

Guide for implementering: En fagressurs for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger

Først publisert: 19. november 2025

Siste faglige endring: 12. desember 2025

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn	4
3. Hva er implementering og hvorfor er det viktig?	5
4. Implementering – et lederansvar	8
5. Faser i implementering	10
6. Metodestøtte i implementering: Praktiske verktøy og maler	22
7. Metode og prosess	23
8. Referanser	25

Sammendrag

Guiden er utviklet for ledere, kvalitetsrådgivere og fagutviklere i helse- og omsorgstjenesten, og skal støtte implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger. Den gir praktisk veiledning og bygger på anerkjente modeller, særlig Kunnskap-til-handling-modellen (KTA). Målet er å sikre kunnskapsbasert praksis og høy implementeringskvalitet.

Selv om ny kunnskap er tilgjengelig, skjer ikke endring automatisk. Implementering er nødvendig for å sikre faglig forsvarlige tjenester og redusere gapet mellom forskning og praksis. En strukturert tilnærming med verktøy og modeller øker sjansen for varig endring. Implementering handler altså om å ta i bruk ny kunnskap i praksis, mens forbedring handler om å videreutvikle eksisterende praksis for å oppnå bedre resultater. Forbedringsarbeid starter ofte med å identifisere et problem eller en mulighet.

Ledere har ansvar for at implementering skjer i tråd med lov og forskrift. Forankring på alle nivåer og støtte til ansatte er avgjørende. Et godt organisasjonsklima fremmes gjennom synlig støtte, kompetanseheving og involvering.

Implementering er delt inn i tre faser:

1. utforskningsfase
2. planleggingsfase
3. implementering, justering og opprettholdelse

Guiden inkluderer praktiske verktøy og maler for metodestøtte i implementering.

Bakgrunn

Denne guiden er utviklet for ledere i helse- og omsorgstjenesten, samt kvalitetsrådgivere, fagutviklere og annet personell som bidrar og har ansvar i implementeringsprosesser. Den er laget for å gi kunnskap, inspirasjon og veiledning ved implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger. Guiden er ikke et [normerende produkt](#).

Guiden er utviklet på bakgrunn av behovet for en strukturert tilnærming og et praktisk verktøy for implementering av Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger. Den skal støtte arbeidet med å etablere og sikre en kunnskapsbasert praksis i tråd med disse kravene og anbefalingene. Den kan være særlig nyttig ved større endringer som påvirker mange, og ved endringer som ikke kan håndteres innenfor ordinær drift, men som bør løftes ut som egne prosjekter. Samtidig må guiden alltid tilpasses lokale forhold og brukes fleksibelt for å unngå unødig arbeid eller forsinkelser. Det finnes en rekke verktøy og metoder innen implementering og forbedringsarbeid. I enkelte tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å videreutvikle eksisterende praksis for endringsarbeid fremfor å innføre en ny implementeringsmetode.

Guiden bygger på flere anerkjente rammeverk og modeller for implementering, men er hovedsakelig strukturert etter [Kunnskap- til- handling-modellen \(KTA\) \(helsebiblioteket.no\)](#), utviklet av Graham et al. (2006) og oversatt til norsk av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) ved Sunnaas sykehus. Modellen brukes i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og i norsk implementeringsforskning. Guiden er i tillegg utformet i tråd med de krav og roller beskrevet i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](#).

Implementering er delt inn i tre faser:

1. utforskningsfase
2. planleggingsfase
3. implementering, justering og opprettholdelse

Den første fasen gir veiledning for utforskning, prioritering og igangsettelse av en implementeringsprosess. Den andre fasen omhandler planlegging for implementering i praksis, mens den tredje fasen gir veiledning for gjennomføring og opprettholdelse av implementeringen. Til guiden er det utviklet verktøy og maler som skal brukes sammen med guiden for å støtte implementeringen av nasjonale krav og anbefalinger (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin region Stockholm; Graverholt et al., 2024; RNAO, 2012, 2025).

I denne guiden brukes begrepet *ny praksis* for å betegne de praksiser, rutiner og strukturer som skal innføres eller endres. Begrepet favner både konkrete handlinger i arbeidshverdagen og de mer overordnede endringene i virksomhetens måte å arbeide på. For oversiktighet vil begrepet *ny praksis* benyttes konsekvent gjennom hele guiden.

I tillegg til at den nye praksisen som innføres må være kunnskapsbasert, er høy implementeringskvalitet avgjørende for å kunne vurdere om praksisen har hatt ønsket effekt. Om ikke praksisen blir implementert som tiltenkt, kan vi heller ikke vite om den fungerer. Denne guiden kan bidra til å fremme høy kvalitet i implementeringen, slik at den nye praksisen tas i bruk som tiltenkt og kan evalueres og integreres i virksomheten over tid (Amlund-Hagen, 2018; Engell, 2025a).

Hva er implementering og hvorfor er det viktig?

Helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre. De involverer pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere og gir dem innflytelse. De er samordnede og preget av kontinuitet. Ressursene utnyttes godt, og tjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

For å sikre faglig forsvarlige tjenester, må vi bruke den best tilgjengelige kunnskapen. I tråd med prinsippet om kunnskapsbasert praksis, består denne av erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Bjørndal, 2015). Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger bygger på slik kunnskap og gir veiledning for å sikre god tjenestekvalitet.

Ny kunnskap fører ikke automatisk til endring. For at den skal omsettes i varig praksis, kreves god og systematisk implementering. En trinnvis tilnærming og bruk av konkrete verktøy og modeller for implementering kan forenkle arbeidet (Fixsen et al., 2009; Wensing, 2020). Implementering av nasjonale krav og anbefalinger kan være en kompleks og tidkrevende prosess, påvirket av faktorer på flere nivåer – fra ansatte og organisasjon til pasient, system og selve kravet eller anbefalingen (Gransjøen, 2022; Lau et al., 2016). For eksempel kan ledelsesstøtte, ansattes motivasjon, hvor lett anbefalingen lar seg omsette i praksis, og tilgjengelige ressurser, være avgjørende for suksess.

Internasjonale studier viser at det ofte tar lang tid før forskning tas i bruk i helse- og omsorgstjenestene, og at mye helseforskning aldri får reell effekt på helse og velferd. Dette kan i stor grad skyldes at implementeringen mislykkes. Dette skaper et gap mellom tilgjengelig kunnskap og hva som faktisk gjøres – kunnskapsgapet (Alley et al., 2023; Mickan et al., 2011).

