverkade flera faktorer i skiftande utsträckning: brist på finansiering, externt inflytande i besluts- och planeringsprocesser, faktorer relaterade till personal och ledarskap, misstro att organisation kunde implementera som avsett, bristande anpassning av interventionen i organisationen och bristfällig programtrohet (fidelity). Svårigheterna att utmönstra sämre metoder upprör en del forskare som är öppet kritiska och beskriver problemen i termer av ”heliga kor” (Bourgault & Upvall 2019, s. 1) eller som ”a perfect storm of overutilization” (Emanuel & Fuchs 2008). I förlängningen anses detta drabba särskilt sårbara patienter och motverkar strävanden att skapa en jämlik hälsa och vård (Helfrich et al. 2019).

En studie från USA visar att omfattande kirurgi vid bröstcancer övergavs först när patienter organiserat krävde annan vård, men att avvecklingen även påverkades av ekonomiska skäl; de nya behandlingsmetoderna var mera kostnadseffektiva (Montini & Graham 2015). Annan forskning inriktas på att presentera nödvändiga förutsättningar för att stödja prioriteringar, som Parchman med kollegor: “...prioritize addressing low-value care; build a culture of trust, innovation and improvement; establish shared language and purpose; and commit resources to measurements.” (Parchman et al. 2016, s. 199). Avimplementering inom hälso- och sjukvården undersöktes inom ett nätverk av sjukhus i Australien. Trots höga ambitioner medförde svag styrning, tidsbrist och ekonomiska omprioriteringar att många mål inte kunde uppnås. Studien illustrerar komplexiteten i att skapa förståelse för prioriteringar baserade på bästa evidens och hur den lokala kontexten i hög grad styr (Harris et al. 2018).

Åtminstone två slutsatser kan dras från denna forskning om avveckling av gamla metoder. För det första är det svårt att avgöra när avimplementering behöver ske. Att börja identifiera så kallad low-value care är förenat med stora utmaningar. Elshaug & kolleger granskade 5 209 artiklar på jakt efter rekomm-

mendationer att sluta använda problematiska insatser. 156 förslag kunde identifieras, men få av dessa visade sig vara gemensamma för samtliga patienter. Potentiellt mindre lyckade insatser kan fungera ändå i ett annat sammanhang – och vice versa (Elshaug et al. 2012). För det andra är tillgänglig evidens enbart en av många möjliga mekanismer som kan driva avimplementering. En utmaning är begränsad tilltro till nya metoder med evidensstöd. I en studie från USA jämfördes praktikers uppfattning om traditionsbaserad praktik (TBP) med evidensbaserad praktik EBP (Bourgault & Upvall, 2019). Intervjuade sjuksköterskor signalerade osäkerhet kring det vetenskapliga stödet i sin vardagliga praktik och hade svårt att skilja TBP från EBP. Detta är inget överraskande resultat utan bekräftar bland annat Gunilla Avby med kollegers resultat om en splittrad syn på vad som ska betraktas som evidens. Studien baserades på intervjuer med chefer och politiker inom den sociala barnvården i tre svenska kommuner (Avby, Nilsen, & Dahlgren 2014). Forskningskunskap används inte systematiskt i utfasningsarbete (Prasad & Ioannidis 2014; van Leijen-Zeelenberg et al. 2013). Såväl individuella medarbetares uppfattningar som etablerade rutiner och kognitiva mentala processer kan vara viktiga inslag i de komplexa processer som påverkar avveckling av mindre verksamma arbetsmetoder (Helfrich et al. 2019; Scheiner et al. 2016).

Sammanfattningsvis pekar forskningen på att tillgänglig vetenskaplig evidens tillsammans med organiserade patientkrav samt gynnsamma ekonomiska effekter kan vara drivande för avveckling. Ett sådant exempel är hur socialförvaltningen i Helsingborg under flera år aktivt gett stöd till innovationer från personer med egna erfarenheter av utanförskap (Denvall 2018). Forskning visar även att personlig hjälp och feedback kan stödja avvecklingsprocesser. Individuella medarbetares uppfattningar, etablerade rutiner och kognitiva processer kan däremot hindra avimplementering. För att verksamheter ska kunna lyckas med att fasa ut gamla arbetssätt lyfter forskning fram vikten av ett tillitsfullt arbetsklimat, ett gemensamt språk och en fungerande kommunikation inom organisationen.

