

Fatta beslut och agera

Ett forskningsprogram om att omfamna komplexiteten i implementering för att minska hälsoklyftor

Henna Hasson, Hanna Öfverström, Anna Birgersdotter,
Annika Bäck, Ulrica von Thiele Schwarz

Henna Hasson, professor i implementeringsvetenskap, Procome forskargrupp, LIME, KI & Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), SLSO, Region Stockholm.

E-post: henna.hasson@ki.se

Hanna Öfverström, PhD inom medicinsk vetenskap, Procome forskargrupp, LIME, KI & Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), SLSO, Region Stockholm.

E-post: hanna.ofverstrom@ki.se

Anna Birgersdotter, PhD i tumörbiologi, Enheten för bioentreprenörskap, LIME, KI,

E-post: anna.birgersdotter@ki.se

Annika Bäck, PhD inom medicinsk vetenskap, Procome forskargrupp, LIME, KI & Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), SLSO, Region Stockholm.

E-post: annika.back@ki.se

Ulrica von Thiele Schwarz, professor i psykologi, Mälardalens universitet, Västerås och affilierad forskare vid Procome forskargrupp, LIME, KI, Stockholm. E-post: ulrica.schwarz@mdu.se

DOI: <https://doi.org/10.62607/smt.v10i2i6.64095>

Insatser för folkhälsa når sällan de mest behövande. Detta är en implementeringsutmaning som riskerar att oavsiktligt leda till ökade hälsoklyftor. Forskningsprogrammet "Fatta beslut och agera: att omfamna komplexiteten i implementering för att minska hälsoklyftor" syftar till att utforska kunskapsluckor kring beslutsfattande och praktiskt genomförande av strukturella samt preventiva och hälsofrämjande insatser. Programmets bidrag ligger i att kombinera expertis inom folkhälsa, statsvetenskap och implementeringsvetenskap och multipla metoder, med målet att identifiera sätt att överbygga hinder i arbetet för att minska hälsoklyftor mellan olika samhällsgrupper.

Public health interventions rarely reach those most in need. This is an implementation challenge that risks inadvertently widening health inequalities. This article focuses on implementation challenges that arise when knowledge about the determinants of health is translated into practical actions to improve public health. It presents the research programme "*Make Decisions and Act: Embracing the Complexity of Implementation to Reduce Health Inequalities*," which aims to explore knowledge gaps related to implementation challenges in decision-making and the practical delivery of structural, preventive, and health-promoting interventions, as well as their consequences for health equity. The programme's contribution lies in illustrating how expertise in public health, political science, and implementation science—combined with multiple methodological approaches—can be integrated with the aim of identifying ways to overcome barriers in efforts to reduce health inequalities between different social groups.

Bakgrund

Även om den genomsnittliga livslängden i Sverige är bland de högsta i EU, skiljer den sig åt mellan olika samhällsgrupper [1]. Faktum är att stora hälsoskillnader trots ett välutvecklat välfärdssystem har beskrivits som den nordiska paradoxen [2]. Det finns en social hälsogradient, där grupper med lägre socioekonomisk status har sämre hälsa och ohälsosammare levnadsvanor [3, 4]. Dessutom kan specifika grupper såsom migranter, ensamstående föräldrar och äldre vara särskilt utsatta. I Sverige är alltså hälsa långt ifrån jämnt fördelad, trots det övergripande politiska målet om en god och jämlik hälsa [4]. Dessutom förefaller skillnaderna att öka över tid [5].

Det räcker alltså inte med politiska mål och ambitioner för att minska hälsoskillnader. Många av målen kräver att de omsätts i praktisk handling nära medborgarna. Kommuner och regioner har en mycket viktig roll i detta, tillsammans med civilsamhällesorganisationer [6]. Det finns åtminstone två övergripande typer av insatser som dessa kan investera i: dels strukturella åtgärder som adresserar grundorsakerna till folkhälsoproblem i en viss miljö (t.ex. levnadsvillkor), dels hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program inriktade på att förändra beteenden hos specifika individer, grupper och/eller samhällen [7, 8]. Insatserna kan alltså rikta sig både direkt till människor och till platser.