En systematisk implementering av kunnskap vi vet fungerer, vil på sikt kunne:

- Spare tid og ressurser
- Øke effekt og effektivitet
- Sikre pasienter og brukere helse- og omsorgstjenester av god kvalitet

Rammeverk og modeller for implementering

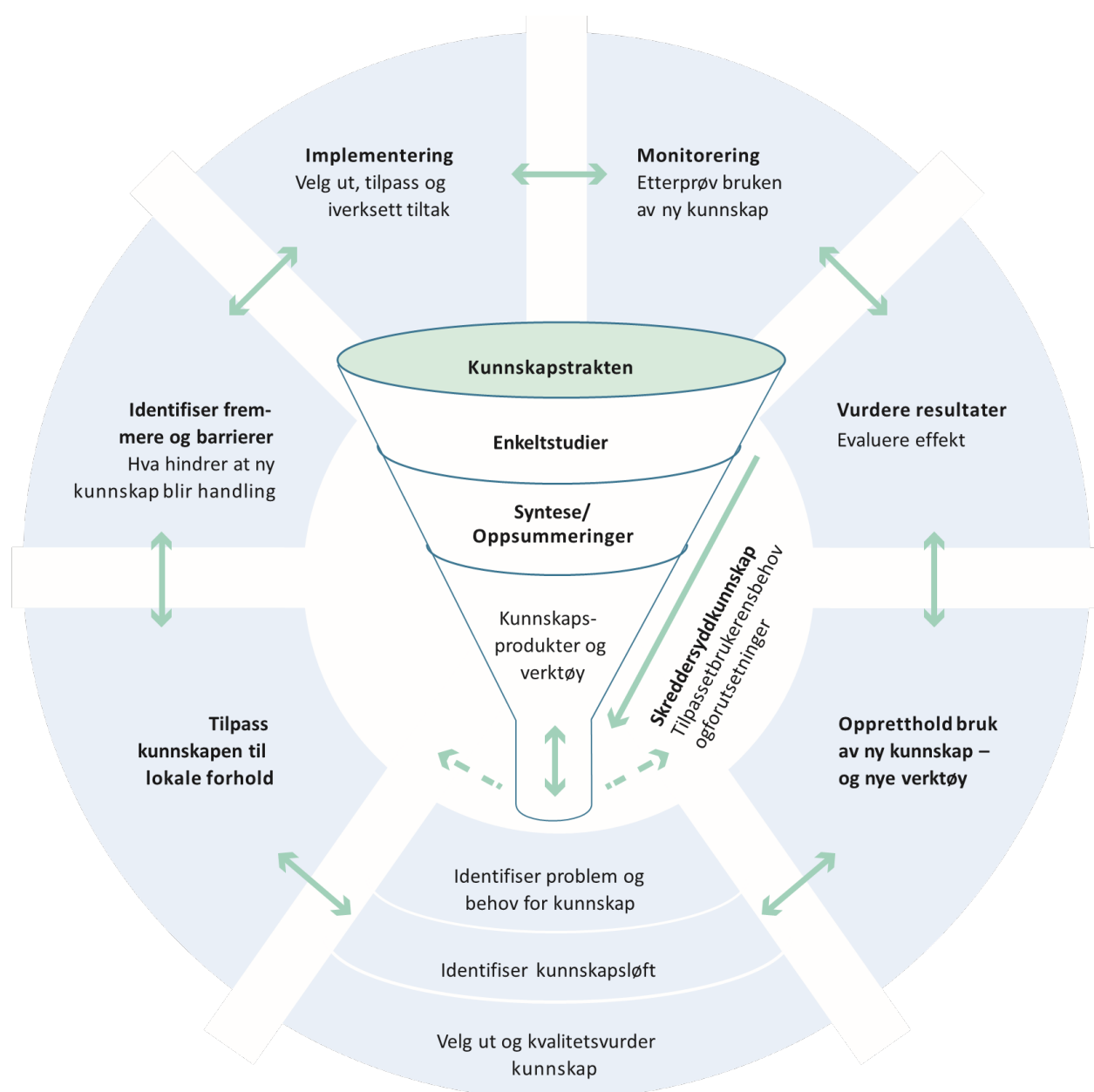
Hensikten med et rammeverk eller en modell er å systematisere og strukturere implementeringsprosessen, forstå eller forklare utfallet av implementeringen og evaluere prosessen (Nilsen, 2015). En trinnvis og systematisk tilnærming gjør det enklere å lykkes med varige endringer, og å bruke konkrete verktøy og modeller for implementering kan gjøre arbeidet lettere og mer oversiktlig. Modeller og rammeverk kan være nyttige ved omfattende endringer som påvirker mange, da de kan hjelpe med å gi en strukturert tilnærming og bidra til at den nye praksisen opprettholdes over tid (Fixsen et al., 2019; Wensing, 2020).

Kunnskap-til-handling-modellen

Kunnskap-til-handling-modellen (KTA) beskriver sentrale elementer i arbeidet med å overføre kunnskap til praksis. Den består av to hoveddeler: kunnskapstrakten og handlingssyklusen. Kunnskapstrakten representerer forskning og kunnskap som i trinnene nedover trakten blir gjort tilgjengelig og anvendelig for målgruppen (Graham et al., 2006). I denne guiden vil Helsedirektoratets nasjonale krav og anbefalinger være den tilgjengelige kjernen.

Handlingssyklusen viser prosessen med å implementere kunnskapen. Hver fase skal være til hjelp i planleggingen og utførelsen av implementeringen. Det er viktig å presisere at modellen ikke følger en lineær struktur, men at fasene tidvis overlapper, er gjentakende og påvirker hverandre. Dette illustreres ved at pilene mellom fasene peker begge veier. Dette understreker at kartleggingene og aktivitetene i en implementeringsprosess kan gjennomføres i en annen rekkefølge eller parallelt, avhengig av situasjonen og hva som er mest hensiktsmessig (Graham et al., 2006). Et eksempel i denne guiden på at modellen ikke skal forstås som en lineær prosess, er at opprettholdelse av ny kunnskap vektlegges allerede i planleggingsfasen, og ikke bare i slutfasen av implementeringsprosessen.

Denne guiden er også inspirert av modeller som utdyper enkelte elementer og faser i implementeringsprosessen. I avsnittet [«Kartlegging av faktorer som kan påvirke implementeringen» \(kapittel 5.2\)](#) er rammeverket CFIR (Damschroder et al., 2022) og modellen COM-B (Michie et al., 2011) benyttet for å gi en mer detaljert forståelse av faktorer som kan påvirke implementering.



Norsk oversettelse av Ian Grahams KTA-modell gjort av RKR kompetansetjeneste, Sunnaas sykehus HF

Implementering vs. forbedring

Implementeringsvitenskapen og forbedringsvitenskapen er to ulike tilnærminger og kunnskapsområder som har mye til felles. Implementering handler om å integrere ny praksis i en spesifikk kontekst, mens forbedring handler om å identifisere svikt eller forbedringsområder og teste og justere tiltak, til ønsket og varig forbedring oppnås (Meld. St.9 (2023-2024), s.98). Glasziou et al. (2011) beskriver forskjellen mellom de to områdene som henholdsvis «å gjøre det rette» - å ta i bruk kunnskapsbasert praksis (implementering) - og «å gjøre ting på rett måte» - å sikre at praksis gjennomføres effektivt, grundig og trygt (forbedring).

