

# 1 En kunnskapsbasert og godt ledet tjeneste med god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet

Regjeringen vil legge til rette for gode og trygge tjenester gjennom god ledelse av vår felles helsetjeneste og et systematisk og kunnskapsbasert arbeid med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet. Som en del av dette arbeidet vil regjeringen i tråd med Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring» endre navnet på dagens varselsordninger til meldeordning. Formålet med ordningen skal i større grad enn i dag være læring og forbedring. Det skal være trygt å melde, slik at tjenestene og fagfolkene kan bidra til at pasienter og brukere er trygge. Regjeringen ønsker at det skal vektlegges et større virksamhetsperspektiv ved oppfølging av uønskede hendelser. Arbeidet ligger innenfor etableringen av et nytt nasjonalt faglig rammeverk med visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder for bedre pasient- og brukersikkerhet.

## Boks 1.1 Regjeringen vil

Regjeringen vil styrke det nasjonale arbeidet for bedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet for å redusere og forebygge omfanget av skader gjennom følgende tiltak:

- Endre dagens varselordning til en meldeordning og fremme et høringsnotat med forslag til lovendringer som ledd i oppfølging av Varselutvalgets rapport
- Etablere et felles nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet
- Etablere et formalisert samarbeidsorgan med relevante aktører under ledelse av Helsedirektoratet, for nasjonal samordning av arbeidet med pasient- og brukersikkerhet
- Utarbeide årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet
- Utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak
- Oppdatere nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og handlingsplan for et bedre smittevern
- Gjennomføre systematiske brukererfaringsundersøkelser og utrede modeller for å følge opp bruker- og pårørendeundersøkelser

Regjeringen vil styrke formell lederkompetanse og gjøre verktøy for ledere tilgjengelige gjennom følgende tiltak:

- Utvikle en kort nettbasert lederutdanning for ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester
- Utarbeide nettbasert oversikt over ulike verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Revidere veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring slik at den i større grad understøtter ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er tilpasset allmennlegetjenesten
- Be de regionale helseforetakene om systematisk å styrke kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere

Regjeringen vil fremme kunnskapsbasert praksis og kvalitetsforbedring gjennom følgende tiltak:

- Videreutvikle kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Bedre bruk av nasjonale kompetansetjenester, -sentre og -nettverk
- Legge til rette for økt omfang av implementeringsforskning gjennom Norges forskningsråd
- Prioritere forskning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom Norges forskningsråd
- Bidra til etableringen av Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF)

En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet fordrer kunnskapsbasert praksis og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Regjeringen vil derfor etablere et tjenestenært kunnskapssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester og for fagfolkene som skal bidra til gode, trygge og kunnskapsbaserte tjenester. En mer hensiktsmessig organisering av kompetansesentrene i kommunene vil, sammen med nasjonale kompetansetjenester og kompetansenettverk i spesialisthelsetjenesten, være viktige for å bygge opp, spre og implementere kunnskap og kompetanse. Implementering av forskningsbasert kunnskap er en kjent utfordring, og regjeringen vil stimulere til mer implementeringsforskning gjennom Forskningsrådet. Regjeringen har varslet i Prop. 1 S (2023–2024) at den vil bidra til å etablere Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) og satsing i Forskningsrådet på forsknings- og utviklingsprosjekter rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester.

God ledelse er avgjørende for å lykkes i arbeidet med en god, trygg og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste. Ledelsen har ansvaret for å organisere og planlegge virksomheten slik at fagfolkene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette krever at ledere har nødvendig kompetanse. Regjeringen vil styrke den formelle lederkompetansen i særlig den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tilgjengeliggjøre verktøy for ledere.

## **Boks 1.2 Mål og indikatorer**

*Mål én:* Trygt å melde

*Mål to:* Færre pasientskader

*Indikatorer:* Melding av uønskede hendelser, kartlegging av pasientskader gjennom journalgranskninger (som Global Trigger Tool (GTT)) samt kvalitetsindikatorer er viktige for å kunne si noe om status og sette mål knyttet til ulike forhold av betydning for pasientsikkerhet (infeksjoner, legemidler osv.). Nasjonale medisinske kvalitetsregistre kan vise resultat og komplikasjonsrate på utvalgte behandlingsmåter som kan følges opp. Det finnes validerte skjema for kartlegging av pasientsikkerhetskultur i helse- og omsorgstjenesten som kan fungere som grunnlag for indikatorer for målene. I spesialisthelsetjenesten kartlegges arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur årlig gjennom undersøkelsen ForBedring.

## 1.1 Oppfølging av Varselutvalget

Regjeringen oppnevnte i april 2022 Varselutvalget for å vurdere varselordningene til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon i helse- og omsorgstjenesten (Ukom).

Utvalget har enstemmig foreslått at det man i dag kjenner som varselordningene, endrer navn til meldeordning. Utvalget mener at dagens varselordninger ikke i tilstrekkelig grad bidrar til bedre kvalitet og pasient- og brukersikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten, og at formålet med en meldeordning i større grad enn i dag må være å bidra til læring og forbedring.

Regjeringen støtter dette og mener derfor at navnet bør endres fra varselordning til meldeordning. Regjeringen vil utrede de øvrige forslagene til Varselutvalget og tar sikte på å sende et høringsnotat med forslag til lovendringer på høring i løpet av 2024.

## 1.2 Hva er god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet?

Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre og gir pasienter og brukere innflytelse. De er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt, jf. veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Kjennetegnene er ikke gjensidig utelukkende, men påvirker hverandre. For at pasienter og bruker skal få best mulig hjelp, må tjenestene være kunnskapsbaserte. Kunnskapsbasert praksis innebærer å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og pasientens- og brukerens egen kunnskap. For å sikre virkningsfulle tiltak er det behov for ny forskning, systematiske oversikter over eksisterende forskning, og implementering av resultater i praksis. At tjenestene skal være virkningsfulle betyr også at eksisterende tilbud der det er tvil om nytte og effekt, må revurderes og eventuelt utfases.

God kvalitet er også å utnytte ressursene i helse- og omsorgstjenesten på en slik måte at pasienten, brukeren og samfunnet får størst mulig helsegevinst. God ressursutnyttelse innebærer planlegging, slik at det kan tilbys gode, trygge og riktige tjenester til riktig tid og på riktig sted. Det må derfor rettes oppmerksomhet både på over- og underforbruk, spesielt med tanke på personellknapphet og større andel eldre i befolkningen med et økt behov for helse- og omsorgstjenester. Involvering er sentralt både for å få virkningsfulle tjenester, god samhandling og å forebygge skader. Involvering av pasienter, brukere og pårørende omfatter blant annet helsekompetanse, samvalg, brukermedvirkning og brukeropplevelse. Pasient- og brukersikkerhet handler både om å forbedre egen praksis gjennom å ta i bruk eksisterende kunnskap, men også om å lære av uønskede hendelser og det som går bra gjennom hendelsesanalyser og systematisk kvalitetsforbedring. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten står sentralt i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

## 1.3 Visjon og mål for bedre pasient- og brukersikkerhet

Pasient- og brukersikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestenes tjenester eller mangel på ytelser».<sup>1</sup> Pasientskader som kunne vært

---

<sup>1</sup>Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Formål og virkeområde, Helsedirektoratet

forebygget er kostbart for tjenestene, samfunnet, pasienter, pårørende og personell i form av penger, tillit og belastning.

