

TEKNISK DOKUMENT FRA **ECDC**

Guide i sosial markedsføring for ledere og utøvere av offentlige helseprogrammer



Rapporten er bestilt i henhold til spesifikk kontrakt nr 27.ECD4307 om implementering av Rammeverkskontrakt nr ECDC/09/030 mellom Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og World Health Communication Associates Ltd (WHCA).

Rapporten er utarbeidet av Jeff French og Franklin Apfel med bidrag fra Stefan Moritz, Mathias Strömberg, Sabrina Ceconi og Wayne Powell. ECDC-teamet som har bidratt til rapporten, bestod av: Irina Dinca (prosjektleder), Ülla-Karin Nurm og Andrea Würz, representanter for offentlige helsetjenester og kommunikasjonsenheten hos ECDC.

Vi vil takke medlemmene i rådgivningskomiteen og andre bidragsyttere for deres bidrag og uvurderlige hjelp i å utarbeide og forbedre denne publikasjonen.

Rådgivningsgruppe: Goof Buijs, Petra Dickmann, Christina Ebbersten, Nathalie Likhite, Erma Manoncourt, Liesbeth Mollema, Anja Schreijer, Suzanne Suggs.

Deltakere i korrektur-workshop: Lyne Blanchette, Jeanelle Breemer, Tine de Hoop, Monique de Koning, Irina Dinca, Julie Huibregtsen, Roshnie Kolste, Cornelis Krul, Evelyne Meynen, Vivian Van de Gaar, Mirjam van der Blij, Anneke van Soest, Eva Versteegh.

Forslag til henvisninger: Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer. Guide i sosial markedsføring for ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid. Stockholm: ECDC; 2014.

Stockholm, november 2014

ISBN 978-92-9193-605-2

doi 10.2900/41449

Katalognummer TQ-05-14-078-EN-N

© Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, 2014

Reproduksjon er tillatt, forutsatt at det refereres til kilden

INNHOOLD

Forkortelser	V
Sammendrag	1
Innledning.....	1
Bruke denne guiden	2
1. Hva er sosial markedsføring?.....	4
Argumenter for sosial markedsføring	4
Hva er hovedkonseptene og hovedprinsippene for sosial markedsføring?	7
Hovedkonsept 1: Innsikt.....	7
Hovedkonsept 2: Utsveksling.....	8
Hovedkonsept 3: Konkurransen	10
Hovedkonsept 4: Atferd – atferdsteori og atferdsmål	11
Hovedkonsept 5: Segmentering av målgrupper.....	12
Hovedkonsept 6: Metodemiks	13
Når skal sosial markedsføring brukes?.....	16
Etiske retningslinjer.....	16
Lederes, lovgivende myndigheters og helsearbeideres rolle ved bruk av prinsipper for sosial markedsføring.....	16
Mer informasjon og guide om sosial markedsføring	17
Nyttige nettsteder:.....	17
Referanser	18
2. Bruke prinsipper for sosial markedsføring	20
Trinn 1: Definere avgrensning.....	21
Trinn 2: Teste	29
Trinn 3: Vedta	31
Trinn 4: Lære og handle.....	33
Sjekkliste for planlegging av sosial markedsføring	36
Nyttige nettsteder	37
Referanser	38
3. Ressurser som støtter utvikling og bruk av en strategisk tilnærming til sosial markedsføring	39
Definere avgrensning – Oppgave 1 – Definere mål for programmet og SMARTe mål	40
Definere avgrensning – Oppgave 2 – Analysere situasjonen og faktorer som påvirker den.....	44
Definere avgrensning – Oppgave 3 – Forstå målgruppen(e).....	52
Definere avgrensning – Oppgave 4 – Utvikle utvekslingsforslag.....	58
Definere avgrensning – Oppgave 5 – Velge markedsføringsintervensjoner	63
Test – Oppgave 6 – Forhåndstesting og pilotprogram	67
Vedta – Oppgave 7 – Planlegge implementering	70
Vedta – Oppgave 8 – Starte og styre implementering.....	78
Lære og handle – Oppgave 9 – Evaluere og rapportere.....	85
Lære og handle – Oppgave 10 – Kontrollere og utvikle opplæring	88
Vedlegg	92
A1. Kjennetegnene for en vellykket planlegging av atferdsintervensjon.....	92
A2. Spesifikke, målbare atferdsmål er viktig	93
A3. Planleggingsmodeller for sosial markedsføring	93
A4. Behov for vedvarende og resultatfokusert budsjettering	95
Referanser	97

Tall

Figur 1. Trinn for å innføre ny atferd.....	4
Figur 2. Faktorer som påvirker atferd [14].....	5
Figur 3. "Kunde/innbygger-triangelet i sosial markedsføring [14].....	7
Figur 4. Insentiver og barrierer for atferdsendring [14]	8
Figur 5. Identifisere kortsiktige fordeler [14].....	9
Figur 6. Hug, nudge, shove og smack [19]	10
Figur 7. Intervensjonstyper med tilknyttede tiltak [15]	13
Figur 8. Firetrinns rammeverk for sosiale markedsføringstiltak [1]	20
Figur 9. Avgrensningsdefinisjonsoppgaver	21
Figur 10. Fem intervensjonstyper [20]	27
Figur 11. Fire intervensjonsformer [1].....	28

Figur 12. Testoppgaver	29
Figur 13. Vedta oppgave.....	31
Figur 14. Oppgaver for å lære og handle.....	33
Figur 15. Firetrinns rammeverk for sosiale markedsføringstiltak [1]	39
Figur A1. Prosess for helhetlig planlegging av sosial markedsføring	94
Figur A2. CDCYNEGY – planleggingsverktøy for sosial markedsføring	94
Figur A3. De sju planleggingstrinnene i COMBI	94
Figur A4. Komponentene i det logiske rammeverket for en intervensjon.....	95

Forkortelser

EFTA	Det europeiske frihandelsforbund
HCP	Helsearbeider
MRC	Medical Research Council
NICE	The National Institute of Health and Clinical Excellence
PESTLE	Politiske, miljømessige (Environmental), Sosiale, Teknologiske, juridiske (Legal) og Etiske spørsmål
SMART	Spesifikke, Målbare, oppnåelige (Achievable), pålitelige (Reliable) og Tidsbundne
WHO	Verdens helseorganisasjon

Sammendrag

ECDCs guide for sosial markedsføring gir ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid en oversikt over konsepter og tilnærminger for sosial markedsføring. Guiden presenterer hovedprinsipper og handlingstrinn som kan brukes ved vurdering, implementering og/eller evaluering av tilnærminger for sosial markedsføring som en del av kommuniserbare aktiviteter for å forebygge sykdom eller i andre offentlige helseprogrammer. Sosial markedsføring defineres som systematisk bruk av markedsføringsprinsipper og andre teknikker for å oppnå bestemte atferdsmål til det beste for enkeltpersoner og samfunnet. Denne tilnærmingen bruker data om overbevisninger, holdninger, atferd, atferdsteori og erfaringsbasert forskning, om hva som fungerer og ikke fungerer for å endre atferd, for å utvikle offentlige helseintervensjoner. Sosial markedsføring omfatter også synspunkter fra sluttbrukere, interessenter og samarbeidspartnere samt en analyse av eksterne konkurrerende faktorer som enten oppmuntrer til eller begrenser den ønskede atferden.

Guiden har tre deler. Del 1 presenterer de grunnleggende prinsippene og konseptene for sosial markedsføring. Del 2 fokuserer på å presentere et logisk rammeverk for bruk av sosial markedsføring når man skal utvikle og implementere kommuniserbare intervensjoner som angår sykdom eller andre offentlige helseintervensjoner. Del 3 inneholder en samling av arbeidsflytskjemaer, sjekklister og huskelister som kan hjelpe ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid med å utføre disse aktivitetene.

Innledning

Målet med denne guiden er å gi ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid en lett forståelig oppsummering av hva sosial markedsføring er og hvordan de viktigste konseptene og tilnærmingene kan brukes for å planlegge, implementere og evaluere aktiviteter eller programmer for smittsomme sykdommer. Nylige studier har vist at sosial markedsføring som en del av en omfattende offentlig helsestrategi kan være en effektiv tilnærming for bedre å kunne forstå og påvirke folks atferd knyttet til forebygging og smittevern i positiv retning [1, 2].

Gjennom hele dokumentet blir det brukt eksempler hentet fra virkeligheten for å illustrere ulike teorier, konsepter og tilnærminger. De fleste av disse eksemplene er knyttet til ECDC og andre aktiviteter som skal bidra til å forebygge og kontrollere meslinger (særlig) og røde hunder i forbindelse med Verdens helseorganisasjons regionskontor for Europas satsing på å eliminere meslinger og røde hunder innen 2015.

Eksempel – UNICEF og fugleinfluensautbruddet i Tyrkia i 2005/06

Under fugleinfluensautbruddet i Tyrkia i 2005/06 koordinerte UNICEF en flersektorell og flerdepartemental arbeidsgruppe som brukte sosiale markedsføringsteknikker for å levere målfokusert kommunikasjon til høyrisikogrupper som er vanskelige å nå frem til. Det ble gjennomført fokusgrupper og intervjuer med mødre som bor i den rurale østlige delen av Tyrkia for å få en bedre forståelse av oppfatninger og risikoatferd blant dem (f.eks. at de tar hønene med inn i huset for å holde dem varme), for å identifisere budskap og insentiver som kan redusere risiko, og for å identifisere medie-/kommunikasjonskanaler (f.eks. språkspesifikke radio- og TV-sendinger) som kan levere pålitelig, forståelig informasjon tilpasset språkkunnskapene og lese- og skriveferdighetene i befolkningen. De innsamlede opplysningene ble også brukt som informasjon i arbeidet med strategier for kompensasjonsregler for fjærfe. [3]

Denne guiden er delt inn i tre deler.

Del 1 fokuserer på hvorfor offentlige helseprogrammer kan dra nytte av å bruke prinsipper, konsepter og tilnærminger for sosial markedsføring. Denne delen er en innføring i bruk av sosial markedsføring for medarbeidere i offentlig helsesektor som har ansvar for å utvikle, bestille og overvåke gjennomføringen av programmer. Målet er å hjelpe ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid med å forstå logikken og den potensielle merverdien ved å bruke sosial markedsføring. Derfor presenterer den et sett med konsepter og prinsipper som kan brukes ved vurdering, bruk av og/eller evaluering av bruk av sosial markedsføring. Den drøfter også etiske og økonomiske implikasjoner ved sosial markedsføring. Eksempelstudier om smittsomme sykdommer brukes gjennom hele delen for å illustrere poenger.

Del 2 fokuserer på bruk av konsepter og prinsipper for sosial markedsføring. Den identifiserer fire viktige trinn i tiltaksplanleggingen og aktuelle oppgaver som kan hjelpe helsearbeidere med å utvikle og gjennomføre en effektiv strategi for sosial markedsføring. Eksempelstudier og eksempler fra smittsomme sykdommer brukes for å illustrere de beskrevne tiltakstrinnene.

Del 3 inneholder en samling av arbeidsflytskjemaer, sjekklister og huskelister som kan hjelpe ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid med å utføre disse aktivitetene, knyttet til trinnene og oppgavene

som beskrives i Del 2. Et vedlegg gir mer detaljert informasjon om hva som kjennetegner planleggingen av en vellykket atferdsrelatert intervensjon.

Denne guiden for sosial markedsføring er utviklet gjennom en samarbeidsprosess (samskapingsprosess¹) der det er samlet inn innspill fra utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid som bruker sosial markedsføring i sitt daglige arbeid. Logikken i, innholdet i og organiseringen av guiden gjenspeiler forslag og anbefalinger fra dem. Vi anser denne guiden som under utvikling og tar gjerne imot tilbakemeldinger om hvordan du har brukt den og hvordan vi kan forbedre den.

Bruke denne guiden

Kontekst er viktig

Alle offentlige helsetjenester har sine egne kontekstavhengige utfordringer, og ulike land og omgivelser har sine egne unike egenskaper og muligheter med tanke på kommunikasjon og markedsføring knyttet til offentlig helse. Dette er derfor en samling konsepter og verktøy som kan brukes i ulike sammenhenger for å styrke eksisterende tilnærminger eller fungere som en grunnleggende ressurs i tilfeller der disse tilnærmingene er dårligere utviklet.

Ingen frittstående tilnærming

Sosial markedsføring er en systematisk tilnærming til offentlige helseintervensjoner med fokus på å påvirke atferd [4], men det skal ikke betraktes som en frittstående aktivitet. Det skal heller anses som et supplement til helseopplæring, helsekampanjer, risikoopplysning og andre strategier for samfunnsengasjement som også fokuserer på å øke forståelsen for folks oppfatninger, holdninger, kunnskaper og atferd, og på å styrke offentlige engasjement og myndiggjøring [5, 6]. Sosial markedsføring kan styrke helsetjenestene, utformingen av helsesystemet og helsepolitiske intervensjoner rettet mot å forbedre tilgangen og redusere barrierene for offentlige helsetiltak, blant annet spørsmål knyttet til helsemessige forskjeller [7].

Planlegging i den virkelige verden

I virkeligheten har de fleste fagpersoner en tendens til ikke å følge en fast, strukturert tilnærming for å utvikle, gjennomføre og evaluere intervensjoner som er beregnet på å påvirke befolkningens atferd knyttet til smittsomme sykdommer. Denne guiden for sosial markedsføring tar hensyn til denne virkeligheten. I stedet for å definere faste planleggingstrinn, definerer den heller konsepter og rammeverk for den grunnleggende planleggingen. Disse suppleres deretter med en samling fleksible verktøy som fagpersonene kan tilpasse slik at de passer best mulig til akkurat de utfordringene de står overfor.

Et eksempel er verd tusen ord

I denne guiden for sosial markedsføring brukes det flere ulike eksempler knyttet til smittsomme sykdommer for å illustrere hovedkonsepter innenfor sosial markedsføring. For eksempel blir det presentert en rekke eksempelstudier om hvordan man kan bruke ulike konsepter og prinsipper for sosial markedsføring for å hjelpe ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid til bedre å forstå og fokusere på utfordringer knyttet til meslingevaksinasjonsandelen.

Læring fra kommersielle bruksområder

Selv om det kan være mye å lære fra kommersielle bruksområder, er det ikke slik at det som fungerer i den kommersielle sektoren, nødvendigvis gjelder for helsesektoren. Ingen går for eksempel rundt og tenker på å skaffe seg en ny sykdom på samme måte som man tenker på å skaffe seg en ny bil. Sosial markedsføring som brukes i forbindelse med sosiale goder, må tilpasses i forhold til de kommersielle bruksområdene – som har en tendens til å fokusere på profitt og enkeltpersoner – og brukes på måter som gjenspeiler etiske standarder og en forståelse av hvilken påvirkning bestemmende faktorer av miljømessig og sosial betydning har på helsen.

¹ Samkreasjon er en forretningsstrategi som fokuserer på kundeerfaringer og interaktive forhold. Samkreasjon tillater og oppmuntrer til en mer aktiv involvering av kunden for å skape verdifull erfaring. Se <http://www.businessdictionary.com/definition/co-creation.html#ixzz2zKcGmOIx>

Meslingevaksinasjonseksempel (a) – Utfordringen – Utbrudd i Europa i 2010–2012**Bakgrunn**

Vaksinasjonsandelene for visse forebyggbare sykdommer i mange EU-land har falt under de anbefalte dekningsgradene som kreves for å opprettholde et beskyttet samfunn, eller såkalt "gruppeimmunitet". Dette har ført til store grupper av utsatte grupper i mange EU-land, og til at sykdommer som vi tidligere hadde god kontroll på, dukker opp igjen nå. I 2011 ble det for eksempel rapportert om mer enn 30 000 meslingetilfeller i EU- og EFTA-landene. Det ble rapportert om tilfeller i alle land, bortsett fra øynasjonene Island og Kypros. Meslingeutbruddene i den vestlige delen av Europa var blant de største i verden i 2011, med høyest antall tilfeller i Tyskland, Frankrike, Belgia, Østerrike og Danmark. Dette er en svikt i det offentlige helsesystemet. Meslinger er fullstendig mulig å forhindre, og Europa har forpliktet seg til å eliminere spredningen av denne sykdommen innen 2015.

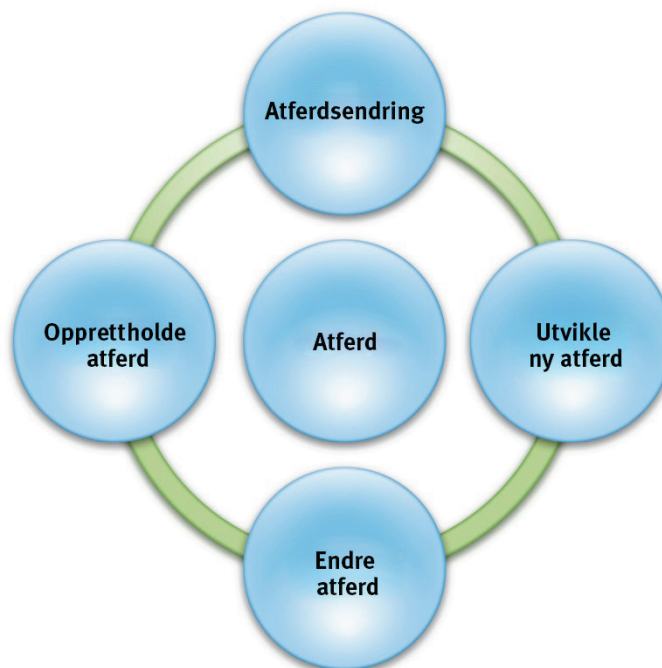
Meslinger ikke en ufarlig sykdom. En femdel av tilfellene i Storbritannia førte til sykehusinnleggelse, og åtte personer døde av sykdommen i EU i 2011. Selv om antall utbrudd og rapporterte tilfeller i EU-land i 2012 (og 2013) var vesentlig lavere enn i 2011, er antall rapporterte tilfeller fremdeles over nivåene som kreves for å klare å eliminere sykdommen innen 2015. Det som i størst grad bidrar til den europeiske meslingeepidemien, er suboptimal vaksinasjonsandel og rekkevidde, som har ført til at store befolkningsgrupper enten er ubeskyttet eller underbeskyttet. De fleste av de europeiske tilfellene (90 %) var blant ungdom og voksne som ikke var vaksinert, eller som det ikke fantes noen rapportert vaksinasjonshistorikk for [8].

På mange steder fungerer ikke dagens tilnærminger godt nok. ECDC, WHO og andre organisasjoner har sett på hvordan konsepter og tilnærminger for sosial markedsføring kan brukes for å øke meslingevaksinasjonsandelen blant befolkninger som i dag er uvaksinert og undervaksinert.

1. Hva er sosial markedsføring?

Sosial markedsføring defineres som systematisk bruk av markedsføringsprinsipper og andre teknikker for å oppnå bestemte atferdsmål til det beste for enkeltpersoner og samfunnet (se figur 1). På samme måte som i kommersiell markedsføring, er det en miks av vitenskap, praktiske kunnskaper og refleksjon som fokuserer på kontinuerlig å gjøre programmene mer effektive [9]. "Målet med sosial markedsføring er å utvikle og integrere markedsføringskonsepter med andre teknikker for å oppnå bestemte atferdsmål til det beste for enkeltpersoner og samfunnet." [10].

Figur 1. Trinn for å innføre ny atferd



Argumenter for sosial markedsføring

Flere studier har vist at sosial markedsføring kan være effektivt for å påvirke atferd innenfor forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid. Sosial markedsføring har vært brukt i mange år i utforming, implementering og evaluering av offentlige helsetiltak i kampen mot HIV, AIDS, malaria, influensa, diarésykdommer og mange andre typer smittsomme sykdommer [11, 12, 13]. Sosial markedsføring har vært effektivt brukt for å håndtere andre utfordringer enn smittsomme sykdommer, for eksempel røyking og andre sosiale utfordringer som miljøspørsmål, sikkerhet og kriminalitet.

Sosial markedsføring gir offentlige helseprogrammer merverdi ved at det gir systematiske metoder for å samhandle med sluttbrukere og setter fokus på atferdsendring, relasjonsbygging, målbare mål og integrasjon av mange intervensjonsmetoder.

Sluttbrukerdrevet

Mange programmer er utarbeidet av eksperter og policyplanleggere som prøver å få gjennomslag for de ønskede atferdsendringene i befolkningen. Denne tilnærmingen er påvirket av både politiske og profesjonelle vurderinger av risiko og løsninger, men den inkluderer ikke alltid forskning på innsikt blant innbyggere/pasienter/forbrukere. Dette fører til at målgruppen kan misforstå disse intervensjonene eller se på dem som irrelevante og ende opp med å avvise løsningene som foreslås. Sosial markedsføring kan brukes for å engasjere sluttbrukerne når policyer og programmer skal utvikles, implementeres og evalueres. Dette foregår ved at man integrerer innsikt fra enkeltpersoner, de som påvirker dem (påvirkere) og andre berørte personer (interessenter) i planleggings- og implementeringsprosesser. Du kan finne mer informasjon om dette i forskning på sosial markedsføring, forskningsbasert praksis og bruk av sosial atferdsteori.

Et fokus på mer langsiktige atferdsendringer og relasjonsbygging

Mange offentlige helseprogrammer er kortsiktige, og evalueringen fokuserer på prosesser eller resultater (f.eks. antall vaksineinformasjonsbrosjyrer som er delt ut) i stedet for på atferdsendringer i befolkningen (f.eks. vaksinasjonsandel). Bruk av sosial markedsføring kan gi et sterkere fokus på utfallet av atferdsendringene. Sosial markedsføring bygger på en forståelse av at atferdsendring er en prosess, ikke bare en hendelse, og at det ofte krever vedvarende intervensjoner over tid. Sosial markedsføring anerkjenner også at man kan oppnå vesentlige fordeler ved å bygge langsiktige relasjoner, særlig med tanke på vaksinasjonsspørsmål, der tillit har vist seg å være veldig viktig for å få gjennomslag.

I sosial markedsføring er man også klar over at det folk vet, og også folks holdninger, ikke alltid påvirker den faktiske atferden deres. Man forsøker å forstå motivasjon og behov, i tillegg til at man prøver å få en bedre forståelse av hvordan miljøene der handlingene skjer, påvirker atferden. Sosial markedsføring ser for eksempel på de atferdsmessige effektene av ulike eksterne påvirkningsfaktorer, for eksempel tidsbegrensninger, bekvemmelighetsfaktorer, sosiale konsekvenser og konkurrerende atferd (se figur 2).

Figur 2. Faktorer som påvirker atferd [14]



Transparente og målbare mål

Mange offentlige programmer setter enten urealistisk ambisiøse mål som ikke kan oppnås på kort sikt, eller mål som er vanskelige å måle. Sosial markedsføring identifiserer metoder for å utvikle transparente og målbare mål som vil være nyttige når man skal evaluere og trekke lærdom fra hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Sosial markedsføring ser også på hvor effektive programmer for atferdsendring er og om de virker. Opplysninger som samles inn gjennom bruk av sosial markedsføring, kan hjelpe ledere og helsearbeidere med å bruke budsjettene på best mulig måte, slik at de gir størst mulig effekt for minst mulig investering. I tillegg kan de være til hjelp når man skal vurdere hvilke programmer som skal videreføres og utvides, og hvilke programmer som skal reduseres eller kuttes.

Full intervensjonsmiks

Det finnes ikke så mange programmer som kan utnytte og koordinere en full intervensjonsmiks som består av opplæring, støttetjenester, (ny) utforming (dvs. endre systemer og miljøfaktorer som fremmer eller forhindrer økt vaksinasjonsandel), regulering og kontrolltiltak. Sosial markedsføring kan bidra til å identifisere og inkludere et bredere utvalg av forskningsbaserte og innsiktdrevne intervensjoner som har vist seg å påvirke atferdsendring hos enkeltpersoner, organisasjoner, sosiale nettverk, sosiale normer, samfunn, virksomheter, markeder og offentlige policyer.

Utvalgte eksempler på innsikt om atferdsendingsintervensjoner fra forskning på sosial markedsføring [6].**Opplæring**

Overbevisninger og verdier påvirker folks atferd. Programmene bør begynne med å forstå folks overbevisninger og holdninger og bruke disse som innsikt når det skal utvikles tjenester og produkter som skal gi atferdsendringer.

Folk bruker ofte mentale snarveier og prøving og feiling som tilnærming når de skal ta beslutninger, i stedet for å ta "rasjonelle" beslutninger. Forståelse for disse snarveiene eller denne heuristikken (prosessene som gjør en person i stand til å oppdage eller lære noe på egen hånd) skal brukes til å utvikle intervensjoner og nye "skript" knyttet til atferden.

Folk kan "låse seg fast" i atferdsmønstre og kan behøve praktisk hjelp for å bryte dem eller komme seg bort fra den aktuelle atferden. Programmer som støtter endringer på en praktisk måte, som er enkelt tilgjengelige og som krever små trinn, har en tendens til å være mer effektive.

Støtte

Atferdsendring er vanligvis en prosess, ikke en hendelse, og det er ofte nødvendig å prøve flere ganger før man lykkes. Når man gjennomfører intervensjonsprogrammer, er det nødvendig å opprettholde intervensjonene over tid og gjøre det mulig å lykkes på flere måter.

Intervensjonene skal også fokusere på å støtte positiv atferd ved å opprettholde forholdet til folk som bekrefter den nye atferden og oppmuntrer til å bygge videre på den.

Sosiale relasjoner og sosial støtte har en sterk og vedvarende påvirkning på atferd. Samarbeid med personer med stor påvirkningskraft gjør atferdsendingsprogrammer mer effektive. Bruk kraften som finnes i gruppenormer og gruppeatferd til å informere om og skape engasjement rundt endringen. La dem få vite at andre endrer seg.

Utforming

Folk påvirkes og blir påvirket av fysiske, sosiale og økonomiske miljøer. Evnen til å forandre seg er begrenset hvis miljøet motarbeider den ønskede endringen. Sørg for at programmene tar for seg både de underliggende miljømessige, sosiale og økonomiske barrierene for endring i tillegg til personlige kunnskaper, holdninger og motivasjonsmessige og emosjonelle faktorer.

Reguleringer – straff og belønning

Jo mer fordelaktig eller gunstig en erfaring er, jo mer sannsynlig er det at man vil gjenta den. Forsterkning kan bidra til å opprettholde positiv atferd. Målet med atferdsintervensjoner bør være å belønne ønsket atferd, og der det er hensiktsmessig, straffe uønsket atferd.

Folk motiveres ofte til å gjøre "det rette" både for samfunnet og for seg selv og familien. Det å få folk til å godta at en ønsket atferd er en samfunnsnorm og noe som verdsettes av andre, har vist seg å være en effektiv endringsstrategi.