Implementering handler altså om å ta i bruk ny kunnskap i praksis, mens forbedring handler om å videreutvikle eksisterende praksis for å oppnå bedre resultater. Forbedringsarbeid starter ofte med å identifisere et problem eller en mulighet. Løsninger prøves ut til de fungerer, og deretter implementeres de. Implementering brukes når det allerede er kjent hva som er riktig å gjøre, men dette ennå ikke gjennomføres i praksis.

I praksis er det behov for kunnskap om begge disse områdene, og utfordringer i tjenestene kan ofte omfatte elementer fra både forbedring og implementering. For eksempel kan lange ventelister i spesialisthelsetjenesten både skyldes manglende bruk av kunnskapsbasert praksis og utfordringer knyttet til arbeidsprosesser.

For mer om forbedringsarbeid se:

- [Kvalitetsforbedring – Helsebiblioteket](#)
- [Kvalitetsforbedring – Itryggehender](#)

Kompetanse innen implementering

I [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) anbefales det at kompetanse innen kvalitetsforbedring inngår i virksomhetens kompetanse- og opplæringsplan. Det samme gjelder for implementeringskompetanse, som bør være en del av den samlede kompetanseutviklingen i tjenesten. Lokal kompetanse i implementering er en sentral forutsetning for å kunne innføre og opprettholde en kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenesten (Albers et al., 2020).

Ledere og medarbeidere vil ha ulike behov for nivå og omfang av slik kompetanse. I tillegg til en grunnleggende felles forståelse i virksomheten, kan det være behov for medarbeidere med spisskompetanse i kvalitetsforbedring og implementering som metode. Disse bør kunne inngå i, og lede, forbedrings- og implementeringsprosesser.

For videre lesing og ressurser for å øke kompetanse på implementering:

- [Kunnskap til handling \(helsebiblioteket.no\)](#)
- [Implementering og overføring av kunnskap til praksis \(sunnaas.no\)](#)
- [Hva må du vite \(implementere.no\)](#)
- [Implementering \(itryggehender24-7.no\)](#)
- [Praktisk implementering \(verdighetsenteret.no\)](#)
- [Ledelse og implementering – LOCI \(nkvt.no\)](#)
- [Kunnskapsbasertpraksis.no \(helsebiblioteket.no\)](#)

Implementering – et lederansvar

Ifølge [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(lovdata.no\)](https://lovdata.no) har øverste leder ansvaret for at virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i tråd med krav som følger av lov eller forskrift. Nasjonale krav og anbefalinger beskriver hvordan slike krav kan oppfylles. Øverste leder har derfor også ansvaret for å sørge for at virksomheten kan implementere nasjonale krav og anbefalinger når det er nødvendig, for å sikre at tjenestene er i samsvar med loven og er faglig forsvarlige. For mer informasjon om lederansvar og praktisk gjennomføring, se [veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Her finnes også eksempler på ansvarsfordeling på ulike ledernivåer.

Implementering er et felles ansvar for hele virksomheten. For å øke sjansen for å lykkes må implementeringen være godt forankret på alle relevante ledernivåer (Aarons, Ehrhart & Farahnak, 2014; Aarons, Ehrhart, Farahnak et al., 2014).

Forankring kan oppnås ved at ledere og andre med beslutningsmyndighet i implementeringen:

- har kunnskap om den nye praksisen
- kommuniserer viktigheten av å ta i bruk den nye praksisen
- aktivt støtter og tilrettelegger for at ansatte skal ta i bruk praksisen
- setter av tid og er tilgjengelige for ansattes spørsmål rundt den nye praksisen
- involverer ansatte i problemløsning og sammen utvikler konkret plan for implementeringen
- er proaktive, etterspør status og holder seg oppdatert om bruk av den nye praksisen
- kontinuerlig følger opp praksisbruken og håndterer barrierer som tid og ressurser

(Aarons, Ehrhart & Farahnak, 2014; Aarons, Ehrhart, Farahnak et al., 2014)

Ledere spiller en avgjørende rolle i å skape et godt organisasjonsklima for implementering av ny praksis. Et implementeringsklima handler om hva ansatte oppfatter er støttet, anerkjent og forventet av rutiner, praksis og atferd knyttet til det som implementeres.

Forslag til måter å støtte opp under et godt organisasjonsklima for implementering på:

- Ha økt fokus på den nye praksisen, f.eks. ved å
 - inkludere bruk av ny praksis i virksomhetens målsetninger og visjoner – sende ut informasjon som kommuniserer viktigheten av bruk av ny praksis
- Gi anerkjennelse for bruk av den nye praksisen, f.eks. ved å
 - feire måloppnåelser eller fremheve suksesshistorier
 - åpent og verbalt anerkjenne bruk av den nye praksisen
- Støtt opp og tilrettelegg for bruk av den nye praksisen, f.eks. ved å
 - gi muligheter for kompetanseheving og kontinuerlig veiledning
 - gjøre materiell og litteratur lett tilgjengelig for ansatte
- Ha fokus på å rekruttere personale med kompetanse eller et ønske om å bidra inn i den nye praksisen, f.eks. ved å
 - spørre etter spesifikk kompetanse i intervjuer
 - inkludere spesifikk kompetanse eller satsninger i stillingsannonser
- Innarbeid den nye praksisen i eksisterende strukturer, f.eks. ved å
 - inkludere det i allerede eksisterende møter
 - sette av tid for ansatte kan møtes for å drøfte bruk av den nye praksisen
- Innhent og bruk informasjon om bruk av den nye praksisen, f.eks. ved å
 - systematisk innhente informasjon om bruk

- gjennomgå informasjonen sammen med ansatte for å evaluere bruken

(Aarons, Ehrhart & Farahnak, 2014; Aarons, Ehrhart, Farahnak et al., 2014)

For å sikre at den nye praksisen opprettholdes og blir en integrert del av daglig praksis, har ledelsen et ansvar for kontinuerlig oppfølging og involvering av ansatte i å løse problemer som oppstår underveis. Gjennom aktiv deltakelse i hele prosessen styrkes følelsen av eierskap til den nye praksisen (Aarons et al., 2014).

Faser i implementering

Utforskningsfase

Øverste leder plikter å organisere virksomheten slik at den er i stand til å fange opp endringsbehov og områder der praksis ikke sammenfaller med den best tilgjengelige kunnskapen (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Kvalitetsrådgivere, fagutviklere og andre medarbeidere er ofte de som opplever behovet for endring i egen praksis. Når et endringsbehov som følge av et nytt nasjonalt krav eller anbefaling blir fanget opp, må flere vurderinger og avgjørelser gjøres i samarbeid med de aktuelle medarbeiderne:

- Må endringen skje?
- Er endringene relevante og gjennomførbare på det aktuelle tidspunktet?
- Kan endringen skje som en del av den daglige driften eller må den løftes ut til et eget prosjekt?