Det saknas inte kunskap om vad som skulle kunna leda till bättre folkhälsa. Det finns evidens för flera folkhälsoinsatser som är effektiva [9, 10]. Utmaningen är att säkerställa att dessa når de underprivilegierade grupperna. Det är alltså ett problem som rör hur man inför insatser på ett sådant sätt att de når rätt målgrupp, i rätt tid och på rätt sätt.

Implementering har identifierats som en av de största utmaningarna för att förbättra folkhälsan och uppnå jämlik hälsa [11]. Även här ryms en paradox. Framgångsrik implementering av effektiva insatser som främst når de med flest resurser [12] riskerar att leda till ökad ojämlikhet snarare än minska hälsoskillnaderna [12, 13]. Det är lättare att nå, hålla i och hålla ut i grupper som har det lite bättre förspant; de som till exempel redan är förankrade i lokalsamhället har högre förkunskaper och mer tilltro till sin förmåga att ändra sina vanor [14]. För att öka jämlikhet i hälsa genom implementering av folkhälsoinsatser behöver två steg på vägen från insats till faktisk nytta i befolkningen adresseras: dels att beslut fattas som möjliggör en sådan utveckling, dels att införandet av folkhälsoinsatser i verkliga miljöer (dvs. utanför forskningsstudier) stärks.

Utmaningar kopplade till beslutsfattande

Det krävs systemperspektiv för att minska hälsoklyftor genom folkhälsoinsatser [6]. Detta utgör en betydande utmaning för lokala beslutsfattare, eftersom

insatserna ofta är komplexa i det att de omfattar flera komponenter och involverar olika ansvarsområden (t.ex. utbildning, stadsplanering) och olika aktörer (t.ex. flera nämnder inom en kommun eller kommun och region) [15]. Dessutom sker beslutsfattandet inom begränsade ekonomiska ramar, där investeringar vägs mot budget, andra behov, allmän opinion och mediebevakning [16, 17, 18]. Folkhälsoinsatsers effekter märks dessutom ofta först långt efter att insatsen genomförts, vilket försvårar prioriteringar jämfört med beslut som har mer omedelbara effekter. Trots att forskningen visar att evidens beaktas i låg grad i folkhälsopolitik [19], räcker det inte att förstå beslutsfattares syn på evidens i isolering – det måste förstås i kontext av deras verklighet, med konkurrerande behov och begränsade resurser. Det behövs därför kunskap om vilka förutsättningar som möjliggör ett konstruktivt och evidensbaserat beslutsfattande, inklusive hur, av vem och på vilka grunder investeringar för utsatta grupper sker – något som idag är relativt okänt.

Utmaningar kopplade till praktisk implementering

För att folkhälsoinsatser ska minska hälsoklyftor måste de omsättas i praktiken på ett sätt som inte ytterligare missgynnar de mest behövande. De måste göra skillnad för utsatta grupper, vilket visat sig vara utmanande på flera sätt. Att på ett adekvat sätt nå ut till dessa grupper har varit en återkommande utmaning, liksom att få deltagarna att fortsätta sitt engagemang hela programtiden [14, 20]. För att anpassa insatser till målgruppens behov görs ofta förändringar som kan påverka programmets kvalitet (följsamhet) och därmed dess effekt [21]. Den här typen av anpassningar kan ha både positiva och negativa effekter [22]. Dessutom finns en risk att man använder insatser med låg eller ingen bevisad effekt – så kallade lågvärdeinsatser [23]. Att det förekommer lågvärdeinsatser för med sig att implementering också kan innefatta utmönstring (deimplementering) av lågvärdeinsatser. Utmönstring utgör en särskilt utmanande del av implementeringsfältet, eftersom det rör insatser som redan är etablerade och integrerade både i människors vanor och organisationers rutiner [24].

Sammantaget kan dessa utmaningar äventyra resultaten eller i värsta fall leda till negativa effekter på målgruppens hälsa. I de fall insatserna inte når dessa grupper riskerar ojämlikheten i hälsa att öka ytterligare [25]. Det är dock oklart hur utmaningarna kan övervinnas, t.ex. hur man hanterar lågt deltagande i folkhälsoinsatser eller bristande följsamhet hos personal som levererar insatsen till de komponenterna i insatsen som behöver vara på plats för att insatsen ska vara effektiv [26].