I høyinntektsland anslår OECD at om lag ti prosent av pasienter i sykehus skades. Andel pasientskader i somatisk døgntilrettelagt behandling i Norge har vært relativt stabilt mellom 12–14 prosent på nasjonalt nivå fra 2012 til 2022.<sup>2</sup> Omfanget er omtrent på samme nivå som i Sverige, som i likhet med Norge har nasjonal kartlegging av pasientskader med utgangspunkt i journalgranskningsmetoden Global Trigger Tool (GTT). GTT skiller ikke mellom skader som kunne vært unngått eller ikke, men det antas at om lag halvparten kunne vært unngått. Tall fra OECD viser at den direkte kostnaden ved pasientskader utgjør 13 prosent av OECD-landenes helseutgifter, hvorav 8,7 prosent av helseutgiftene anslås å være relatert til skader som kunne vært forebygget og unngått. I tillegg kommer de indirekte økonomiske og sosiale kostnadene for samfunnet og den enkelte.<sup>3</sup> Norge er på tredje plass i oversikten over OECD-land som har på plass sentrale elementer for bedre pasientsikkerhet<sup>4</sup>, men ligger på OECD-gjennomsnittet i internasjonale kvalitetsindikatorer på pasientsikkerhet.<sup>5</sup> Mye av arbeidet med pasientsikkerhet både internasjonalt og i Norge har sitt utspring i spesialisthelsetjenesten, til tross for at internasjonale studier viser at 25–50 prosent av pasientskadene oppstår i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.<sup>6</sup>

Regjeringen lanserer i denne meldingen en ny visjon for pasient- og brukersikkerhet med tre tilhørende mål. Helse- og omsorgstjenestene er komplekse, og det er ikke mulig å eliminere all tenkelig risiko som kan føre til skade. Samtidig er det en kjensgjerning at mange skader skjer til tross for at det foreligger kunnskap om hvordan skadene kan forebygges og unngås. I tillegg kan nye skader unngås ved tidlig å fange opp risikofaktorer og lære av tidligere hendelser. Visjonen er derfor at «Helse- og omsorgstjenesten forhindrer pasientskader som kan forebygges og fanger tidlig opp nye risikofaktorer». Visjonen er ambisiøs fordi en skal unngå kjente pasientskader og risikofaktorer hvor det foreligger kunnskap om hvordan de kan unngås. Samtidig tar den inn over seg at pasientsikkerhet er et systematisk og dynamisk arbeid som aldri tar slutt. Å avdekke risikofaktorer tidlig er viktig i alle faser av et pasientforløp, ikke minst for å forebygge framtidige hendelser. Endringer i behandling, organisering og bruk av ny teknologi kan bidra til å eliminere skader, men kan også skape nye risikoområder som kan føre til pasientskader. Visjonen skal motvirke bruk av påregnelig risiko og komplikasjon som begrunnelse for ikke å lete etter forbedringspunkter i hendelser som har eller kunne ha ført til skade på en pasient eller bruker.

Regjeringen lanserer tre mål for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet:

1. Færre pasientskader

---

<sup>2</sup>Pasientskader i Norge 2022 – Målt med Global Trigger Tool, Helsedirektoratet

<sup>3</sup>The economics of patient safety – From analysis to action, OECD Health Working Paper No. 145

<sup>4</sup>System governance towards improved patient safety, OECD Health Working Paper No. 120

<sup>5</sup>Meld. St. 11 (2020–2021) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019*

<sup>6</sup>Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2022

2. Systematisk læring og forbedring – helse- og omsorgstjenestene har gode systemer for oppfølging og læring av uønskede hendelser og av god praksis
3. Trygt å melde – det oppleves trygt for ansatte i helse- og omsorgstjenesten å melde om både uønskede hendelser og forbedringspunkter

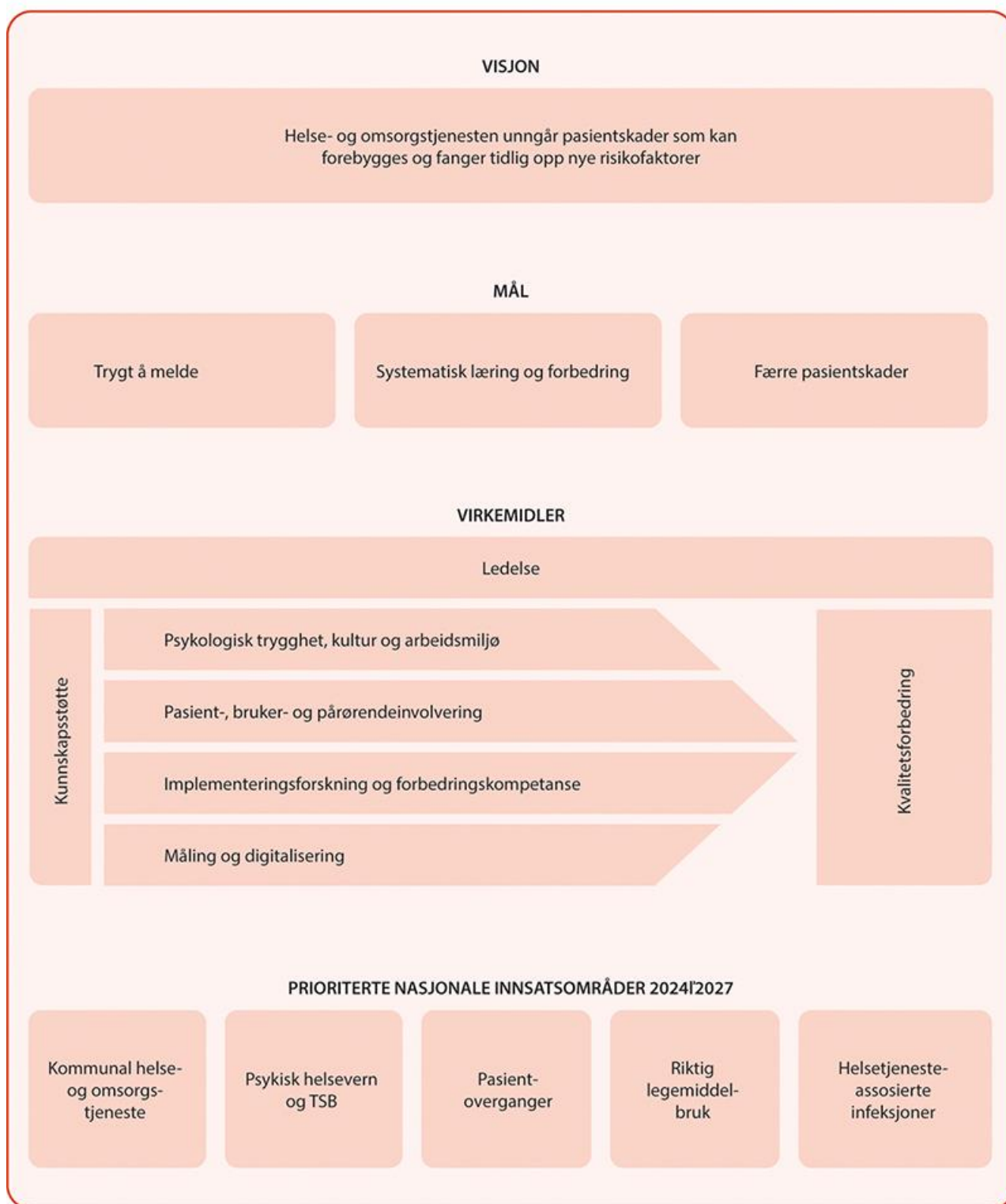
For å nå målet om færre pasientskader er det sentralt at ledere på ulike nivå har oversikt over uønskede hendelser og risikoområder, og at hendelsene følges opp på en systematisk måte som resulterer i at pasientsikkerheten faktisk forbedres. For å få ønsket oversikt er det avgjørende med åpenhet og trygghet hos fagfolkene for å melde. Det handler også om å bygge såkalte resiliente systemer og organisasjoner som håndterer risikofaktorer, og lærer av det som går bra.<sup>7</sup> Målene er overordnede og må følges opp med konkrete delmål på ulike fagområder og risikoområder med utgangspunkt i utvalgte indikatorer og kartlegginger. Disse kan utformes nasjonalt, regionalt og lokalt, tilpasses spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og endres over tid.