Involvere interessenter og gjennomføre en interessentanalyse

Det vil i de fleste tilfeller være nødvendig å ha med seg nøkkelpersoner som ut fører eller blir berørt av den nye praksisen, inn i utforskningsfasen. Dette kan være personer eller grupper som kan bli positivt eller negativt berørt av en endring, eller som kan påvirke gjennomføringen av implementeringen. De kan være både interne (for eksempel ansatte, ledere, tillitsvalgte eller verneombud) og eksterne (for eksempel brukere, pasienter, pårørende, fastleger eller fagforeninger). Noen særlig viktige interessenter å identifisere er "uformelle meningsledere" og "pådrivere" (champions). Rekruttering av disse tidlig i prosessen kan være lurt, da de kan påvirke både utfallet og graden av etterlevelse positivt. Det kan derfor være nyttig å vurdere hvordan de kan veiledes og støttes i å fremme og opprettholde engasjement og motivasjon for endring av praksis (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; RNAO, 2012).

Brukeres, pasienters og pårørendes erfaringer og behov er en viktig drivkraft i alt utviklingsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Det er også en forutsetning for kunnskapsbasert praksis. Når nasjonale krav og anbefalinger skal innarbeides i tjenesten, er brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå sentralt. Hvor aktuelt og hvor mye disse skal medvirke kommer an på kravet eller anbefalingen. Les mer om brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten på Helsedirektoratets side om [Brukermedvirkning](#).

Pådrivere (champions) er nøkkelpersoner som aktivt promoterer implementeringen av en ny arbeidsmåte. Deres rolle er å skape engasjement, overvinne motstand og sørge for at implementeringen har fremdrift.

Uformelle meningsledere er ansatte som påvirker kollegers holdninger og oppfatninger, og skaper oppslutning og aksept til den nye arbeidsmåten. De kan ha innflytelse basert på autoritet, status, anerkjent kompetanse eller gjennom troverdighet og relasjoner i arbeidsmiljøet.

Noen ganger er det nødvendig å gjøre en systematisk interessentanalyse. I hvilke sammenhenger og hvor omfattende analysen bør være, avhenger av situasjonen og størrelsen på endringen. I analysen tar man hensyn til interessentenes kunnskap, perspektiver og beslutningsmyndighet, vurderer hvor mye innflytelse de har og hvorvidt de støtter eller er skeptiske til endring av praksis. På dette grunnlaget kan det velges strategier for oppfølging og involvering. Noen ganger er det nyttig å gjenta analysen underveis, ettersom

nye interessenter kan dukke opp og eksisterende kan skifte mening eller rolle. Målet er å sikre best mulig innsikt i muligheter og risikoer, slik at ressursene brukes effektivt og støtten for implementeringen blir størst mulig (Franco- Trigo et al., 2020; RNAO, 2025).

Kartlegge dagens praksis

Å utføre en strukturert kartlegging av dagens praksis opp mot det aktuelle nasjonale kravet eller anbefalingen er essensielt for å identifisere hvor behovet for endring er, og skape en felles forståelse av gapet mellom anbefalt praksis og den nåværende. Behovet til bruker, pasient eller pårørende og [«Hva er viktig for deg»-spørsmålet \(ks.no\)](#) er viktige perspektiver å ha med seg i denne kartleggingen. Denne kartleggingen danner grunnlaget for å lage en plan for hva som skal implementeres og hvor den skal gjennomføres. Det er viktig å vurdere om gapet skyldes handlinger man gjør eller ikke gjør. Når problemet og behovet er identifisert, må man vurdere om man skal gå videre med prosessen og eventuelt hvor implementeringen skal skje (Kitson & Straus, 2010).

Oppfølging av ulike interessenter:

- **Stor innflytelse og stor støtte** krever tett oppfølging og involvering i beslutningsprosesser, siden disse interessentene kan fungere som ambassadører.
- **Stor innflytelse og liten støtte** bør vies særlig oppmerksomhet og inkluderes i diskusjoner for å dempe motstand. Dette kan for eksempel være ansatte som ikke ønsker endring av praksis.
- **Liten innflytelse og stor støtte** krever jevnlig informasjon og involvering for å opprettholde engasjementet. Dette kan for eksempel gjelde ledere fra andre avdelinger som ikke er direkte involvert i prosessen, men som kan bli det ved en større utrulling på sikt.
- **Liten innflytelse og liten støtte** krever ofte mindre oppfølging, men det kan likevel være lurt å forsøke å flytte dem til en mer nøytral eller støttende posisjon.

Kartlegge kapasitet, evne og klima for endring

Neste steg er å kartlegge i hvilken grad virksomheten har kapasitet, evne og klima til å gjennomføre endring av praksis på dette tidspunktet. Gode kartlegginger av dette gjør at man bedre kan skreddersy implementeringen til virksomhetens forutsetninger og behov, noe som øker sjansene for å lykkes (Meyers et al., 2012). Dersom kapasitet, evne eller klima er utilstrekkelig, kan det være nødvendig å styrke dette for å legge til rette for en vellykket implementering. Etter denne kartleggingen bør det gjennomføres en ny vurdering av om virksomheten er klar for å innføre noe nytt nå.

Praktiske verktøy og maler i utforskningsfasen

- Interessentanalyse
- Kartlegging av dagens praksis
- Kartlegging av kapasitet, evne og klima for endring

Planleggingsfase

Når beslutningen om å starte en implementeringsprosess er tatt, vil virksomheten gå inn i planleggingsfasen av implementeringen.

Etablere et implementeringsteam

Det kan være hensiktsmessig å etablere et implementeringsteam med hovedansvar for planlegging og gjennomføring av implementeringen. Det bør vurderes om et nytt team skal opprettes, eller om eksisterende strukturer eller team kan benyttes.

Når man skal sette sammen et team, kan det være nyttig å inkludere representanter fra relevante grupper som blir berørt av implementeringen, og spesielt medarbeidere og eventuelt leder som skal utøve den nye praksisen. Medarbeidere med kompetanse innen implementeringsarbeid og fagfeltet det er snakk om, bør også inkluderes. Det kan også være nyttig å inkludere noen «uformelle meningsledere». Disse bør være fra relevante avdelinger/enheter der det nasjonale kravet eller anbefalingen skal implementeres, da deres lokale kunnskap om arbeidskultur, avdelingen og kollegaene kan være viktig. Videre kan det være verdifullt å inkludere personer som er skeptiske til den nye praksisen. Deres innspill er viktige for å identifisere og adressere lokale barrierer og motstand (Fixsen et al., 2009; Meyers et al., 2012).

Det er ikke alltid nødvendig eller realistisk å inkludere alle berørte parter i teamet, men det er viktig at de informeres og får mulighet til å bli hørt (RNAO, 2025).

Definere klare målsettinger

For å kunne vurdere om en implementeringsprosess er vellykket og samtidig opprettholde motivasjonen, er det avgjørende å formulere mål som er tydelige, konkrete og oppnåelige. Målene bør beskrive hvordan arbeidet ønskes utført når implementeringen er gjennomført, og bør så langt som mulig spesifiseres med hensyn til hvem som gjør hva, hvor, når, hvor ofte og i samarbeid med hvem. I tillegg til kvantitative indikatorer kan også kvalitative mål være viktige, for eksempel ansattes, brukeres eller pasienters opplevelser og erfaringer (RNAO, 2025). Se avsnittet "[Evaluere](#)" (kapittel 5.3) for nærmere beskrivelse av hvordan man kan evaluere måloppnåelse, særlig i forbindelse med defineringen av M-en i SMART-prinsippet.