Forskningen

Programmet syftar till att utforska implementeringsutmaningar kopplade till beslutsfattande och praktisk implementering av folkhälsoinsatser samt deras konsekvenser för jämlikhet i hälsa. För att kunna identifiera och överbrygga hinder i arbetet för att minska hälsoklyftor mellan olika samhällsgrupper, för programmet samman expertis inom folkhälsa, statsvetenskap och implementeringsvetenskap. Programmet är sex-årigt och startades i november 2023. Finansiären är FORTE (diar nr 2023-01085). När denna artikel skrivs genomför vi den första fasen av programmet och har inte resultat än. Denna artikel presenterar därför programmets upplägg och de metoder som används.

Den tvärvetenskapliga forskningen genomförs i tre delvis överlappande faser. Vi inleder med en explorativ kvalitativ design (fas 1), eftersom det finns relativt begränsad kunskap om lokalt beslutsfattande kring insatser för att minska ojämlikhet i hälsa. Forskningen handlar om hur beslutsfattare (t.ex. politiker och administrativ ledning) på lokal nivå (dvs. kommunal och regional nivå) väljer ut grupper som ska omfattas av folkhälsoinsatser och vad som påverkar deras beslut i att investera i utsatta gruppers hälsa. Vi undersöker vilka insatser som initieras eller avslutas samt hur beslutsfattare resonerar kring sin roll i beslut som kräver samordning mellan flera beslutsfattare. I den här fasen använder vi oss av dokumentanalys för att se vilka spår folkhälsoinsatser lämnar i budget- och måldokument och intervjuer (med politiker, chefer och tjänstemän) för att fördjupa förståelsen för beslutsfattarnas perspektiv och hur det påverkar beslutsfattningen.

I fas 2 och 3 tillämpas prospektiva ansatser. Fas 2 omfattar ett naturligt experiment med flera pågående lokala implementeringsfall som följs longitudinellt för att förstå hur, och med vilken effekt, folkhälsoinsatser implementeras och utmönstras i den dagliga praktiken. Vi studerar därmed praktisk implementering av folkhälsoinsatser i kommuner, regioner och civilsamhället. Fokus är på hur insatser implementeras eller utmönstras, vilka faktorer som påverkar implementeringsprocessen (tex utförarens kapacitet, målgruppens önskemål m.m.) och vilka strategier som kan användas för att överkomma hinder för implementering eller utmönstring. Vidare undersöks vilka resultat som uppnås av implementeringen och om det görs anpassningar av folkhälsoinsatserna för att bättre passa miljön där den ska implementeras, och vad det kan ha för konsekvenser. Här använder vi flera olika datakällor och analysmetoder, och kombinerar därvid en detaljerad förståelse för varje case som studeras samt jämförelser mellan dem.

I fas 3 tillämpas en prospektiv multi-metodutvärderingsdesign för att utveckla och testa kapacitetsstärkande interventioner för aktörer involverade i beslutsfattande och implementering. I den avslutande delen är därmed fokus på interventioner för aktörer involverade i beslutsfattande och praktisk implementering

av folkhälsoinsatser. Vi undersöker hur arbetet för personer som är involverade i beslutsfattande och implementering av folkhälsoinsatser kan stödjas, vilket typ av stöd som efterfrågas och hur de kapacitetsstärkande interventionerna kan påverka kunskap och beteenden kopplat till beslutsfattande och implementering.

Vår ambition är att forskningen ska omfatta olika delar av samhället – kommuner, regioner och civilsamhällesorganisationer – som påverkar folkhälsan. Genom att inkludera olika delar av systemet kan programmet, utöver att studera varje del för sig, även belysa interaktioner och relationer mellan dessa delar. Detta är viktigt eftersom organisationerna har olika ansvarsområden (t.ex. kommunerna ansvarar för skolor och regionerna för hälso- och sjukvård), och samverkan mellan delarna är ofta avgörande för att folkhälsoinsatser ska få önskad effekt. Programmet omfattar flera olika kontexter där folkhälsoinsatser implementeras. I fas 2 kommer vi att följa implementeringen av utvalda folkhälsoinsatser och de miljöer som studeras beror således på var dessa genomförs. De kan förväntas inkludera kommunala miljöer såsom skolor och fritidsgårdar, regionala miljöer såsom primärvård och barnavårdscentraler, samt insatser som genomförs av aktörer inom civilsamhället, till exempel trossamfund och idrottsföreningar.