## Diskussion

Allt fler psykologiska och sociala interventioner utvärderas och erhåller vetenskapligt stöd. Denna stigande kunskap kan innebära starkare evidensbaserade beslutsunderlag liksom bättre fungerande samverkan mellan organisationer med skilda uppdrag genom ökad integration mellan hälso- och sjukvård och kommunala insatser liksom utveckling av kulturer som premierar samarbete och förändringar i den konkreta praktiken. Ökad kunskap kan även innebära att vi får veta mer om hur redan existerande insatser kan vara mindre effektiva, dyra eller rent av skadliga och att de behöver överges till förmån för nya. Svenska myndigheter har i uppdrag att sammanställa sådan kunskap som kan omvandlas till prioriteringsstöd genom nationella riktlinjer. Men denna vetenskapligt framtagna kunskap är inte utan problem. Jag ska lyfta fram tre aspekter i denna avslutande diskussion.

För det första måste man kritiskt beakta den starka koncentration på vetenskapligt framtagen kunskap som kommit att förespråkas av evidensrörelsens företrädare. De hävdar med emfas att det mest tillförlitliga metodstödet sker genom effektstudier, som bildar basen i riktlinjer och sammanställningar i systematiska översikter (Boaz et al. 2019). Men samtidigt är uppfattningen om evidens, hur den ska praktiseras och dess utmaningar omtvistat. Boaz et al menar också att en methods företräden och tillkortakommanden måste värderas utifrån den specifika epistemologiska och lokala kontext där kunskapen finns producerad. Det innebär att även andra kunskapsformer från professionella och från personer med egna erfarenheter av att vara klienter och/eller patienter behöver vävas in. Frågan är då vad som skall avimplementeras? Utifrån den internationella forskning jag har presenterat riktas siktet särskilt in på traditionsbaserade interventioner som saknar gediget vetenskapligt stöd. Men även dessa arbetssätt kan göra stor nytta i sina särskilda sammanhang och bör inte avimplementeras rakt av. Tröghet kan mycket väl utgöra ett viktigt skydd för brukar- och professionsevidens, något som då ifrågasätter en dominerande vetenskapssyn på vad som är värdefull kunskap. Eftersom flera olika kunskapsformer existerar samtidigt skapas ett spänningsfält kring vilken slags kunskap som ska gälla. Det räcker knappast att statliga myndigheter försöker skapa enhetliga tolkningar och rekommendationer genom nationella riktlinjer. När verksamheter fortsätter

använda etablerade metoder trots starkt vetenskapligt stöd för de nya, kan alltså detta bero på bristande tilltro till det vetenskapliga kunskapsidealet.

För det andra är implementeringen av ny kunskap och dess omvandling till nya arbetssätt besvärlig. Det är inte frågan om linjära processer utan i bästa fall ett ordnat införande trots stor uppbackning centralt och nationellt. Det finns en mängd faktorer som påverkar implementering och forskning har visat att vi måste utveckla vår förståelse för hur implementering sker i lokala sammanhang där ofta många professioner och verksamheter är involverade, inte sällan med konkurrerande perspektiv och uppdrag. Lokala kontexter avgör implementering/avimplementering, något som försvårar generella utsagor. Interventioner i komplexa sammanhang tenderar att medföra oförutsägbara konsekvenser. Det sker parallella processer på skilda nivåer i organisationer och i deras omgivande fält, vilket ökar komplexiteten och bidrar till svårigheter att styra och därmed till förväntat utfall.