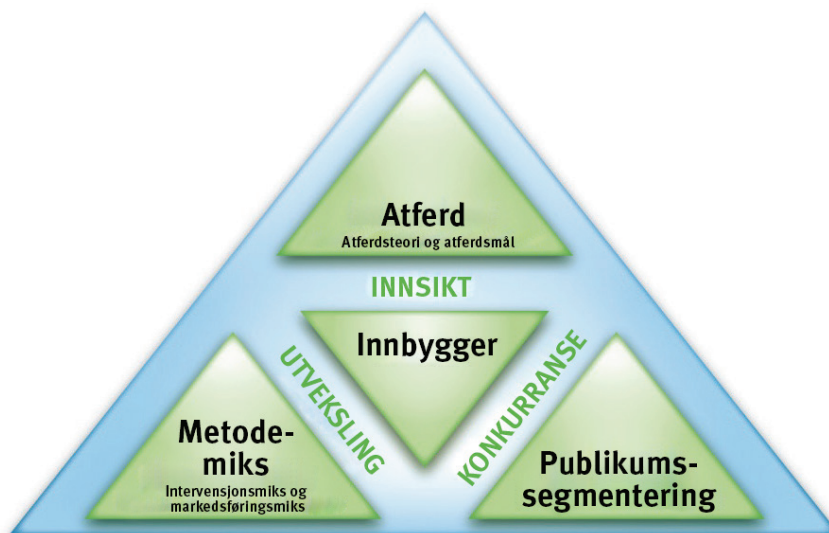
 Dette er ikke sosial markedsføring

Sosial markedsføring forveksles ofte med sosial reklame, markedsføring på sosiale medier og markedsføring i sosiale nettverk. Disse intervensjonstypene har verdi som intervensjonstiltak, men det er ikke dette sosial markedsføring handler om. Sosial markedsføring forsøker å gjøre noe mer enn bare å informere, gi større kunnskaper og forståelse eller prøve å påvirke folks holdninger eller overbevisninger. Alle disse målene er viktige, men sosiale markedsføringsintervensjoner er utformet for å påvirke atferden hos enkeltpersoner og samfunn til fordel for samfunnet.

Hva er hovedkonseptene og hovedprinsippene for sosial markedsføring?

"Kunde/innbygger-triangelet" i sosial markedsføring [15] er en svært visuell måte å få frem de viktigste egenskapene ved sosial markedsføring på. Det legges vekt på seks hovedkonsepter: Innsikt, utveksling, konkurranse, segmentering av målgrupper, atferd og metodemiks. Innbygger/kunde/pasient står i sentrum for prosessen og tilnærmingen. Disse sosiale markedsføringskonseptene er nødvendige ingredienser for å lykkes med sosiale programmer som har som mål å påvirke atferd og oppnå støtte i befolkningen.

Figur 3. "Kunde/innbygger-triangelet i sosial markedsføring [14]



Disse sosiale markedsføringskonseptene er utviklet på grunnlag av innsikt og erfaringer om hva som fungerer i den kommersielle sektoren og hva som skal til når det skal utvikles og gjennomføres programmer i offentlig sektor som fokuserer på å påvirke atferd til fordel for samfunnet.

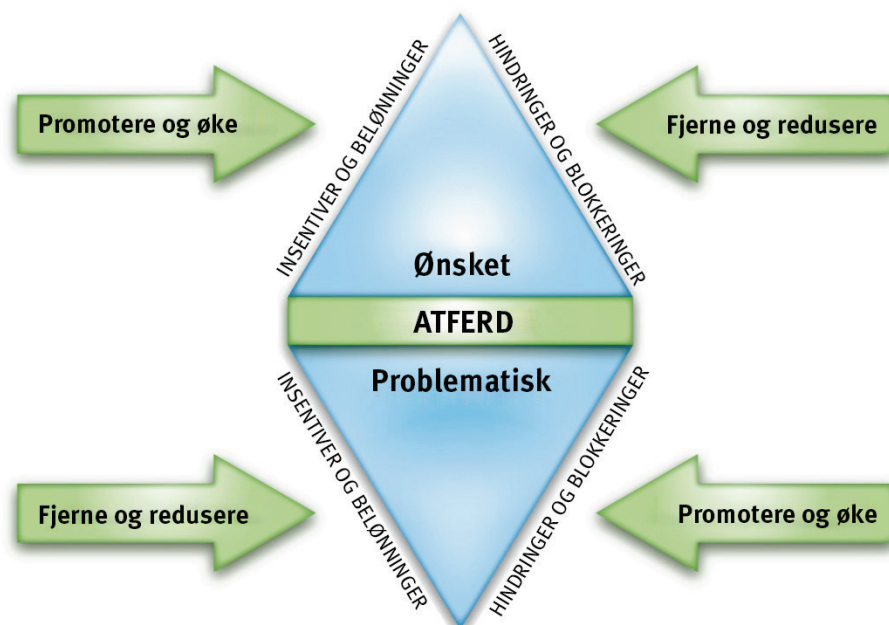
Hovedkonsept 1: Innsikt

Innsikt er "store sannheter" om og forståelse av hvorfor folk oppfører seg som de gjør. Innsikt utvikles fra formativ forskning², observasjonsdata, demografiske data, data om tjenestebruk, overvåkingsdata om problemer eller spørsmål. I forbindelse med programmer for smittsomme sykdommer bruker man i tillegg epidemiologiske data. Sosial markedsføring er basert på utvikling av dyp innsikt i folks liv, med fokus på hva som vil eller ikke vil motivere eller gjøre folk i stand til å endre atferd, utvikle ny atferd, modifisere atferd og/eller opprettholde atferden i enhver gitt situasjon.

Sosial markedsføring fokuserer på å identifisere og utvikle innsikt som det er mulig å handle ut fra, og bruke denne for å velge ut og utvikle intervensjoner som vil påvirke atferden. Disse innsiktsbaserte intervensjonene blir deretter testet i pilotprosjekter og forbedret eller forkastet ut fra hvor nyttige de er.

Sosial markedsføring omfatter også situasjonsanalytisk forskning som identifiserer ekstern påvirkning på atferd, for eksempel miljømessige, økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer. Som angitt i figur 4, analyserer sosial markedsføring både problematferd som må endres, og positiv atferd som må oppmuntres og støttes. Både eksisterende tilretteleggingsfaktorer og de miljømessige barrierene som oppstår når folk skal endre til ønsket atferd, vurderes. Formålet med sosial markedsføring er å utvikle intervensjoner som fjerner eller reduserer barrierene for positiv helseatferd, for eksempel ved å redusere eller fjerne kostnader knyttet til bruk av vaksinasjonstilbudet. Et annet mål med sosial markedsføring er å forbedre tilretteleggende faktorer, for eksempel ved å arbeide for at bruk av vaksinasjonstilbudet skal bli en ønsket sosial norm.

² Formativ forskning samler innsikt fra sluttbrukere gjennom dialog og samtale. Den kan omfatte en kombinasjon av teknikker, for eksempel fokusgrupper, litteraturgjennomgørelser, undersøkelser, diskusjoner med interessenter, paneler med samarbeidspartnere, mediekontroller, dybdeintervjuer og/eller spontanintervjuer (f.eks. ta kontakt med folk i forbifarten i en korridor).

Figur 4. Insentiver og barrierer for atferdsendring [14]**Meslingevaksinasjonseksempel (b) – Innsikt i holdninger til vaksinasjon blant Rom [16]**

I 2012 støttet ECDC et prosjekt rettet mot å få innsikt fra foreldre og besteforeldre blant Rom om de lave vaksinasjonsandelene blant barna deres, og om holdningene deres til helsearbeidere. Litteraturgjennomgåelse, intervjuer og fokusgrupper ble brukt som teknikker for å samle inn data. Resultatet av, eller "innsikten" om, hvorfor folk trodde det de gjorde og handlet på måtene de gjorde, bidro til at det ble utviklet en kampanjestrategi og en samling med budskap og anbefalinger til helsearbeidere fra befolkninger som er vanskelige å nå frem til. Disse ble inkludert i ECDCs vaksinasjonsguide for helsearbeidere, Let's Talk about Protection [16].

Budskapet var blant annet:

- få mer kunnskap om oss
- omformuler fra "vanskelig å nå frem til" til "lite tilgjengelige" når det er snakk om svikt i helsesystemet
- vis immunisering som en del av større helseutfordringer
- integrer oss i generelle programmer
- involver oss i alle trinn av programmer som fokuserer på bedre inkludering og helse
- tilpass styre- og helsesystemer slik at de blir mer inkluderende
- støtt brobyggere innenfor helsesektoren og andre helsearbeidere, siden disse ressursene har avgjørende betydning
- vær tilgjengelig og vis respekt
- vær bevisst på insentiver som kan oppfattes som bestikklser for å følge programmet

Hovedkonsept 2: Utveksling

Konseptene utveksling og verdiskaping er sentrale innenfor sosial markedsføring. Utveksling er basert på observasjoner av at vi har en tendens til å endre atferd når vi oppfatter at det er i vår interesse å gjøre det, enten gjennom rasjonelle valg eller gjennom en mer underbevisst prosess. Ting og handlinger som får oss til å føle oss bedre, tryggere eller mer respektert, har en tendens til å bli verdsatt og påvirke atferden vår. Hvis vi vil påvirke atferd, må vi forstå hva som er viktig for folk. Deretter kan vi bruke denne informasjonen til å utvikle intervensjoner, systemer, produkter eller tjenester som folk vil engasjere seg i eller bruke.

En hovedoppgave innenfor sosial markedsføring er å sette opp en "oversikt over utvekslinger", med forslag til hva folk må gjøre og/eller hva en handling vil koste³ for å oppnå verdien de ønsker.

³ Kostnadene kan være økonomiske, sosiale, fysiske eller psykologiske

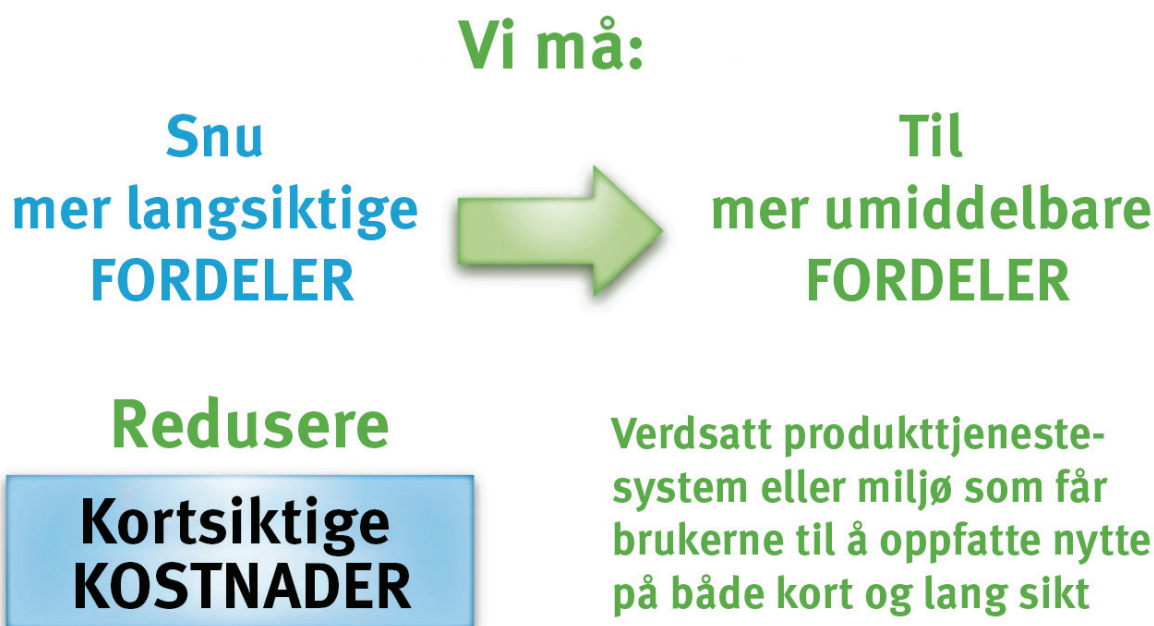
Noen ganger appellerer ikke disse forslagene til fornuft, ofte er målet å påvirke den emosjonelle underbevisstheten. Utvekslingene er kanskje ikke alltid positive. I noen tilfeller må vi kanskje bruke negativ utveksling.

Eksempel: I noen EU-land får ikke uvaksinerte barn lov til å komme inn på skolen. Dette tiltaket brukes for å straffe foreldre som ikke vaksinerer barna sine, og oppmuntre til vaksinasjon. Det har blitt stilt spørsmål om hvor etisk det er å nekte barn utdanning når det er foreldrene som nekter å vaksinere dem. [17].

Ofte er det dessuten nødvendig å fokusere på de kortsiktige fordelene ved den anbefalte atferden, i stedet for å fokusere på langsiktige fordeler. Mange verdsetter nemlig umiddelbare fordeler høyere enn fordeler de kan få i en fjern fremtid.

Eksempel: Det kan være mer effektivt å legge vekt på de umiddelbare fordelene ved å bli vaksinert, for eksempel at man kan føle seg tryggere og være en god forelder, i stedet for de mulige langsiktige fordelene ved ikke å bli syk.

Figur 5. Identifisere kortsiktige fordeler [14]



Fire "former" for utveksling

I sosiale markedsføringsprogrammer rettet mot å påvirke atferd kan man velge en av de fire primære "formene" for utveksling. Disse intervensjonsformene blir definert av to hovedfaktorer. Den første er om intervensjonen bruker belønninger eller noen form for straff for å oppmuntre til en bestemt type atferd. Den andre er om tilnærmingen prøver å påvirke kognitiv beslutningstaking eller ubevisst beslutningstaking. Kombinasjonen av disse to faktorene skaper fire ulike muligheter: "Hug" og "Nudge" (knyttet til å belønne målgrupper, for eksempel foreldre, forsørgere osv. og gi dem insentiver for ønsket atferd) og "Shove" og "Smack" (knyttet til å gi målgrupper straff og disinsentiver for uønsket atferd) (se figur 6).

"Hug" fokuserer på:

Høyt kognitivt engasjement og positiv belønning for å følge regler, f.eks. gi belønning eller insentiver for å bli vaksinert, for eksempel penger [18], tjenester, godteri.

"Nudge" fokuserer på:

Lavt kognitivt engasjement og positiv belønning for å følge regler, f.eks. sette opp en standardplan der skolebarn blir vaksinert hvis ikke en av foreldrene tar seg tid til å reservere seg. I denne sammenhengen betyr "Nudge" at foreldrene er nødt til å gjøre noe aktivt for at barnet ikke skal få vaksinen.

"Shove" fokuserer på:

Lavt kognitivt engasjement og straff for ikke å følge reglene, f.eks. at barn er nødt til å være vaksinert før de får lov til å gå på skolen. Foreldrene må sørge for at barna er vaksinert, og de må ha offisiell dokumentasjon på dette som de kan fremlegge for skolen.

"Smack" fokuserer på:

Høyt kognitivt engasjement og straff for ikke å følge reglene, f.eks. at foreldrene får bøter eller nektes å sende barna på skolen hvis de ikke er vaksinert.

Alle disse intervensjonsformene er lovlige offentlige helsestrategier (se figur 6). Ofte trengs det en kombinasjon av slike tilnærminger for å oppmuntre folk til å følge offentlige helse råd. Hvilken intervensjonskombinasjon som skal velges, er avhengig av hvilke tiltak som viser seg effektive, akseptable, praktisk og økonomisk gjennomførbare og bærekraftige gjennom litteratur og målgruppeforskning.

Figur 6. Hug, nudge, shove og smack [19]



Hovedkonsept 3: Konkurransen

Konkurrerende faktorer er faktorer som står i veien for positiv atferd, f.eks. la være å bruke kondomer for å beskytte mot HIV fordi de blir oppfattet som "lite mandige", nytelsesreducerende og/eller for dyre eller vanskelig tilgjengelig. Analyser av konkurrerende faktorer undersøker intern og ekstern konkurranse i tillegg til barrierer og tilretteleggende faktorer som påvirker atferden. Intern konkurranse omfatter psykologiske faktorer, nytelse, lyst og risikotaking, mens ekstern konkurranse omfatter bredere atferdspåvirkning og påvirkningsfaktorer, som kan fremme og forsterke alternativ eller negativ atferd. Sosial markedsføring fokuserer på å fjerne eller redusere konkurrerende barrierer, f.eks. ved å tilby vaksinasjonstjenester på kveldstid eller i barnehager på arbeidsplasser for å redusere behovet for at foreldrene må ta fri fra jobb for å vaksinere barna.

Konkurranse kan komme fra eksterne kilder, f.eks. kulturelle normer eller økonomiske faktorer, men også fra intern konkurranse knyttet til folks foretrukne eller tillærte atferdsrespons, f.eks. at mange foretrekker å ikke gjøre noe eller unngå å tape (se tabell 1).

Tabell 1. Eksterne og interne konkurrerende faktorer

Ekstern konkurranse	Intern konkurranse
Sosial påvirkning	Overmodighet
Kulturell påvirkning	Midlertidig belønning (verdsetter det umiddelbare fremfor det langsiktige)
Mediepåvirkning	Aversjon mot tap
Fysisk miljøpåvirkning	Nytelse og fristelse
Økonomisk påvirkning	Mangel på innsats
Påvirkning fra nær familie og venner	Vane
At tjenester eller produkter er tilgjengelig	Avhengighet
Systembarrierer	Biologiske drivkrefter

Formålet med sosial markedsføring er også å kjempe mot krefter som aktivt forsøker å skape motstand mot anbefalt atferd. Derfor analyserer man disse kreftene og aktørene og identifiserer strategier for å redusere påvirkningen fra disse.

Eksempel: I noen tilfeller informerer offentlige helsemyndigheter klientene sine om hvordan de kan lese vitenskapelige rapporter og aktivt finne frem til unøyaktig informasjon om vaksinesikkerhet på nettet og motarbeide feilinformasjonen. [20]

Hovedkonsept 4: Atferd – atferdsteori og atferdsmål

Atferdsteori brukes til informasjon og som guide for alle sosiale markedsføringsintervensjoner. En bred atferdsanalyse gir oss et mer fullstendig bilde av de aktuelle atferdsmønstrene og trendene, slik at vi kan være sikre på at insentivene og barrierene som er knyttet til "problematferden" og "den ønskede atferden", forstås fullt ut.

Eksempel: En analyse av barrierene for MMR-vaksinasjon blant Rom-befolkningen i Bulgaria [21] avslørte følgende:

Utfordringer knyttet til målgruppens kunnskaper, holdninger og atferd	<p>Lav bevissthet og kunnskap om antigenene og sykdommene de beskytter mot (inkludert meslinger).</p> <p>Gjentatte besøk er nødvendig for å oppfylle kravene i den nasjonale vaksinasjonsplanen.</p> <p>Konkurrerende prioriteringer fører til at de går glipp av vaksiner.</p> <p>Bekymringer og feiloppfatninger om bivirkninger og sikkerhet ved visse antigener.</p>
Utfordringer knyttet til å kunne kommunisere effektivt	<p>Dårlige lese- og regnekunnskaper, språkevner og helsekultur blant sårbare grupper (f.eks. Rom).</p> <p>Lav tro på egen mestringsevne blant Rom i forhold til helsearbeidere og institusjoner.</p>
Utfordringer knyttet til å skape situasjoner som gjør det lettere for målgruppen å iverksette ønskede tiltak	<p>Mangel på tillit mellom omsorgsperson og leger i primærhelsetjenesten.</p> <p>Leger i primærhelsetjenesten er dårlige til å kommunisere effektivt med Rom.</p> <p>Alternativkostnadene knyttet til gjentatte legebesøk er høye.</p>

Når du tydelig forstår den aktuelle atferden, kan du begynne å utvikle og teste alle mulige intervensjoner som fokuserer på å oppmuntre og opprettholde den ønskede atferden, og intervensjoner som skal påvirke problematferd. De spesifikke atferdsmålene er definert i SMART-format: Spesifikke, Målbare, oppnåelige (Achievable), pålitelige (Reliable) og Tidsbundne.

SMART-tilnærmingen

Spesifikk: Nøyaktig – ikke åpen for ulike tolkninger. **Målbare:** Kan observere og samle inn objektive mål. **Oppnåelige (Achievable):** Med de tilgjengelige ressursene. **Pålitelige (Reliable):** Konsekvente, relevante, kan samles inn. **Tidsbundne:** Målt innenfor tidsrammen for intervensjonen.

Hovedkonsept 5: Segmentering av målgrupper

Segmentering er oppdeling av en målgruppe som vi ønsker å rette oss mot, i grupper som deler samme overbevisning, holdninger og atferdsmønstre. Denne tilnærmingen går utover den databaserte innsamlingen av demografi, epidemiologi og bruk av tjenesten, og målet er å inkludere data om folks overbevisning, holdninger, forståelse og observert atferd. Målgruppene blir segmentert ved hjelp av disse datasettene.

Intervensjoner blir skreddersydd direkte for et spesifikt målgruppeselement, i stedet for at de fokuserer på en bredere generell målgruppe i håp om å nå de som trenger intervensjonen (såkalte "Spre og be"-tilnærming). På denne måten kan vi utvikle intervensjoner som fokuserer på spesifikke undergrupper og spesifikk atferd. Segmentering av målgrupper styrker også tradisjonell målsetting innenfor offentlig helsesektor med andre data som fokuserer på "hvorfor folk opptrer slik de gjør" og observerer den faktiske atferden deres.

Meslingevaksinasjonseksempel (c) – vaksinasjonsandel – segmentering av undervaksinerte grupper

Studier [22, 23] har identifisert en rekke egenskaper ved ubeskyttede og underbeskyttede grupper (uimmuniserte og underimmuniserte befolkninger). Kort sagt har man identifisert fire hovedbefolkningsgrupper:

"De nølende"

De som bekymrer seg for det de oppfatter som sikkerhetsproblemer, og/eller som er usikre på behov, prosedyrer og valg av vaksinasjonstidspunkter.

"De ubekymrede"

De som prioriterer vaksinasjon lavt og ikke mener at det finnes noen faktisk risiko for sykdommer som kan forebygges med vaksiner.

"De lite tilgjengelige"

De som har begrenset eller vanskelig tilgang til tjenester, på grunn av sosial ekskludering, fattigdom og, i mer integrerte og velstående grupper, bekvemmelighetsfaktorer.

"Aktive motstandere"

De som har personlige, kulturelle eller religiøse overbevisninger som motarbeider eller utelukker vaksinasjon.

Behov i ulike hovedgrupper

Ved å samle inn innsikt blant representanter for disse ulike gruppene ble det påvist ulike bekymringer knyttet til både helsearbeideres atferd og kommunikasjon og til spørsmål knyttet til budskap og systemutforming.

"Nølende" foreldre merket seg at kommunikasjonen fra helsearbeidere på grunn av tidsbegrensninger ofte foregikk som enveiskommunikasjon (ingen dialog mellom pasient og lege), og at budskapet var velment, men likt for alle. Helsearbeidere ble rådet til å legge mer vekt på dialog – først og fremst for å finne frem til nøyaktig hva foreldrene er bekymret og nervøse for, og deretter for å tilpasse og skreddersy budskapet til behovene de har identifisert hos enkeltpersoner og grupper.

"Ubekymrede" foreldre ønsket at vaksinasjonssamtalene med helsearbeidere skulle fokusere på fordelene ved å beskytte seg. De pekte på at de trenger større bevissthet om at når de vaksinerer barna sine, beskytter de dem og samfunnet de bor i fra alvorlige og potensielt dødelige sykdommer.

"De lite tilgjengelige" rapporterte om at måten tjenestene og leveringssystemene er utformet og tilbys på, kunne bli bedre. De ønsket mer oppmerksomhet rundt hvor viktig kostnader, plassering, bemanning, transport, tidsplaner og fastsetting av tidspunkt er for å få flere til å delta og for å lykkes med vaksinasjonsprogrammet. De anbefalte at vaksinasjonsreisen måtte bli enklere.

Hovedkonsept 6: Metodemiks

Et sosialt markedsføringsprogram består vanligvis av en miks av ulike intervensjoner, der noen appellerer til logikk mens andre fokuserer på følelser og valg man tar uten å tenke. For å velge den optimale miksen av intervensjoner er det viktig å stole på forskningsresultater og datainnsamling, f.eks. innsikt hos sluttbrukere. Valget av intervensjonstyper og hvilken vekt som legges på disse, drives av vurderinger basert på data, innsikt, om intervensjonene er akseptable, og om de er mulige å opprettholde over tid. Fem intervensjonstyper er identifisert. Figur 7 identifiserer ulike tiltak som kan knyttes til hver intervensjonstype.

Figur 7. Intervensjonstyper med tilknyttede tiltak [15]

Fem intervensjonstyper (deCIDES)

KONTROLLERE	kontrollere / regler / kreve / begrense / innskrenke / politi / håndheve / regulere / gi lover / gi insentiver
INFORMERE	informere / kommunisere / tilskynde / utløse / påminne / forsterke / bevissthet / forklare
UTFORME	utforming av eller endring i fysisk produkt / miljø / organisasjonssystem / teknologi / prosess
GI OPPLÆRING	gjøre mulig / engasjere / gi opplæring / utvikle kunnskaper / inspirere / oppmuntre / motivere / utvikle evne til kritisk tenking
STØTTE	tjenestelevering / praktisk hjelp / promotere tilgang / bygge sosialt nettverk / sosial mobilisering

Meslingevaksinasjonseksempel (d) – Metodemiks – de beste intervensjonene for å øke meslingevaksinasjonsandelen blant sårbare grupper***Kontroll**

Oppmuntre lokale myndigheter og ikke-statlige organisasjoner til å samarbeide om samfunnsbaserte intervensjoner, særlig rettet mot underprivilegerte grupper.

Overvåke nettet for å forstå bekymringer rundt vaksinasjon og gi svar basert på troverdige kilder på nettet.

Informasjon

Bruke massemedia, f.eks. få inn budskap om meslinger i TV-serier, oppmuntre til bredere samarbeid mellom offentlig helsesektor og film- og TV-industrien.

Utforming

Gjøre det enklere, f.eks. ved å styrke effektive varslings- og påminnelsessystemer for å minne om vaksinasjon.

Gjøre vaksinasjon mer tilgjengelig, f.eks. tilby vaksinasjonsdager/-kampanjer på ulike steder der folk arbeider og bor.

Opplæring

Investere i å gi leger og sykepleiere opplæring i å kommunisere mer effektivt og kraftigere med pasientene.

Utføre grundige epidemiologiske og atferdsmessige analyser av grupper med risiko for lavere vaksinasjonsandel.

Støtte

Inkludere meslinger som en del av et bredere fokus på barns helse, og støtte mødres og bestemødres roller som viktige opinionsledere med tanke på spørsmål om familiens helse.

Utvikle programmer som spesifikt retter seg mot stigma og diskriminering.

Øke feltarbeideres engasjement i prosesser som omfatter koblinger, planlegging, implementering og evaluering.