## **1.4 Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet**

Regjeringen vil fremme systematisk arbeid med pasient- og brukersikkerhet med utgangspunkt i det faglige rammeverket i figur 6.1. Rammeverket angir visjon, mål, virkemidler og nasjonale innsatsområder og gir hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, forvaltningen og hos øvrige relevante aktører. Ved å ha et faglig rammeverk på nasjonalt nivå kan oppmerksomheten rettes mot oppfølging og implementering.

---

<sup>7</sup>Å lære av det som går bra kalles for pasientsikkerhet 2, og supplerer pasientsikkerhet 1 som omhandler å lære av uønskede hendelser som har eller kunne ført til pasientskade.



Figur 1.1 Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet

Visjon og mål i rammeverket er utledet fra krav i lov og forskrift. Tjenestene har et selvstendig ansvar for å prioritere tiltak innenfor virkemidlene og innsatsområdene i rammeverket som understøtter måloppnåelsen.

Rammeverket erstatter *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023)*, men viderefører sentrale innsatsområder fra planen. Rammeverket bygger også på WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet som Norge har forpliktet seg til.

Helsedirektoratet får hovedansvaret for nasjonal koordinering og oppfølging av rammeverket, i samarbeid med øvrig helseforvaltning gjennom et formalisert samarbeidsorgan.

Samarbeidsorganet skal på egnet måte inkludere tjenesten og øvrige relevante interessenter og aktører som pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner, forskere, personell m.fl. Alle aktører har medansvar for å implementere rammeverket. Helsedirektoratet skal, sammen med samarbeidsorganet, utarbeide en årlig statusrapport med nasjonale nøkkeltall og kvalitetsindikatorer, korte omtaler av eksempler på dokumentert virkning på praksis, samt forslag til videre innsats for å realisere målene i rammeverket.

### **Boks 1.3 «Global Patient Safety Action Plan 2021–2030»**

Pasientsikkerhet er en global utfordring. Norge har sluttet seg til World Health Assembly (WHA72) sin resolusjon om WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet (Global action on patient safety), og den globale handlingsplanen WHO har utarbeidet som oppfølging av resolusjonen. Planen utgjør et rammeverk for nasjonale planer. Den består av sju strategiske områder med totalt 35 innsatsområder med tilhørende forslag til tiltak for nasjonale myndigheter, helsetjenesten og øvrige aktører.

Kilde: WHO (2021)

#### **[Boks slutt]**

#### **1.4.1 Virkemidler**

Virkemidlene i rammeverket er ledelse, psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø, pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering, implementeringsforskning, forbedringskompetanse og måling og digitalisering. Virkemidlene er kjent fra arbeidet med pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring. Videreutvikling og godt samvirke mellom virkemidlene fra lokalt til nasjonalt nivå er viktig for å forebygge og redusere andel skader.

#### **Ledelse**

Ledelse er en av faktorene som tydeligst viser sammenhengen mellom hvordan pasientsikkerhetsarbeid prioriteres og hvilken struktur og kultur som finnes for dette arbeidet i en organisasjon.<sup>8</sup> I WHO's strategiske mål om å utvikle virksomheter som forutser, forebygger og håndterer uønskede hendelser løftes tiltak knyttet til ledelse og kultur. Ledelse som fremmer pasientsikkerhetskultur og gode systemer for oppfølging, læring og forbedring er avgjørende for å oppnå bedre pasient- og brukersikkerhet. Ledelse er også sentralt for å bidra til at oppdatert kunnskap implementeres i praksis og fører til faktisk kvalitetsforbedring. Se også omtale i kapittel 5.

---

<sup>8</sup>Karina Aase Pasientsikkerhet, Universitetsforlaget 2022. Kap. 6

For å få til kvalitetsforbedring i praksis er det nødvendig med kompetanse og kunnskap om prinsipper innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. Mange ledere mangler formell lederkompetanse og støtteverktøy for å utøve god ledelse. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle en kort nettbasert lederutdanning etter modell av nettbasert lederutdanning for fastleger. Målgruppen er ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal Helsedirektoratet, i samarbeid med KS og andre relevante aktører, utarbeide en nettbasert oversikt over verktøy og kompetansetiltak for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten er det bygget opp mye kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, men det varierer hvordan denne kompetansen treffer ledere. Det er derfor også viktig at ledere er oppmerksomme på pasient- og brukersikkerhet i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag å styrke kompetansen i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring hos ledere. Dette kan for eksempel gjøres ved å integrere opplæring om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i etablerte lederopplæringsprogram i helseforetakene slik at alle ledere har et godt grunnlag og forståelse for kvalitetsforbedringsarbeidet lokalt.

Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring som handler om hvordan ledere i helse- og omsorgstjenesten kan forstå og etterleve kravene i forskriften. Dagens veileder fra 2016 skal revideres i 2024 i tråd med endringer i lov- og regelverk og oppdatert kunnskap om ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Veilederen skal blant annet tydeliggjøre kommunens ansvar for allmennlegetjenesten, allmennlegers virksomhetsansvar og hvordan fastleger og øvrige allmennleger kan jobbe systematisk med kvalitet og pasientsikkerhet.

## Psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø

God pasient- og brukersikkerhet er avhengig av at fagfolkene føler seg trygge, både på egen kompetanse og i det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet. Psykologisk trygghet handler i denne sammenhengen om et arbeidsmiljø med åpenhet og trygghet for å ytre seg og melde om risiko, uønskede hendelser og forbedringspunkter som grunnlag for læring og forbedring. Inkludert i dette ligger også åpenhet om det som er bra. I oppfølgingen av uønskede hendelser som har eller kunne ført til pasientskade, er det viktig at også fagfolkene blir godt ivaretatt fra ledelsens side, og med god kollegastøtte. Dette kan forhindre at fagfolk står igjen med vonde og ubearbejdede følelser som kan føre til utrygghet, som igjen kan påvirke pasientsikkerheten. God oppfølging av personell har også vist seg å være viktig for å forebygge utbrenthet.

### **Boks 1.4 Gjør kloke valg**

I 2018 tok Legeforeningen initiativ til å starte kampanjen *Gjør kloke valg*, basert på den internasjonale kampanjen *Choosing Wisely*. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helse- og omsorgstjenesten. Mange undersøkelser og behandlinger er ikke bare unødvendige, men kan også være skadelige for pasientene. Senere har flere fag- og profesjonsorganisasjoner inngått samarbeid med kampanjen. Fagfolk kommer fram til anbefalinger om prosedyrer og behandling som, basert på fagkunnskap, bør unngås. Dette kan



andre fagfolk kan bruke i sin kliniske hverdag. På hjemmesiden til *Gjør kloke valg* finnes anbefalinger til personell om prosedyrer og behandling som bør unngås, og råd til pasienter om prøver, tester, prosedyrer og undersøkelser som ikke alltid er nødvendige, og om plager som ikke alltid skal behandles.

### [Boks slutt]

## Boks 1.5 #Råbra

#Råbra er et eksempel på tiltak som er satt i gang for å få fram og lære av det som er bra for kvalitet og pasientsikkerhet. #Råbra er et avvikssystem med positivt fortegn, som går ut på å samle inn tilbakemeldinger om godt arbeid og godt medarbeiderskap for så å systematisere og analysere disse for å lære og bli inspirert. #Råbra kan bidra positivt i kulturbygging gjennom å løfte fram alle de gode hendelsene som skjer i helsetjenesten hver dag. Ved å lære av det som går bra, kan #Råbra bidra til økt motstandsdyktighet mot uønskede hendelser. #Råbra startet opp ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) etter inspirasjon fra Learning From Excellence, med et lignende prosjekt som hadde oppstart i Birmingham i England.

### [Boks slutt]

Melde- og varselordninger gir innblikk i risikoområder og omfang av pasientskader, som grunnlag for læring og forbedring. Effekten av pasientsikkerhetstiltakene avhenger imidlertid av at hendelser faktisk blir meldt og hvordan de blir fulgt opp. Det er en kjent underrapportering av uønskede hendelser<sup>9</sup> og det er mange faktorer som påvirker dette.<sup>10</sup> Virksomhetens tilbakemeldingskultur mellom ledelse og ansatte er avgjørende for muligheten til å utvikle en god sikkerhetskultur som fremmer åpenhet og læring, samt arbeidsmiljø og trivsel hos dem som jobber i tjenestene. Det handler også om å være åpen overfor pasienter og pårørende, og å ivareta ansatte som er involvert i uønskede hendelser eller utsatt for vold og trusler.

## Boks 1.6 Resiliens i helsetjenesten

Resiliens i helsetjenesten handler om å lære av det som går godt. Denne tilnærmingen bygger på tanken om at en på tross av stadige utfordringer og endringer som økt arbeidsbelastning, tidspress, økt pasientvolum, statlige reformer osv. veldig ofte klarer å opprettholde tjenester av høy kvalitet. Dette fordi tjenesten har evne til å tilpasse seg de omstendighetene en er i, og dermed ofte unngår uønskede hendelser. SHARE – senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten har utarbeidet et forskningsbasert læringsverktøy for å fremme resiliens i helsetjenesten (RiH). RiH-huskelisten består av tre enkle spørsmål som kan brukes i arbeidshverdagen til å reflektere over hva som gikk bra og hvorfor.

Kilde: <https://rih.uis.no/>

### [Boks slutt]

---

<sup>9</sup>NPE (2023) Helsepersonell varslet om fire av ti feilbehandlinger på sykehus.

<sup>10</sup>UKOM (2023) Meldekultur og læring av uønskede hendelser.

## Pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering

WHO løfter samarbeid med pasienter, brukere og pårørende som det kanskje mest kraftfulle virkemiddelet for å gjøre tjenestene sikre og trygge. Norge har ulike strukturer og arenaer på ulike nivåer for brukermedvirkning. Både tjenester og myndighetsorganer mottar og samler erfaringer med helse- og omsorgstjenesten og meldinger og varsler om uønskede hendelser. Samtidig bør pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering og bruk av deres erfaringer styrkes både lokalt, regionalt og nasjonalt i arbeidet med bedre pasient- og brukersikkerhet.

Pårørende og brukerundersøkelser gir verdifull kunnskap om hvordan det oppleves å være pårørende, pasient og bruker, hvilke behov og utfordringer de har og hvordan de opplever å bli møtt av helse- og omsorgstjenestene. Undersøkelsene må være representative og favne alle grupper av befolkningen, inkludert de med lav helsekompetanse. Det er behov for flere systematiske undersøkelser med systematisk oppfølging av resultatene, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil derfor legge til rette for både å gjennomføre systematiske brukererfæringsundersøkelser i kommunale helse- og omsorgstjenester og å utrede ut modeller for systematisk oppfølging av lokale og nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser. Arbeidet blir sett i sammenheng med og inngår i utviklingen av nye kvalitetsindikatorer.

## Implementeringsforskning og forbedringskompetanse

Implementering handler om å sette i verk eller integrere ny praksis i en konkret situasjon. Forbedringskompetanse handler om å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut og justere inntil et tiltak blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Erfaring viser at både implementering og forbedring er krevende. Det kan gi utslag i at nasjonale faglige retningslinjer ikke brukes og at det tar lang tid fra kunnskapen dannes til den tas i bruk. Mange pasientskader skjer til tross for at det foreligger kunnskap om hvordan de kan forebygges og unngås. Ifølge flere studier som ble lagt fram på Global Ministerial Patient Safety Summit 2023 er tilpasning av for eksempel sjekklister og standarder til den lokale konteksten avgjørende for å få til faktisk implementering og forbedring, og at det er behov for et sett av tiltak.<sup>11</sup> I tillegg er det avgjørende for en vellykket implementering og videre spredning av et tiltak å dokumentere og evaluere om tiltakene gir den ønskede kvalitetsforbedringen, og om forbedringen vedvarer.

Implementeringsforskning er en relativt ny, men aktuell tilnærming i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Virkemiddelet inngår i rammeverket fordi det kan bidra til økt forståelse av betydningen av lokale forhold og barrierer for arbeidet med å omsette gode tiltak innenfor pasientsikkerhet til ny og forbedret praksis. Det er behov for økt kunnskap om systematisk opptak av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis på dette feltet, men også i et bredere perspektiv. Implementeringsforskning er også relevant for arbeid med kvalitetsforbedring og kunnskapsbasert praksis utover pasient- og brukersikkerhet og er nærmere omtalt i avsnitt 6.5.3.