Tilpass til lokale forhold

Nasjonale krav og anbefalinger er normerende og retningsgivende, men må ofte tilpasses de lokale forholdene de skal implementeres i (Graham et al., 2006; RNAO, 2025). Tilpasningen øker relevansen til kravet eller anbefalingen i den spesifikke konteksten og gir de involverte en følelse av eierskap. Lokal tilpasning må alltid gjennomføres med utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget til kravet eller anbefalingen, slik at nødvendige endringer kan gjøres uten at det går på bekostning av kunnskapsgrunnlaget. Det sentrale innholdet og de kjernefunksjonene som gjør at anbefalingen virker etter hensikten, skal ikke endres, fordi dette kan redusere effekten av anbefalingen (Engell, 2025b, RNAO, 2025).

Mulige medlemmer i et implementeringsteam:

- ansatte med kompetanse innen fagfeltet
- ansatte med kompetanse innen implementering
- ansatte fra aktuelle avdelinger
- «uformelle meningsledere»
- ledere med beslutningsmyndighet

- pasienter eller brukere
- ansatte som er skeptiske til den nye praksisen

For å sikre at målene er realistiske og effektive, kan de utformes som SMART-mål:

- Spesifikke: Målene må være tydelige og konkrete, slik at det ikke er rom for misforståelser.
- Målbare: Det må være mulig å kvantifisere eller på annen måte vurdere om målene er oppnådd.
- Attraktive: Målene bør være meningsfulle og motiverende for dem som skal jobbe mot dem.
- Realistiske: Målene må være oppnåelige innenfor de tilgjengelige ressursene og rammene.
- Tidsbestemte: Hvert mål bør ha en klart definert tidsfrist for å sikre fremdrift.

Ved å bruke SMART-prinsippene blir målene enkle å kommunisere og gir et tydelig grunnlag for å evaluere fremdriften. Dette kan bidra til økt motivasjon, bedre struktur og høyere sannsynlighet for en vellykket implementering (Doran, 1981).

Behovet for tilpasninger kan for eksempel oppstå på grunn av variasjoner i målgruppe, infrastruktur eller sammensetningen av faggrupper. Slike tilpasninger kan være enkle, for eksempel å klargjøre hvilke faggrupper som skal gjennomføre den nye praksisen. De kan også være mer omfattende, som nye samarbeidsformer eller oppgaveglidning (Damschroder et al., 2022; Graham et al., 2006; Flottorp et al., 2013).

Når implementeringsteamet vurderer behovet for tilpasning, er det viktig å ha god kjennskap til lokale forhold og kultur. Å involvere medarbeidere og andre interessenter bidrar til at kravet eller anbefalingen blir mest mulig relevant lokalt. Det er nyttig å vurdere følgende:

- praksisen som planlegges endret
- praksisen som skal videreføres uendret
- praksisen som eventuelt bør avvikes

Alle nasjonale krav og anbefalinger inneholder en beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget. Det er avgjørende å gjøre seg kjent med dette, slik at lokal tilpasning ikke fører til tap av effekt eller i verste fall medfører skade.

Planlegge for opprettholdelse av ny praksis

Opprettholdelse av ny kunnskap er en av de viktigste suksessfaktorene i en implementeringsprosess (Chambers et al., 2013). En varig forbedring foreligger først når nye arbeidsmetoder har blitt en naturlig del av standardpraksis, og når prosesser, systemer, tankesett og holdninger er endret som følge av innføringen (Silver et al., 2016). Hvis den nye praksisen blir godt tilpasset til de lokale forholdene, er det større sjanse for at den blir opprettholdt over tid. En ny praksis må derfor kontinuerlig tilpasses og forbedres slik at den passer i virksomhetens hverdag. Allerede fra starten av bør det derfor planlegges hvordan opprettholdelsen skal sikres, slik at de nye løsningene blir en integrert del av både drift og kultur (Chambers et al., 2013).

Tabell 1 viser mulige tiltak virksomheten kan gjøre for å sikre opprettholdelse av den nye praksisen (Chambers et al., 2013; Malone et al., 2021). Noen tiltak for opprettholdelse overlapper med implementeringstiltakene i tabell 3, ettersom alle tiltakene i praksis har samme formål; å etablere og sikre varig ny praksis i virksomheten.

Tabell 1: Faktorer og tiltak for opprettholdelse

Faktor	Tiltak
--------	--------

Forankring og forpliktelse fra ledelsen	• Aktivt etterspørre arbeid som gjøres av implementeringsteamet. • Formidle resultater til ledere oppover i systemet.
Satsing på kompetanseheving	• Legge inn i kompetanseplaner. • Legge inn i nyansatt-opplæring.
Opprettholde engasjement	• Belønning og insentiver. • Gjennomføre temadager med fokus på ulike fagområder. • Legge inn i årshjul.
Langsiktig finansiering	• Planlegge tiltak som er realistisk også etter endt prosjektperiode. • Jobbe strategisk mot administrativ og politisk ledelse.
Strategisk planlegging	• Legge inn mål og tiltak for den nye arbeidsmåten i strategiske planverk.
Rutiner og prosedyrer	• Lage rutiner og prosedyrer for å sikre systematisk oppfølging og konsekvent gjennomføring av retningslinjen.
Enkelpersonuavhengighet	• Sikre at de nye arbeidsmåtene ikke blir personavhengige ved å knytte dem til definerte roller og stillinger, inkludere dem i nyansattopplæring og forankre dem i faste arbeidsrutiner.
Konsekvenser over tid for andre deler av virksomheten eller for andre virksomheter	• Vurdere om den nye arbeidsmåten vil få konsekvenser for andre deler av virksomheten eller for andre involverte parter.
Problemløsningskapasitet	• Legge til rette for en kultur der medarbeidere har mulighet til å følge med på, og løse utfordringer og behov for endring i virksomheten over tid.

Kartlegging av faktorer som kan påvirke implementeringen

I denne fasen kartlegges hva som kreves for å gjennomføre implementeringen og nå målsetningene. Det innebærer å vurdere behovene til både ansatte og ledere, samt hva som må til for å endre praksis og oppnå ønskede resultater. Det er viktig å vurdere både faktorer som kan fremme implementeringen og faktorer som kan være barrierer for å få ny praksis implementert. Kartleggingen kan måtte gjentas gjennom implementeringsprosessen, da nye behov kan oppstå, for eksempel ved endringer i lokale forhold eller ved involvering av nye interessenter. Det er også viktig å vurdere faktorene fra ulike perspektiver, ettersom det som oppleves som en hindring for én person, kan være en motivasjonsfaktor for en annen.