Sverige är starkt bostadssegregerat, där personer med lägre socioekonomisk status ofta bor i samma bostadsområden. Cirka en halv miljon människor i Sverige lever i områden med stora socioekonomiska utmaningar, fördelade över ungefär hälften av landets 290 kommuner [27]. Vid starten av programmet använde vi statistik för att strategiskt välja ut kommuner och regioner med målet att fånga kommuner som har en variation av olika områden och därmed har skäl att aktivt ta ställning till hur deras beslut om insatser påverkar olika grupper.

Urvalet består av kommuner som har minst ett bostadsområde med stora socioekonomiska utmaningar (enligt SCB:s definition), omfattar kommuner från alla huvudgrupper i SKR:s typologi för kommuntyper, och omfattar både kommuner med hög respektive låg andel av bostadsområden med socioekonomiska utmaningar (områdestyper 1 och 2 enligt SCB:s typologi) [28].

Samarbete

I programmet ser vi deltagande och engagemang från intressenter som påverkas av forskningsresultaten som en nyckel till genomslag. Programmet genomförs i nära samverkan med intressenter inom det ekosystem där folkhälsoinsatser beslutas om och implementeras. Detta inkluderar målgruppen för insatserna (individer i berörda samhällsgrupper), beslutsfattare (t.ex. politiska och administrativa beslutsfattare) samt de som arbetar praktiskt med genomförandet (t.ex. civilsamhällets aktörer samt yrkesverksamma inom folkhälsa och välfärd). Baserat på våra tidigare erfarenheter av samverkansforskning utvecklar vi strukturer som möjliggör delaktighet från representanter. Deras medverkan,

från formulering av forskningsfrågor till tolkning och spridning av resultat, stärker programmets genomslag. Förutom att bidra till ny kunskap skapar detta också ett omedelbart värde för de involverade.

Programmet har etablerat en referensgrupp med representanter från dessa intressentgrupper som fungerar som bollplank för forskningsfrågor, rekrytering av deltagare, datainsamlingsmetoder och analyser, samt tolkning och spridning av resultat. Det säkerställer att akademisk kunskap kombineras med praktisk expertis. Referensgruppen träffas fyra gånger per år med fokus på arbete kring ett angeläget tema eller fråga från forskningen. Möten är interaktiva och skapar, utöver värdet till forskningen, också direkt värde till deltagare genom erfarenhetsutbyte.

Samarbete mellan forskare och folkhälsopraktiken sker också under fas 2 och 3 som tillämpar deltagande forskningsansats. I fas 2 samarbetar vi med lokala aktörer (t.ex. folkhälsospecialister i kommuner, kliniskt verksamma inom regioner och aktörer i civilsamhället) samt deras målgrupper. I fas 3 samskapar vi, forskare, tillsammans med intressenter inom beslutsfattande och implementering kapacitetsstärkande insatser för beslutsfattande och implementering. Genom detta samarbete uppnår vi det dubbla målet med forskning-praktiksamverkan: att samtidigt producera forskning av hög kvalitet och användbara resultat som möter de involverade aktörernas behov och resurser.

Bidrag till LIME:s särprägel

Programmet illustrerar hur folkhälsovetenskap kan möta implementeringsvetenskap och statsvetenskap. Därmed förkroppsligar programmet LIME:s motto genom medicinens möte med samhällsvetenskapen. Tillsammans gör dessa perspektiv det möjligt att studera insatser för jämlik folkhälsa som den komplexa process det är; där politiska beslut, organisatoriska strukturer och praktiskt genomförande samverkar (och ibland krockar).