**Tilpasset etter anbefalinger fra deltakere på ECDCs møte "INFORM, PROTECT, IMMUNISE: engaging under-served populations" i Dublin i 2012.*

De fire P-ene

Et annet intervensjonsrammeverk som brukes i kommersiell markedsføring, fokuserer på de fire P-ene⁴ produkt, pris, plassering og promotering. I sosial markedsføring kan produkter være materielle (vaksiner, kondomer, frukt, nikotinplaster) eller immaterielle (ideer, verdier, tjenester). Pris representerer kostnadene ved å innføre atferden/endringen. Disse kan være økonomiske (kostnadene ved å kjøpe en vaksine) eller psykologiske og følelsesmessige (angst knyttet til bekymringer om vaksinesikkerhet), sosiale (kostnadene ved å se annerledes ut enn de andre i gruppen), praktiske (komme seg til legekantoret), tidsmessige (behovet for å ta fri fra jobb), fysiske (smerte ved injeksjon) og så videre. Plassering gjelder de kanalene som brukes til å promotere og støtte denne atferden/endringen. Det kan omfatte distribusjonskanaler (sende påminnelser på SMS) og omgivelser (sørge for at intervensjonene skjer ute hos forbrukeren, på arbeidsplasser, på skoler og i barnehager i stedet for å forvente at foreldrene skal ta med barna til legekantoret). Promotering henviser til måtene, verktøyene og kanalene som brukes for å kommunisere fordelene ved endringen, f.eks. reklame, PR, medieomtale, informasjonsmateriale, "jungeltelegraf", direktoreklame osv.

De som forsvarer denne modellen, legger vekt på at ved å se på de fire P-ene sikrer man at ledere av offentlige helseprogrammer tenker lenger enn bare på kampanjene.⁵ De tar også hensyn til både fordelene med

⁴ Mange ledende sosiale markedsførere mener at det er på tide å slutte å bruke de fire P-ene i sosial markedsføring. En av de store svakhetene som disse forfatterne peker på, er at de fire P-ene tar utgangspunkt i perspektivet til den som planlegger den sosiale markedsføringen, og ikke til kunden. Ved bruk av de fire P-ene er det dessuten mulig å utelate en vurdering av den bredere påvirkningen på atferd, for eksempel miljømessige og økonomiske faktorer. Men de fire P-ene er fremdeles en nyttig konseptmodell som kan være til hjelp når sosiale markedsføringsplaner skal utvikles, sammen med andre konseptmodeller og verktøy.

⁵ Hvis man bare bruker P-en for promotering, vil det være mer hensiktsmessig å beskrive intervensjonen som kommunikasjon eller reklame. Helsekampanjer som bare bruker promotering, beskrives ofte som sosial markedsføring, mens de egentlig faktisk er sosial reklame.

helseatferden (kjerneprodukt) og fordelene ved alle slags materielle produkter, for eksempel et malarianett. Modellen med de fire P-ene oppmuntrer dessuten til en bedre forståelse av hva det koster å innføre atferd (pris) og hvilke overtalelseskanaler som kan brukes (plassering).

De fire P-ene brukes ofte (men ikke alltid) i forbindelse med hverandre. I sosial markedsføring prøver man å finne den beste kombinasjonen av disse for best mulig å tilfredsstille befolkningens behov, som ofte endrer seg. For eksempel kan forbrukerforskning vise at en bestemt gruppe ikke er klar over fordelene ved vaksiner, og dermed kan man legge størst vekt på promoteringselementet i metoden. Men ettersom kampanjen skrider frem, kan bevisstheten vokse og nye problemer kan vokse frem som sentrale spørsmål, for eksempel om vaksiner er tilgjengelig og mulig å få tak i.

Tabell 2. Oppsummeringsdiagram over viktige konsepter for sosial markedsføring

Konsept 1: Innsikt	Formålet med sosial markedsføring er å få innsikt i folks liv og hva som motiverer dem, gjør dem i stand til eller forhindrer dem fra å opptre på helsefremmende måter. Hvis man forstår hvorfor folk tenker og handler som de gjør, kan man hente informasjon fra denne innsikten for å utvikle intervensjonsprogrammer og tiltak som vil få folk til å respondere.
Konsept 2: Utveksling	<p>Utvæksling er basert på observasjoner av at vi har en tendens til å endre atferden vår når vi oppfatter at det er i vår interesse å gjøre det. Vi ser vanligvis etter verdi i opplevelser eller ting som får oss til å føle oss bedre, tryggere eller mer respektert.</p> <p>Intervensjonsformene omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hug: høyt kognitivt engasjement med positiv belønning • Nudge: lavt kognitivt engasjement med positiv belønning • Shove: lavt kognitivt engasjement med straff • Smack: høyt kognitivt engasjement med straff
Konsept 3: Konkurrans	Analyser av konkurrerende faktorer undersøker både intern og ekstern konkurranse samt barrierer og tilretteleggende faktorer som påvirker atferden. Intern konkurranse omfatter psykologiske faktorer, nytelse, lyst og risikotaking, mens ekstern konkurranse omfatter bredere atferdspåvirkning og påvirkningsfaktorer, som kan fremme og forsterke alternativ eller negativ atferd.
Konsept 4: Atferd	Sosial markedsføring fokuserer på å påvirke folks atferd, basert på SMARTe mål. SMART står for Spesifikke, Målbare, oppnåelige (Achievable), pålitelige (Reliable) og Tidsbundne. Deretter utvikler man intervensjoner for å fokusere på spesifikk atferd. Man fokuserer på hva som utløser og etablerer atferd, og på hva som fører til at atferden opprettholdes, overholdes og forsterkes.
Konsept 5: Segmentering av målgrupper	<p>Ved bruk av både innsikt og atferdsdata segmenteres målgruppene i undergrupper med felles overbevisninger, holdninger og atferd.</p> <p>Intervensjoner blir direkte tilpasset spesifikke målgruppesegmenter, i stedet for at de er avhengige av en bred tilnærming som dekker en stor, generell målgruppe. Segmentering styrker den tradisjonelle målsettingen i offentlig helsesektor med tilleggsdata som fokuserer på "hvorfor folk opptrer slik de gjør" og hva de tror og mener om helsespørsmål, og med data som er samlet inn ved å observere naturlig atferd.</p>
Konsept 6: Metodemiks	<p>I sosial markedsføring bruker man en hensiktsmessig miks av metoder for å oppnå målene for programmet. Man undersøker og bruker en rekke ulike tilnærminger for å oppnå mest effektiv og kostnadseffektiv miks av metoder.</p> <p>Intervensjonstypene omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontroll – for å kreve, regulere og forsterke • Informasjon – for å kommunisere fakta og holdninger • Utforming – for å endre sosialt miljø, fysisk miljø eller tjenestemiljø • Opplæring – for å aktivere og muliggjøre • Støtte – for å betjene og gi praktisk hjelp • Sosial markedsføring tar også hensyn til utvikling og promotering av sosiale produkter og tjenester

Når skal sosial markedsføring brukes?

Etiske retningslinjer

Som alle andre former for offentlige helseintervensjoner, styres også sosial markedsføring av etiske vurderinger. Ved beslutninger som vil få direkte innvirkning på folks atferd, uansett om innføring av denne atferden sannsynligvis vil beskytte dem fra en smittsom sykdom, er det viktig å vurdere de etiske implikasjonene av alle handlingene.

Ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid og lovgivende myndigheter må bli uttrykkelig enige om nytten ved offentlige helseprogrammer som fokuserer på å påvirke atferd. I tillegg må de kunne informere gruppene som programmene skal være til fordel for, om disse avgjørelsene og begrunnelsen for dem. Følgende etiske prinsipper [26] kan være til hjelp når det skal tas beslutninger om bruk av sosial markedsføring:

- evaluere om en policy er etisk før man blir enige om å utvikle en strategi
- arbeide for å sikre at en eventuell intervensjon vil være til større nytte enn skade, og at alle potensielle skader minimeres og forklares på en tydelig måte
- velge tiltak som er sensitive og effektive, og som gir størst mulig avkastning på samfunnets investeringer
- bestemme at intervensjonen gir hjelp når og der den trengs
- evaluere og publisere en rapport om utfallene av alle intervensjonene
- sikre at målgruppens selvstendighet anerkjennes og respekteres
- sikre at alle parter behandles likt og rettferdig
- sikre at man forstår rettighetene til alle interessentene

Leders, lovgivende myndigheters og helsearbeideres rolle ved bruk av prinsipper for sosial markedsføring

Ledere for offentlige helseprogrammer, planleggere, lovgivende myndigheter og helsearbeidere i førstelinjetjenesten spiller alle en viktig rolle både for å bestemme når man skal bruke sosial markedsføring og for å sikre at man gjennomfører intervensjoner av høy standard. Uten støtte fra høyere ledelse og lovgivende myndigheter vil det være vanskelig for medarbeiderne som skal implementere intervensjonene, å bruke og opprettholde intervensjoner som omfatter sosial markedsføring. [27]

Den første viktige oppgaven som ledere for offentlige helseprogrammer har, er å gjøre seg kjent med de viktigste sosiale markedsføringskonseptene som defineres i denne guiden. Den andre viktige oppgaven er å vurdere når det er hensiktsmessig å bruke sosial markedsføring for å påvirke atferd.

Den tredje viktige oppgaven er å oppmuntre medarbeiderne til å få større forståelse for sosial markedsføring, og støtte dem i dette arbeidet. Ledere for offentlige helseprogrammer kan gjøre dette ved å gjøre følgende:

- investere i opplæring i sosial markedsføringsteori og -praksis for medarbeiderne
- investere i arbeidet med å definere avgrensning når det skal utvikles intervensjonsplaner på grunnlag av epidemiologi, demografi, innbyggers innsikt og forståelse, forskningsgjennomgørelser og etiske vurderinger
- oppmuntre til å utvikle eksempelstudier og forskningsprosjekter i sosial markedsføring for å skaffe erfaringer og utvide forskningsgrunnlaget
- oppmuntre til å utvikle innsikt om og segmentere målgruppene for å gjøre det enklere å sette mål for intervensjonene
- oppmuntre til å utvikle tydelige og spesifikke mål for atferdsprogrammer som er målbare og kan overvåkes over tid / (SMART-tilnærming)
- oppmuntre folk og andre interessenter til å utvikle intervensjoner som går utover informasjon og omfatter andre former for og typer av intervensjoner, for eksempel ny utforming av tjenester
- kreve at medarbeiderne som deltar i implementeringen, skal utarbeide tydelige skriftlige planer som omfatter strategier for både prosjektstyring og evaluering
- sikre at man lærer av programmene, bruker kunnskapen i planleggingen og deler den

Mer informasjon og guide om sosial markedsføring

Nyttige nettsteder:

STELa – planleggingsverktøy for sosial markedsføring

www.stelamodel.com

CDC – verktøy for sosial markedsføring

<http://tangibledata.com/CDCynergy-SOC/Drive-thru/index.cfm>

www.cdc.gov/healthcommunication/CDCynergy/CDCynergyLite.html

www.cdc.gov/healthcommunication/

WHO COMBI – verktøysett

www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

[Turning Point Social Marketing Collaborative](http://www.turningpointcollaborative.org/)

www.socialmarketingcollaborative.org/

Community Toolbox

<http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/index.aspx>

Globalt nettverk for sosial markedsføring

www.Socialmarketers.net/index.php/home

[The European Social Marketing Association](http://www.theeuropeanmarketingassociation.org/)

<http://europeansocialmarketing.weebly.com/>

Referanser

1. Infanti JS, MM B, Nunez-Cordoba J, Oroviogicoechea-Ortega C, Guillen-Grima F. A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control (ECDC); 2013.
2. The Guide to Community Preventive Services. USA.Gov. [Online].; 2013 [cited 2014 April 15. Finnes på: <http://www.thecommunityguide.org/healthcommunication/campaigns.html><http://www.thecommunityguide.org/healthcommunication/campaigns.html>.
3. Apfel F. Making Preparations Count: Lessons from Avian Flu Outbreak in Turkey Copenaghen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
4. Andreasen A. Marketing social change: changing behaviour to promote health, social development, and the environment San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
5. Theory at a glance – A guide for health promotion practice. US. Department of Health and Human services; National Institutes of Health . 2005 [cited 2014 April 19. Finnes på: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf><http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/theory.pdf>.
6. French J, Hamer L, Merritt R. Social Marketing Cas book London: Sage; 2011.
7. Kotler P, Roberto EL. Social Marketing: Strategies for changing public behaviour New York: The Free Press; 1989.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles and Rubella monitoring. September 2012. [Internet] 2012 Finnes på: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/2012sept_sur_measles-rubella-monitoring.pdf.
9. French J, Gordon R. Strategic Social Marketing London: Sage; 2015.
10. European Social Marketing Association. Definition of social marketing. [Internet]. [Cited 1 November 2014] Finnes på: <http://www.europeansocialmarketing.org/social-marketing/>
11. Hastings D, Angus K, Bryant C. The SAGE Handbook of Social Marketing London: SAGE Publications; 2011.
12. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of Social Marketing for health improvement: What's the evidence? Public Health. 2006;(120): s. 1133–1139.
13. USA.Gov.The Guide to Community Preventive Services. Health communication and social marketing.[Internet] 2014. <http://www.thecommunityguide.org/healthcommunication/index.html>.
14. French J, Blair-Stevens C. The Social Marketing Pocket book London: The National Social Marketing Centre; 2006.
15. French J, Blair-Stevens C, Merritt R, McVey D. Social Marketing and Public health, theory and practice Oxford: Oxford University Press; 2010.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Stockholm. 2012. Finnes på: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Documents/Vaccine-comms-action-2013.pdf>.
17. Berks D. The Permissibility of Refusing the MMR Vaccine and the Issue of Blame. University of Oxford. Practical Ethics Website. [Online]. [cited 2014 April 28. Finnes på: <http://blog.practicaethics.ox.ac.uk/2013/06/the-permissibility-of-refusing-the-mmr-vaccine-and-the-issue-of-blame/>.
18. King's College London. Small cash incentives improve hep B vaccination rates among injecting drug users. 2014 [Internet].; [cited 2014 April 28]. Finnes på: <http://www.kcl.ac.uk/iop/news/records/2014/April/Small-cash-incentives-improve-hep-B-vaccination-rates-among-injecting-drug-users.aspx>
19. French J. Why nudging is not enough. Journal of Social Marketing. 2011; 1(2): s. 154–62.
20. National Health Service. How to read healthy news. 2009 [Internet] [cited 2014 April 28]. Finnes på: <http://www.nhs.uk/news/Pages/Howtoreadarticlesaboutthehealthandhealthcare.aspx>.
21. World Health Organization. The Guide to Tailoring Immunization Programs Copenaghen: WHO; 2013.
22. Fournet N, Mollema L, van Steenberghe J, Harmsen I, Kraaij M, Ruijs H. Description of vaccine resistant groups in three European countries. 2012..
23. Lopalco P, Martin R. Measles still spreads in Europe. Who is responsible for the failure to vaccinate? 2010. Euro Surveill. 2010;15(17):pii=19557
25. Gordon R. Re-thinking and re-tooling the social marketing mix. Australasian Marketing Journal. 2012; 20(2): s. 122–126.

26. Rothschild M. Ethical Considerations in the Use of Marketing for the Management of Public Health and Social Issues. In A A. Ethics in Social Marketing. Washington DC: Georgetown University Press; 2001.
27. Turning Point. The manager's Guide to Social Marketing. Using Marketing to Improve Health Outcome from The National Social Marketing Excellence Collaboratives Seattle: Turning Point.

2. Bruke prinsipper for sosial markedsføring

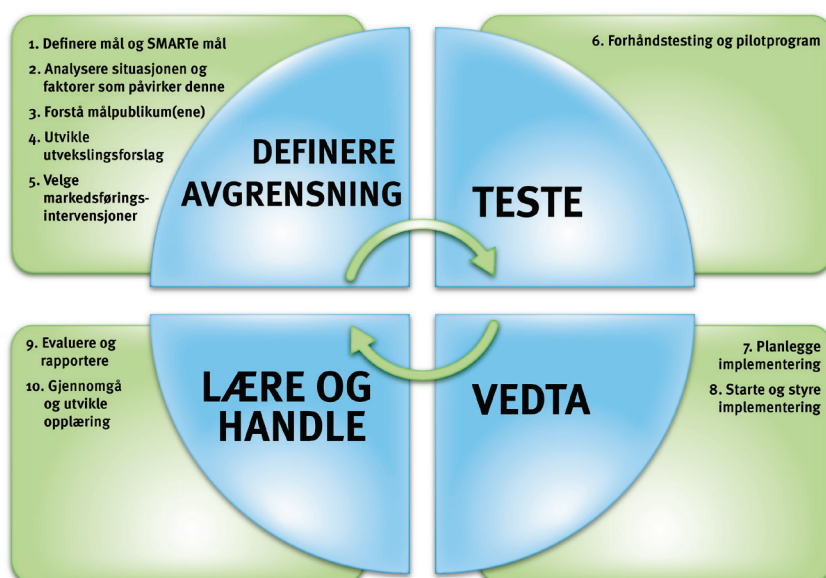
Innledning

Denne delen av ECDCs guide for sosial markedsføring inneholder en enkel guide for hvordan du bruker konsepter og tilnærminger for sosial markedsføring for å planlegge, implementere og evaluere offentlige helseprogrammer for forebygging og smittevern.

Ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid som bruker denne guiden, vil få en bedre forståelse av hvordan sosial markedsføring kan hjelpe dem med å utvikle og implementere atferdsendrende intervensjoner. De som allerede er kjent med konsepter og tilnærminger for sosial markedsføring, kan bruke denne guiden som en nyttig sjekklister for de viktigste aktivitetene. De med mindre erfaring må supplere informasjonen de får her, med støttematerialet på listen i ressursdelen og med råd fra mer erfarne kolleger og konsulenter.

Guiden bruker et logisk rammeverk for sosiale markedsføringstiltak som omfatter fire handlingstrinn: definere avgrensning, teste, vedta og lære og handle (figur 8).

Figur 8. Firetrinns rammeverk for sosiale markedsføringstiltak ⁶ [1]



Hvert tiltakstrinn identifiserer og beskriver aktuelle oppgaver, aktiviteter som retter seg mot hver oppgave og aktuelle "støtteverktøy" (se tabell 3). I virkeligheten har de fleste fagpersoner en tendens til ikke å følge en fast, strukturert tilnærming for å utvikle, gjennomføre og evaluere intervensjoner som skal påvirke atferdsendringer. Dette rammeverket for sosiale markedsføringstiltak tar hensyn til denne virkeligheten. I stedet for å definere et fast sett med planleggingstrinn, definerer de et enkelt rammeverk for planlegging og supplerer det med fleksible verktøy som fagpersoner kan tilpasse slik at de passer best mulig til de bestemte utfordringene de står overfor.

Korte eksempelstudier med eksempler fra tiltak for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer illustrerer hvordan man kan utføre de viktigste oppgavene og aktivitetene. Verktøyene som beskrives, omfatter mange ulike sjekklister og arbeidsflytskjemaer som kan hjelpe ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid med å holde oversikt over prosesser og fremdrift for aktivitetene de velger å sette i gang. Kopier av alle arbeidsarkene som beskrives, finnes i del 3 av denne guiden.

⁶Denne planleggingssyklusen bygger på STELa-modellen (www.stelamodel.com), som ble utviklet fordi det var behov for en enkel, men robust modell som kunne brukes av helsearbeidere og personer uten opplæring i formelle planleggingssystemer og -prosedyrer [1].

Tabell 3. Rammeverk for sosiale markedsføringstiltak – trinn, oppgaver, aktiviteter og verktøy

TRINN	OPPGAVER	AKTIVITETER	VERKTØY (se del 3)
DEFINERE AVGRENSNING	1. Definere mål og SMARTe mål	1. Forklare hvilke tiltak som trengs 2. Identifisere målgruppen og atferdene du vil endre 3. Definere SMARTe mål	Verktøy 1–3
	2. Analysere situasjonen og faktorer som påvirker denne	1. Analysere situasjonen 2. Analysere konkurrerende faktorer 3. Gjennomgå innsikt og data 4. Kartlegge og registrere ressurser	Verktøy 4–11
	3. Forstå målgruppen(e)	1. Samle innsikt om målgrupper 2. Segmentere målgruppene	Verktøy 12–17
	4. Utvikle utvekslingsforslag	1. Utvikle promoteringsstrategier for atferd 2. Argumenter for å følge rådene	Verktøy 18–22
	5. Velge markedsføringsintervensjoner	1. Velge intervensjoner 2. Kostnad-nytte-analyse for intervensjoner	Verktøy 23–26
TESTE	6. Forhåndstesting og pilotprogram	1. Teste hver potensiell intervensjon og hypotese 2. Rapportere om effekten av pilotprogrammet	Verktøy 27–29
VEDTA	7. Planlegge implementering	1. Intervensjonsplan	Verktøy 30–36
	8. Starte og styre implementering	1. Administrere samarbeidspartnere, risiko og muligheter 2. Rapportere om prosess	Verktøy 37–43
LÆRE OG HANDLE	9. Evaluere og rapportere	1. Evaluere resultater 2. Komme med anbefalinger	Verktøy 44–46
	10. Gjennomgå og utvikle opplæring	1. Identifisere oppfølgingshandlinger 2. Identifisere fremtidige implikasjoner	Verktøy 47–50

Trinn 1: Definere avgrensning

Figur 9. Avgrensingsdefinisjonsoppgaver

Alle trinnene i rammeverket for de sosiale markedsføringstiltakene er viktige. Men dette trinnet blir oftest ignorert eller minimert. Ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid, særlig de som ikke allerede er kjent med sosial markedsføring, starter ofte med å generere løsninger før de har skaffet seg en ordentlig forståelse av og innsikt i målgruppenes overbevisninger, forståelse og atferd. Det er veldig viktig å investere tid i å definere avgrensningen. Dette bidrar til å identifisere tydelige og hensiktsmessige atferdsmål fra starten av, og man unngår dermed mange av de vanlige vanskelighetene forbundet med å gjennomføre atferdsendringstiltak.

Avgrensingsdefinisjonen består av fem hovedoppgaver:

- definere mål og SMARTe mål
- analysere situasjonen og faktorer som påvirker den
- forstå målgruppen(e)
- utvikle utvekslingsforslag
- velge markedsføringsintervensjoner

Oppgave 1 – Definere mål og SMARTe mål

Denne oppgaven omfatter tre aktiviteter.

Aktivitet 1 – Forklare hvorfor tiltak er nødvendig. Definer hvorfor det er nødvendig med tiltak for å møte problemstillingen som er identifisert. En nyttig tilnærming til dette kan være å identifisere problemet og se på hvor alvorlig problemet er og hvilke konsekvenser det har for sosiale faktorer, helse, tjenester, kostnader og politiske faktorer (se verktøy 1).

Eksempel – Meslingevaksine – oversikt over alvorlighet og effekt

Alvorlighet – hvor stort er problemet – hvor mange barn er uvaksinert eller undervaksinert?

Sosiale konsekvenser – foreldre unngår sosialisering på offentlige steder i redsel for å bli smittet.

Helsemessige konsekvenser – 20 % av barn med meslinger i for eksempel Storbritannia trenger sykehusinnleggelse. [2]

Konsekvenser for tjenester – antall meslingetilfeller fyller opp sykehussenger.

Kostnadskonsekvenser – kostnadene ved meslingetilfeller er mye større enn kostnadene ved massevaksinering og bivirkninger [3]. Vi bør også vurdere andre økonomiske kostnader, for eksempel kostnader knyttet til tapt arbeidstid og emosjonelle kostnader.

Aktivitet 2 – Identifisere målgruppene og atferdene du vil endre. Finn ut hvilken spesifikk målgruppe som skal være den primære målgruppen for intervensjonen, og hvilke typer atferd du vil påvirke – endre, modifisere, utvikle eller opprettholde (se verktøy 2). Den viktigste betingelsen som settes her, er at endret atferd i denne gruppen kan bidra til å løse det identifiserte problemet.

Eksempel – Helsearbeideres evne til å informere om vaksineandeler

Fleire studier [4, 5, 6,] viser at helsearbeidere i alle EU-land (EU) blir ansett som den viktigste og mest troverdige kilden til informasjon om hvordan man kan beskytte seg fra sykdommer som kan forhindres med vaksine. Dette stemmer særlig godt for de foreldrene som har flest spørsmål og størst bekymringer. En studie fra 2013 [7] som fikk støtte fra ECDC, brukte primær og sekundær forskning for å identifisere atferdsendringer som ville hjelpe helsearbeidere med å få foreldre til å ønske å vaksinebeskytte barna sine og faktisk sørge for at de blir vaksinert. Dette ønskede atferdsmålet og resultatet gjaldt særlig for befolkningsgrupper der barna for tiden er uvaksinert og undervaksinert. Forskingen identifiserte tre viktige atferdstyper.

1. Bruk av toveiskommunikasjon – på grunn av tidsbegrensninger var kommunikasjonen med helsearbeidere vanligvis alt for ofte enveiskommunikasjon og bestod i formidling av budskap som var velment, men likt for alle. Helsearbeidere ble rådet til å legge mer vekt på dialog – toveiskommunikasjon – som først kan få frem informasjon om nøyaktig hva foreldrene er bekymret og nervøse for, slik at de deretter kan tilpasse og skreddersy budskapet til de behovene de identifiserer hos enkeltpersoner og grupper.

2. Fokus på beskyttelse – selv om det er viktig å fokusere direkte og tydelig på vaksinesikkerhetsspørsmål og gi forsikringer om dette hvis foreldrene er bekymret, ønsker foreldre og andre eksperter at helsearbeidere skal fokusere på fordelene ved å beskytte seg når man diskuterer vaksinering. Det er viktig at man forstår at ved å vaksinere barna sine, beskytter man dem og samfunnet de bor i fra alvorlige og potensielt dødelige sykdommer.

3. Effektiv utforming og ny konfigurering av tjenestene – alle interessentene rapporterte om at det var nødvendig å forbedre tjenestetilbudet og systemene for levering av tjenestene. Rådene går ut på mer oppmerksomhet om kostnader, plassering, bemanning, transport, tidsplaner og fastsetting av tidspunkt som viktige bestemmende faktorer for å øke vaksinasjonsandelen og dermed lykkes med vaksinasjonsprogrammet. Vaksinasjonsreisen må bli enklere.

Aktivitet 3 – Definere mål som kan måles. Utvikle SMARTe atferdsmål, som vist under (bruk verktøy 2 og 3 som støtte for denne aktiviteten):

- Spesifikke: nøyaktige – ikke åpne for ulike tolkninger.
- Målbare: kan observere og samle inn objektive mål
- Oppnåelige (Achievable): med ressursene som er tilgjengelig.
- Pålitelige (Reliable): konsekvente, relevante, kan samles inn.
- Tidsbundne: målt innenfor tidsrammen for intervensjonen.

Obs! Intervensjoner som fokuserer på å måle atferdsendringer, tar tid, fordi atferdsendringer kan være en lang prosess.

Eksempel – Meslingevaksinering – SMARTe mål

Når en sosial markedsføringsintervensjon skal settes opp som støtte for et MMR-program, er det for eksempel nyttig å identifisere hvordan man skal måle atferden som spesifikke målgrupper må endre til for at målene for programmet skal nås.

To eksempler på et SMART atferdsmål knyttet til et slikt program er:

- I løpet av 2015 skal mer enn 95 % av de inviterte foreldrene som bor i By X, ta med barna til den vaksinasjonstimen de har blitt innkalt til.
- I løpet av 2015 skal mer enn 95 % av de inviterte foreldrene som bor i By X, delta på oppfølgingstimen de har blitt innkalt til.