Tabell 2 viser faktorer som kan påvirke implementering og måloppnåelse, inndelt i kompetanse, motivasjon og mulighet, i tråd med Mitchie et al. sin COM-B modell (2011). Dette er en atferdsmodell som forklarer hva som må til for at mennesker skal endre atferd. Modellen fremhever at for at en atferd skal skje, må alle tre elementer være til stede.

Dette er ikke en uttømmende liste, men en kilde til inspirasjon. Andre faktorer eller behov kan være mer relevante avhengig av virksomhetens mål (Augustsson et al., 2021; Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin region Stockholm; Graham et al., 2006; Greenhalgh et al., 2004; Michie et al., 2011).

Praktiske verktøy og maler i planleggingsfasen

- Faktorer og tiltak for å opprettholdelse av ny praksis
- Faktorer som kan påvirke implementeringen
- Etablere et implementeringsteam
- Definere klare målsetninger
- Tilpass til lokale forhold

Tabell 2: Faktorer som kan påvirke implementeringen

Område	Spørsmål til kartlegging
Kompetanse	• Trenger ansatte informasjon om innføringen av den nye arbeidsmåten og hvilke konsekvenser den kan få? • Trenger ansatte kursing og ferdighetstrening for å gjennomføre den nye arbeidsmåten? • Trenger ansatte støtte til å planlegge og prioritere for å kunne ta i bruk den nye arbeidsmåten?
Motivasjon	• Har ansatte forståelse for hvorfor endringen skal gjennomføres og viktigheten av den? • Opplever ansatte at de har nødvendige evner og ferdigheter? • Har ansatte tro på fordelene ved den nye arbeidsmåten? • Trenger ansatte insentiver for å utføre den nye arbeidsmåten (for eksempel belønning, anerkjennelse eller karriereutvikling)?
Mulighet	• Trenger ansatte en tydeligere beskrivelse av ansvarsfordelingen for den nye arbeidsmåten, eller økt klarhet i roller, arbeidsoppgaver eller mål? • Trenger ansatte mer støtte og tilbakemeldinger fra ledelsen? • Trenger ansatte veiledning, konsultasjon eller annen støtte? • Trenger ansatte hjelpemidler, materiell, teknologiske løsninger eller fysiske tilrettelegginger? • Trenger ansatte ressurser i form av økonomi, personell, lokaler, utstyr eller administrative systemer? • Trenger ansatte generelt en mer positiv innstilling til den nye arbeidsmåten i arbeidsgruppen eller avdelingen? • Trenger ansatte endringer i lokale retningslinjer, regler eller rutiner? • Trenger ansatte endringer i vaner, normer, samarbeidsformer, arbeidsformer eller oppgaveglidning? • Trenger ansatte tiltak for å redusere arbeidsmengden knyttet til den nye arbeidsmåten?

Implementering, justering og evaluering av ny praksis

I denne fasen utformes en konkret plan for hvordan implementere det nasjonale kravet eller anbefalingen i virksomheten. Etter iverksetting må man følge med på å justere den nye praksisen over tid. Det er også viktig å evaluere både etterlevelse, hvor effektiv ny praksis er og selve implementeringsprosessen.

Pilotering av tiltak, for eksempel i én avdeling eller hos et utvalg fagpersoner, gir mulighet til å teste hva som fungerer før en større utrulling.

Velg og prøv ut implementeringstiltak

I denne fasen velges implementeringstiltak basert på faktorene som ble kartlagt i forrige trinn. Hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig kommer an på både hvilke faktorer eller behov som ble identifisert og den lokale konteksten de skal gjennomføres i.

Det kan være nyttig å bygge videre på eksisterende praksis, vurdere om det er noe man kan prioritere bort eller slå sammen, og starte med de enkleste endringene. Slik kan tidlige suksesshistorier bidra til økt motivasjon. Når tiltakene er valgt, må det avklares hvem som har ansvar for gjennomføring, hvordan det skal gjøres, og når det skal skje. Hvert tiltak bør ha en realistisk tidsplan med tydelige frister. Ansvar bør fordeles blant medlemmene i implementeringsteamet eller andre relevante interessenter. Involvering av ansatte som skal utføre den nye praksisen, øker eierskapet til denne. Det er viktig å be om innspill og tilbakemeldinger fra lokale interessenter og benytte uformelle meningsledere og pådrivere som er identifisert i interessentanalysen. Det kan også være avgjørende å involvere ledere med beslutningsmyndighet for å sikre støtte og gjennomføringsevne (Atkins et al., 2017; Damschroder et al., 2022; Flottorp et al., 2013; Michie et al., 2013; Mertens et al., 2022; Smith et al., 2024). "Tabell 3: *Implementeringstiltak*" beskriver ulike tiltak som kan brukes for å innføre den nye praksisen og oppnå målene med implementeringen. For å bruke tabellen, velg tiltak basert på hvilken kategori faktorene som ble valgt i forrige trinn tilhører (kompetanse, motivasjon eller mulighet).

Dette er ikke en uttømmende liste, men en kilde til inspirasjon. Andre tiltak kan være bedre tilpasset virksomhetens spesifikke behov og alle tiltak må tilpasses til den lokale konteksten.

Tabell 3: Implementeringstiltak

Faktor	Tiltak – hovedkategori	Tiltak – underkategori	Beskrivelse
Kompetanse Motivasjon	Informasjonsspredning	Kommunikasjonsplan	Strategisk planlegging av hvordan, når og til hvem informasjon skal formidles.
		Tilpasset informasjon	Sørge for at ansatte, pasienter, pårørende eller andre interessenter får tilpasset informasjon om innføring av den nye arbeidsmåten, og hvilke konsekvenser den kan ha på individ-, organisasjons- eller samfunnsnivå.
		Kursing	Strukturert undervisning, kan være i form av workshops, seminarer eller e-læring.

Kompetanse Motivasjon	Kompetanseutvikling	Instruksjon eller veiledning	Gi instruksjon om hvordan den nye arbeidsmåten skal gjennomføres.
		Demonstrasjon	Demonstrere hvordan den nye arbeidsmåten utføres
		Øving/ ferdighetstrening/simulering	Øve på den nye arbeidsmåten én eller flere ganger for å øke vane og ferdighet.
Motivasjon Mulighet	Skape engasjement og motivasjon	Engasjere og skape mening	Vise hvordan den nye arbeidsmåten bidrar til virksomhetens mål eller gir verdi for brukere og pasienter ved å appellere til følelser.
		Skape en felles retning	Enes om et felles mål for endringen og tydeliggjøre hvordan den gagnar både enkeltpersoner og fellesskapet. Sikre at alle forstår og ser verdien av endringen.
Mulighet	Kvalitetssikring og standardisering	Skriftlig dokumentasjon	Utarbeide rutiner, prosedyrer, manualer eller retningslinjer med tydelige beskrivelser av hva, hvem, hvordan og når den nye arbeidsmåten skal utføres.
Motivasjon Mulighet	Praktisk tilrettelegging	Begynn enkelt	Hvis den nye arbeidsmåten består av flere deler, start med de som er enklest å gjennomføre og bygg gradvis oppover.
		Hjelpemidler	Innføre hjelpemidler for å øke den fysiske kapasiteten til å gjennomføre den nye arbeidsmåten.
		Endre det fysiske miljøet	Tilpasse arbeidsplassen slik at den nye arbeidsmåten blir fysisk enklere å gjennomføre.
		Påminnelser	Etablere et system for systematiske påminnelser som hjelper ansatte med å gjennomføre den nye arbeidsmåten.
		"Dulting"	Tiltak som gjør det enklere å velge den nye arbeidsmåten fremfor andre. Dette kan være å gjøre arbeidsmetoden eller informasjon om arbeidsmetoden lett tilgjengelig og brukervennlig, gjøre andre arbeidsmetoder mindre tilgjengelig, gi mindre valg på tilgjengelige metoder eller gjøre den nye arbeidsmetoden til standardvalg i et system.