Programmet är placerat på en av LIME:s delar, nämligen M som står för management. Medical Management Centre (MMC) har visionen att undersöka hur resurser i form av kunskap, material och andra tillgångar bäst kan användas och utvecklas för att förbättra vårdsystemets prestanda och därigenom hälsa för alla. Styrkorna hos MMC kombineras med styrkorna hos Institutionen för global folkhälsa (KI) och Mälardalens universitet (MDU). En annan viktig miljö för programmet är Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), en lokal FoU-enhet inom Region Stockholm med visionen att bidra till god och jämlik hälsa i befolkningen genom kunskapsutveckling och spridning. CES bedriver strategiskt folkhälsorabete, inklusive epidemiologi, utveckling och utvärdering av interventioner samt stöd till implementering och utmönstring.

Programmet fokuserar på ett ämne som är högst aktuellt och samhällsrelevant. Det finns ett tydligt behov av att implementera folkhälsainsatser, men

forskning inom implementeringsområdet visar att dessa insatser ofta gynnar redan privilegierade grupper i större utsträckning än de mest behövande. Det innebär att folkhälsoarbete, om det inte genomförs med en medvetenhet om dessa mönster, riskerar att förstärka snarare än minska ojämlikheten i hälsa. Här behövs ett möte mellan samhällsvetenskap och medicin.

Implementeringsprojekt kännetecknas av ett deltagande tillvägagångssätt eftersom dessa sker i en kontext (t.ex. en organisation eller ett samhälle) där insatsers utformning, organisering och styrning är centrala. Programmet genomsyras av detta genom akademisk och extern samverkan. Precis som LIME är en gränssyta mellan discipliner, praktik och forskning är detta programs förhoppning att inte bara verka som en gränssyta men illustrera hur möten mellan discipliner och akademien med andra aktörer driver forskningen framåt.

Referenser

1. Sweden: Country Health Profile 2021. 2021 Dec 13 [cited 2025 Nov 17]; Available from: https://www.oecd.org/en/publications/sweden-country-health-profile-2021_b9027e42-en.html
2. Huijts T, Eikemo TA. Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *Eur J Public Health* [Internet]. 2009 Oct [cited 2025 Nov 17];19(5):452–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19587229/>
3. Elstad JJ, Heggebo K, Dahl E. Nordic research on health inequalities: A scoping review of empirical studies published in *Scandinavian Journal of Public Health* 2000–2021. *Scand J Public Health* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2025 Nov 17];50(7):843–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35731011/>
4. Folkhälsans utveckling – årsrapport 2022 — Folkhälsomyndigheten [Internet]. [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/f/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2022/>
5. Nationella folkhälsoenkäten – officiell statistik om hälsa, levnadsvanor och livsvillkor i Sverige — Folkhälsomyndigheten [Internet]. [cited 2026 Feb 5]. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/om-var-data/om-vara-datainsamlingar/nationella-folkhalsoenkaten/>
6. Nobles JD, Radley D, Mytton OT. The Action Scales Model: A conceptual tool to identify key points for action within complex adaptive systems. *Perspect Public Health* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2025 Nov 17];142(6):328–37. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998333/>
7. Brown AF, Ma GX, Miranda J, Eng E, Castille D, Brockie T, et al. Structural Interventions to Reduce and Eliminate Health Disparities. *Am J Public Health* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Nov 17];109(S1):S72–8. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2018.304844?download=true>
8. Pedersen NH, Grøntved A, Brønd JC, Møller NC, Larsen KT, Debrabant B, et al. Effect of nationwide school policy on device-measured physical activity in Danish children and adolescents: a natural experiment. *The Lancet Regional Health - Europe* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Nov 17];26:100575. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S266677622200271X>
9. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor – Stöd för styrning och ledning. Stockholm; 2018 Jun.
10. Denford S, Abraham C, Campbell R, Busse H. A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2025 Nov 17];11(1):33–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27677440/>
11. Woolcock M. Enhancing public health outcomes in developing countries: from good policies and best practices to better implementation. *Scand J Public Health* [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2025 Nov 17];46(22_suppl):10–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29862909/>
12. Peters DH, Tran NT, Adam Taghreed. Implementation Research in Health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. A Practical Guide. 2013;66.