För det tredje och sista krävs det bredare teorier som inkluderar politiska, institutionella, organisatoriska och kulturella faktorer som driver implementering av nya och utmönstring av gamla interventioner. De empiriska översikter som finns är baserade på specifika förutsättningar (användargrupper, professioner), vilket därmed försvårar generalisering i den myriad av kulturer, organisationer och sammanhang som omfattar hälso- och sjukvård och socialt arbete. Teoretiska begrepp som spårbundenhet och omgivningsberoende är värdefulla för att analysera förutsättningar för både implementering och avimplementering. Men analytiskt är de på en övergripande nivå och det behövs närgångna empiriska studier för att mekanismer ska bli synliga i likhet med Carl Mays förslag. Tröghetens mekanismer finns inbäddade i en organisations minne och kvarstår även om personal byts ut. De förekommer i arbetsrutiner, i administrativa system, i kulturer och sträcker sig över organisationsgränser. Identiteter, grundläggande antaganden och värderingar är sådana aktiva komponenter i institutionella logiker. En organisations teknologier (dess metoder och arbetsprocedurer) kan kopplas till de kärnaktiviteter som behöver skyddas från yttre påverkan och blir därmed platser där tröghet är funktionell som skyddsmekanism.

Även om det finns mekanismer som förenar tröghet i samband med såväl implementering som avimplementering så skiljer de sig också åt. Vid implementering är den avgörande utmaningen att hantera följsamhet till nya idéer och att kunna anpassa organisationen så att traditioner och kontinuitet

bevaras. Vid avimplementering gäller det omvända, nämligen att ifrågasätta följsamhet till de traditioner som söker säkra kontinuitet och att samtidigt hantera omgivningens krav på anpassning till det nya och obeprövade. De förenas i ovisshet inför värdet av vetenskaplig evidens i den lokala kontext där den skall tillämpas. Forskning ger begränsad vägledning hur tidigare rutiner skall anpassas, om de ska avlägnas delvis eller om de ska ersättas helt. Även traditionsbaserade insatser kan vara väl så verkningsfulla i en kontext som evidensbaserade i en annan.

Jag vill avsluta med två råd till praktiken. För det första förefaller det lämpligt att vid implementering av nya evidensbaserade insatser ägna uppmärksamhet även åt etablerade arbetsmetoder. I synnerhet om de skiljer sig åt vad gäller bärande värderingar och logiker kan det vara värdefullt att utöka kunskapen om vilka konsekvenser de gamla arbetssätten kan ha för att implementeringen av de nya skall lyckas. För det andra finns det knappast något facit att bygga på. Det talas ofta om vikten av lyckade experiment, piloter och projekt att lära av. Det förutsätter enligt min mening ordentliga analyser på teoretisk grund som kan identifiera mekanismer som påverkar. Jag har här presenterat några som forskningen hittills har påtalat som verkningsfulla.

Till sist: Ett stort tack för alla inspirerande diskussioner till projektkollegerna Ulrika Bejerholm, Kristina Carlsson Stylianides, Marcus Knutagård och Suzanne Johanson. Tack även till professor emeritus Evert Vedung vid Uppsala universitet för uppslagsrika kommentarer.