		Strukturelle endringer	Endre på ansvarsområder mellom yrkesgrupper, justere roller og arbeidsoppgaver, endre henvisningsmetoder, forbedre pasientflyten i og mellom tjenestene.
Motivasjon Mulighet	Gi støtte	Emosjonell støtte	Gi emosjonell støtte for å hjelpe medarbeidere med å gjennomføre den nye arbeidsmåten ved å være tilgjengelig, gi oppmuntring, anerkjenne innsats og feire suksesser.
		Praktisk støtte	Frigjøre kapasitet hos ansatte som skal gjennomføre den nye arbeidsmåten ved å gi avlastning, hjelp til å nedprioritere eller avslutte arbeidsoppgaver eller midlertidig skjerming eller redusert saksmengde.
		Lederstøtte	Sikre at aktuelle ledere er engasjerte og involverte gjennom hele implementeringsprosessen ved å holde dem oppdaterte og være tydelig på ansvarsfordeling og roller.
		Champions	Planlegge hvordan champions kan veiledes og støttes i å fremme og opprettholde engasjement og motivasjonen for endringen blant sine kollegaer.
		Belønning eller insentiver	Informere om at det vil gis belønning for gjennomføring av den nye arbeidsmåten. Belønning kan være av ulike typer, for eksempel materiell belønning som utlodning av kinobilletter eller kake på avdeling eller sosial belønning som anerkjennelse, ros og positive tilbakemeldinger.
Motivasjon Mulighet	Justering og problemløsning	Se tabell 4 Metoder for å følge med på, og evaluere praksis	Identifisere og følge opp faktorer som påvirker gjennomføringen av den nye arbeidsmåten, og finne løsninger på eventuelle utfordringer som oppstår. Lage en plan på hvem, hvordan og når oppfølging og tilbakemeldinger skal skje.
Motivasjon Mulighet	Evaluerings	Se tabell 4 Metoder for å følge med på, og evaluere praksis"	Evaluere både bruken, etterlevelsen og utfallet av den nye arbeidsmåten, samt evaluering av selve prosessen.

For ytterligere oversikt over strategier og tiltak som er fremhevet i implementeringsforskningen, se:

- [Additional file 4 TICD Checklist – definitions, questions and examples \(static-content.springer.com\)](https://static-content.springer.com)
- [Consolidated Framework for Implementation Research Constructs \(cfir.guide.org\)](https://cfir.guide.org)
- [BCT Taxonomy \(v1\): 93 hierarchically-clustered techniques \(bct-taxonomy.com\)](https://bct-taxonomy.com)

Monitorere og justere ny praksis

Tiltakene kan måtte justeres underveis i tråd med hvordan praksis faktisk fungerer og i forhold til målsetningene. Dette er med på å bidra til bedre etterlevelse og varig opprettholdelse av ny praksis (Malone et al., 2021; Meyers et al., 2012; RNAO, 2025). Ved å følge med på innføringen av den nye praksisen kan man se i hvilken grad den er kjent, akseptert og gjennomføres slik den var tiltenkt. Dette gjør at man kan fange opp når noe ikke fungerer, slik at tiltakene kan justeres, samt feire suksesshistoriene for å holde ansatte motiverte og engasjerte. Dette kan måtte gjøres flere ganger for å avdekke hva som fungerer bra og hva som kan forbedres. Implementeringsteamet må planlegge hvordan dette skal gjøres, inkludert hva slags informasjon man ønsker, hvordan innhente informasjonen og hvordan formidle resultatene og justere praksisen i etterkant.

Følgende spørsmål kan være et godt utgangspunkt for å vurdere hvilken informasjon som er relevant å innhente:

- Hvordan står det til i dag (utføres praksisen som planlagt)?
- Gjør vi det vi skal gjøre (er nødvendige ressurser og rutiner på plass)?
- Oppnår vi den endringen vi ønsker?

Ved innsamling av informasjon bør det vurderes om både brukernes, helsepersonells og virksomhetens perspektiver skal inkluderes (Malone et al., 2021; Meyers et al., 2012; RNAO, 2025).

Evaluerer

I etterkant av en implementeringsprosess er det viktig å evaluere effekten av den nye praksisen opp mot målsetningene, for å sikre at den både etterleves over tid og gir ønsket, varig forbedring (Meyers et al., 2012; RNAO, 2025). Målet med evalueringen kan også være å sikre at implementeringen og den nye praksisen ikke får negative konsekvenser for pasienter, brukere, ansatte eller virksomheten. Selv om den nye praksisen ikke fører til målbare resultater, kan det likevel være et viktig mål at det nasjonale kravet eller anbefalingen følges, for å redusere variasjon både internt i virksomheten og mellom ulike helsetjenester (RNAO, 2025).

Selv om evalueringen gjennomføres etter implementeringen, er det hensiktsmessig å vurdere hvordan den skal utføres allerede når målene fastsettes i planleggingsfasen. Det er viktig å merke seg at evalueringen primært rettes mot målene, ikke selve implementeringsprosessen. Samtidig er det en forutsetning for å kunne påvise effekt av ny praksis at tiltakene er implementert med høy kvalitet (Amlund-Hagen, 2018). Det er derfor også viktig å evaluere implementeringsprosessen: Hva fungerte godt, hva kan forbedres, og hvilke erfaringer kan tas med videre?

Hva og hvordan man evaluerer kan deles inn i områdene struktur, prosess eller resultat.

Struktur:

Evaluering av om virksomheten har ressurser og systemer på plass for å støtte implementeringen. Dette kan for eksempel være rutiner og prosedyrer, utstyr, kompetanse eller lederstøtte og forankring.

Prosess:

Evaluering av hvordan bruken av den nye praksisen fungerer. Dette kan for eksempel være andel ansatte som bruker den nye praksisen, om den brukes korrekt eller hvor ofte den brukes.

Resultat:

Evaluering av hvilken effekt den nye praksisen har hatt for brukere eller pasienter, ansatte og virksomheten. Dette kan for eksempel være medarbeidertilfredshet, bedre helseutfall for brukere eller bedre pasientsikkerhet (Donabedian, 2005).