13. White M, Adams J, Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? Social inequality and public health [Internet]. 2009 Apr 22 [cited 2025 Nov 17];64–81. Available from: https://www.researchgate.net/publication/285111712_How_and_why_do_interventions_that_increase_health_overall_widen_inequalities_within_populations
14. Sacca L, Shegog R, Hernandez B, Peskin M, Rushing SC, Jessen C, et al. Barriers, frameworks, and mitigating strategies influencing the dissemination and implementation of health promotion interventions in indigenous communities: a scoping review. *Implementation Science* 2022 17:1 [Internet]. 2022 Feb 21 [cited 2025 Nov 17];17(1):18–. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-022-01190-y>
15. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2015 Mar 18 [cited 2025 Nov 17];36:307–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581153/>
16. Bäck A, von Thiele Schwarz U, Bergström A, Hasson H, Richter A. Local politicians in action? The relationship between perceived prerequisites and actions of political committees responsible for social services in supporting the implementation of evidence-based practice. *Evidence and Policy*. 2022;18(1):43–60.
17. Scheele CE, Little I, Diderichsen F. Governing health equity in Scandinavian municipalities: The intersectoral challenge. *Scand J Public Health* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2025 Nov 17];46(1):57–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28077033/>
18. Orton LC, Lloyd-Williams F, Taylor-Robinson DC, Moonan M, O'Flaherty M, Capewell S. Prioritising public health: a qualitative study of decision making to reduce health inequalities. *BMC Public Health* 2011 11:1 [Internet]. 2011 Oct 20 [cited 2025 Nov 17];11(1):821–. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-821>
19. Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J. A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research* 2014 14:1 [Internet]. 2014 Jan 3 [cited 2025 Nov 17];14(1):2–. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-2>
20. Liljas AEM, Walters K, Jovicic A, Iliffe S, Manthorpe J, Goodman C, et al. Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health* 2017 17:1 [Internet]. 2017 Apr 21 [cited 2025 Nov 17];17(1):349–. Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4241-8>
21. Escoffery C, Lebow-Skelley E, Udelson H, Böing EA, Wood R, Fernandez ME, et al. A scoping study of frameworks for adapting public health evidence-based interventions. *Transl Behav Med* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2025 Nov 17];9(1):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29346635/>
22. Olsson TM, von Thiele Schwarz U, Hasson H, Vira EG, Sundell K. Adapted, Adopted, and Novel Interventions: A Whole-Population Meta-Analytic Replication of Intervention Effects. *Res Soc Work Pract* [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2025 Nov 18];34(8):860–72. Available from: https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10497315231218646&hl=sv&sa=T&oi=ucasa&ct=ufr&ei=ojAcaYf6ArmAieoP__a-mAM&scisig=ABGrvj-Sy1pQ6JnZxGwdtmar-I9
23. Brownson RC, Allen P, Jacob RR, Harris JK, Duggan K, Hipp PR, et al. Understanding Mis-implementation in Public Health Practice. *Am J Prev Med* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2025 Nov 17];48(5):543. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4405656/>
24. Augustsson H, Ingvarsson S, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, Muli I, Dervish J, et al. Determinants for the use and de-implementation of low-value care in health care: a scoping review. *Implement Sci Commun* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Nov 17];2(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33541443/>
25. Allen-Scott LK, Hatfield JM, McIntyre L. A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: towards a typology and an understanding of underlying factors. *Int J Public Health* [Internet]. 2014 [cited 2025 Nov 17];59(1):3–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24381979/>
26. Waltz TJ, Powell BJ, Chinman MJ, Smith JL, Matthieu MM, Proctor EK, et al. Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC): protocol for a mixed methods study. *Implement Sci* [Internet]. 2014 Mar 26 [cited 2025 Nov 17];9(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24669765/>
27. Stockholm - Segregationsbarometern [Internet]. [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://segregationsbarometern.boverket.se/kommun/stockholm/>
28. Segregationen synlig även i våra dagliga resmönster [Internet]. [cited 2025 Nov 18]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/artiklar/2023/segregationen-synlig-aven-i-vara-dagliga-resmonster?>