## Referenser

- Ahrne, G. & Papakostas, A. (2014) *Organisationer, samhälle och globalisering: tröghetens mekanismer och förnyelsens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Avby, G., Nilsen, P. & Dahlgren, M.A. (2014) Ways of understanding evidence-based practice in social work: A qualitative study. *British Journal of Social Work*, 44(6): 1366–1383.
- Becker, H.S. (1995) The power of inertia. *Qualitative Sociology*, 18(3): 301–309.
- Bergmark, A., Bergmark, Å. & Lundström, T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete: teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & kultur.
- Billsten, J. (2019) *Dissemination and implementation of the Swedish national guidelines for treatment of substance use - a five year evaluation*. Akademisk avhandling. Växjö: Linnéuniversitetet.
- Boaz, A., Davies, H., Fraser, A. & Nutley, S. (red.). (2019) *What Works Now? Evidence-Informed Policy and Practice*. Bristol: Policy Press.
- Bohlin, I., & Sager, M. (red.) (2011) *Evidensens många ansikten*. Lund: Arkiv.
- Born, K., Kool, T. & Levinson, W. (2019) Reducing overuse in healthcare: advancing Choosing Wisely. *BMJ*, 367, l6317. doi:10.1136/bmj.l6317
- Bourgault, A.M. & Upvall, M.J. (2019) De-implementation of tradition-based practices in critical care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2). doi:10.1111/ijn.12723
- Boxenbaum, E. (2006) Lost in Translation The Making of Danish Diversity Management. *American Behavioral Scientist*, 49(7): 939–948.
- Börjesson, A. (2018) *(R)evolutionära idéer: Förändring i svensk sjukförsäkringspolitik 1995–2015*. Akademisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Cooper, C. & Starkey, K. (2010) Disinvestment in health care. *British Medical Journal*, 340(7747): 605. doi:10.2307/25674243
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4: 50–64. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Denvall, V. (2018) Innovation och participation – en fallstudie av Bostad först i Helsingborgs stad. I SoU 2018:38, *Styra och leda med tillit – forskning och praktik*. S. 221 – 247. Stockholm: Fritzes.
- Denvall, V., Bejerholm, U., Johanson, S., Karlsson Stylianides, K. & Knutagård, M. (2022) De-implementation: lessons to be learned when abandoning inappropriate homelessness interventions. *International Journal of Homelessness*. 2: 1-17. Doi: 10.5206/ijoh.2022.2.13709
- Elshaug, A.G., Watt, A.M., Mundy, L. & Willis, C.D. (2012) Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Medical Journal of Australia*, 197(10): 556–560.

- Emanuel, E.J. & Fuchs, V.R. (2008) The Perfect Storm of Overutilization. *JAMA*, 299(23): 2789–2791. doi:10.1001/jama.299.23.2789
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F. & Wallace, F. (2009) Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5): 531–540.
- Forss, K., Marra, M. & Schwartz, R. (2011) *Evaluating the complex: Attribution, contribution, and beyond (Comparative Policy Evaluation)*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Garner, S., Docherty, M., Somner, J., Sharma, T., Choudhury, M., Clarke, M. & Littlejohns, P. (2013) Reducing ineffective practice: challenges in identifying low-value health care using Cochrane systematic reviews. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(1): 6–12. doi:10.1258/jhsrp.2012.012044
- Gnjidic, D. & Elshaug, A.G. (2015) De-adoption and its 43 related terms: harmonizing low-value care terminology. *BMC Medicine*, 13(1): 273. doi:10.1186/s12916-015-0511-4
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. & Kyriakidou, O. (2004) Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4): 581–629.
- Haines, T., O'Brien, L., McDermott, F., Markham, D., Mitchell, D., Watterson, D. & Skinner, E. (2014) A novel research design can aid disinvestment from existing health technologies with uncertain effectiveness, cost-effectiveness, and/or safety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(2): 144–151. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.014
- Harris, C., Allen, K., Ramsey, W., King, R. & Green, S. (2018) Sustainability in Health care by Allocating Resources Effectively (SHARE) 11: Reporting outcomes of an evidence-driven approach to disinvestment in a local healthcare setting. *BMC Health Services Research*, 18(1): 386.
- Hasenfeld, Y. (red.) (1992) *Human services as complex organizations*. Newbury Park: Sage.
- Hasson, H. & von Thiele Schwarz, U. (2017) *Användbar evidens: om följsamhet och anpassningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Helfrich, C., Hartmann, C.W., Parikh, T.J. & Au, D.H. (2019) Promoting health equity through de-implementation research. *Ethnicity & disease*, 29(Suppl 1): 93–96.
- Hirdman, Y. (1989) *Att lägga livet till rätta - studier i svensk folkhemspolitik*. Stockholm: Carlssons.
- Hjern, B. & Porter, D.O. (1981) Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis. *Organization Studies*, 2(3): 211–227. doi:10.1177/017084068100200301
- Ingvarsson, S., Augustsson, H., Hasson, H., Nilsen, P., von Thiele Schwarz, U. & von Knorring, M. (2020) Why do they do it? A grounded theory study of the use of low-value care among primary health care physicians. *Implementation Science*, 15(1): 1–10.