Oppgave 1: Definere mål og SMARTe mål**Verktøykasse til støtte for aktiviteten**

Verktøy 1. Problem/utfordring: oppsummering av alvorlighet og effekt – Bruk dette skjemaet for å beskrive problemet og registrere effekten for å klargjøre hvorfor det trengs en intervensjon.

Verktøy 2. *Verktøy for ønsket atferd – Bruk dette verktøyet for å spesifisere hvilke typer atferd du vil påvirke hos hvilke grupper

Verktøy 3. *Avtalt SMART atferdsendring eller opprettholdelsesmål etter segment – Bruk dette verktøyet for å kunne spesifisere på en målbar måte hvilken type atferd som skal være målet i hvilket målgruppesegment.

* =prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 2 – Analysere situasjonen og påvirkende faktorer

Denne oppgaven omfatter fire aktiviteter.

Aktivitet 1 – Analysere situasjonen. Før du setter i gang en intervensjon, er det nyttig å identifisere viktige spørsmål som kan ha innvirkning på programmet/kampanjen/tiltaket du foreslår eller på hvordan målgruppene vil være i stand til å oppfatte den. I denne aktiviteten utvikler du blant annet en subjektiv liste over faktorer som kan påvirke intervensjonene. En SWOT-analyse (Styrker, svakheter (Weaknesses), muligheter (Opportunities) og Trusler) er ett verktøy som kan brukes for å identifisere relevante spørsmål. Bruk verktøy 4 som støtte i denne aktiviteten. En enkeltperson eller en liten gruppe kan utvikle en SWOT-analyse, men det vil være mer effektivt hvis du bruker mange interessenter. Hver person eller gruppe kan gi styrkene og svakhetene ved programmet ditt ulikt perspektiv og har ulike erfaringer. Det vil også være nyttig å utføre en PESTLE-analyse (Politiske, miljømessige (Environmental), Sosiale, Teknologiske, juridiske (Legal) og Etsiske spørsmål) (se <http://pestleanalysis.com> og verktøy 5). Identifiserte situasjonsbetingede faktorer skal prioriteres [8] (vektes) i henhold til hvor sannsynlige de er og hva slags effekt de kan ha.

Eksempel – SWOT-analyse knyttet til vaksinasjonsprogram

"I september 2002 startet Israel sitt eksisterende revaksinasjonsprogram mot kopper, der de rettet seg mot tidligere vaksinert "førstelinjepersonell" blant helse- og nødpersonell. For å identifisere potensielle styrker og svakheter ved dette programmet og forholdene der det skulle tas kritiske beslutninger, ble det utført en SWOT-analyse på det eksisterende israelske revaksineringsprogrammet. Analysen var utformet for å identifisere de reelle styrkene og svakhetene i tillegg til mulighetene for å lykkes og eventuelle trusler mot det. SWOT-analysen avslørte flere trusler som kan forhindre at det eksisterende programmet lykkes, og det viktigste var at det ble avdekket alvorlige vaksinekomplikasjoner. Det ble oppdaget at det finnes en generasjon som mangler kunnskap om koppevaksine. Dette viser at det er behov for bedre opplæring av leger og at man må gjøre noe med feiloppfatninger som finnes blant folk." [9]

Aktivitet 2 – Analysere konkurrerende faktorer. I tillegg til å se på situasjonsbetingede spørsmål som påvirker programmer, er det nyttig å se på tilretteleggende faktorer og barrierer for å endre til atferden(e) du promoterer. Du bør analysere hva eller hvem som kan påvirke målgruppen til å opptre på en ugunstig eller positiv måte. Deretter kan du utarbeide strategier og intervensjonsplaner som fokuserer på disse påvirkende faktorene. Verktøy 6 og 7 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Barrierer og tilretteleggende faktorer knyttet til vaksinasjonsandel

Nylige studier har identifisert følgende barrierer og tilretteleggende faktorer for vaksinasjonsandelen [8, 10, 11, 12]:

Tilretteleggende faktorer som oppmuntrer til økt vaksinasjonsandel (disse kan også ses på som sterke sider ved programmet):

- trygghets- og velværefølelse knyttet til å ha beskyttet barnet
- den sosiale samfunnsnormen favoriserer vaksinasjon
- tjenesten tilbys lokalt
- målgruppen oppfatter innkallelsebrevet som positivt
- tjenesten er gratis
- tjenesten tilbys på gunstige tidspunkter
- oppfølging og påminnelser oppmuntrer deltakerne
- helsearbeiderne som utfører tjenestene, er imøtekommende og oppmuntrende

Barrierer for å benytte seg av vaksinasjonstjenesten (disse kan også ses på som barrierer for å øke vaksinasjonsandelen):

- Arbeidende aleneforeldre oppfatter det som vanskelig å komme seg til klinikken på grunn av åpningstidene
- Noen foreldre oppfatter tjenesten som treg og ineffektiv
- Den sosiale samfunnsnormen i undergruppen er negativ til vaksinasjon (f.eks. antroposofier som mener at vaksinasjon er "unaturlig")
- Tjenesten er vanskeligere tilgjengelig for noen (for eksempel Rom-samfunn) enn for resten av befolkningen
- Sosiale medier og visse rapporter i pressen vektlegger negative historier og myter om bivirkninger
- Religiøse overbevisninger utelukker vaksinasjon (f.eks. bibelbeltet i Nederland)

Aktivitet 3 – Gå gjennom forskning/undersøkelser og data. Samle informasjon om hva man vet om spørsmålet/ene og hvordan de(t) skal håndteres fra publiserte og upubliserte kilder, for eksempel fagtidsskrifter, eksempelstudierapporter og intervjuer med andre som har arbeidet med dette emnet. ECDC har for eksempel støttet mange ulike typer litteratur og forskningsrapporter om kommunikasjonsbaserte intervensjoner i forbindelse med forebygging og smittevern. [13–17] Ethiske vurderinger og risikovurderinger skal også identifiseres og noteres, og eventuelle forberedende tiltak må startes, for eksempel søknad om etisk godkjenning. Hvis det blir identifisert stor risiko, må man også utvikle foreløpige planer for å dempe risikoen. Verktøy 8 og 9 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Samle innsikt om faktorer som påvirker helsearbeideres anbefalinger om vaksinasjon

En nederlandsk studie [18] som undersøker faktorer knyttet til helsearbeideres intensjoner om å anbefale vaksinasjon til småbarnsforeldre, avslørte følgende:

- 1) ansvaret som ble oppfattet med tanke på å informere om vaksiner og diskutere fordeler og ulemper med foreldre (selv om dette vanligvis ikke skjedde hvis foreldrene aksepterte vaksinasjonen med en gang)
- 2) holdningene til vaksinasjon var stort sett positive, men det ble stilt spørsmål ved nasjonale planer om å vaksinere mot sykdommer med lav oppfattet belastning
- 3) organisasjonsmessige faktorer som begrenset tid og informasjon kan virke hemmende på diskusjonene med foreldrene
- 4) forholdet til foreldrene er avgjørende og hovedsakelig basert på kommunikasjon for å etablere tillit

Konklusjoner

Helsearbeidere ble motivert til å støtte det nasjonale vaksinasjonsprogrammet, men intensjonene deres om å anbefale vaksinasjon, ble påvirket av hvor relevante vaksinene ble oppfattet å være, av praktiske spørsmål som dårlig tid og av at noen typer foreldre er imot dem. Disse resultatene ble brukt som informasjon i flere studier for å teste hvilken betydning og relativ innvirkning disse faktorene har, og for å utforme intervensjoner som fokuserer på utfordringene som kom frem.

Aktivitet 4 – Kartlegge og registrere ressurser. Identifiser alle ressurser som kan hjelpe deg med å påvirke atferden blant målgruppene du er interessert i. Disse ressursene kan omfatte: sosiale nettverk, samfunn, miljømessige faktorer, interessenter og helsetjenesteressurser. Andre ressurser kan være alle potensielle samarbeidspartner- og interessentorganisasjoner og samfunn og enkeltpersoner som kan bidra til å implementere programmet. Alle disse kan brukes for å håndtere problemet. Verktøy 10 og 11 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Skjulte ressurser

Vaksinasjonsprogrammer kan for eksempel utnytte "skjulte" bidrag/hjelpemidler/ressurser fra mange interesserte parter (samarbeidspartnere og interessenter). Disse omfatter: informasjonsmateriell publisert av offentlige og private organisasjoner, rom på skoler avsatt til vaksinasjonstimer, "gratis" offentlig reklame, f.eks. fra samarbeidspartnere i kommersiell sektor innenfor detaljhandel eller medieselskaper. Samfunnsgrupper, og bekymrede foreldre, kan også hjelpe med å informere samfunnet om behovet for tiltak.

Oppgave 2 – Analysere situasjon og påvirkende faktorer: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 4. SWOT-analyse av det eksisterende offentlige helseprogrammet – Bruk dette verktøyet for å vurdere styrkene og svakhetene ved de eksisterende intervensjonene og utheve de sidene ved dagens arbeid som du kanskje må endre.

Verktøy 5. PESTLE-analyse – Bruk dette verktøyet for å definere bredere kontekstavhengige spørsmål som kan ha innvirkning på programmet eller målmålgruppene.

Verktøy 6. Verktøy for barrierer og tilretteleggende faktorer – Bruk dette verktøyet for å identifisere hvilke barrierer du kanskje må fokusere på, og hvilke tilretteleggende faktorer som kan hjelpe deg med å styrke helseatferden.

Verktøy 7. * Analysekartlegging av konkurrerende faktorer – Bruk dette verktøyet for å identifisere konkurrerende faktorer som du kan være nødt til å fokusere på for å påvirke atferden i målgruppen.

Verktøy 8. Oppsummering av viktige data – Bruk dette verktøyet for å oppsummere funn fra andre forskningsrapporter om hvordan du kan påvirke atferden du er interessert i.

Verktøy 9. * Viktig lærdom fra forskningsoppsummeringen – Bruk dette verktøyet for å oppsummere lærdom fra eksempelstudier og erfaringer om hva som kan gjøres for å påvirke spørsmålet eller målgruppen du er interessert i.

Verktøy 10. Kartlegging av andre ressurser – Bruk dette verktøyet for å vurdere og registrere alle tilgjengelige ressurser som kan hjelpe deg med å nå målene for programmet.

Verktøy 11. Verktøy for å registrere bidrag fra samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å registrere hvilke samarbeidspartnere du vil samarbeide med og hvordan de kan hjelpe deg med å gjennomføre atferdsprogrammet.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registrerings skjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 3 – Forstå målgruppene

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Samle innsikt om målgrupper. Bruk kvalitativ og kvantitativ forskning på målgrupper, for eksempel spørreundersøkelser, fokusgrupper og observasjonsstudier, for å samle inn informasjon om kunnskaper, holdninger og atferd hos målgruppene. Verktøy 12–15 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Kommunikasjon om meslingevaksineandel – råd fra foreldre

Som en del av utviklingen av guiden "Let's talk about Protection" [7] ble det arrangert fokusgrupper for å samle inn innsikt der foreldre, besteforeldre og omsorgspersoner i ulike europeiske land deltok. Da de ble spurt om hvordan helsearbeidere best kan øke troverdigheten og argumentere effektivt for hvor viktig det er å beskytte seg med vaksiner, gav de følgende råd:

- gjør det dere anbefaler at andre gjør
- lær oss om risikoen ved ikke å vaksinere seg
- fortell historier i tillegg til at dere informerer om vitenskapelige fakta
- ta dere tid til å lytte til bekymringene våre, og fortell oss om mulige bivirkninger og risiko
- ikke ignorer de av oss som blir vaksinert – vi trenger å bli beroliget og verdsatt og føle oss som vinnere
- ikke bli irritert over at vi ønsker å finne ut mer
- gjør vaksiner lettere tilgjengelig og mindre stressende
- omdefinier suksess (anerkjenn at noen kan trenge mer tid enn andre for å bestemme seg)
- bidra til å øke kunnskapene om vaksinasjon blant befolkningen

Aktivitet 2 – Segmentere målgruppene. Segmentering er å dele opp en målgruppe som du ønsker å rette deg mot, i grupper som har samme overbevisninger, holdninger og atferdsmønstre. Denne tilnærmingen går utover

databasert målretting på demografi, epidemiologi og bruk av tjenesten, og målet er å inkludere data om folks overbevisning, holdninger, forståelse og observert atferd. Målgruppene blir segmentert ved hjelp av disse datasettene. Man grupperer befolkningen på grunnlag av faktorer som risiko, forståelse, holdninger, overbevisninger og eksisterende atferd. Verktøy 16 og 17 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Lav meslingevakinasjonsandel – segmentere målgrupper

I sin studie av meslingeutbrudd i Europa beskriver Muscat [19] tre årsakskategorier til lav vaksinasjonsdekning:

- dårlig tilgang til helsetjenester — en viktig faktor som fører til undervaksinasjon blant sårbare grupper (f.eks. Rom, reisende folk, migrasjonsgrupper)
- motstand mot vaksinasjon på grunn av overbevisninger i samfunnet, blant disse er for eksempel folk og samfunnsgrupper som bruker alternativ behandling på grunn av religiøse, filosofiske eller medisinske overbevisninger (f.eks. antroposof)
- mangel på informasjon, feilinformasjon, frykt, mistro og konkurrerende prioriteringer som fører til nøling, forsinkelser og bortvelging av den anbefalte vaksinasjonsplanen. Årsakene til at vaksine ikke velges i disse tilfellene er flere og sammensatte (og det vil være nødvendig å segmentere foreldrene i denne kategorien ytterligere).

Oppgave 3 – Forstå målgruppen(e): verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 12. Verktøy for å differensiere målgrupper – Bruk dette verktøyet for å beskrive målgruppene du ønsker å påvirke.

Verktøy 13. * Verktøy for å analysere eksisterende atferd – Bruk dette verktøyet for å registrere eksisterende atferd, både positiv og negativ. Dette vil gi deg innsikt i målgruppene og hvordan du kan hjelpe dem.

Verktøy 14. Oversikt over hva man vet om atferdsendringsteori: Registrer relevante modeller og teorier. Bruk dette verktøyet for å definere hva man vet om bruk av atferdsteorier og modeller for hva som kan påvirke atferd og potensielle intervensjonspunkter.

Verktøy 15. *Dataoppsummeringslogg for målgruppeinnsikt – Bruk dette verktøyet for å oppsummere alle dataene og innsikten du har om målgruppene du vil påvirke.

Verktøy 16. Verktøy for å definere første segmentering – Bruk dette verktøyet for å beskrive hvert undersegment av befolkningen som du har identifisert eller som du tror finnes.

Verktøy 17. Første segmentering – Bruk dette verktøyet for å definere den første segmenteringen for hver målgruppe, inkludert atferd og holdninger til den anbefalte atferden.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 4 – Utvikle formidlingsforslag

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Utvikle promoteringsstrategier for atferd. Basert på kunnskaper om og forståelse av målgrupper definerer du hvordan den foreslåtte atferden skal posisjoneres og promotereres hos målgruppen(e). Ved en positiv atferdsendring, for eksempel vaksinasjon, kan man øke vaksinasjonsandelen ved å fokusere på hvilke emosjonelle og fysiske fordeler som kan oppnås, og hvordan man kan redusere kostnadene, for eksempel ubekvemme tider. Verktøy 18 og 19 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Det er ofte nyttig å betrakte fordelene som følger med atferden, som et produkt. Kjerneproduktet er den faktiske verdien eller fordelene man får ved å utføre handlingen. Det faktiske produktet er det fysiske objektet i opplevelsen, for eksempel en injeksjon eller pille. Det forsterkede produktet er alt som assosieres med produktet, for eksempel måten en tjeneste gjennomføres på, det vil si hvordan helsearbeidere oppfører seg og kommuniserer med folk som benytter seg av tjenesten.

Eksempel – Promotere vaksinasjon: Fordeler med "produktet"

Kjerneprodukt: Trygghets- og velværefølelse som assosieres med å ha beskyttet barnet.

Faktisk produkt: Mottatt vaksinasjon som vil beskytte barnet fra meslinger.

Forsterket produkt: Enkel tilgang til tjenesten, vennlige og imøtekommende helsearbeidere som også kan hjelpe med andre helsespørsmål.

Aktivitet 2 – Argumentere for å følge rådene. Hvis noen nekter eller nøler med å benytte seg av tjenestene, må du finne ut hvordan man kan få størst mulig fordel av å følge rådene og hvordan det kan koste mer å ikke følge rådene. Ved valgsituasjoner som ikke er rasjonelle, må du finne ut hvordan du kan strukturere miljøet du har valgt, eller hvilke endringer i reglene eller tjenestene (enkle eller omfattende) du kan innføre for å oppmuntre målgruppen til å følge rådene. Verktøy 20 og 21 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Hjelp til med atferdsendring

Ofta er man for travle til aktivt å vurdere alt man kan gjøre og velge. For å hjelpe legene til å følge infeksjonskontrollprosedyrer og lese rapporter om foreskriving av antibiotika kan sykepleiere legge inn påminnelser eller varsler i pasientjournaler for å minne legene om å kontrollere hva som foreskrives.

Noen sykehus har funnet ut at flere følger rådene om håndvask hvis det finnes en hylle ved vasken der medarbeiderne kan plassere dokumenter mens de vasker hendene.

Oppgave 4 – Utvikle utvekslingsforslag: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 18. Verktøy for å utvikle priser/utveksling – Bruk dette verktøyet for å definere fordelene og kostnadene ved det du foreslår for hvert målgruppesegment.

Verktøy 19. Beskrive produkt/tjeneste og registrere fordeler – Bruk dette verktøyet for å definere mer detaljert hvilke fordeler du vil promotere.

Verktøy 20. Beskrive produkt/tjeneste – Bruk dette verktøyet for å beskrive alle fordelene ved produktet du vil promotere.

Verktøy 21. *Endelig anbefaling av tilbud/forslag – Bruk dette verktøyet for å finne frem til hvilket forslag du vil komme med for hvert målgruppesegment. Dette vil hjelpe deg med å utvikle konsekvente promoteringstiltak basert på dataene og innsikten du har samlet inn.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registrerings skjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 5 – Velge markedsføringsintervensjoner

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

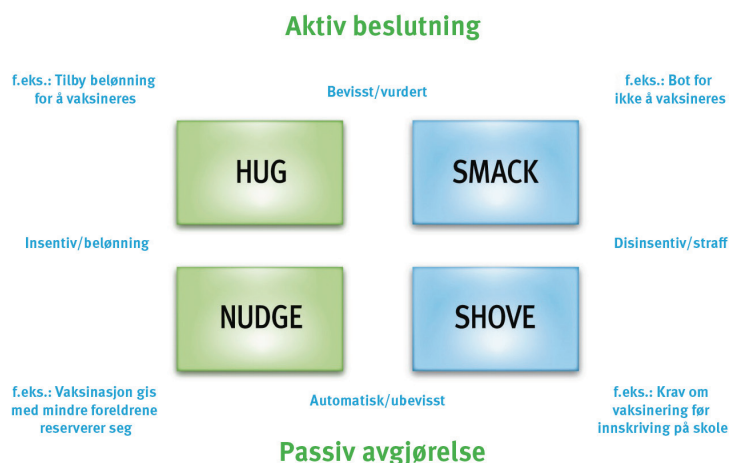
Aktivitet 1. Velge intervensjonsformer og -typer.

Denne aktiviteten fokuserer på å velge hvilken kombinasjon av intervensjonstyper og -former som skal brukes i arbeidet for å innføre de ønskede atferdstypene du vil påvirke. Intervensjonstyper (se figur 9) omfatter: kontroller (lover og bestemmelser), informasjon (f.eks. brosjyrer, SMS-påminnelser for avtaler), endringer i miljø eller systemdesign (f.eks. tidsfastsetting for eller plassering av tjenester), opplæring (f.eks. fortløpende medisinsk opplæring av helsearbeidere i antimikrobielle sykdommer), støtte (f.eks. sørge for at det finnes brobyggere innenfor helsesektoren som kan hjelpe vanskelig tilgjengelige målgrupper). Intervensjonsformer (se figur 10 og diskusjonen i del 1) fokuserer på bruk av insentiver og straff for å forsterke budskapet og få flere til å følge det. Disse omfatter ulike typer nudges, smacks, hugs eller shoves.

Figur 10. Fem intervensjonstyper [20]

Fem intervensjonstyper (deCIDES)

KONTROLLERE	kontrollere / regler / kreve / begrense / innskrenke / politi / håndheve / regulere / gi lover / gi insentiver
INFORMERE	informere / kommunisere / tilskynde / utløse / påminne / forsterke / bevissthet / forklare
UTFORME	utforming av eller endring i fysisk produkt / miljø / organisasjonssystem / teknologi / prosess
GI OPPLÆRING	gjøre mulig / engasjere / gi opplæring / utvikle kunnskaper / inspirere / oppmuntre / motivere / utvikle evne til kritisk tenking
STØTTE	tjenestelevering / praktisk hjelp / promotere tilgang / bygge sosialt nettverk / sosial mobilisering

Figur 11. Fire intervensjonsformer [1]

Verktøy 22–25 kan brukes som støtte i denne aktiviteten. En miks av intervensjonstyper og -former tilpasset til hvert av målgruppesegmentene du vil påvirke, har vist seg å være mest effektivt [1].

Eksempel – Velge intervensjoner for å redusere antimikrobiell motstand [21]

ECDC utviklet kommunikasjonsverktøy for ulike typer målgrupper for å støtte opp om Den europeiske antibiotikadagen (18. november). Verktøyene for helsearbeidere i primærhelsetjenesten omfatter råd om hvordan kampanjearrangørene kan bruke en miks av ulike intervensjonsmetoder for å engasjere helsearbeidere i primærhelsetjenesten og få dem til å promotere hensiktsmessig og ansvarlig bruk av antibiotika. Det finnes informasjonsmateriell, opplæringsmateriell og støttemateriell som fokuserer på å oppmuntre helsearbeidere og gjøre dem i stand til å følge retningslinjene for foreskriving av antibiotika. I tillegg skal materialet gi dem nødvendig informasjon, budskap og verktøy slik at de kan informere pasientene om risikoene for antibiotikaresistens og veilede pasientene i hvordan de best bruker antibiotika, og om alternativ behandling av virusinfeksjoner som vanlig forkjølelse og influensa.

Aktivitet 2 – Kostnad-nytte-analyse for intervensjoner. Når du utarbeider planene, er du også nødt til å vurdere intervensjonstypene og -formene som gir størst verdi for pengene og størst avkastning på investeringene. Utgangspunktet her er størst mulig atferdsrespons til lavest mulig kostnad.

Eksempel – Kostnad-nytte for intervensjon

For å kunne bygge opp bærekraftige programmer, er det nødvendig å forstå hvordan ressursene best kan fordeles. I tillegg må man ta beslutninger om omfordelinger basert på analyser av kostnad-nytte, avkastning på investering og verdi for pengene. Dette er særlig viktig når man skal innføre en ny form for intervensjon som ikke er grundig evaluert. For eksempel kan vaksinekampanjer i massemedia eller direkteklame vise seg å være mindre kostnadseffektivt enn kommunikasjon ansikt til ansikt for å oppmuntre flere til å vaksinere seg.

Oppgave 5 – Velge markedsføringsintervensjoner: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 22. *Endelig intervensjonsbeskrivelse – Bruk dette verktøyet for å beskrive alle typer intervensjon som ifølge data, innsikt, atferdsmodellering og forskning kan fungere.

Verktøy 23. Evaluere intervensjonsalternativer – Bruk dette verktøyet for å evaluere alle alternativene du definerer med verktøy 22.

Verktøy 24. Registrere etiske spørsmål og tiltak – Bruk dette verktøyet sammen med verktøy 22 når du evaluerer potensielle intervensjonsalternativer.

Verktøy 25. *Begrunnelse for anbefalingene ut fra forskning/undersøkelser, data, teori og testtrinnevaluering – Bruk dette verktøyet for å begrunne de endelige anbefalingene om hvilken intervensjonsmiks du vil bruke for å påvirke atferden til hvert målgruppesegment du vil påvirke.

Verktøy 26. Endelig intervensjonsmatrise – Bruk dette verktøyet for å registrere den endelige intervensjonsmiksen du vil bruke for hvert målgruppesegment.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Trinn 2: Teste

Figur 12. Testoppgaver



Dette trinnet kan omfatte utvikling av prototyper og test av kampanjer og eksperimenter, og ende opp i en rapport som anbefaler hvilken intervensjonsmiks man skal utvikle til en fullstendig plan som skal implementeres. Du kan også teste og utvikle metoder for å samle inn og analysere data for evalueringsformål i denne fasen. Hovedoppgavene på dette trinnet handler om å teste de første intervensjonsideene og -konseptene for å se hvor godt de fungerer.

Testtrinnet har én oppgave:

- Forhåndstesting og pilotprogram

Oppgave 6 – Forhåndstesting og pilotprogram

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Teste hver potensielle intervensjon og hypotese som du har utviklet, på representative målgrupper. Planleggingen skal inkludere utvikling av et eksperimentelt design og adressere eventuelle etiske spørsmål som kommer opp. Verktøy 27–29 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Utvikle en prototype

En prototype av denne guiden ble utviklet og testet etter å ha blitt gjennomgått av en gruppe eksperter på kommunikasjon, infeksjonssykdommer, sosial markedsføring og risikokommunikasjon samt en gruppe med potensielle sluttbrukere (ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid). Et sett med vanlige spørsmål fungerte som en guide for gjennomgåelsen. Forfatterne analyserte anbefalingene, og et andre utkast ble sendt rundt for kommentarer før den ble ferdigstilt.

Prototypeutvikling er en systemutviklingsmetode som vanligvis brukes når det er vanskelig å innhente nøyaktige krav fra kunden, eller hvis man skal utvikle et nytt produkt eller konsept. Fordelene ved denne modellen* er:

- Brukeren får et tydelig inntrykk og en ordentlig "følelse" av prototypeproduktet og kan foreslå endringer og modifiseringer.
- Det er særlig nyttig når produktinnholdet kan være nytt eller ukjent for den potensielle målgruppen. Uten en prototype ville det for eksempel ikke være mulig for personer som ikke er kjent med sosial markedsføring, å spesifisere kravene sine på en god måte. De ville heller ikke klart å forklare hva de forventer fra produktet.
- Når arbeidet går over i nye vanskelige oppgaver, eller hvis arbeidet utføres med en ny målgruppe eller nye begünstigede grupper, kan bruk av prototyper bidra til å gi innsikt slik at man kan justere produktet/verktøyet i henhold til dette.
- Noen ganger hjelper det å demonstrere verdien av konseptet før man gjør store investeringer.
- Det reduserer risikoen for å mislykkes, fordi man kan identifisere potensiell risiko tidlig og iverksette tiltak for å dempe denne.
- En gradvis tilnærming mellom utviklingsteamet og kunden gir et svært godt og ledende miljø under prosjektet.

De viktigste ulempene med å bruke prototyper er at prosessen er treg og at det kreves fortløpende, gjentatte tilbakemeldinger mellom utviklere og kunder.