---

<sup>11</sup>The 5th Global Ministerial Summit on Patient Safety, <https://pss2023.ch/outcome/>

## Måling og digitalisering

Kunnskap om status på kvalitet og pasientsikkerhet og avdekking av risikoområder er avgjørende for å vite hvor det er behov for forbedringstiltak, og for å kunne vite om tiltak faktisk fører til forbedring. WHO løfter betydningen av ordninger som sikrer at uønskede hendelser meldes, og at kunnskap fra ulike kilder sammenstilles for å forebygge skader som kan unngås. Digitale verktøy og løsninger er virkemidler som skal bidra til at kvantitative data raskt og enkelt kan bli tilgjengelige for beslutningstakere og fagfolk.

Norge har en rekke kilder til informasjon om kvalitet og status på pasient- og brukersikkerhet både nasjonalt og lokalt. Det omfatter blant annet melde- og varselordninger, kvalitetsindikatorer, kartlegginger, tilsynsrapporter, undersøkelser gjennomført av Statens undersøkelseskomisjon, erfaringer fra pasient- og brukerombudene og erstatningssaker i Norsk pasientskadeerstatning. Dette utgjør likevel ikke et godt nok kunnskapsgrunnlag for å vurdere omfanget av pasientskader på mange områder. Det er også utfordringer med å tilgjengeliggjøre og sammenstille tilgjengelig kunnskap.

### **Boks 1.7 PaRIS**

OECD har tatt initiativ til en omfattende undersøkelse om pasientrapporterte indikatorer kalt PaRIS. En rekke OECD-land, inkludert Norge, samarbeider om å utvikle og implementere indikatorer som skal måle resultat av og erfaringer med bruk av helsetjenester.

#### **[Boks slutt]**

Det er et stort behov lokalt og nasjonalt for å utvikle, sammenstille og utnytte kunnskapen til faktisk forbedring og læring på tvers av tjenester. Det er behov for å samordne og utvikle mål og indikatorer på pasientsikkerhetsområdet, samt bedre tilgang til relevante data lokalt, regionalt og nasjonalt. Oppfølging av Varselutvalgets forslag om ny meldeordning, bedre nasjonal samordning og årlig statusrapport for pasient- og brukersikkerhet kan bidra til å sette nasjonale mål, videreutvikle og utnytte potensialet i ulike kilder til læring og forbedring av pasientsikkerheten. Samtidig er det viktig å sette konkrete delmål lokalt for å forbedre pasientsikkerheten på kjente risikoområder og/eller med utgangspunkt i nasjonale, regionale og lokale kvalitetsindikatorer.

### **Boks 1.8 Melding av uønskede hendelser**

Det foreligger flere melde- og varselordninger for uønskede hendelser i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Lokale meldeordninger er forankret i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring, og er en viktig kilde til å avdekke og håndtere risikoområder. Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser (NOKUP) brukes i spesialisthelsetjenesten for å klassifisere meldte hendelser i helseforetakene. Helse- og omsorgstjenesten har flere lovpålagte melde- og varselpplikter til eksterne aktører om ulike typer uønskede hendelser. Det er etablert en felles meldeportal på *melde.no* til å melde slike hendelser. Pasienter og pårørende kan melde hendelser via *helsenorge*.

#### **[Boks slutt]**

## 1.4.2 Prioriterte nasjonale innsatsområder 2024–2028

Rammeverket har fem prioriterte nasjonale innsatsområder. To av disse, kommunal helse- og omsorgstjeneste og psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), er rettet mot spesifikke områder av tjenesten hvor det er særlig behov for å styrke det systematiske arbeidet med pasient- og brukersikkerhet og kvalitetsforbedring. Innsatsområdene støtter blant annet opp under Bo trygt hjemme-reformen, arbeidet på allmennlegefeltet, Opptrappingsplan psykisk helse og den kommende forebygging- og behandlingsreformen på rusfeltet. Tre av de nasjonale innsatsområdene er rettet mot områder med kjent høy risiko for skader, nemlig legemiddelbruk, helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og pasientoverganger. Valg av innsatsområder er ikke gjensidig utelukkende, og for tjenestene gjelder det uansett å konsentrere innsatsen der det er avdekket risiko og forbedringsbehov. Dette vil variere lokalt.

### Pasient- og brukersikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har samme lovkrav om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Trygge kommunale helse- og omsorgstjenester er nødvendige for tilliten og bærekraften i tjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten må derfor vies større plass i pasientsikkerhetsarbeidet. Både undersøkelser og medieoppslag viser at det er stort rom for forbedring i tjenestene. Det er mangel på data, verktøy, prosedyrer, tid, kunnskap og kompetanse for og om arbeid med pasient- og brukersikkerhet. Kommunene står overfor en situasjon med blant annet personellmangel og endret kompetansebehov og flere pasienter og brukere med større og mer sammensatte behov. For å lykkes med å håndtere disse utfordringene kreves det blant annet at kommunene jobber systematisk med pasient- og brukersikkerhet. Blant annet viser evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 at det drives lite systematisk kvalitetsarbeid ved legekantorene. Det er behov for systematisk kunnskapsstøtte til kommunene og mer forskning i, på og om kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert forskningsinfrastruktur. For å rekruttere og beholde personell er det også viktig at kommunene kan tilby arbeidssteder der det satses på faglig kvalitet og kompetanse. Både kommunene og sentrale helsemyndigheter har lite kunnskap om kvaliteten på kommunale tjenester, og det finnes for få kvalitetsindikatorer. Det må derfor legges til rette for å innhente data og å utvikle kvalitetsindikatorer. For å bidra til kvalitetsforbedring i omsorgstjenestene skal blant annet Trygghetsstandard-verktøyet videreutvikles til også å kunne brukes i hjemmetjenesten, i tillegg til sykehjem. Verktøyet skal fortsatt implementeres slik at flest mulig kommuner tar det i bruk.

### Pasientsikkerhet i psykisk helsevern og tverrfaglig, spesialisert rusbehandling (TSB)

Det foregår mye godt arbeid for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet også innen psykisk helsevern og TSB, men det er behov for forbedring. Psykisk helsevern og TSB er i tillegg områder hvor det er utfordrende å rekruttere fagfolk, og der noen ansatte kan være ekstra utsatt for vold og trusler. Helsetilsynet og pasient- og brukerombudene har avdekket svikt i oppfølging og behandling av pasienter innenfor psykisk helsevern og TSB, der de med

samtidig rusmiddellidelse og psykisk og/eller somatisk lidelse er særlig utsatt for mangel på helsehjelp.

Ekspertutvalget for tematisk organisering av psykisk helsevern har pekt på behov for et mer sammenhengende system for å sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet, fagutvikling og innovasjon i psykisk helsevern.