- Johansson, K., Vedung, E. & Denvall, V. (2015) After the NPM Wave: Evidence-based practice and the vanishing client. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 19(2): 69–88.
- Johansson, R. (2002) *Nyinstitutionalismen inom organisationsanalysen: en skolbildnings uppkomst, spridning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Linde, S. & Svensson, K. (red.) (2013) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Malmö: Liber.
- Mahoney, J. & Thelen, K. (red.) (2010) *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malpass, P. (2011) Path dependence and the measurement of change in housing policy. *Housing, Theory and Society*, 28(4): 305–319.
- Massatti, R.R., Sweeney, H.A., Panzano, P.C. & Roth, D. (2008) The De-adoption of Innovative Mental Health Practices (IMHP): Why Organizations Choose not to Sustain an IMHP. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1–2): 50–65. doi:10.1007/s10488-007-0141-z
- May, C.R. (2013) Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science & Medicine*, 78: 26–33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.11.021
- May, C.R., & Finch, T. (2009) Implementing, embedding, and integrating practices: an outline of normalization process theory. *Sociology*, 43(3): 535–554.
- May, C.R., Johnson, M., & Finch, T. (2016) Implementation, context and complexity. *Implementation Science*, 11(1): 1–12.
- McKay, V.R., Dolcini, M.M. & Hoffer, L.D. (2017) The dynamics of de-adoption: a case study of policy change, de-adoption, and replacement of an evidence-based HIV intervention. *Translational behavioral medicine*, 7(4): 821–831. doi:10.1007/s13142-017-0493-1
- McKay, V.R., Morshed, A.B., Brownson, R.C., Proctor, E.K. & Prusaczyk, B. (2018) Letting Go: Conceptualizing Intervention De-implementation in Public Health and Social Service Settings. *American Journal of Community Psychology*, 62(1–2): 189–202. doi:10.1002/ajcp.12258
- Mol, A. & Law, J. (2002) Complexities: an introduction. I A. Mol & J. Law (red.) *Complexities. Social studies of knowledge practices*. Durham: Duke University Press.
- Montini, T. & Graham, I. D. (2015) “Entrenched practices and other biases”: unpacking the historical, economic, professional, and social resistance to de-implementation. *Implementation Science*, 10(1): 24.
- Nilsen, P. (2015) Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1): 13.
- Nilsen, P. (red.) (2014) *Implementering av evidensbaserad praktik*. Malmö: Gleerups.
- Nordesjö, K. (2015) *Relationen styrning och utvärdering: hur en europeisk utvärderingsidé översätts i Sverige*. Akademisk avhandling. Växjö: Linnéuniversitetet.