* Tilpasset fra: Prototypemodell: Fordeler og ulemper <http://www.ianswer4u.com/2011/11/prototype-model-advantages-and.html#axzz2mtopldu1>

Aktivitet 2 – Rapportere om effekten av pilotprogrammet. Rapportene skal gi informasjon om den umiddelbare effekten av intervensjonen(e) med tanke på for eksempel kunnskapsinnhenting, holdninger og overbevisninger. De skal også måle effekten på kortsiktig atferd og systemeffektivitet, for eksempel kostnadene ved å skape interesse for programmet og kostnadene ved ulike metoder for å skape kontakt gjennom intervensjonen eller kortsiktige atferdstiltak.

Oppgave 6 – Forhåndstesting og pilotprogram: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 27 Intervensjonsspørsmål som skal undersøkes på teststadiet – Bruk dette verktøyet for å lage en liste over intervensjonene du har valgt som mulige elementer i den endelige intervensjonsmiksen.

Verktøy 28 Registrering av hvordan hypotesene og innsikten som man fant på trinnet for definisjonsavgrensning, vil bli testet – Bruk dette verktøyet for å definere eventuelle hypoteser du vil teste før du utvikler planer for den endelige intervensjonsmiksen.

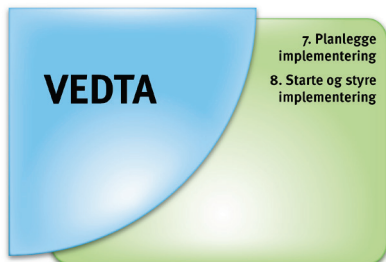
Verktøy 29. Forhåndstesting og pilotplanlegging – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan du planlegger å teste eller utarbeide et pilotprogram for spesifikke intervensjoner.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Trinn 3: Vedta

Figur 13. Vedta oppgave



Dette trinnet fokuserer på hvordan man iverksetter og styrer en intervensjonsplan med utgangspunkt i funnene fra avgrensningstrinnet og resultatene og læringen fra testtrinnet. I starten av dette trinnet lager man en fullstendig plan for hvordan den sosiale markedsføringen skal iverksettes, sammen med en tydelig budsjett- og evalueringsstrategi med detaljer for hvordan programmet skal styres, hvordan man skal rapportere og hvordan man skal styre både risiko og muligheter. Planen skisserer hvordan effekten og effektiviteten i programmet skal overvåkes, hvordan programmet skal evalueres og hvordan man skal rapportere til finansieringsinstanser, sponsorer, interessenter og målgrupper.

Vedta-trinnet har to oppgaver:

- planlegge implementering
- starte og styre implementering

Oppgave 7 – Planlegge implementering

Denne oppgaven går ut på å utvikle en fullstendig plan for sosial markedsføring som bygger på resultatene av pilotprosjektet og funnene og beslutningene fra avgrensningsdefinisjonen.

Denne oppgaven omfatter én aktivitet.

Aktivitet 1 – Intervensjonsplan

Denne planen skal omfatte:

- Problemdefinisjon og situasjonsanalyse.
- Segmentering av tiltenkt målgruppe, SMARTe atferdsmål for programmet og hvordan disse skal måles. Verktøy 30 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.
- Informasjon om hvert produkt eller hver tjeneste du vil bruke i det fullstendige programmet. Verktøy 31–34 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.
- Forventet effekt og resultater for de valgte målgruppene over en fastsatt tidsramme.
- Budsjett som definerer hvilke ressurser som kreves fra hovedsponsorer, samarbeidspartnere og interessenter, hvordan de skal distribueres med tanke på intervensjons- og markedsføringsmiksen du har foreslått, og hvordan budsjettet skal fordeles for å oppnå de avtalte målene for intervensjonen. Verktøy 35 og 36 kan brukes som støtte i denne aktiviteten.
- Evalueringsstrategien omfatter målinger av kortsiktig endring (effektvurdering), hvor effektive intervensjonene er (prosessevaluering) og ønsket atferd (resultatevaluering). De valgte indikatorene vises på listen under.

Valgte indikatorer for evaluering av prosess, innvirkning og resultat

Prosessevaluering. Indikatorer: Hvor mange personer deltok i eller benyttet seg av en tilbudt tjeneste (f.eks. antall vaksinerte)? Hvor mange personer ble kontaktet (f.eks. antall innkalt til vaksinasjon)?

Effektevaluering. Indikatorer: Data om den umiddelbare effekten av arbeidet. For eksempel: Rapportert kunnskapsøkning, rapportert atferd eller umiddelbar økning i andelen som benytter seg av en tjeneste. (f.eks. prosentvis økning i vaksinasjonsandelen blant en bestemt gruppe i løpet av en seks månedersperiode etter intervensjonen).

Resultatevaluering. Indikatorer: Data om de mer langsiktige effektene av prosjektet, observert atferd og konsekvenser av det. For eksempel: Redusert forekomst av meslinger i befolkningen.

Eksempel

ECDCs guide "Let's Talk about Protection" [7] ble oversatt og tilpasset til bulgarsk (i tillegg til tsjekkisk, ungarsk og rumensk) gjennom en strengt strukturert prosess der både nasjonale eksperter på språk og offentlig helse samt sluttbrukere (f.eks. brobyggere innenfor helsesektoren og allmennpraktiserende leger fra Rom-befolkningen) var involvert i hele kontrollprosessen. Det tilpassede materialet er nå tatt i bruk (vedtatt) i tre ulike Rom-befolkninger. Innføringen av materialet skjer i henhold til prosedyrer for vurdering av forskning, der det er samlet inn informasjon før intervensjonen (basislinjedata) om kunnskaper, holdninger og atferd hos både helsearbeidere og Rom-foreldre og -besteforeldre i "pilotgrupper". Hvilken effekt bruk av materialet har, vil bli overvåket over tid (med både kvantitative og kvalitative studier, f.eks. studier etter intervensjonen, vaksinasjonandeler osv.) og sammenlignet med liknende kontrollgrupper.

Oppgave 7 – Planlegge implementering: verktøykasse til støtte for aktiviteten**Verktøy 30. Vedtatte SMARTe-mål for endring eller opprettholdelse av atferd etter segment –**

Bruk dette verktøyet for å bli enige om de endelige SMARTe målene for hver atferd og hvert målgruppesegment.

Verktøy 31. Beskrivelse av produkt/tjeneste – Bruk dette verktøyet sammen med verktøy 32 for å få hjelp til tydelig å definere fordelene ved intervensjoner du vil inkludere i programmet og hvilke funksjoner disse har.

Verktøy 32. Beskrivelse av produkt/tjeneste og registrering av fordeler – Bruk dette verktøyet sammen med verktøy 31 for å få hjelp til tydelig å definere fordelene ved intervensjoner du vil inkludere i programmet og hvilke funksjoner disse har.

Verktøy 33. Endelig intervensjonsbeskrivelse – Bruk dette verktøyet for å registrere de endelige beskrivelsene av intervensjonene du har valgt etter å ha testet eller utført pilotprogrammer på dem.

Verktøy 34 Endelig intervensjonsmatrise – Bruk dette verktøyet for å forbedre den første intervensjonsmiksen og definere det endelige intervensjonssettet du vil bruke for å nå de SMARTe målene for programmet.

Verktøy 35. Budsjett og andre ressurser som du kontrollerer eller kan påvirke – Bruk dette verktøyet for å registrere alle de tilgjengelige ressursene du kan bruke for å gjennomføre programmet.

Verktøy 36. Registrering av programbudsjett og ressursfordeling – Bruk dette verktøyet for å oppsummere fordelingen på hver intervensjonstype eller -form som er en del av den endelige intervensjonsplanen.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registrerings skjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 8 – Starte og styre implementering

Denne oppgaven har to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Administrere samarbeidspartnere, risiko og muligheter. Kontroller at hver samarbeidspartner leverer det de har lovet, og registrer hvor engasjert de har vært i programmet. Verktøy 37 og 38 kan brukes som støtte i denne aktiviteten. Kontroller og styr risiko knyttet til prosjektet. Verktøy 39 kan brukes som støtte i denne aktiviteten. Oppdag muligheter, se fremover og juster programmet. Verktøy 40 kan brukes som støtte for å registrere potensielle muligheter og finne måter du kan utnytte dem på.

Aktivitet 2 – Rapportere om prosessen. Samle inn data om prosess, effekt og resultat. Registrer fremskritt og tilbakefall, analyser og rapporter. Verktøy 41 kan brukes som hjelp til å registrere disse dataene med regelmessige intervaller. Organiser rapporteringen til sponsorer og interessenter. Verktøy 42 kan brukes som støtte i denne aktiviteten. Overvåk og administrer intervensjonsbudsjettet for å sikre at det ikke forekommer store kostnadsoverskridelser eller -underskridelser og at intervensjonen gjennomføres på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Verktøy 43 kan brukes som hjelp ved registrering og oppsummering av budsjettdata.

Oppgave 8 – Starte og styre implementering: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 37. Verktøy for å registrere bidrag fra samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å registrere hva hver samarbeidspartner eller interessent skal bidra med i programmet.

Verktøy 38. Plan for å administrere samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å definere hvordan du vil administrere forholdet til hver interessent.

Verktøy 39. Registrere risiko – Bruk dette verktøyet for å registrere risiko for programmet og hvordan du vil dempe risikoen. Risiko for programmet blir identifisert på trinnet for avgrensingsdefinisjon i planleggingsprosessen.

Verktøy 40. Registrere muligheter – Bruk dette verktøyet for å registrere muligheter som oppstår mens programmet gjennomføres, og hvordan du vil maksimere muligheten for å nå målene for programmene.

Verktøy 41. Plan for å overvåke kortsiktig effekt – Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvor godt programmet leverer på de planlagte intervensjonene.

Verktøy 42. Strategi for administrasjon og rapportering – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan enkeltintervensjoner skal administreres, hvem som er ansvarlig og hvordan de skal rapportere fremdriften.

Verktøy 43. Budsjettovervåkingsverktøy – Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvordan tildelte budsjetter brukes til å gjennomføre intervensjonsmiksen.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Trinn 4: Lære og handle

Figur 14. Oppgaver for å lære og handle



På dette trinnet av den sosiale markedsføringsprosessen er det lagt vekt på å samle inn og distribuere funnene om både hvor effektivt programmet er og om det virker. Målet er også å hjelpe helsearbeidere og arbeidsplassene deres med å finne ut hva som fungerte og hva som ikke fungerte i programmet. Denne informasjonen kan brukes i beslutningsprosesser i forbindelse med senere oppfølgingsprogrammer eller nye programmer.

Lære og handle-trinnet har to oppgaver:

- evaluere og rapportere
- gjennomgå og utvikle opplæring

Oppgave 9 – Evaluere og rapportere

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Evaluere resultater. Bruk de SMARTe målene du utviklet i oppgave 1 aktivitet 3, som grunnlag for evalueringen. Følg evalueringsplanen du utviklet på Vedta-trinnet. Registrer resultatene av de enkelte intervensjonene og hele programmet. Bruk verktøy 44 som støtte i denne aktiviteten. Det kan også være nyttig å evaluere bidragene fra ulike interessenter og samarbeidspartnere. Bruk verktøy 45 som støtte i denne aktiviteten.

Eksempel – Evalueringsplan – Teste hvor nyttig vaksinasjonsguiden og støttematerialene har vært, og hvilken effekt de har hatt på kunnskap, holdninger og atferd*.

Målgruppene for evalueringsforskningen vil være helsearbeidere, brobyggere innenfor helsesektoren og Rom-foreldre og -besteforeldre til barn opp til 18 år i tre utvalgte studiegrupper og én kontrollgruppe. Helsearbeidere omfatter leger (allmennleger, barneleger og skoleleger, hvis det er aktuelt), sykepleiere (på skoler og kontorer) og epidemiologer fra tilsynsorganer med ansvar for å administrere og gjennomføre vaksinasjon.

Evalueringen skal utføres før og etter intervensjonene.

Målene for evalueringen er å:

- vurdere hvilken innvirkning intervensjonen har på kunnskap, holdninger og atferd knyttet til vaksinerings av barn blant helsearbeidere og brobyggere som holder til blant målgruppen
- vurdere hvor nyttig materialet oppfattes av allmennleger, brobyggere innenfor helsesektoren og epidemiologer innenfor regionale tilsynsorganer når de skal informere om immunisering
- utføre forskning om eksisterende kunnskap, holdninger og atferd knyttet til vaksinasjon av barn blant Rom-foreldre og -besteforeldre i studie- og kontrollgrupper
- dataene som er samlet inn om basislinjeindikatorer, vil gjøre det mulig å måle endringer i kunnskap, holdninger og atferd etter at helsearbeidere har brukt materialene i ett år

**Dette er basert på evalueringsplanen for et prosjekt i Bulgaria som støttes av ECDC, og som tester hvor nyttig den tilpassede versjonen av "Let's Talk about Protection" er. Rapporten vil bli tilgjengelig i juni 2014.*

Aktivitet 2 – Komme med anbefalinger. Hovedfokus for denne aktiviteten er å rapportere til interessenter og finansieringsinstanser og komme med en rekke anbefalinger basert på hva man har funnet ut fungerer og ikke fungerer for å påvirke atferd. Bruk verktøy 46 for å oppsummere anbefalingene som kommer fra programevalueringen.

Oppgave 9 – Evaluere og rapportere: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 44. Registrere resultatevaluering – Bruk dette verktøyet for å registrere utfallet av evalueringen

Verktøy 45. Evaluering av samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet til å registrere bidragene fra interessenter og samarbeidspartnere.

Verktøy 46. Evalueringsrapport og anbefalinger – Bruk dette verktøyet til å komme med anbefalinger basert på evalueringen.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Oppgave 10 – Gjennomgå og utvikle opplæring

Hovedformålet med denne siste oppgaven er å sikre at læringen man fikk ved å evaluere programmet og enkeltelementer av dette, brukes ved utforming av fremtidige intervensjoner og fordeling av budsjetter. I siste instans bør dette føre til bedre resultater neste gang programmet implementeres.

Denne oppgaven omfatter to aktiviteter.

Aktivitet 1 – Identifisere oppfølgingshandlinger. Definer tiltak som skal iverksettes av lovgivende myndigheter, fagpersoner innenfor planlegging og samfunnsgrupper på grunnlag av anbefalingene fra evalueringen. Bruk verktøy 47 som støtte i denne aktiviteten. Finn ut hvordan du kan distribuere resultatene og anbefalingene du har utviklet. Bruk verktøy 48 som støtte i denne aktiviteten.

Aktivitet 2 – Identifisere fremtidige implikasjoner. Bli enige om en plan for hvordan organisasjonen og interessentene kan tilpasse og forbedre seg, basert på læringen fra og evalueringen av programmet. Bruk verktøy 49 som støtte i denne aktiviteten. Vurder PESTLE-spørsmål i lys av funnene fra evalueringen og eventuelle implikasjoner av disse til strategier eller implementeringer i fremtiden. Bruk verktøy 50 som støtte i denne aktiviteten.

Oppgave 10 – Kontrollere og bygge opp læring: verktøykasse til støtte for aktiviteten

Verktøy 47. Læringsstrategi for organisering – Bruk dette verktøyet for å registrere tiltak du vil at organisasjoner skal iverksette, basert på evalueringen av programmet.

Verktøy 48. Distribusjonsstrategi – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan du vil distribuere resultatene av programevalueringen.

Verktøy 49. Plan for organisasjonsutvikling – Bruk dette verktøyet for å definere anbefalinger for endring og utvikling av organisasjoner basert på evalueringen.

Verktøy 50. Fremtidig strategisk PESTLE-analyse – Bruk dette verktøyet som hjelp i den fremtidige strategiske utviklingen av neste trinn i programmet.

*prioriteringsverktøy

Obs! I del 3 finner du en komplett verktøysamling, blant annet registreringsskjemaer, arbeidsark og sjekklister

Sjekkliste for planlegging av sosial markedsføring

Følgende sjekkliste er utviklet for å hjelpe både finansieringsinstanser og de som planlegger intervensjoner med sosial markedsføring med å vurdere hvor robust planleggingen er. Punktene på denne listen er hentet fra innholdet som er oppført i referanselisten på slutten av denne guiden.

Sjekkliste ved planlegging av sosial markedsføring

- Bygger planen på en etablert og/eller logisk planleggingsmal?

Definere avgrensning

- Er det definert tydelige mål og målbare atferdsmål i programplanen, og er det definert hvilke målgruppe(r) og segmenter intervensjonen skal fokusere på?
- Har man identifisert hovedbarrierer, tilretteleggende faktorer og andre typer risiko i programplanen, og er det bestemt hvilke tiltak man skal sette i gang for å ta tak i disse faktorene?
- Har man i programplanen pekt på engasjement knyttet til politiske forhold, policy, ledelse og institusjoner?
- Fanger programteamet opp innsikt fra kontroller og eksempelstudier, observasjonsdata og faktisk atferd på at det man gjør, fungerer?
- Har data om demografi, atferd, risiko og psykologiske data hos målgruppen, for eksempel overbevisninger og holdninger, blitt samlet inn og analysert for å skape innsikt og bidra til å utvikle intervensjoner som målgruppene vil respondere på?
- Begrunner programplanen tydelig hvorfor de aktuelle intervensjonstypene og den bestemte intervensjonsmiksen er valgt for programmet?
- Spesifiserer programplanen også hvilke teoretiske perspektiver og modeller som er brukt i planleggingen, og som samsvarer med form, fokus og kontekst for intervensjonen?
- Viser programplanen hvordan målgruppen(e) skal involveres i behovsvurdering, måldefinisjon og strategiutvikling?
- Viser planen også hvordan målgrupper skal engasjeres i gjennomføringen og evalueringen av programmet?

Testing

- Definerer programplanen hvordan prototypeintervensjoner eller pilotprogrammer skal testes og brukes for å utvikle fullstendige programmer?
- Finnes det en tydelig definert analyse av forventet avkastning på investeringer som kan forsvare det planlagte investeringsnivået?
- Definerer programplanen hvordan programmet skal finansieres for å oppnå den forventede effekten, og hvordan det skal være bærekraftig i hele den anbefalte gjennomføringsperioden?

Vedta

- Definerer programplanene viktige kontrollmekanismer i prosessen som inkluderer og vurderer kvalitetsmål og etisk praksis?
- Definerer programplanene hvordan koalisjoner, interessenter, samarbeidspartnere og interessegrupper skal engasjeres mens intervensjonen pågår?
- Definerer programplanen en mekanisme for samordnede tiltak mellom internasjonal, nasjonal, regional og lokal gjennomføring, og for hvordan beslutningstaking, ledelse og koordinering av programmet skal fungere?
- Er mekanismer for evaluering, ytelsesstyring, læring og tilbakemeldinger tydelige i programplanen?
- Omfatter evalueringen målinger av kortsiktig effekt, prosessmål for effektivitet og kvalitet og resultatevaluering knyttet til de spesifikke atferdsmessige og sosiale resultatmålene for programmet?
- Er alle programplanene registrert og publisert?

Læring og handling

- Brukes resultatene fra programmet som informasjon ved senere planlegging og utvikling i organisasjonen?

Nyttige nettsteder

STELa – planleggingsverktøy for sosial markedsføring

www.stelamodel.com

CDCynergy – planleggingsverktøy for sosial markedsføring:

<http://tangibledata.com/CDCynergy-SOC/Drive-thru/index.cfm>

www.cdc.gov/healthcommunication/CDCynergy/CDCynergyLite.html

Planleggingsverktøy for hele den sosiale markedsføringsprosessen:

www.socialmarketing-toolbox.com/

WHO COMBI – verktøysett:

www.who.int/ihr/publications/combi_toolkit_outbreaks/en/

Community Toolbox

<http://ctb.ku.edu/en/tablecontents/index.aspx>

Globalt nettverk for sosial markedsføring

www.Socialmarketers.net/index.php/home

WHOs guide for å skreddersy vaksinasjonsprogrammer (TIP)

www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf

Endringsverktøy

www.toolsofchange.com/en/home

European Social Marketing Association

www.europeansocialmarketing.org

ECDCs startside

<http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>

ECDC, meslinger

<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/pages/index.aspx>

E-Com, EU-finansiert prosjekt for informasjon om pandemier

www.ecomeu.info/default.html

Prosjekt for informasjon om infeksjonssykdommer finansiert av Tell Me EU

www.tellmeproject.eu

Referanser

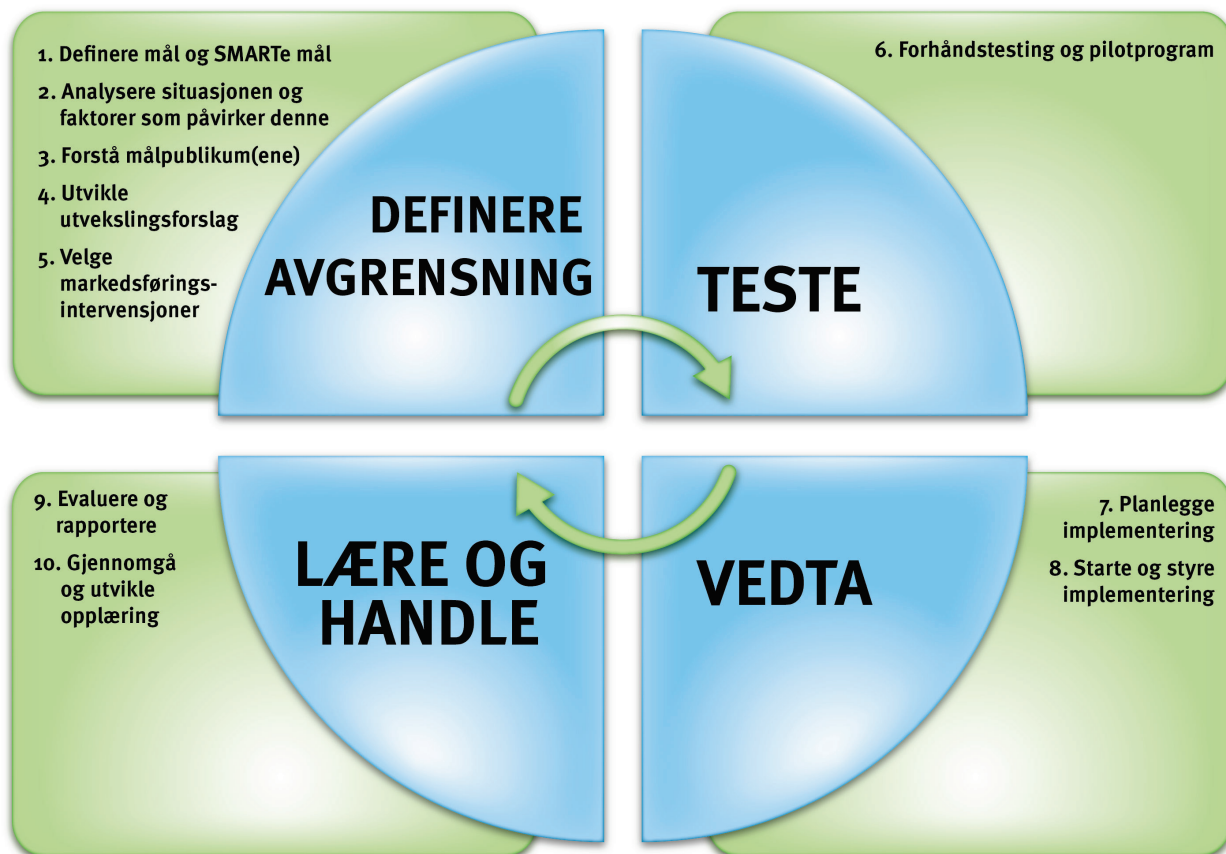
1. French J, Gordon R. Strategic Social Marketing London: Sage; 2015.
2. Carabin H, Edmunds J, Kou Ulla Van Hof S, Nguyens H. The average cost of measles cases and adverse events following vaccination in industrialised countries. BMC Public Health. 2002; 2: 22.
3. Schmitt H, Booy R, Aston R, Van Damme P, Schumacher R, Campins M, et al. How to optimise the coverage rate of infant and adult immunisations in Europe. BMC Medicine. 2007 May 29; 5(11).
4. Heininger U. An internet-based survey on parental attitudes towards immunization. Vaccine. 2006 September 11; 24(37-39): s. 6351–6355.
5. Cotter S, Ryan F, Hegarty H, McCabe T, Keane E. Immunization: the view of parents and health professionals in Ireland. Euro Surveill. 2003 June 1; 8(6): s145–150.
6. Stefanoff P, Mamelundb S, Robinsonc M, Netterlidd E, Tuellse J, RiiseBergsakerb M, et al. Tracking parental attitudes on vaccination across European countries: The Vaccine Safety, Attitudes, Training and Communication Project (VACSATC). Vaccine. 2010 August 9; 28(35): s. 5731–7.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about protection. Stockholm. 2012. Finnes på: <http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Documents/Vaccine-comms-action-2013.pdf>.
8. University of Wisconsin-Madison. Office of Human Resources Development. Prioritising as a group. [Internet]. [cited 2014 April 28]. Finnes på: <https://www.ohrd.wisc.edu/AcademicLeadershipSupport/HideATab/PrioritizingasaGroup/tabid/115/Default.aspx>
9. Huerta M, Balicer R, Leventhal A. SWOT analysis: strengths, weaknesses, opportunities and threats of the Israeli Smallpox Revaccination Program. Med Assoc J. 2003 January; 5(1): s. 42–6.
10. Ruijs W, Hautvast J, van Ansem W, Akkermans R, Van't Spijker K, Hulscher M, et al. Measuring vaccination coverage in a hard to reach minority. Eur J Public Health. 2002 June; 22(3): s. 359–64.
11. Ruijs W, Hautvast J, van der Velden K, de Vos S, Knippenberg H, Hulscher M. Religious subgroups influencing vaccination coverage in the Dutch Bible belt: an ecological study. BMC Public Health. 2011 February 14; 11: s. 102.
12. Vivancos R, Farmer S, Atkinson J, Coffey E, Dardamissis E, Dillon J, et al. An ongoing large outbreak of measles in Merseyside, England, January to June 2012. Eurosurveillance. 2012 July 19; 17(29).
13. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review of trust and reputation management in communicable disease public health. Stockholm: ECDC; 2011.
14. Doyle P, Sixsmith J, Barry MM, Mahmood S, MacDonald L, O'Sullivan M, et al. Public health stakeholders' perceived status of health communication activities for the prevention and control of communicable diseases across the EU and EEA/EFTA countries. Stockholm: ECDC; 2012.
15. Cairns G, MacDonald L, Angus K, Walker L, Cairns-Haylor T, Bowdler T. Systematic literature review of the evidence for effective national immunisation schedule promotional communications. Stockholm: ECDC; 2012.
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Conducting health communication activities on MMR vaccination. Stockholm: ECDC; 2010.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Communication on immunisation – building trust. Stockholm: ECDC; 2012.
18. Mollema L, Staal J, van Steenberg J, Paulussen J, de Melker H. An exploratory qualitative assessment of factors influencing childhood vaccine providers' intention to recommend immunization in the Netherlands. BMC Public Health. 2012 February 14; 12: s. 128.
19. Muscat M. Who gets measles in Europe? Journal of Infectious Diseases. 2011; Suppl. 1(204): s. 353–365.
20. French J, Blair-Stevens C, Merritt R, McVey D. Social Marketing and Public health, theory and practice Oxford: Oxford University Press; 2010.
21. European Centre for Disease Prevention and Control.. Toolkit of briefing materials aimed at primary care prescribers [Internet] [cited 2014 April 28]. Finnes på: www.ecdc.europa.eu/en/eaad/Pages/ToolkitsPrimaryCarePrescribers.aspx.