Oppfølgingen av innsatsområdet i rammeverket skal sees i sammenheng med oppfølging av Opptrappingsplan for psykisk helse, rapport om tematisk organisering av psykisk helsevern og den kommende forebyggings- og behandlingsreformen på rusfeltet. Psykisk helse og rus i kommunen dekkes gjennom innsatsområdet kommunale helse- og omsorgstjenester.

## Riktig bruk av legemidler

Helsedirektoratet skal utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak for å få færre legemiddelrelaterte pasientskader. Legemiddelrelaterte pasientskader er den hyppigste årsaken til skader i norske sykehus til tross for at det pågår en rekke tiltak for å fremme riktig legemiddelbruk. Omfanget av legemiddelrelaterte skader i den kommune helse- og omsorgstjenesten er ikke kjent, men forskning viser at fem til ti prosent av alle sykehusinnleggelseser er forårsaket av uhensiktsmessig legemiddelbruk.<sup>12</sup> Uhensiktsmessig og feil legemiddelbruk skjer i alle ledd i prosessen fra forskrivning, tilrettelegging, utdeling og faktisk bruk, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det er behov for en mer samordnet og målrettet innsats for å fremme riktig legemiddelbruk. Digitalisering er et viktig virkemiddel for å bidra til trygg og effektiv bruk av legemidler, men må sees i sammenheng med øvrige tiltak og virkemidler på pasientsikkerhetsområdet.

Sentrale digitaliseringstiltak som pasientens legemiddelliste, strukturert legemiddelinformasjon (FEST og SAFEST), elektronisk legemiddelkurve, legemiddelregister m.fl. har alle bedre pasientsikkerhet som ett av sine formål.

## Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

Regjeringen vil oppdatere både nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og handlingsplan for et bedre smittevern med mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). Dette er en viktig del av arbeid for bedre pasientsikkerhet og inngår derfor i rammeverket. De fleste infeksjoner forårsaket av antibiotikaresistente bakterier som er behandlet i Norge, er assosiert med kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Forebygging av HAI kan både redusere byrden av infeksjoner generelt, men også antimikrobiell resistens (AMR) og dermed redusere belastningen på helse- og omsorgstjenesten.

---

<sup>12</sup>Nymoene, L.D., Björk, M., Flatebø, T.E. et al. Drug-related emergency department visits: prevalence and risk factors. Intern Emerg Med 17, 1453–1462 (2022).

## Pasientoverganger

Pasientoverganger er overganger innad i virksomheter og mellom tjenestenivåer. Det handler både om fysisk forflytting av pasienter, overføring av informasjon og samhandling.

Pasientoverganger er et sårbart punkt i pasientforløp, og ble identifisert som en gjennomgående utfordring for pasientsikkerheten i de årlige statusmeldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Både nasjonal og internasjonal forskning bekrefter dette og risikoen øker med antall overganger.<sup>13</sup> Manglende planlegging, kommunikasjon, svikt i informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. Utskrivningsprosessen fra sykehus er et risikoområde, spesielt for pasienter som skal følges videre opp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og hvor det eventuelt også bes om kontrolltime hos fastlege innen kort tid. Det er viktig at epikrise sendes ut raskt da kort epikrisetid øker muligheten til å få kontinuitet i behandlingen. Godt innhold i epikrisen kan bidra til god veiledning i det videre forløpet.

Pasienter og brukere med store og sammensatte behov og/eller manglende evne til å følge opp egne behov mottar tjenester fra mange ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og er særlig avhengige av helhetlig og koordinert helsehjelp. Hvis koordineringen og samhandlingen svikter, vil ansvaret for oppfølgingen ofte havne hos pasienten eller brukeren selv, eller hos pårørende. Dette gir en tilleggsbelastning, og kan både føre til lavere kvalitet på behandlingen og forverring av tilstander som kunne vært forebygget eller behandlet.

Mange overganger øker risikoen for at viktig informasjon ikke kommer fram og til fragmentering av helsehjelpen. Utvikling og bruk av flytskjema, sjekklister og prosedyrer samt skriftlige avtaler og rutiner er viktige verktøy for å skape trygge pasientoverganger og å redusere risikoen for uønskede hendelser og nestenhendelser i overgangene. «Felles språk» i form av funksjonsvurderinger som brukes og forstås av begge tjenestenivåene kan være en mulighet. Det vises også til kapittel 4, som blant annet omhandler gode pasientforløp, koordineringsordninger og trygge overganger i helhetlige pasientforløp.

### 1.5 Kunnskapsstøtte

Beslutningene som tas i helse- og omsorgstjenesten må være kunnskapsbaserte, slik at de riktige tiltakene og initiativene tas i bruk, og mindre effektive metoder fases ut. Praksisnær forskning, implementeringsforskning, kunnskapsutvikling og innovasjon er helt nødvendig for å utvikle bærekraftige og forsvarlige tjenester.

Det er over tid utviklet et kunnskapssystem for sykehusene. I dette inngår at sykehusene har forskning som en lovpålagt oppgave, samt systemer for å dokumentere og spre informasjon om aktiviteten. Videre inngår et øremerket, statlig tilskudd, som fungerer som et økonomisk bidrag til og insentiv for forskningen og det er etablert infrastrukturer, samarbeidsarenaer og nettverk, samt støttefunksjoner og lokale strukturer for tjeneste- og pasientnær forskning.

Det har vært en positiv utvikling i forskning rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mengden forskning i, om og med de kommunale helse- og

---

<sup>13</sup>Karina Aase. Pasientsikkerhet. Universitetsforlaget 2022. Kap. 9 Samhandling.

omsorgstjenestene står likevel ikke i forhold til kunnskapsbehovet i stadig mer komplekse kommunale tjenester. Det mangler også et helhetlig system for kunnskap, og det er utfordringer med å spre og implementere kunnskapen som utvikles, i alle deler av tjenestene.

### **1.5.1 Kunnskap om, i og med kommunale helse- og omsorgstjenester**

Et sterkere kunnskapsgrunnlag vil bidra til bedre kommunal planlegging og utvikling, riktigere prioritering og at nye og gode løsninger i helse- og omsorgstjenesten tas i bruk og vil ikke minst være til støtte for fagfolkene i tjenestene. Økt omfang av god forskning som treffer kommunenes behov, vil styrke kvaliteten og bærekraften. Det er behov for et system for kunnskapsutvikling, innovasjon og forskning som er tettere koplet på praksis. Et tjenestenært kunnskapssystem består av ulike komponenter som inngår i kunnskapsproduksjon og -anvendelse. Slike komponenter kan være å identifisere kunnskapsbehov, utvikle kunnskap i samarbeid med tjenester, fagfolk og brukere og ha nødvendig infrastruktur for gjennomføring av studier.<sup>14</sup> Det må legges til rette for virkemidler for å finansiere og evaluere forskning, tilgang til forskningsstøtte og for systematisk å gjennomgå og oppsummere kunnskapen som finnes for å legge til rette for gode overganger til implementering i tjenestene.<sup>15</sup>

Gjenkjennelige forskningsresultater kan enklere tas i bruk og spres, ved å legge til rette for implementering som er tilpasset den lokale konteksten. Dette vil også styrke de lokale fagmiljøene og er avgjørende for å skape attraktive arbeidsplasser, noe som er viktig for kvalitet i tjenestene. En viktig komponent i et slikt system er gode strukturer for strategisk samarbeid om forskningsbehov. Regjeringen har varslet i Prop. 1 S (2023–2024) at den vil bidra til å etablere Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF). KSF skal bidra til å strukturere kommunens samarbeid om å identifisere forsknings- og kunnskapsbehov knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt bidra til spredning av forskningsresultater slik at de kan tas i bruk.

I Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032* og Meld. St. 25 (2022–2023) *Fellesskap og meistring Bu Trygt heime* varsles det at regjeringen særlig vil prioritere forskning på, i og om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen foreslår derfor en satsing i Forskningsrådet på forskning i, om og med kommunale helse- og omsorgstjenester.

I Prop. 1 S (2023–2024) ble det bevilget midler for å videreutvikle et kunnskapsstøttesystem for kommunale helse- og omsorgstjenester, slik at kunnskapen som utvikles kan settes i system, spres og implementeres. Forslaget er en oppfølging av Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032* der det varsles at regjeringen vil fortsette utviklingen av en forskningsinfrastruktur for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Mye av forskningen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har forankring i universitets- og høyskolesektoren, mens støttefunksjoner for kliniske studier ligger i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier omtaler manglende tilgang til forskningsstøtte som et strukturelt problem og et hinder for å gjennomføre slike

---

<sup>14</sup>Et eksempel på slik infrastruktur er PraksisNett.

<sup>15</sup>Se også avsnitt 6.6.3 om implementeringsforskning

studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har i oppdragsdokumentene for 2024 gitt de regionale helseforetakene i oppdrag, i samarbeid med kommunene og Folkehelseinstituttet, å vurdere behov for en ordning hvor forskningsstøttetjenesten i spesialisthelsetjenesten kan gjøres tilgjengelig for kliniske studier i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjennom brukerbetaling.

### **1.5.2 Bedre bruk av kompetansesentre, kompetansetjenester og nettverk**

Det finnes i dag en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten. Regjeringen er, som oppfølging av arbeidet med gjennomgang av sentral helseforvaltning, i gang med å utrede en mer samlet organisering av kompetansesentrene for kommunale helse- og omsorgstjenester.<sup>16</sup> En desentralisert struktur med kompetansemiljø nær tjenestene skal legges til grunn for arbeidet. Sykehusutvalgets forslag om et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling vil bli vurdert i etterkant av dette arbeidet.

Kommunene mangler strukturer som kan understøtte strategisk innføring av kunnskapsbaserte tiltak og som kan bidra til å sikre kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er videre mange kommuner som melder at det er krevende å navigere i det store antallet av nasjonale veiledere og retningslinjer som er utviklet for helse- og omsorgstjenesten. Målet er at kompetansesentrene, gjennom en mer samlet organisering, i større grad enn i dag skal bidra som strategisk støttespiller inn mot kommunal sektor, blant annet gjennom å bidra til implementering av kunnskap og faglige retningslinjer. I spesialisthelsetjenesten har nasjonale kompetansetjenester som hovedformål å bygge opp og spre kompetanse innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i spesialisthelsetjenesten i en tidsavgrenset periode. Målet er å sikre likeverdig tilgang til kompetanseoppbygging og at kompetansen tas i bruk i hele landet. Selv om tjenestene og nettverkene er forankret i spesialisthelsetjenesten, skal de arbeide ut fra et helhetlig pasientforløp. Det er derfor aktuelt å samarbeide med sentre rettet mot kommunene.

Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er en del av systemet for nasjonale tjenester og er forankret i egen forskrift om nasjonale tjenester, med tilhørende veileder.<sup>17</sup> Helse- og omsorgsdepartementet vil fra 2024 godkjenne nasjonale tjenester etter søknad fra de regionale helseforetakene som har ansvar for etablering og drift av nasjonale kompetansetjenester. En nasjonal kompetansetjeneste i spesialisthelsetjenesten etableres for en tidsavgrenset periode på fem år (funksjon opplæring) eller ti år (funksjon kompetanseoppbygging). Tidsavgrensning er forskriftsfestet for å sikre et dynamisk system som legger til rette for å etablere nye kompetansetjenester på områder hvor det er behov for kompetanse nasjonalt. For å videreføre kompetansen nasjonalt og motvirke uønsket variasjon

---

<sup>16</sup>Se Mandat for gjennomføring av endringer i den sentrale helseforvaltningen – regjeringen.no. for en oppstilling av sentrene som er omfattet av utredningen av en mer samlet organisering av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten

<sup>17</sup>Nasjonale tjenester – regjeringen.no (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonale-tjenester/id614574/>)



kan en kompetansetjeneste etter endt funksjonstid omorganiseres til et nasjonalt kvalitet- og kompetansenettverk eller annen form i regi av de regionale helseforetakene.