- Parchman, M.L., Henrikson, N.B., Blasi, P.R., Buist, D.S., Penfold, R., Austin, B. & Ganos, E.H. (2016) Taking action on overuse: Creating the culture for change. *Healthcare*, 5(4). doi:10.1016/j.hjdsi.2016.10.005
- Pawson, R. & Tilley, N. (1997) *Realistic evaluation*. London: Sage.
- Pierre, J. & Peters, B.G. (2005) *Governing complex societies: Trajectories and scenarios*. Houndmills: Palgrave.
- Powell, B.J., McMillen, J.C., Proctor, E.K., Carpenter, C.R., Griffey, R.T., Bunger, A.C., . . . York, J.L. (2012) A Compilation of Strategies for Implementing Clinical Innovations in Health and Mental Health. *Medical care research and review*, 69(2): 123–157. doi:10.1177/1077558711430690
- Prasad, V. & Ioannidis, J. (2014) Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9(1): 1–5.
- Roback, K., Bernfort, L., Lundqvist, M. & Alwin, J. (2016) *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* (Vol. 2016:2). Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Rogers, E.M. (2010) *Diffusion of innovations* (4:e uppl.). New York: Simon and Schuster.
- Rogers, P.J. (2008) Using programme theory to evaluate complicated and complex aspects of interventions. *Evaluation*, 14(1): 29–48.
- Sandahl, R. & Petersson, G.J. (2016) *Kausalitet: i filosofi, politik och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandén, U. (2021) *The art of bouncing back: Patient perspective on cancer rehabilitation*. Akademisk avhandling. Lund: Lunds universitet.
- Sauro, K., Bagshaw, S.M., Niven, D., Soo, A., Brundin-Mather, R., Parsons Leigh, J., Stelfox, H.T. (2019) Barriers and facilitators to adopting high value practices and de-adopting low value practices in Canadian intensive care units: a multi-method study. *BMJ Open*, 9(3): e024159. doi:10.1136/bmjopen-2018-024159
- SBU (2013) Bana väg för det nya! *Medicinsk vetenskap & praxis*, (3-4): 1–3.
- SBU (2014) *Uppdrag angående kunskapsstyrning. HTA-samverkan*. Rapport till Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/49b66c/contentassets/d561706f2471410080541e6c988a4331/uppdrag-angaende-kunskapsstyrning-s2013609fs>
- SBU (2017) *Behov av praktisknära forskning och vetenskaplig utvärdering. En analys av vetenskapliga kunskapsluckor år 2017 inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS* (Vol. 263). Stockholm: SBU.
- Scheiner, C.W., Baccarella, C.V., Feller, N., Voigt, K.-I. & Bessant, J. (2016) Organisational and individual unlearning in identification and evaluation of technologies. *International Journal of Innovation Management*, 20(02): 27.
- Schreyögg, G. & Sydow, J. (2011) Organizational path dependence: A process view. *Organization Studies*, 32(3): 321–335.

- Socialstyrelsen (2006) *Lokala hemlöshetsprojekt 2002–2005. Resultat, slutsatser och bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2012) *Om implementering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solovy, A. (1999). The unlearning curve. Learning is only half the process of achieving organizational change. *Hospitals & health networks/AHA*, 73(1), 30-30.
- Stelfox, H.T., Bourgault, A.M. & Niven, D.J. (2019) De-implementing low value care in critically ill patients: a call for action-less is more. *Intensive care medicine*, 45(10): 1 443–1 446. doi:10.1007/s00134-019-05694-y
- Sundell, K. (red.) (2012) *Att göra effektvärderingar*. Stockholm: Gothia.
- Swanevie, K. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete: Från idé till praktik*. Akademisk avhandling. Umeå: Umeå universitet.
- Thompson, J.D. (1967) *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*. New Brunswick: Transaction publishers.
- Upvall, M.J. & Bourgault, A.M. (2018) De-implementation: A concept analysis. *Nursing Forum*, 53(3): 376–382. doi:10.1111/nuf.12256
- van Bodegom-Vos, L., Davidoff, F. & Marang-van de Mheen, P.J. (2017) Implementation and de-implementation: two sides of the same coin? *BMJ Qual Saf*, 26(6): 495–501.
- van Leijen-Zeelenberg, J.E., van Raak, A.J.A., Duimel-Peeters, I., Kroese, M., Brink, P., Ruwaard, D. & Vrijhoef, H.J.M. (2013) Barriers to implementation of a redesign of information transfer and feedback in acute care: results from a multiple case study. *International Journal of Integrated Care*, 13(8). doi:10.5334/ijic.1467
- Vedung, E. (2009) *Utvärdering i politik och förvaltning (2:a upplagan)*. Lund: Studentlitteratur.
- Verkerk, E.W., Huisman-de Waal, G., Vermeulen, H., Westert, G.P., Kool, R.B. & van Dulmen, S.A. (2018) Low-value care in nursing: A systematic assessment of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 87: 34–39. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.002
- Vind, L. & Hecksher, D. (2004) The diffusion of the ASI in Denmark: Implementation of a national monitoring system based on the Europe ASI. *Journal of Substance Use*, 9(3–4): 156–162.