3. Ressurser som støtter utvikling og bruk av en strategisk tilnærming til sosial markedsføring

Innledning

Denne samlingen av arbeidsark og sjekklister skal være en støtte for del 1 og 2 av ECDCs guide for sosial markedsføring. Ledere og utøvere av forebyggende helsetjenester og folkehelsearbeid kan bruke verktøyene i denne samlingen for å organisere, registrere, reflektere over og veilede planleggings-, implementerings- og evalueringsaktivitetene for den sosiale markedsføringen. Arbeidsarkene er nummerert og følger en logisk rekkefølge som er basert på trinnene, oppgavene og aktivitetene i det firetrinns rammeverket for sosiale markedsføringstiltak 1 (figur 1 og boks 1) som blir beskrevet i del 2 av ECDCs guide for sosial markedsføring. Denne verktøysamlingen inneholder 50 arbeidsark som fagpersoner kan velge blant og bruke på en fleksibel måte slik at de er best mulig tilpasset de bestemte utfordringene de står overfor. Arbeidsark som har vist seg å være særlig nyttige, er merket med en stjerne.

Figur 15. Firetrinns rammeverk for sosiale markedsføringstiltak [1]



Denne planleggingssyklusen bygger på STELa (www.stelamodel.com), som ble utviklet fordi det var behov for en enkel, men likevel robust modell som kunne brukes av helsearbeidere og personer som ikke har opplæring i formelle planleggingssystemer og -prosedyrer [1].

Oversikt over trinn, oppgaver, aktiviteter og verktøy

Trinn	Oppgaver	Aktiviteter	Verktøy (se del 3)
Definere avgrensning	1. Definere mål og SMARTe mål	1. Forklare hvilke tiltak som trengs	Verktøy 1–3
		2. Identifisere målgruppe og hvilken atferd du vil endre	
		3. Definere SMARTe mål	
	2. Analysere situasjonen og faktorer som påvirker den	1. Analysere situasjonen	Verktøy 4–11
		2. Analysere konkurrerende faktorer	
		3. Gjennomgå innsikt og data	
		4. Kartlegge og registrere ressurser	
	3. Forstå mål-målgruppe(r)	1. Samle innsikt om målgrupper	Verktøy 12–17
		2. Segmentere målgruppene	
	4. Utvikle utvekslingsforslag	1. Utvikle promoteringsstrategier for atferd	Verktøy 18–22
		2. Argumentere for å følge rådene	
	5. Velge markedsføringsintervensjoner	1. Velge intervensjoner	Verktøy 23–26
		2. Kostnad-nytte-analyse for intervensjoner	
Teste	6. Forhåndstesting og pilotprogram	1. Teste hver potensielle intervensjon og hypotese	Verktøy 27–29
		2. Rapportere om effekten av pilotprogrammet	
Vedta	7. Planlegge implementering	1. Intervensjonsplan	Verktøy 30–36
	8. Starte og styre implementering	1. Administrere samarbeidspartnere, risiko og muligheter	Verktøy 37–43
2. Rapportere om prosess			
Lære og handle	9. Evaluere og rapportere	1. Evaluere resultater	Verktøy 44–46
		2. Komme med anbefalinger	
	10. Gjennomgå og utvikle opplæring	1. Identifisere oppfølgingshandlinger	Verktøy 47–50
		2. Identifisere fremtidige implikasjoner	

Definere avgrensning – Oppgave 1 – Definere mål for programmet og SMARTe mål

Verktøy 1. Problem/utfordring: Oppsummere alvorlighet og effekt – Bruk dette skjemaet for å beskrive problemet og registrere effekten for å klargjøre hvorfor det trengs en intervensjon.

Verktøy 2. Ønsket atferdsverktøy – Bruk dette verktøyet for å spesifisere hvilke typer atferd du ønsker å påvirke i hvilke grupper

Verktøy 3. Bli enige om SMARTe mål for endring eller opprettholdelse av atferd, etter segment – Bruk dette verktøyet for å spesifisere på en målbar måte hvilken type atferd som skal være målet innenfor hvilket målgruppesegment.

Verktøy 1. Dette verktøyet skal klargjøre hvorfor det trengs en intervensjon

Problem/utfordring: oversikt over alvorlighet og effekt

Hvordan og hvorfor: Bruk dette verktøyet til å beskrive hvilken effekt meslinger vil ha på systemet og befolkningen. Denne beskrivelsen brukes som støtte når du skal definere evalueringsmål.

1. Hvor alvorlig er problemet

2. Sosiale konsekvenser

3. Helsekonsekvenser

4. Tjenestekonsekvenser

5. Kostnadskonsekvenser

6. Ulikhetskonsekvenser

7. Andre konsekvenser

Verktøy 2. Dette verktøyet hjelper deg med å spesifisere hvilken atferd du ønsker å påvirke i hvilke målgrupper

Verktøy for ønsket atferd

Hvordan og hvorfor: Definer den eller de bestemte atferdene du ønsker å oppnå i målgruppesegmentet. Det kan være snakk om å innføre ny atferd eller opprettholde en eksisterende gunstig atferd, for eksempel at målgruppen fortsetter å følge vaksinasjonsprogrammer. Dette vil være til hjelp både ved planlegging og når man skal sette evalueringsmål.

Målgruppesegment



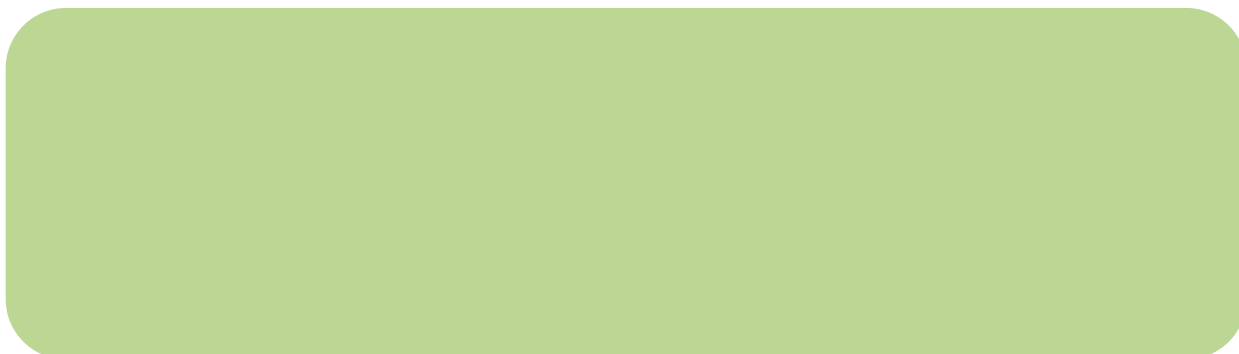
Datakilde (hvordan måles dette?)



Ønskede atferdsmål (definer oppnåelige, spesifikke og kvantifiserbare mål for ny atferd)



Mål for opprettholdelse av eksisterende gunstig atferd



Verktøy 3. Dette verktøyet hjelper deg med å spesifisere på en målbar måte hvilke typer atferd som skal være målet i hvilket målgruppesegment

Vedtatte SMARTe mål for endring eller opprettholdelse av atferd etter segment

Hvordan og hvorfor: Bruk dette registreringsarket for å sikre at programmet har tydelige, spesifikke atferdsmål. Alle målene skal defineres i SMART-form:

Spesifikke: ikke åpne for ulike tolkninger

Målbare: kan observere og samle inn objektive mål

Oppnåelige (Achievable): med ressursene som er tilgjengelig

Pålitelige (Reliable): varige og konsekvente data kan samles inn

Tidsbundne: kan måles innenfor tidsrammen

Hvis målene er definert i denne formen, reduseres sjansen for at intervensjonen blir evaluert på feil måte.

Segmentnavn

Mål

Definere avgrensning – Oppgave 2 – Analysere situasjonen og faktorer som påvirker den

Verktøy 4. SWOT-analyse av det eksisterende offentlige helseprogrammet – Bruk dette verktøyet for å vurdere styrkene og svakhetene ved de eksisterende intervensjonene og utheve de sidene ved dagens arbeid som du kanskje må endre.

Verktøy 5. PESTLE-analyse – Bruk dette verktøyet for å definere bredere kontekstavhengige spørsmål som kan ha innvirkning på programmet eller målgruppene.

Verktøy 6. Verktøy for barrierer og tilretteleggende faktorer – Bruk dette verktøyet for å identifisere hvilke barrierer du kanskje må fokusere på, og hvilke tilretteleggende faktorer som kan hjelpe deg med å styrke atferden i målgruppen.

Verktøy 7. * Analyse av konkurrerende faktorer – Bruk dette verktøyet for å identifisere konkurrerende faktorer som du kan være nødt til å fokusere på for å påvirke atferden i målgruppen.

Verktøy 8. Oppsummering av viktige data – Bruk dette verktøyet for å oppsummere funn fra andre forskningsrapporter om hvordan du kan påvirke atferden du er interessert i.

Verktøy 4. Dette verktøyet hjelper deg med å vurdere styrkene og svakhetene ved de eksisterende intervensjonene og utheve de sidene ved dagens arbeid som du kanskje må endre

SWOT-analyse av eksisterende offentlige helseprogrammer

Programmets styrker

Programmets svakheter

Faktorer som kan forhindre at programmet fungerer

Muligheter for å forbedre resultatene av programmet

Verktøy 5. PESTLE-analyse

Starte en PESTLE-analyse

Hvordan og hvorfor: Lag en liste over de politiske, miljømessige, sosiale, tekniske, juridiske og økonomiske påvirkningsfaktorene som kan få innvirkning på atferden du prøver å påvirke i løpet av de neste fem årene. Ranger dem deretter etter sannsynlighet og effektnivå (10 = høy, 1 = lav). Dette vil hjelpe deg til å planlegge og forutse sannsynlige endringer og påvirkninger.

Politiske

Effektnivå

Miljømessige

Sosiale

Tekniske









Juridiske

Økonomiske

Verktøy 6. Dette verktøyet kan hjelpe deg med å identifisere hvilke barrierer du bør fokusere på, og hvilke tilretteleggende faktorer som kan hjelpe deg med å påvirke atferden i målgruppen

Verktøy for barrierer og tilretteleggende faktorer

Hvordan og hvorfor: Bruk dette verktøyet til å fange opp og registrere faktorene som kan påvirke atferden til hvert målgruppesegment positivt eller negativt med tanke på meslingevaksinasjon.

	Barrierer for ny atferd eller opprettholdelse av eksisterende atferd	Tilretteleggende faktorer for ny atferd eller opprettholdelse av eksisterende atferd
Sosiale/kulturelle		
Miljømessige		
Økonomiske		
Andre		

Verktøy 7. Dette verktøyet hjelper deg med å identifisere konkurrerende faktorer som du kan være nødt til å fokusere på for å påvirke atferden i målgruppen

Analyse av konkurrerende faktorer

Hvordan og hvorfor: Lag en liste over alle de konkurrerende faktorene som kan hindre målgruppen i å utføre den atferden du ønsker.

Eksisterende konkurrerende atferd

Andre som påvirker dem

Miljømessig konkurranse

Andre kampanjer

Andre konkurrenter

Verktøy 8. Bruk dette verktøyet for å oppsummere funn fra andre forskningsrapporter om hvordan du kan påvirke atferden du vil endre

Oppsummering av viktige data

Hvordan og hvorfor: Dette verktøyet vil hjelpe deg med å oppsummere alle viktige data som finnes i eksisterende forsknings- og informasjonssystemer om utfordringen eller problemet. Det kan også hjelpe deg med å identifisere mulige datasett som mangler og som du kanskje må skaffe deg.

Datatype	Kilde	Potensielt evalueringsmål

Verktøy 9. Bruk dette verktøyet for å oppsummere lærdom fra eksempelstudier, samt erfaring med hva som kan påvirke problemstillingen eller målgruppen du vil nå

Viktig lærdom fra kunnskapsoppsummeringen

Hvordan og hvorfor: Denne registreringen hjelper deg med å lage en oppsummering av alt man vet om planlegging og gjennomføring av slike intervensjoner som du planlegger. Du får også en oversikt over hva du bør unngå å gjøre.

Dette bør du gjøre



Dette bør du ikke gjøre



Dette bør du utforske



Verktøy 10. Dette verktøyet hjelper deg med å vurdere og registrere alle tilgjengelige ressurser som kan hjelpe deg med å nå målene for programmet

Kartlegging av andre ressurser

Hvordan og hvorfor: Lag så omfattende lister og estimerer som mulig ut fra alle bidragene du har fått fra andre kilder til programmet. Denne kartleggingen hjelper deg med å analysere kostnad-nytte, avkastning på investering og verdi for pengene.

Ressurser i målgruppen

Ressurser i offentlig sektor

Ressurser i privat sektor

Ressurser i frivillige/veldedige organisasjoner

Ressurser i form av kunnskap hos medarbeidere

Økonomiske ressurser

Informasjonsressurser

Ressurser i kommunikasjonskanal

Politiske ressurser og lederstøtte

Verktøy 11. Bruk dette verktøyet for å registrere hvilke samarbeidspartnere du vil samarbeide med og hvordan de kan hjelpe deg med å gjennomføre atferdsprogrammet

Verktøy for å registrere bidrag fra samarbeidspartnere/interessenter

Hvordan og hvorfor: Gi en detaljert beskrivelse av hvordan alle prioriterte samarbeidspartnere skal bidra til programmet, og hvordan både du og de skal evaluere bidragene. Denne planen er med på å målrette innsatsen for å engasjere viktige samarbeidende organisasjoner.

Samarbeidspartner

Mål for relasjon

Hvordan evaluere

Definere avgrensning – Oppgave 3 – Forstå målgruppen(e)

Verktøy 12. Verktøy for å differensiere målgrupper – Bruk dette verktøyet for å beskrive målgruppene du ønsker å påvirke.

Verktøy 13. * Verktøy for å analysere eksisterende atferd – Bruk dette verktøyet for å registrere eksisterende atferd, både positiv og negativ. Dette vil gi deg innsikt i målgruppene og hvordan du kan hjelpe dem.

Verktøy 14. Oversikt over innsikt i atferdsendringsteori: Registrere relevante modeller og teorier – Bruk dette verktøyet for å definere hva man vet om bruk av atferdsteorier og modeller og hva som kan påvirke atferd og potensielle intervensjonspunkter.

Verktøy 15. * Dataoppsummeringslogg for målgruppeinnsikt – Bruk dette verktøyet for å oppsummere alle dataene og innsikten du har om målgruppene du vil påvirke.

Verktøy 16. Verktøy for å definere første segmentering – Bruk dette verktøyet for å beskrive hvert undersegment av befolkningen som du har identifisert, eller som du tror finnes.

Verktøy 17. Første segmentering – Bruk dette verktøyet for å definere den første segmenteringen for hver målgruppe, inkludert atferd og holdninger til den anbefalte atferden.

Verktøy 12. Bruk dette verktøyet for å beskrive målgruppene du ønsker å påvirke

Verktøy for differensiering av målgrupper

Hvordan og hvorfor: Registrer hvilke målgrupper som skal være hovedfokus for programmet, men også andre grupper som kanskje kan bidra til å påvirke primærmålgruppen. Hvis for eksempel mødre er den primære målgruppen, kan det være lurt å fokusere på fedre som sekundærmålgruppe. Denne differensieringen av primære, sekundære og tertiære målgrupper vil bidra til å målrette innsatsen og ressursene på Vedta-trinnet og til å utvikle distinkte strategier for hver gruppe.

Primærmålgruppe (de du først og fremst vil hjelpe til å endre seg)

Sekundærmålgruppe (de du kan hjelpe, og som kan hjelpe primærmålgruppen)

Andre målgrupper (andre som har påvirkningskraft)

Verktøy 13. Bruk dette verktøyet for å registrere både positiv og negativ eksisterende atferd. Dette gir deg innsikt i målgruppene og hvordan du kan hjelpe dem

Verktøy for analyse av eksisterende atferd

Hvordan og hvorfor: Dette analyseverktøyet sikrer at du tydelig definerer hvilke spesifikke atferdstyper du ønsker å påvirke. Det vil hjelpe deg med både å planlegge og evaluere det endelige programmet.

Målgruppesegment

Eksisterende problematferd

Datakilde

Relatert problematferd

Eksisterende gunstig atferd

Verktøy 14. Definer hva man vet om bruk av atferdsteorier og modeller for hva som kan påvirke atferd og potensielle intervensjonspunkter

Oversikt over innsikt i atferdsendringsteori: Registrere relevante modeller og teorier

Hvordan og hvorfor: Det er viktig å sørge for at programmet bygger på sunn teori, siden dette vil øke sjansen for å lykkes. Denne registreringen vil vise at du har vurdert relevant teori og fungere som en guide for å planlegge intervensjonen.

Bruk av teori

Relevans og potensiale

Verktøy 15. Oppsummer alle dataene og innsikten du har om målgruppene du vil påvirke

Dataoppsummeringslogg for målgruppesinnsikt

Hvordan og hvorfor: Du kan oppsummere ved å lage en liste over tilgjengelige datakilder som gir innsikt i målgruppens kunnskaper, holdninger, overbevisninger og atferd. Oppsummeringen er nyttig for å vise både datakilder og viktige faktorer som kan påvirke atferd.

Datareferanse og tittel

Kilde/utgiver

Viktige funn

--	--	--

Verktøy 16. Bruk dette verktøyet for å beskrive hvert undersegment av befolkningen som du har identifisert eller som du tror finnes

Verktøy for å definere første segmentering

Hvordan og hvorfor: For hvert av de potensielle segmentene i målgruppen kan du forsøke å svare på følgende spørsmål ved å bruke data fra analyse av innsikt, befolkningsdata, data om tjenesten og problemstillingen, markedsundersøkellesdata samt kostnad-nytte-analyse og konkurrentanalyser. Denne prosessen hjelper deg med å definere de endelige segmentene for intervensjonen.

Hva slags atferd har de?

Hva slags ambisjoner, overbevisninger, verdier har de?

Hva er fordelene med den eksisterende/nye atferden for målgruppen?

Hva er kostnadene?

Hvilken konkurrerende atferd må du fokusere på?

Hvor klare er de til å innføre den nye atferden?

Verktøy 17. Definer den første segmenteringen for hver gruppe i målgruppen, inkludert atferd og holdninger til den anbefalte atferden

Første segmentering

Hvordan og hvorfor: Målgrupper kan segmenteres på mange måter. En av de mest effektive er å segmentere folk etter atferd og holdninger. Vurder hver atferd du forsøker å påvirke, og bruk de innsamlede dataene til å dele inn folk i grupper med liknende atferd og holdninger. Forsøk å holde antall grupper på 4–6 segmenter. Hvis det er flere segmenter enn dette, blir det stadig vanskeligere å få til fornuftige intervensjoner. Men hvis dataene tyder på at det bør være flere grupper, bør du ha det. Gi hvert segment et navn som beskriver de viktigste egenskapene ved segmentet, med tanke på atferden du prøver å påvirke.

Beskrivelse av / navn på målgruppesegment	Atferd	Holdninger

Definere avgrensning – Oppgave 4 – Utvikle utvekslingsforslag

Verktøy 18. Verktøy for å utvikle priser/utveksling – Bruk dette verktøyet for å definere fordelene og kostnadene ved det du foreslår for hvert målgruppesegment.

Verktøy 19. Beskrive produkt/tjeneste og registrere fordeler – Bruk dette verktøyet for å definere mer detaljert hvilke fordeler du vil promotere.

Verktøy 20. Beskrive produkt/tjeneste – Bruk dette verktøyet for å beskrive alle fordelene ved det sosiale produktet du vil promotere.

Verktøy 21. Endelig anbefaling av tilbud/forslag – Bruk dette verktøyet for å finne frem til hvilket forslag du vil komme med for hvert målgruppesegment. Dette vil hjelpe deg med å utvikle konsekvente promoteringstiltak basert på dataene og innsikten du har samlet inn.

Verktøy 18. Bruk dette verktøyet for å definere fordelene og kostnadene ved det du foreslår for hvert målgruppesegment

Verktøy for å utvikle pris/utveksling (1)

Hvordan og hvorfor: En utveksling danner grunnlag for hvilken form for intervensjon(er) du vil gjennomføre. En utveksling er en analyse av kostnad-nytte (uttrykt i økonomi, tid, bekvemmelighet, selvbilde osv.), slik den oppfattes av målgruppen når ny atferd skal innføres eller eksisterende atferd skal opprettholdes.

Bruk de følgende to verktøyene til å definere kostnadene og nytten for målgruppene du har kommet frem til etter å ha gått gjennom forskning, teori, data og innsikt. Fyll ut ett ark for hver målgruppe.

Segmentnavn

Atferd

**Kostnader
(målgruppen gir)**

**Nytte
(målgruppen får)**

Tilbudt utveksling

Verktøy 20. Bruk dette verktøyet for å beskrive alle fordelene ved det sosiale produktet du vil promotere

Beskrivelse av produkt/tjeneste

Hvordan og hvorfor: Bruk dette registreringsarket til å beskrive de viktigste fordelene med de ulike produkt- eller tjenesteelementene i programmet og hvordan tjenesten faktisk vil bli gjennomført for å oppnå disse fordelene. Skjemaet kan også brukes til å registrere hvordan tjenesten eller produktet skal promottes. Denne oppsummeringen vil sikre at det er tydelig hva som skal leveres, og at fordelene med og funksjonene for tjenesten er samkjørt.

Kjerneprodukt/-tjeneste (fordeler som er lovet)

Faktisk produkt/tjeneste (produktet eller tjenesten du vil utvikle for å levere fordelene ved kjerneproduktet)

Implementert produkt/tjeneste (funksjonene som oppmuntrer til og støtter bruk av det faktiske produktet eller tjenesten)

Verktøy 21. Bruk dette verktøyet for å definere forslaget du vil komme med for hvert målgruppesegment. Dette vil hjelpe deg med å utvikle konsekvente promoteringstiltak basert på dataene og innsikten du har samlet inn

Endelig anbefaling om tilbud/forslag: Hva skal tilbys til hvert segment, og hvordan skal tilbudet utformes?

Hvordan og hvorfor: Definer hvordan forslaget skal utformes, dvs. skal det være et positivt insentiv eller disinsentiv, vil det være behov for aktiv kognitivt engasjement, eller vil folk få hjelp gjennom en endring i utforming eller miljø som kan hjelpe dem til å endre atferd.

Segmentnavn

Beskrivelse av tilbud/forslag. Er det en negativ straff og/eller en positiv belønning?

Verktøy 22. Bruk dette verktøyet for å beskrive alle typer intervensjon som dataene, innsikten, atferdsmodelleringen og innsiktsforskningen du har gjort, indikerer at kan fungere

Endelige intervensjonsbeskrivelser

Hvordan og hvorfor: Denne oppsummeringen kan utvikles ved at du setter opp all viktig informasjon som er utviklet på de forrige trinnene i planleggingen og analysen. Denne beskrivelsen hjelper medarbeidere, samarbeidspartnere og sponsorer med å få et tydelig bilde av hvilken aktivitet som skal utføres overfor hvert målgruppesegment.

For hver intervensjon:

Målgruppe

Mål

SMARTe mål

Metode

Budsjett og andre ressurser

Intervensjonsform (smack, shove, nudge, hug)

Intervensjonstype (kontroll, informasjon, utforming, opplæring, støtte)

Definere avgrensning – Oppgave 5 – Velge markedsføringsintervensjoner

Verktøy 22. Endelig intervensjonsbeskrivelse – Bruk dette verktøyet for å beskrive hver potensielle intervensjonstype som dataene, innsikten, atferdsmodelleringen og forskningen du har gjort, indikerer at kan fungere.

Verktøy 23. Evaluere intervensjonsalternativer – Bruk dette verktøyet for å evaluere alle alternativene du definerer med verktøy 22.

Verktøy 24. Registrere etiske spørsmål og tiltak – Bruk dette verktøyet når du evaluerer potensielle intervensjonsalternativer, sammen med verktøy 22.

Verktøy 25. Begrunne anbefalingene ut fra evaluering av innsikt, data, teori og testtrinn – Bruk dette verktøyet for å begrunne de endelige anbefalingene om hvilken intervensjonsmikse du vil bruke for å påvirke atferden for hvert målgruppesegment som du ønsker å påvirke.

Verktøy 26. Endelig intervensjonsmatrise – Bruk dette verktøyet for å registrere den endelige intervensjonsmiksen du vil bruke for hvert målgruppesegment

Verktøy 23. Bruk dette verktøyet for å evaluere alle alternativene du definerer med verktøy 22

Evaluere intervensjonsalternativer

Egnethet (tar det hensyn til analysen, er det bærekraftig, samsvarer det med visjon og etikk?)

Realisme (er målene realistiske?)

Konsekvens (utfyller alle elementene i strategien hverandre?)

Gjennomførbarhet (har du tid, ressurser, kunnskaper, ekspertise?)

Risikoer (hva er risikoene og hvordan kan du håndtere dem?)

Belønninger (er de planlagte resultatene verd investeringen?)

Verktøy 24. Du bør også bruke dette verktøyet når du evaluerer potensielle intervensjonsalternativer sammen med verktøy 23

Registrering av etiske spørsmål og tiltak

Hvordan og hvorfor: Du kan bruke dette verktøyet for å registrere alle relevante etiske spørsmål som kan oppstå som en del av et program. Hvert etiske spørsmål som registreres, skal følges av en tiltaksplan for å håndtere det.