### 1.5.3 Implementeringsforskning

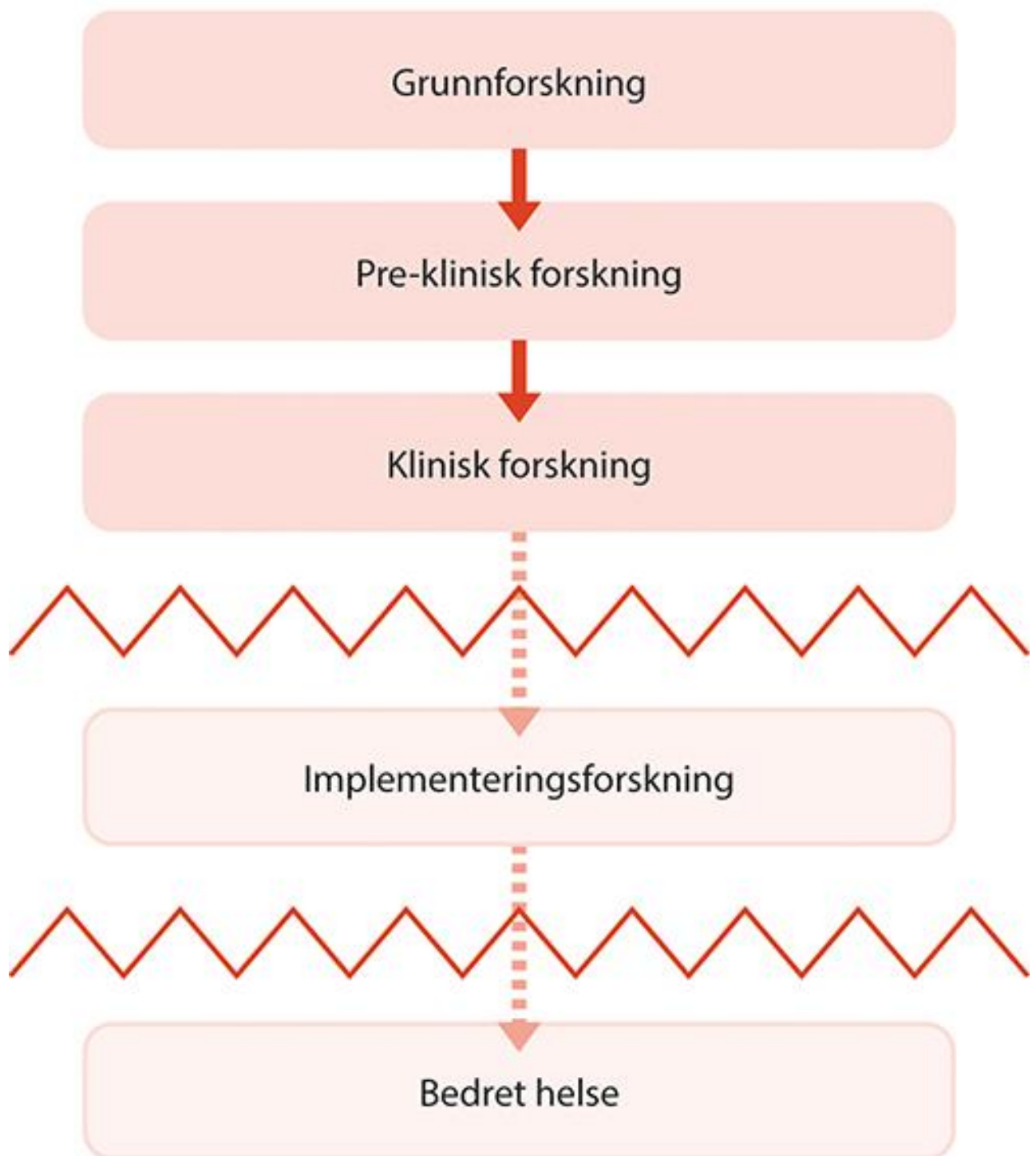
Regjeringen vil at klinisk forskning skal være en integrert del av all pasientbehandling og praksis, og at forskningsbasert kunnskap i større grad gjøres tilgjengelig og tas i bruk.<sup>18</sup> I Hurdalsplattformen er det et mål om å styrke grunnlaget for kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonellkommissjonen anbefaler å legge til rette for tettere koblinger mellom forskning og praksis, og anbefaler et systematisk arbeid for å dele og implementere kunnskap og kompetanse. Betydningen av å implementere effektive tiltak innenfor folkehelseområdet er omtalt i Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Det har vært pekt på at det kan være utfordrende å implementere forskning og kunnskapsbasert praksis i kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet som følge av manglende implementeringskompetanse og tilstrekkelig kapasitet. Avstanden mellom forskning og praksis skyldes ulike forhold. For å møte denne utfordringen rettes det nå økt oppmerksomhet nasjonalt og internasjonalt på implementeringsforskning.<sup>19</sup>

Implementeringsforskning studerer hva som fremmer og hemmer overføring av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis til praktiske bruksområder. Verdien av praksisnær forskning reduseres uten en systematisk tilnærming til implementering og overføring av kunnskapen til praksis og system (se figur 6.2).

---

<sup>18</sup>Meld. St. 5 (2022–2023) *Langtidsplan for forskning og høyere utdanning 2023–2032; Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025*

<sup>19</sup>For eks. WHO's 5th Global Ministerial Patient Safety Summit 2023 og innspillsmøte om behov for endringer i helseforskningsloven.



Figur 1.2 Brudd i kunnskapsbroene mellom forskning og praksis

En forutsetning for implementering av et tiltak i bred skala er at det er utviklet nok kunnskap om nytteverdien av tiltaket gjennom blant annet kunnskapsoppsummeringer. Implementering er krevende, og det er ofte behov for endringer av atferd på individ-, organisatorisk- og systemnivå. Implementeringsforskning studerer ulike faktorer som kan påvirke systematisk opptak av resultater fra klinisk forskning og annen evidensbasert praksis, med mål om å bedre kvaliteten på tjenestene. Det kan innebære studier av hva som påvirker personellet og organisasjonens atferd, av hvordan effektive tiltak kan skaleres opp og spres, eller hvordan

implementering kan sikres effektivt over tid. Tiltak som implementeres bredt bør være kunnskapsbaserte, for å sikre effektiv bruk av ressurser og god kvalitet.

For å lykkes med implementering kreves ofte et sett av tiltak, og et nøkkelbegrep er strategier.<sup>20</sup> Dette inkluderer strategier for å spre resultater, prosessrelaterte strategier, strategier for å integrere kunnskap i praksis, strategier for å bygge kapasitet og for å skalere opp. Hva som fungerer i en sammenheng, fungerer ikke nødvendigvis i en annen. Derfor må tiltakene skreddersys ved at det utvikles en tiltakspakke basert på en analyse av hvilke faktorer som bidrar til å fremme eller hemme endringer. Tiltak vil være mer effektive dersom de rettes mot viktige påvirkningsfaktorer for praksis. Et annet nøkkelbegrep er derfor lokal tilpasning. En slik lokal tilpasning bør ikke innebære unødig ressursbruk.

I norsk sammenheng har feltet utviklet seg som følge av interessen for kunnskapsbasert praksis, der Norge har lange tradisjoner. Fagmiljøet for implementeringsforskning er imidlertid lite og fragmentert.

### **Boks 1.9 Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning**

Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning (NIMP) ble etablert i 2019. Nettverket har som mål å samle forskere, praktikere, beslutningstakere og andre interesserte og dele forskningsbasert implementeringskunnskap. Gjennom tre delmål vil nettverket jobbe for å synliggjøre behovet for implementeringsforskning og bruk av forskningsbasert implementeringskunnskap, dele kunnskap, samt skape møteplasser om forskningsbasert implementeringskunnskap og legge til rette for nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Kilde: nimp.no

#### **[Boks slutt]**

For å forbedre praksis og fremme iverksettelse av kunnskapsbaserte anbefalinger, er det et behov for å samle kompetanse om implementeringsforskning i Norge, og å utvikle og overføre metoder til tjenesten og helseforvaltningen. Etablerte nettverk bør inkludere relevante aktører og miljøer. I tillegg er det viktig at resultater fra forskning registreres og publiseres, også negative funn. Gode overganger til metodevurderinger og utfasing av metoder som ikke har tilstrekkelig effekt, vil være sentralt. Økt forståelse og kompetanse om praksisnær forskning gir bedre forutsetninger for overføring av forskningsresultater til praksis. Regjeringen ønsker at det legges til rette for lokal tilpasning og effektevaluering ved implementering og spredning av nye tiltak gjennom systematisk bruk av virkelighetsdata og implementeringsforskning. For å stimulere til flere studier innenfor implementeringsforskning vil regjeringen styrke formålet gjennom Forskningsrådet

---

<sup>20</sup>For eksempel definerer National Institute of Health implementeringsforskning som «*the study of strategies to integrate evidence-based interventions into specific practices*».