Spørsmål

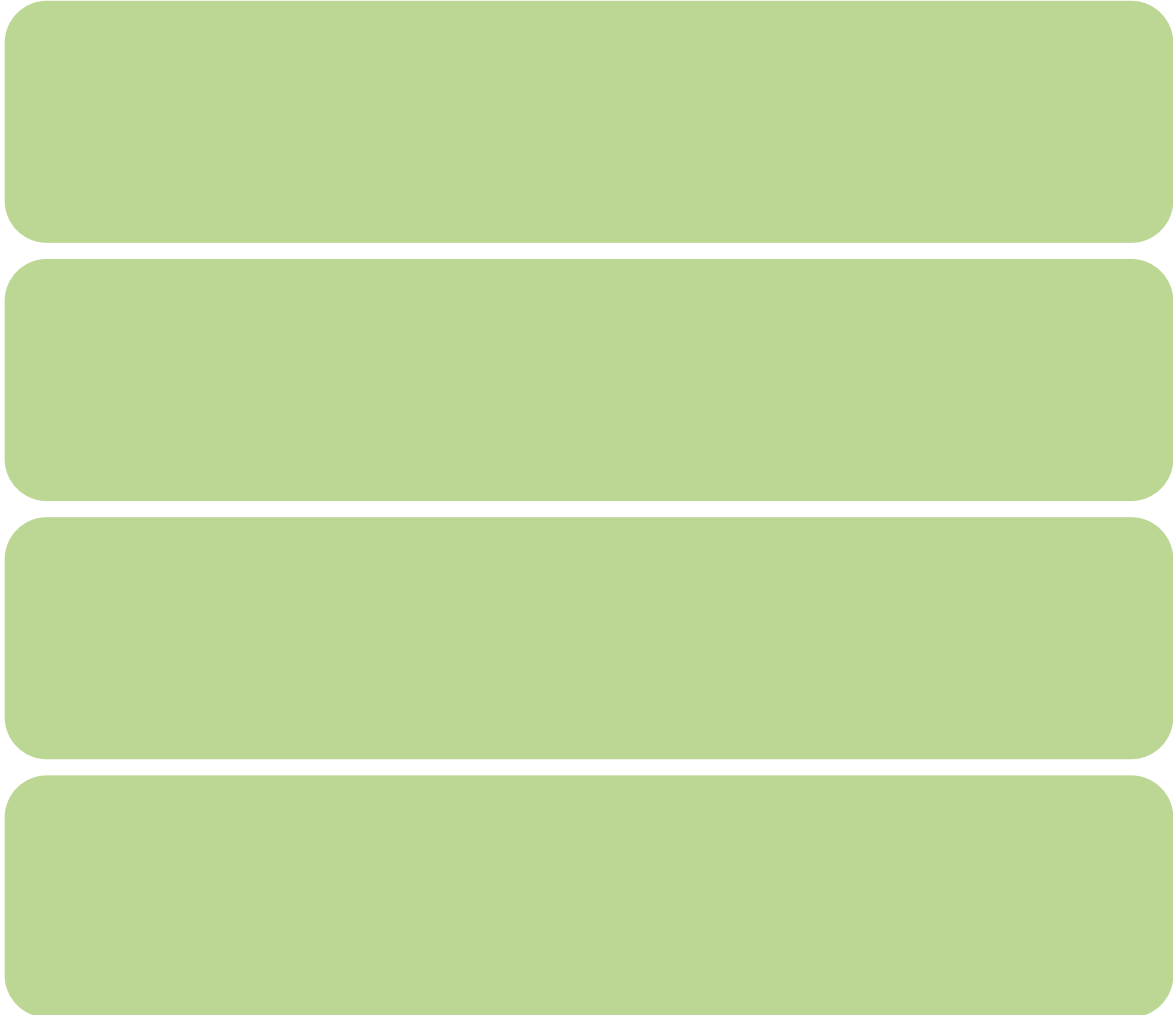
Slik håndterer du det

Verktøy 25. Bruk dette verktøyet for å begrunne de endelige anbefalingene dine om hvilken intervensjonsmiks du vil bruke for å påvirke atferden for hvert målgruppesegment du vil påvirke

Begrunnelse for anbefalingene ut fra innsikt, data, teori og testtrinnevaluering

Hvordan og hvorfor: Oppsummer innsikten og funnene fra testtrinnet som gjelder segmentering, mål, intervensjonstyper og -former samt eventuelle spesifikke intervensjonsfunksjoner. Denne registreringen definerer logikk og innsikt for programmet og bidrar til både den videre prosessen og effekten.

Oppsummering av anbefalinger:



Verktøy 26. Bruk dette verktøyet for å registrere den første intervensjonsmiksen som skal testes for hvert målgruppesegment

Første intervensjonsmatrise

Definerer intervensjonsmiksen du vil teste for å påvirke atferden for hver ønsket atferd og hvert målgruppesegment

Målgruppe	Atferd			
	Hug	Nudge	Shove	Smack
Kontroll				
Informasjon				
Utforming				
Opplæring				
Støtte				

Test – Oppgave 6 – Forhåndstesting og pilotprogram

Verktøy 27. Intervensjonsspørsmål som skal undersøkes på testtrinnet – Bruk dette verktøyet for å lage en liste over intervensjonene du har valgt som mulige elementer i den endelige intervensjonsmiksen.

Verktøy 28. Registrere testmetodikk for hypotese/innsikt-konsepter – Bruk dette verktøyet for å definere eventuelle hypoteser du vil teste før du utvikler planer for den endelige intervensjonsmiksen.

Verktøy 29. Forhåndstesting og pilotplanlegging – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan du planlegger å teste eller utvikle et pilotprogram for spesifikke intervensjoner.

Verktøy 27. Bruk dette verktøyet for å lage en liste over intervensjonene du har valgt som mulige elementer i den endelige intervensjonsmiksen

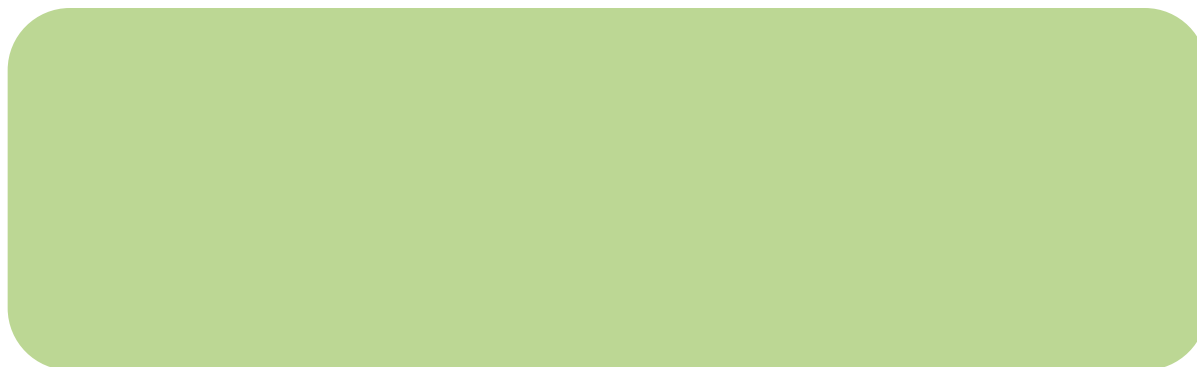
Intervensjonsspørsmål som skal undersøkes på testtrinnet

Hvordan og hvorfor: Denne oppsummeringen skal vise alle mulige spørsmål om implementering som identifiseres på trinnet for avgrensingsdefinisjon, og som du vil undersøke eller pilotteste på testtrinnet. Denne listen skal være en nyttig referanse for deg og samarbeidspartnerne dine når dere planlegger aktiviteter på testtrinnet.

Verktøy 28. Bruk dette verktøyet for å definere eventuelle hypoteser du vil teste før du utvikler planer for den endelige intervensjonsmiksen

Registrering av hvordan hypotesene og innsikten som man fant på trinnet for definisjonsavgrensning, vil bli testet

Hvordan og hvorfor: Registrer hvordan hypotesene og innsikten som man fant på trinnet for definisjonsavgrensning, vil bli testet. Dette vil gi deg og samarbeidspartnerne dine en tydelig oversikt over hva som skal testes og hvordan.



Verktøy 29. Dette verktøyet kan brukes til å registrere hvordan du planlegger å teste eller utarbeide et pilotprogram for spesifikke intervensjoner

Plan for forhåndstesting og utarbeidelse av pilotprogram

Hvordan og hvorfor: Definer hvilke elementer i de foreslåtte intervensjonene du vil utarbeide pilotprogram for og forhåndsteste, og hvilke du ikke vil gjøre dette for fordi det finnes nok innsikt og data til at det er rimelig å anta at de vil fungere. Beskriv hvordan det skal utarbeides pilotprogrammer for intervensjonene, hvordan intervensjonene skal evalueres, og hvilken tidsramme pilotprogrammet skal utføres innenfor. Beskriv hva som skal gjøres for å få innsikten fra pilotprogrammene og forhåndstesting innlemmet i det endelige programmet.

Intervensjoner som det ikke skal utarbeides pilotprogrammer for, og årsaken til dette

Intervensjoner som det skal utarbeides pilotprogrammer for

Pilotmetode

Tidsramme

Vedta – Oppgave 7 – Planlegge implementering

Verktøy 30. Vedtatte SMARTe mål for endring eller opprettholdelse av atferd, etter segment – Bruk dette verktøyet for å bli enige om de endelige SMARTe målene for hver atferd og hvert målgruppesegment.

Verktøy 31. Beskrive produkt/tjeneste – Bruk dette verktøyet sammen med verktøy 32 for tydelig å definere fordelene ved intervensjonen du vil inkludere i programmet og hvilke funksjoner disse har.

Verktøy 32. Beskrive produkt/tjeneste og registrere fordeler – Bruk dette verktøyet sammen med verktøy 31 for tydelig å definere fordelene ved intervensjonen du vil inkludere i programmet og hvilke funksjoner disse har.

Verktøy 33. Endelig intervensjonsbeskrivelse – Bruk dette verktøyet for å registrere de endelige beskrivelsene av intervensjonene du har valgt etter å ha testet eller utført pilotprogrammer på dem.

Verktøy 34. Endelig intervensjonsmatrise – Bruk dette verktøyet for å forbedre den første intervensjonsmiksen og definere det endelige intervensjonssettet som du vil bruke for å oppnå de SMARTe målene for programmet.

Verktøy 35. Budsjett og andre ressurser som du kontrollerer eller kan påvirke – Bruk dette verktøyet for å registrere alle ressursene du har tilgjengelig for å gjennomføre programmet.

Verktøy 36. Registrere programbudsjett og ressursfordeling – Bruk dette verktøyet for å lage en oppsummering av fordelingen på hver intervensjonstype eller -form som er en del av den endelige intervensjonsplanen.

Verktøy 30. Bruk dette verktøyet for å finne frem til de endelige SMARTe målene dere har blitt enige om for hver atferd og hvert målgruppesegment

Vedtatte SMARTe mål for endring eller opprettholdelse av atferd etter segment

Hvordan og hvorfor: Bruk dette registreringsarket for å sikre at programmet har tydelige, spesifikke atferdsmål. Alle målene skal defineres i SMART-form:

Spesifikke: ikke åpne for ulike tolkninger

Målbare: kan observere og samle inn objektive mål

Oppnåelige (Achievable): med ressursene som er tilgjengelig

Pålitelige (Reliable): varige og konsekvente data kan samles inn

Tidsbundne: kan måles innenfor tidsrammen

Hvis målene er definert i denne formen, reduseres sjansen for at intervensjonen blir evaluert på feil måte.

Segmentnavn

Mål

Verktøy 31. Sammen med verktøy 32 kan dette verktøyet brukes for tydelig å definere fordelene ved intervensjoner du vil ha med i programmet, og hvilke funksjoner disse har

Beskrivelse av produkt/tjeneste

Hvordan og hvorfor: Bruk dette registreringsarket til å beskrive de viktigste fordelene med de ulike produkt- eller tjenesteelementene i programmet og hvordan tjenesten faktisk vil bli gjennomført for å oppnå disse fordelene. Skjemaet kan også brukes til å registrere hvordan tjenesten eller produktet skal promottes. Denne oppsummeringen vil sikre at det er tydelig hva som skal leveres, og at fordelene med og funksjonene for tjenesten er samkjørt.

Kjerneprodukt/-tjeneste (hvilke fordeler har blitt lovet):

Faktisk produkt/tjeneste (produktet eller tjenesten du vil utvikle for å levere fordelene ved kjerneproduktet):

Utvidet produkt/tjeneste (funksjonene som oppmuntrer til og støtter bruk av faktisk produkt eller tjeneste):

Verktøy 32. Sammen med verktøy 31 kan dette verktøyet brukes for tydelig å definere fordelene ved intervensjoner du vil ha med i programmet, og hvilke funksjoner disse har

Beskrivelse av produkt/tjeneste og registrering av fordeler

Hvordan og hvorfor: Fullfør denne oppsummeringen for å beskrive hvert element i alle immaterielle og materielle tjenester eller produkter som inngår som en del av programmet. Denne prosessen tydeliggjør hvilket tilbud som gis til målgruppen, og at dette samsvarer med innsikten som er samlet inn som en del av programmet.

Beskriv produktet eller tjenesten du vil tilby

Sett opp en liste over materielle fordeler for kunden (som kan ses og berøres)

Sett opp en liste over immaterielle fordeler (for eksempel positive følelser av myndiggjøring, sikkerhet osv.)

Verktøy 33. Dette verktøyet registrerer de endelige beskrivelsene av intervensjonene du har valgt etter å ha testet eller utført pilotprogrammer på dem

Endelige intervensjonsbeskrivelser

Hvordan og hvorfor: Denne oppsummeringen kan utvikles ved at du setter opp all viktig informasjon som er utviklet på de forrige trinnene i planleggingen og analysen. Denne beskrivelsen hjelper medarbeidere, samarbeidspartnere og sponsorer med å få et tydelig bilde av hvilken aktivitet som skal utføres overfor hvert målgruppesegment.

For hver intervensjon:

Målgruppe

Mål

SMARTe mål

Metoder

Budsjett og andre ressurser

Intervensjonsform (smack, shove, nudge, hug)

Intervensjonstype (kontroll, informasjon, utforming, opplæring, støtte)

Verktøy 34 Dette verktøyet finpusser på den første intervensjonsmiksen og definerer det endelige intervensjonssettet som du vil bruke for å nå de SMARTe målene for programmet

Endelig intervensjonsmatrise

Definerer intervensjonsmiksen du vil teste for å påvirke atferden for hver ønsket atferd og hvert målgruppesegment

Målgruppe			Atferd	
	Hug	Nudge	Shove	Smack
Kontroll				
Informasjon				
Utforming				
Opplæring				
Støtte				

Verktøy 35. Bruk dette verktøyet for å finne frem til de endelige SMARTe målene dere har blitt enige om for hver atferd og hvert målgruppesegment

Budsjett og andre ressurser som du kontrollerer eller kan påvirke

Hvordan og hvorfor: Registrer totalbeløpet for budsjettet som er tildelt og/eller som kreves for å gjennomføre programmet, og over hvilken tidsperiode. I tillegg til finansielle ressurser skal totalbeløpet for alle ressurser tas med, inkludert et tidsestimat for medarbeiderne og pengeverdien for andre ressurser som er tildelt programmet. Dette vil være til hjelp ved analyse av kostnad-nytte, verdi for pengene og avkastning på investering for programmet.

Tildelt budsjett

Tilgjengelig tid for medarbeiderressurser

Frivilligtid

Utstyr

Anlegg

Servicestøtte

Annet parallelt prosjekt

Bidrag fra samarbeidspartnere og interessenter

Verktøy 36. Dette verktøyet oppsummerer fordelingen på hver intervensjonstype eller -form som er en del av den endelige intervensjonsplanen

Registrering av programbudsjett og ressursfordeling – Bruk ett ark for hvert trinn i programmet

Hvordan og hvorfor: I samarbeid med økonomimedarbeidere bør det utarbeides en detaljert økonomi- og ressursplan. Denne bør inneholde detaljert informasjon om hvilke ressurser som tildeles til hvilket element av programmet i hvilken tidsperiode. Programbudsjettet bør kontrolleres hyppig for å vurdere forutsetninger.

Intervensjon

Tildelte midler

Andre ressurser

Tidsperiode

Vedta – Oppgave 8 – Starte og styre implementering

Verktøy 37. Verktøy for å registrere bidrag fra samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å registrere hva hver samarbeidspartner eller interessent skal bidra med i programmet.

Verktøy 38. Plan for å administrere samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å definere hvordan du vil administrere forholdet til hver interessent

Verktøy 39. Registrere risiko – Bruk dette verktøyet for å registrere risiko for programmet og hvordan du vil dempe denne.

Verktøy 40. Registrere muligheter – Bruk dette verktøyet for å registrere muligheter som oppstår mens programmet gjennomføres, og hvordan du vil maksimere muligheten for å nå målene for programmene.

Verktøy 41. Plan for å overvåke kortsiktig effekt – Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvor godt programmet leverer på de planlagte intervensjonene.

Verktøy 42. Strategi for administrasjon og rapportering – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan enkeltintervensjoner skal administreres, hvem som er ansvarlig og hvordan de skal rapportere fremdrift.

Verktøy 43. Budsjettovervåkingsverktøy – Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvordan tildelte budsjetter brukes til å gjennomføre intervensjonsmiksen.

Verktøy 37. Dette verktøyet hjelper deg med å registrere hva hver samarbeidspartner eller interessent skal bidra med i programmet

Verktøy for å registrere bidrag fra samarbeidspartnere/interessenter

Hvordan og hvorfor: Gi en detaljert beskrivelse av hvordan alle prioriterte samarbeidspartnere skal bidra til programmet, og hvordan både du og de skal evaluere bidragene. Denne planen er med på å målrette innsatsen for å engasjere viktige samarbeidende organisasjoner.

Samarbeidspartner	Mål for relasjon	Hvordan evaluere
		
		
		
		
		

Verktøy 38. Bruk dette verktøyet for å definere hvordan du vil administrere forholdet til hver interessent

Plan for å administrere samarbeidspartnere/interessenter

Hvordan og hvorfor: Definere mekanismene og systemene, møtene osv. som skal holde alle interessentene engasjert i intervensjonen. Dette vil være til hjelp for å administrere og maksimere bidrag fra samarbeidspartnere og interessenter slik at målene for programmet nås.

Interessent

Hvordan engasjert

Hvordan overvåket

Verktøy 39. Bruk dette verktøyet for å registrere risiko for programmet og hvordan du vil dempe den

Registrere risiko (gi poeng til hver risiko 1 = lav, 5 = høy)

Hvordan og hvorfor: Risiko knyttet til gjennomføringen av programmet skal registreres og prioriteres for å sikre at det foreligger en ledelsesplan som kan redusere potensielle effekter og, om mulig, forhindre eventuelle negative risikokonsekvenser for programmet.

Risiko	Sannsynlighet	Alvorlighet	Dempende tiltak

Verktøy 40. Bruk dette verktøyet for å registrere muligheter som oppstår mens programmet gjennomføres, og hvordan du vil maksimere muligheten for å nå målene for programmene

Registrere muligheter

Hvordan og hvorfor: Holde oversikt over muligheter som oppstår mens programmet gjennomføres – disse kan være knyttet til selve programmet eller beslektede spørsmål i omgivelsene. Kontroller regelmessig om slike muligheter kan bidra til å nå målene for programmet.

Mulighet	Kilde eller organisasjon	Merknad om hvordan dette kan utnyttes

Verktøy 41. Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvor godt programmet leverer på de planlagte intervensjonene

Plan for overvåking av kortsiktig effekt

Hvordan og hvorfor: Definer hvordan prosjektet eller programmet skal overvåkes med tanke på kortsiktig evaluering, og hvordan gjennomføringen av prosjektet eller programmet skal måles for å sikre at det følger prosjektplanen. Definer også hvordan læringspunkter skal fanges opp mens prosjektet skrider frem. Dette vil bidra til å få programmet inn i neste gjennomføringsfase.

Programelement	Overvåke data	Overvåke systemer

Verktøy 42. Kan brukes for å registrere hvordan enkeltintervensjoner skal administreres, hvem som er ansvarlig og hvordan fremdriften skal rapporteres

Strategi for styring og rapportering

Hvordan og hvorfor: Bruk sjekklisten på dette skjemaet for å gi detaljert informasjon om hvem som skal styre programmet og hvordan. Det er veldig viktig at alle prosjekter har en tydelig styrings- og rapporteringsstruktur som gjør det mulig å styre programmet på en effektiv måte.

Ansvarlig person for hele prosjektet

Ansvarlig person for daglig prosjektstyring

Andre ansvarlige medarbeidere og ansvarsområder

Avtalte rapporteringsrutiner (tid, hyppighet, rapporteringsform)

Verktøy 43. Bruk dette verktøyet for å oppsummere hvordan tildelte budsjetter brukes til å gjennomføre intervensjonsmiksen

Budsjettovervåkingsverktøy

Oppgave/intervensjon	Fordelt budsjett	Forbrukt budsjett	Gjenværende budsjett

Lære og handle – Oppgave 9 – Evaluere og rapportere

Verktøy 44. Registrere resultatevaluering – Bruk dette verktøyet for å registrere utfallet av evalueringen

Verktøy 45. Evaluere samarbeidspartnere/interessenter – Bruk dette verktøyet for å registrere bidrag fra interessenter og samarbeidspartnere.

Verktøy 46. Evalueringsrapport og anbefalinger – Bruk dette verktøyet for å komme med anbefalinger basert på evalueringen.

Verktøy 44. Bruk dette verktøyet for å registrere resultatene av evalueringen

Registrere evalueringsresultatene

Hvordan og hvorfor: Lag en liste over prosesser og mål som skal følges med på og måles på kort til mellomlang sikt for å overvåke hvilken effekt og innvirkning programmet har. Det er veldig viktig at evalueringskriteriene og målene er tydelige for alle som er engasjert i programmet.

Spørsmål eller atferd **Hvordan måle** **Hvordan rapportere**

Verktøy 45. Bruk dette verktøyet for å registrere bidrag fra interessenter og samarbeidspartnere

Evaluere samarbeidspartnere/interessenter

Hvordan og hvorfor: Bruk dette verktøyet for å registrere resultatene av evalueringen av interessenter og samarbeidspartnere. Å holde oversikt over interessenters og samarbeidspartneres synspunkter og bidrag er en viktig del av å vurdere både prosessen og resultatene av programmet.

Samarbeidspartnere/interessenter

Har de levert det som ble avtalt?

Leverte de med akseptabel standard?

Benyttet de seg av det vi tilbød dem?

Hva gikk bra?

Hva gikk mindre bra?

Hvor fornøyd er vi med bidraget deres?

Hvor fornøyd er de med hvordan vi har engasjert dem?

Hvor fornøyd er de med gjennomføringen av programmålene?

Hvilke muligheter finnes for å forbedre samarbeidet i fremtiden?

Hvordan kan dette gjennomføres?

Verktøy 46. Bruk dette verktøyet for å komme med anbefalinger basert på evalueringen

Evalueringsrapport og anbefalinger

Hvordan og hvorfor: Registrere anbefalte evalueringer og oppsummeringer for hver intervensjon etter hvor effektiv prosessen har vært, inkludert evaluering av avkastning på investering, første kortsiktige effekter og mer langsiktige resultater. Dette vil være til hjelp i planleggingen av neste syklus i programmet.

Intervensjonseffektivitet	Effekt	Resultat	Prosess

Lære og handle – Oppgave 10 – Kontrollere og utvikle opplæring

Verktøy 47. Læringsstrategi for organisering – Bruk dette verktøyet for å registrere tiltak som organisasjoner skal iverksette ut fra evalueringen av programmet.

Verktøy 48. Distribusjonsstrategi – Bruk dette verktøyet for å registrere hvordan du vil distribuere resultatene av programevalueringen.

Verktøy 49. Plan for organisasjonsutvikling – Bruk dette verktøyet for å definere anbefalinger for organisasjonsendringer og -utvikling ut fra evalueringen.

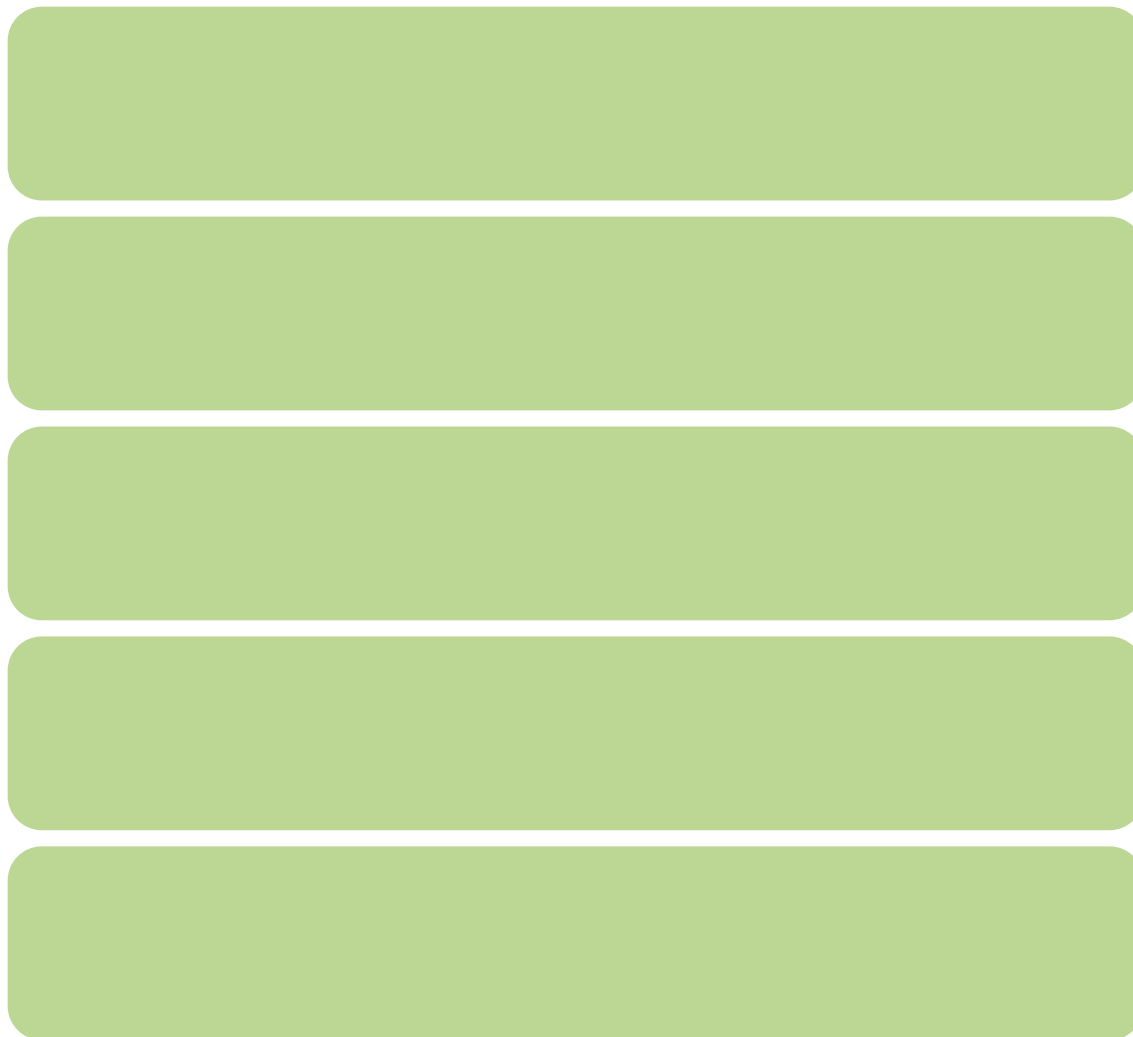
Verktøy 50. Fremtidig strategisk PESTLE-analyse – Bruk dette verktøyet som hjelp i den fremtidige strategiske utviklingen av neste trinn i programmet.

Verktøy 47. Bruk dette verktøyet for å registrere tiltak som organisasjoner skal iverksette ut fra evalueringen av programmet

Læringsstrategi for organisering

Hvordan og hvorfor: Definere strategien for å engasjere seniorledelse, kolleger og medarbeidere i å dra lærdom av prosjektet. Dette vil føre til en kontinuerlig forbedringsyklus.

Tiltak



Verktøy 48. Registrer hvordan du vil distribuere resultatene av programevalueringen

Distribusjonsstrategi

Hvordan og hvorfor: Bruk følgende liste for å registrere hvordan funnene skal distribueres, og hvordan man kan forbedre programmet. Dette vil bidra til global forståelse og dessuten hjelpe organisasjonen og samarbeidspartnerne med å gjøre fremtidige programmer mer effektive.

Metoder som skal brukes for å distribuere læringen – angi målgruppe:



Prosjektrapport sendt til ledere, interessenter og finansieringsinstanser

Presentasjon til finansieringsinstanser/ledere

Presentasjon til interessenter

Prosjektrapport som gjøres tilgjengelig for målgruppen

Sak/artikkel i lokalavis eller media

Artikkel i fagblad

Workshop/seminar på regional eller nasjonal konferanse

Registrering av prosjektet hos nasjonalt organ

Annet

Verktøy 49. Definer anbefalinger for endringer i og utvikling av organisasjonen ut fra evalueringen

Plan for organisasjonsutvikling

Hvordan og hvorfor: Definere hva som kan gjøres for å fokusere på eventuelle organisasjonsmessige barrierer innenfor organisasjonen som kan redusere eller begrense effekten av den sosiale markedsføringsplanen. Dette vil øke sannsynligheten for suksess.

Organisasjonsmessig barriere

Foreslått handling

Verktøy 50. Bruk dette verktøyet som hjelp til videre strategisk utvikling av neste trinn i programmet.

Strategisk PESTLE-analyse i tiden fremover

Hvordan og hvorfor: Holde oversikt over spørsmål som må tas hensyn til for å sikre at programmet er bærekraftig. Hvis programmet må opprettholdes på middels til lang sikt, kan du bruke PESTLE for å vurdere fremtidige problemer og muligheter.

	Sannsynlighet	Effektnivå
Politisk		
Miljømessig		
Sosialt		
Teknisk		
Juridisk		
Økonomisk		

Vedlegg

A1. Kjennetegnene for en vellykket planlegging av atferdsintervensjon

Programmer som skal påvirke overbevisninger, holdninger og atferd hos folk, er komplekse av natur. Det er ikke mulig å utvikle en nøyaktig formel som kan brukes over alt der man vil gjennomføre befolkningsfokusede atferdsprogrammer, slik at man alltid vil lykkes i en hver situasjon. Men det vokser frem noen prinsipper som kan hjelpe oss med å utvikle og bruke slike helseintervensjoner.

Flere universelle underliggende planleggingsprinsipper for helseintervensjoner har vist seg å øke sannsynligheten for å lykkes, uavhengig av helsespørsmål, målgruppe, målrettet atferd eller nasjonal kontekst [2–3]. Disse egenskapene definerer på mange måter et motpunkt til svakhetene ved mange sosiale programmer som er skissert i tabell 1. Selv om selve de aktuelle programmene ofte ikke kan reproduseres nøyaktig, har innsikt fra akademisk litteratur og dokumentasjon, feltforsøk og programevalueringer vist at de mest vellykkede programmene har mye til felles.

Det finnes mange kilder til innsikt om hva som regnes som god planlegging av sosiale intervensjonsprogrammer. Mange tekster om sosial markedsføring [4–7] definerer viktige planleggingselementer. Andre kilder undersøker hva som er god utforming for sosiale intervensjoner [8] og generell implementering av sosiale programmer [9] og går videre til å gi spesifikk veiledning på områder som bedre helse [10], miljøintervensjoner [11–12] og atferdsutforming [13–14].

Det er også utarbeidet flere spesifikke planleggingsguider og sjekklister som kan brukes for å planlegge spesifikke aspekter ved sosial markedsføring, for eksempel hvordan og når man skal bruke nye medier [15], hvordan man skal engasjere bedriftens samarbeidspartnere og interessenter [16], hvordan muliggjøre myndiggjøring i samfunnet [17] og hvordan bruke støtteprogrammer [18], kulturell endring [19] og massemedia [20].

En god oppsummering av mye av denne planleggingen og andre vurderinger av utformingen av sosiale programmer finnes i guiden til Medical Research Council (MRC) [21] om utvikling og evaluering av komplekse intervensjoner. Denne guiden definerer flere nyttige spørsmål som planleggere og forskere bør fokusere på i arbeidet med slike programmer. I planleggingen og de tidlige utviklingstrinnene for et program inngår blant annet disse spørsmålene:

- Er du tydelig på hva du prøver å gjøre, hvilket resultat du sikter mot og hvordan du skal få til en endring?
- Har intervensjonen et sammenhengende teoretisk grunnlag?
- Har du brukt denne teorien systematisk for å utvikle intervensjonen?
- Kan du beskrive intervensjonen fullstendig, slik at det er mulig å implementere den ordentlig for at du skal kunne evaluere den og andre reprodusere den?
- Tyder eksisterende innsikt, som ideelt hentes inn gjennom en systematisk kontroll, på at det er sannsynlig at den vil være effektiv eller kostnadseffektiv?
- Kan den implementeres i en forskningskontekst, og er det sannsynlig at den vil kunne implementeres bredt hvis resultatene er gunstige?

MRC-rapporten anbefaler at hvis det er noen av disse spørsmålene som ikke kan besvares ordentlig, bør det gjøres et ytterligere utviklingsarbeid før man setter i gang prosjekter. Guiden nevner flere spørsmål som må vurderes med tanke på pilotprogrammer og gjennomførbarhetsstudier:

- Har du lagt ned nok arbeid i pilotprogrammer og gjennomførbarhetsstudier til å være trygg på at intervensjonen kan gjennomføres som planlagt?
- Er forutsetningene som er gjort om effektstørrelser, variabilitet og satser for rekruttering og tilbakeholdelse i hovedevalueringstudien, sikre?
- Hvilken utforming skal du bruke, og hvorfor?
- Foretrekker man et eksperimentelt design, og er det i så fall gjennomførbart?
- Hvis det ikke er mulig å gjennomføre et konvensjonelt randomisert kontrollert parallellgruppeforsøk, har du vurdert alternativer som grupperandomisering eller "stepped wedge design"?
- Har du definert prosedyrer for å overvåke gjennomføring av intervensjonen og for å følge opp evalueringen?

Rapporten anbefaler også at det kan være en god investering å fokusere på prosessevaluering for å forklare avvik mellom forventede og observerte utfall. En slik evaluering vil også øke forståelsen for hvordan intervensjonskonteksten har påvirket resultatene. Hvis du tar med en økonomisk evaluering, vil dette også være med på å gjøre resultatene av evalueringen mye nyttigere for beslutningstakerne.

NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) [22] har utviklet et sett med planleggingsguider for atferdsintervensjoner, med anbefalinger som dekker mye av det samme som MRC-guiden. NICE definerer særlig tre kjernetiltak knyttet til generiske designprinsipper for planlegging og intervensjon:

- Planlegge intervensjoner og programmer rettet mot å endre atferd nøye, ta hensyn til den lokale og nasjonale konteksten og samarbeide med mottakerne. Intervensjoner og programmer skal baseres på gode kunnskaper om behovene i befolkningen, og de skal bygge på de eksisterende kunnskapene og ressursene i en befolkning.
- Utstyre helsearbeidere med nødvendig kompetanse og kunnskaper for å støtte atferdsendringer ved å bruke forskningsbaserte verktøy. (Kursleverandører skal sikre at kurs for helsearbeidere er basert på teoretisk informert, forskningsbasert beste praksis.)
- Vurdere alle intervensjoner og programmer knyttet til atferdsendringer, enten lokalt eller som en del av et større prosjekt. Om mulig skal evalueringen inneholde en økonomisk komponent

A2. Spesifikke, målbare atferdsmål er viktig

På listen over viktige anbefalinger for planleggingen er det mulig å legge til enda en vanlig egenskap knyttet til effektiv offentlig helseplanlegging: Behovet for et tydelig formål.

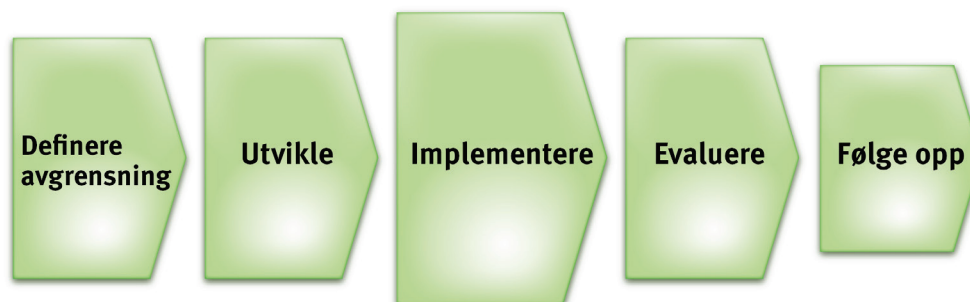
Programmer som prøver å påvirke helseatferd, krever tydelige, målbare atferdsmål som kan oppnås innenfor tidsrammene og ressursene for programmet. Men som allerede drøftet, er målene som identifiseres i programmene, ofte enten urealistiske eller det er kanskje ikke definert noen tydelige målbare mål. Målene må bygge på grundig forskning om hva som er oppnåelig, realistisk og etisk og sosialt akseptabelt. Det å ikke ha tydelige mål eller velge feil mål, er en vanlig feil som organisasjoner ofte gjør.

Et grunnleggende planleggingsprinsipp for sosial markedsføring er at organisasjonene må fokusere på å utvikle utvetydige atferdsmål og metoder for å måle måloppnåelse eller fremdrift mot disse målene. I tillegg må de fokusere på å måle og evaluere aktiviteten i prosessen. Mål med tydelige resultater som nøyaktig måler atferd og helseeffekter, er vesentlige elementer i alle intervensjoner der sosial markedsføring inngår.

A3. Planleggingsmodeller for sosial markedsføring

Mange sosiale markedsførere ser fremdeles på de fire P-ene i markedsføringen (produkt, pris, plassering, promotering) som et vesentlig element når de skal planlegge sosial markedsføring [5, 23]. Styrken til de fire P-ene er at de står for fire spørsmål som markedsføreren må fokusere på når et program skal utvikles og implementeres. Forkjemperne for denne modellen understreker at den sikrer at de som planlegger programmet, gjør noe mer enn bare å tenke på kampanjer og vurdere spørsmål. De ser for eksempel på fordelene ved helseatferden (kjerneprodukt) og hvilke eventuelle konkrete produkter som kan finnes, for eksempel malarianett. Modellen oppmuntrer også planleggerne til å tenke på kostnadene ved å innføre atferd (pris) og hvilke overtalelseskanaler som kan brukes (plassering). Mange ledende sosiale markedsførere [24, 25, 26] mener imidlertid at det er på tide å slutte med å bruke de fire P-ene i sosial markedsføring. En av de store svakhetene som disse forfatterne peker på, er at de fire P-ene tar utgangspunkt i perspektivet til den som planlegger den sosiale markedsføringen, og ikke til kunden. Ved bruk av de fire P-ene er det dessuten mulig å utelate en vurdering av den bredere påvirkningen på atferd, for eksempel miljømessige og økonomiske faktorer. Men de fire P-ene er fremdeles en nyttig konseptmodell som kan være til hjelp når sosiale markedsføringsplaner skal utvikles, sammen med andre konseptmodeller og verktøy.

I tillegg til modellen med de fire P-ene finnes det flere spesialutviklede rammeverk og modeller for å planlegge sosiale markedsføringsoperasjoner. Disse kan helsearbeidere enten bruke eller tilpasse til sin egen situasjon. Noen av de best kjente planleggingsmodellene er femtrinnsmodellen for totalprosessplanlegging (TTP) [27], som består av fem planleggingstrinn, se figur 1. CDCynergy, et redigeringsverktøy i seks faser for sosial markedsføring [28], vises i figur 2. Dette er en omfattende modell som definerer seks planleggingsfaser og leveres sammen med et stort utvalg verktøy og mye referansemateriale. I 2012 produserte Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en forenklet versjon for prosjekter i mindre skala.

Figur A1. Prosess for helhetlig planlegging av sosial markedsføring

Kilde: French J, Blair-Stevens C. *Big pocketed book of social marketing*. National Social Marketing Centre. 2006

Figur A2. CDCYNEGY – planleggingsverktøy for sosial markedsføring

Kilde: CDCYNEGY planning tool for social marketing (2005) Atlanta. GA. Centers for Disease Control and Prevention

WHO's COMBI-planleggingsmodell [29] – se figur 3 – er en annen godt kjent og mye brukt planleggingsmodell som fokuserer spesifikt på helse spørsmål og er utviklet for bruk i u-land.

Figur A3. De sju planleggingstrinnene i COMBI

Trinn 1: Definere de foreløpige atferdsmålene

Trinn 2: Rask analyse av markedssituasjonen

Trinn 3 og 4: Forbedre målene og designe en generell strategi

Trinn 5: Utarbeide detaljerte tiltaksplaner og budsjett

Trinn 6 og 7: Overvåke og evaluere intervensjoner

Kilde: WHO.(2012). *Communication for Behavioural Impact (COMBI). A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response*. Ref; WHO/HSE/GCR/2012.13 Luxembourg. WHO og Unicef. WHO Department of Global Capacities Alert and Response. Geneve.

Flere andre modeller er tilgjengelig [30, 31, 32]. I tillegg til disse modellene har mange selskaper og institusjoner som er spesialister på sosial markedsføring, utviklet sine egne rammeverk for planleggingsmodellene.

Hver av disse planleggingsmodellene definerer flere trinn som går fra analyse via utvikling til implementering og deretter evaluering. Hver av disse planleggingsmodellene har også fordeler og ulemper. Noen er svært enkle, og lette å innføre, andre er mer omfattende, og krever større innsats.

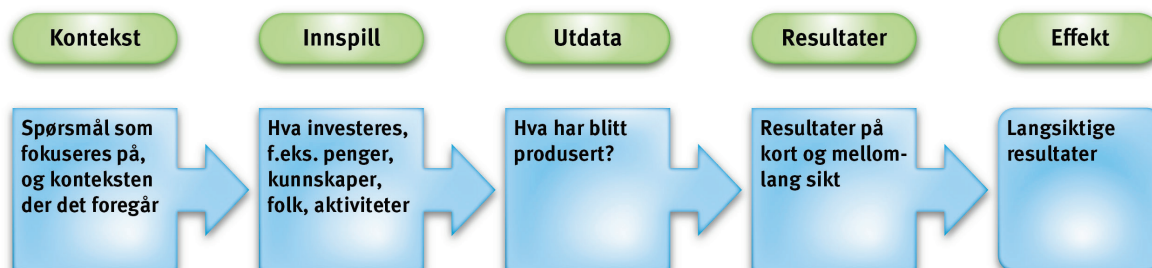
Når man skal velge planleggingsmodell for sosial markedsføring, er det viktig å vurdere hvor alvorlig og kompleks atferden du prøver å påvirke, er. Sosial markedsføring kan innføres i lokale prosjekter av liten skala med små eller ingen budsjetter, eller i langvarige internasjonale programmer av stor skala. Hvis det skjer en investering i stor skala i et sosialt markedsføringsprogram, krever det en grundigere tilnærming og rapporteringsprosess.

Mange av disse planleggingsmodellene er påvirket av en planleggingsprosess som kalles "logiske rammeverk". Begrepet logiske rammeverk slik det vanligvis brukes, stammer fra militær planlegging [33]. Logiske rammeverk-tilnærmingen [34] er populær, fordi den bruker et enkelt visuelt rammeverk med hovedoverskrifter for å beskrive

en logisk og trinnvis prosess og et sett med hovedoppgaver. Logiske rammeverk krever at helsearbeidere identifiserer og beskriver flere hovedelementer i den planlagte intervensjonen. Disse omfatter:

- Problemstillingene det fokuseres på og konteksten der intervensjonen foregår
- Innspillene – ressurser og aktiviteter – som kreves for å nå intervensjonsmålene
- Utfall (f.eks. med tanke på målgrupper som skal engasjeres, veier som bygges, produkter som utvikles)
- Resultater (dvs. resultater på kort og mellomlang sikt, for eksempel endringer i trafikkflytnivåer og utskiftning av modeller)
- Effekter (dvs. langsiktige resultater, for eksempel bedre livskvalitet, bedre helse, miljøfordeler osv.)

Figur A4. Komponentene i det logiske rammeverket for en intervensjon



Kilde: Fry Consultants Incorporated (1970). Final Report Contract No. csd-2510 July 24. Project evaluation and the project appraisal and reporting system. Volume one. Agency for International Development.

Logisk rammeverk-prosessen, se figur 4, går også ut på å utvikle konsensus blant interessentene om intervensjoner, resultat og effekter. Logiske rammeverk legger vekt på å identifisere objektive verifiserbare indikatorer (OVI-er) og verifiseringsmåter (MOV – Means of Verification) for å sikre at det som forventes å skje, blir fanget opp og rapportert.

Som med andre planleggingsmodeller, er det en risiko for at logiske rammeverk noen ganger brukes ganske strengt. Dermed begrenses muligheten til å reagere på endrede forhold utenfor programplanen. Det andre hovedproblemet med flere av disse modellene er at som planleggingsmodeller for omfattende helsekampanjer [35, 36] blir de vanskelige på grunn av at det er et omfattende arbeid å definere problemer og lete etter omfattende løsninger på komplekse problemer. Sosial markedsføring blir et alternativ, ved at man prøver å bryte ned helseutfordringer i mindre utfordringer og utvikle systematiske intervensjoner for å håndtere dem en etter en.

A4. Behov for vedvarende og resultatfokuset budsjettering

Når man investerer i atferdsendingsprogrammer, er det nødvendig å nå en minimumsandel i befolkningen med tanke på bevissthet, holdninger og tiltak før det er mulig å måle noen avkastning på investering. Med stadig større konkurranse om oppmerksomhet og engasjement er det ofte ikke nok penger til offentlige programmer som skal oppmuntre til positiv atferd, til at de kan gi en målbar effekt i de aktuelle målgruppene.

Hvilket beløp som skal investeres for å oppnå målbar effekt på atferden i målgruppesegmenter, er en viktig faktor som må fastsettes i utviklingsfasen av alle typer planlagte programmer. En annen viktig vurdering er hvor lang tid en investering skal opprettholdes for at målene for programmet skal nås. Hvis finansieringsinstanser ikke kan binde seg med nok midler i hele den nødvendige perioden, må de gjøres oppmerksom på at effekten av en mer begrenset investering kan bli enda dårligere hvis man ikke holder ut lenge nok. Effekten over tid er en viktig faktor som må tas hensyn til når man skal sette sammen en fullstendig forretningsplan for å investere i atferdsendring. Som en hjelp i arbeidet mot et skifte mot resultatbasert budsjettering kan man bruke den såkalte "tretrinnsprosessen" [37] for budsjettfordeling til atferdsprogrammer.

I stedet for å tildele et fast beløp av økonomiske ressurser til avgrensingsdefinisjon, utvikling, implementering og evaluering av et program, vil det ha større effekt hvis budsjettene fordeles i tre trinn.

- Først må man sette opp et budsjett for å definere avgrensningen av et problem, slik at man kan forstå hvem som er målgruppen for problemet og hvilke ressurser som finnes eller som kan tas i bruk, og hva som hindrer at man lykkes. Hovedresultatet fra denne avgrensingsdefinisjonsfasen er en rapport som tydelig definerer problemet og den ønskede forbedringen. Denne skal inneholde et første intervensjonsforslag ut fra innsikt, data og markedsundersøkelser og en kostnadsberegnet plan for en "utviklingsfase" for å finpusse på de foreslåtte intervensjonene.
- Det andre trinnet begynner når man fullfører et avgrensingsdefinisjonstrinn. Ut fra funnene og anbefalingene i avgrensingsdefinisjonen skal de som bestiller rapporten, sette opp nok et budsjett som skal dekke utvikling. I denne fasen skal man utarbeide forslagene, gjennomføre feltundersøkelser og

finjusteringer, eller om nødvendig omarbeide de foreslåtte intervensjonene slik at de oppfyller kravene i programmene og er akseptable for målgruppen og interessentene.

- Det tredje trinnet fortsetter etter utviklingsfasen. Det bør utvikles en fullstendig forretningsplan. Denne skal danne grunnlag for en komplett og vedvarende finansiering som vil gjøre det mulig å oppskalere og implementere de anbefalte intervensjonene og evaluere effekten av dem.

Hvis denne tretrinnsstilnærmingen til finansiering brukes av og kompletteres ved at helsearbeidere i den offentlige sektoren definerer forskningsresultater for anbefalinger, estimerer for prosjekterte besparelser og analyse av verdi for pengene, øker sjansene for at atferdsintervensjonen vil lykkes. En slik tilnærming vil også føre til at man har dokumentasjon hvis kostnadene for de sosiale atferdsintervensjonene øker, som kan være til informasjon ved fremtidig planlegging og budsjettering. Men behovet for å få større fokus på utformingen av både effektive og kostnadseffektive programmer er ikke helt ukomplisert, siden det er mange økonomiske faktorer å ta hensyn til når man skal vurdere den generelle økonomiske effekten og avkastningen på investeringene som gjøres i et program. Her er et eksempel fra helsesektoren:

Å redusere effekten av passiv røyking hos ikke-røykere kan gi store økonomiske fordeler for enkeltpersoner og samfunn, og besparelser for helsetjenesten og arbeidsgiveren. Disse omfattende fordelene blir ofte utelatt når man skal vurdere avbruddsintervensjoner økonomisk, og det er dermed en tendens til å undervurdere den reelle verdien av investeringen som slike programmer gir [38].

Det er ikke lett å få noen omfattende økonometrisk måling av effekten av sosiale markedsføringsprogrammer, men det finnes guider for hvordan man kan utføre slike evalueringer [39].

Referanser

1. French J, Gordon R. *Strategic Social Marketing* London: Sage; 2014.
2. Klassen A. Performance measurement and improvement framework in health, education and Social services. A systematic review. *International Journal for Quality of Health Care*. 2010; 22(1): s. 44–69.
3. Schorr LB. Determining "What works" in Social programs and Social policies: Towards a more inclusive knowledge base. The Brookings Institution; 2003.
4. Kotler P, Roberto W, Lee N. *Social Marketing – Improving the quality of life*. 2nd ed. New York: Sage; 2002.
5. Weinreich N. *Hands-on social marketing. A step by step guide to designing change for good*. 2nd ed: Sage; 2011.
6. McKenzie-Mohr D, Smith W. *Fostering Sustainable Behaviour. An introduction to community based social marketing*.. 3rd ed. Gabriola Island: New Society Publishers; 2011.
7. Lefebvre C. *Social Marketing and social change* San Francisco: Jossey – Bass; 2013.
8. Halpen D. *Personal Responsibility and Changing Behaviour: the state of knowledge and its implications for public policy*. London: Prime Minister's Strategy Unit; 2004.
9. Australian Public Service Commission. *Changing Behaviour. A public policy perspective*. Australian Public Service Commission.
10. French J, Mayo E. *It's our health. National review of social marketing*. London: National Consumer Council; 2006.
11. Darnton A, Elster-Jones J, Lucas K, Brooks M. *Promoting Pro-Environmental Behaviour: Existing Evidence to Inform Better Policy Making*. London: The Centre for Sustainable Development University of Westminster, The Department for Environment, Food and Rural Affairs (DEFRA); 2006.
12. McKenzie-Mohr D, Lee N, Wesley Schultz P, Kotler P. *Social Marketing to protect the environment. What works*: Sage; 2012.
13. Institute of Government. *MindSpace, Influencing behaviour through public policy*. London: Cabinet Office; 2009.
14. Dawney, Emma, and Hetan Shah. *Behavioural economics: seven principles for policy makers*. 2005 London: New Economics Foundation.
15. Mays D, James B, Weaver I, Rernhart J. *New Media in social marketing. Guide twelve in The Sage book of Social Marketing* London: Hastings G Angus K & Bryant C. Sage; 2011.
16. Kotler P, Lee N. *Corporate Social Responsibility – Doing the Most Good for Your Company and Your Cause* 2005: John Wiley & Sons Inc.
17. Bracht N, Kingsbury L, Rissel C. *A Five-Stage Community Organization Model for Health Promotion: Empowerment and Partnership Strategies*. In Bracht N. *Health Promotion at the Community Level: New Advance*. Second Edition ed.: SAGE Publications, Inc.; 1999.
18. Maycock B, Howat P, Slevin T. *A decision Making model for health promotion advocacy*. IUHPE Promotion and Education VIII/2; 2001.
19. Cabinet Office *Cultural Change. A policy Framework*. London: Cabinet Office; 2008.
20. Hornik R. *Public Health Communication: Evidence for Behaviour Change* Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2002.
21. Medical Research Council. *Developing and evaluating Complex interventions*. [Online].; 2010 [cited 2014 April 19]. Finnes på: www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance.
22. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Behaviour change at population, community and individual levels.. Reference Guide*. London: NICE; 2007.
23. Kotler P, Lee N. *Up and out of poverty. The Social Marketing solution*: Wharton School Publishing; 2009.
24. Peattie K, Peattie S. *The social Marketing mix a critical review*. in *The Sage book of Social Marketing* London: Hastings G Angus K & Bryant C. Sage; 2011.
25. Gordon R. *Re-thinking and re-tooling the social marketing mix*. *Australasian Marketing Journal*. 2012; 20(2): s. 122–126.
26. Spotswood F, Tapp A. *Beyond persuasion: a cultural perspective of behaviour*. *Journal of Social Marketing*. 2013; 3(3): s. 275–294.
27. French J, Blair-Stevens C, Merritt R, McVey D. *Social Marketing and Public health, theory and practice* Oxford: Oxford University Press; 2010.
28. Haglund B, Jansson B, Petterson B, Tillgren P. *A quality assurance instrument for practitioners*. In Davis J, MacDonald G, editors. *Designing health messages*. Thousand Oaks: Sage.

29. World Health Organization. A toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. 2012. Finnes her: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf?ua=1
30. Hastings GB, Elliot B. Social Marketing Practice in Traffic Safety. In OECD. Marketing of Traffic Safety.; 1993.
31. Kotler P, Lee N. Social Marketing: Influencing behavior for good. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
32. Smith W, Strand J. Social Marketing Behavior: A Practical Resource for Social Change Professionals. Washington DC: AED; 2008.
33. Nanacholas S. How to do (or not do) a logic framework. Health Policy and Planning. 1998; 12(2): s. 189–193.
34. Hills D. Logic Planning Hints and Tips. London: Tavistock Institute; 2010.
35. Molleman G, Peters L, Horsman C, Kok G. Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands. Oxford Journals Medicine. 2004; 20(4): s. 410–422.
36. Green LW. Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods, and examples. Health Education. 1974: s. 34–64.
37. French J. Commissioning Social Marketing. In Social Marketing Theory and Practice: Oxford University Press; 2010.
38. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. BMJ. 2004;: s. 947.
39. Central Office of Information. Payback and return on marketing investment (ROMI) in the public sector. London: GNC; 2009