Valg av metode for evalueringen bør styres av hva som er mest hensiktsmessig for den nye praksisen og for målgruppen. Kostnader, tidsbruk og tilgang på relevant informasjon må vurderes opp mot nytten av evalueringen. Det kan være hensiktsmessig å bruke informasjon man allerede samler inn, eller som er enkelt å samle inn. Erfaringsbaserte og kvalitative metoder kan også gi verdifulle innspill til justering og forbedring. Funnene fra evalueringen bør deles med nøkkelpersoner og brukes til å justere praksis ved behov (Donabedian, 2005; Meyers et al., 2012; RNAO, 2012, 2025).

Se tabell 4 for aktuelle metoder for å følge med på, og evaluere ny praksis.

Tabell 4: Metoder for å følge med på, og evaluere praksis

Metoder	Forklaring
Gjennomgang og tilbakemelding	Systematisk gjennomgang av klinisk praksis og utførelse av ny arbeidsmåte over en definert tidsperiode, for å vurdere hvor tett praksis ligger opp mot målsetningen. Hensikten er å bevisstgjøre ansatte om eventuelle avvik og motivere til justering av praksis. Retrospektiv journalgjennomgang er den vanligste og minst ressurskrevende metoden, etterfulgt av strukturert tilbakemelding til de relevante faggruppene.
Gruppe eller individuelle intervjuer/samtaler	Intervju eller samtale med en ansatt eller ansattgruppe om deres erfaringer, holdninger og utførelse knyttet til den nye arbeidsmåten. Det kan også være aktuelt å snakke med brukere eller andre interessenter om deres erfaringer.
Observasjon	Gjennomgang av enten dokumenter eller omgivelser for å se etter ønsket endring. Dette kan være: • journalgjennomgang der man plukker ut et tilfeldig utvalg brukere for å se om arbeidsmåten blir fulgt i praksis. • observasjon av møter mellom brukere og klinikere for å vurdere i hvor stor grad den nye arbeidsmåten blir brukt.
Spørreundersøkelse	Innsamling av relevant informasjon gjennom spørreskjemaer eller sjekklistes. Målgruppen kan være både helsepersonell og brukere.
Evaluerer effekt av kompetanseheving	Teste deltakernes kunnskap før og etter opplæring.
Egenvurdering	Registrere selv når og hvordan den nye arbeidsmåten gjennomføres (gjør jeg det jeg skal, hvor ofte, når) eller hvilke resultater den gir. Registreringen bidrar til økt bevissthet om omfanget og kvaliteten av gjennomføringen.

Vurdering av andre	En annen person observerer eller dokumenterer når og hvordan den nye praksisen gjennomføres (hva, når, hvor ofte) eller hvilke resultater den gir, og gir tilbakemelding. Denne vurderingen gjennomføres for å avdekke i hvilken grad og på hvilken måte den nye arbeidsmåten blir implementert.
<u>Prevalensundersøkelser (fhi.no)</u>	Nasjonale undersøkelser av helsetjenesteassosierte infeksjoner og antibiotikabruk i helseinstitusjoner.
<u>Gjennomgå avvik og uønskede hendelser</u>	Gjennomgang av for eksempel melde- og avviksrapporter, resultater fra HMS-kartlegginger eller resultater fra <u>pasientsikkerhetsvisitter (itryggehender24-7.no)</u> .
<u>Nasjonale kvalitetsindikatorer</u>	Bruke nasjonale kvalitetsindikatorer for å evaluere kvaliteten på en tjeneste eller arbeidsmåte.
Lokale kvalitetsindikatorer	Dette kan f.eks. være statistikk fra journalsystem, som antall fall, andel pasienter, ventetider, antall hjemmebesøk. Se mer på: <u>Kvalitet og kvalitetsindikatorer</u>

Praktiske verktøy og maler i implementerings- og evalueringsfasen

- Implementeringstiltak
- Metoder for å følge med på, og evaluere praksis
- Implementeringsplan
- Evaluering

Metodestøtte i implementering: Praktiske verktøy og maler

[Utforskningsfase – Interessentanalyse](#)

[Utforskningsfase – Kartlegg dagens praksis](#)

[Utforskningsfase – Kartlegg kapasitet, evne og klima for endring](#)

[Planleggingsfase – Etablere et implementeringsteam](#)

[Planleggingsfase – Definere klare målsetninger](#)

[Planleggingsfase – Tilpass til lokale forhold](#)

[Planleggingsfase – Planlegge opprettholdelse av ny praksis](#)

[Implementeringsplan](#)

[Evaluere](#)

Metode og prosess

Denne guiden er ment som et supplement til [Forbedringsguiden \(itrykgeheider24-7.no\)](https://trykgeheider24-7.no) som beskriver metoder og prosess i forbedringsarbeid.

Arbeidet med denne guiden strekker seg tilbake til 2019, da det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet ble avsluttet og det ble besluttet at flere innsatsområder med tilhørende tiltakspakker, skulle omarbeides og videreføres som nasjonale faglige råd. Arbeidet gikk parallelt med strategiområdet i Helsedirektoratet "Effekt helt ut", og et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om å utvikle et rammeverk for implementering, for å understøtte og veilede helse- og omsorgstjenesten i implementering.

Det ble derfor utviklet Nasjonale faglige råd for implementering som var på ekstern høring i 2023. Det kom da flere innspill på at formatet "nasjonale faglige råd" ikke var egnet. Etter dette har Helsedirektoratet omarbeidet rådene til en guide for implementering og denne ble publisert i april 2025 på Helsedirektoratets nettsider. Relevante interessenter har testet innholdet og gitt innspill på innhold, brukervennlighet m.m. Resultatet er denne guiden for implementering, som finnes i en trykket utgave samt på nettsidene til Helsedirektoratet.

Målgruppe

Implementeringsguiden retter seg mot ledere, kvalitetsrådgivere og fag utviklere i helse- og omsorgstjenesten, men kan også være nyttig for andre grupper.

Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet har ledet arbeidet og fått innspill fra arbeidsgrupper i utviklingen av guiden.

Ekstern ressursgruppe

Tabell ekstern arbeidsgruppe

Navn	Tittel	Sted
Line Wadel	Fysioterapeut og inn- leid prosjektleder i Helsedirektoratet i perioden september 2024 – november 2025	Oslo kommune
Maria Bjerk	Forsker/postdoktor	Folkehelseinstituttet/ OsloMet
Birgitte Graverholt	Førsteamanuensis	Høgskolen på Vestlandet/Alivia
Evy Gangstø Steinseide	PhD-stipendiat	VID vitenskapelige høgskole
Ingvild Lilleheie	Leder	Regional kompetanse-tjeneste for rehabilitering – Helse Sør-Øst
Thomas Engell	Forsker	Regionsenter for barn og unges psykiske helse - Øst og Sør

Ida Waal Rømuld	Spesialrådgiver	Vestre Viken HF
Nadina Peters	Prosjektleder	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Dagfinn Mørkrid Thøgersen	Direktør/nestleder	Folkehelseinstituttet/ Nasjonalt nettverk for implementeringsforskning

Arbeidsgruppe fra Helsedirektoratet

Tabell arbeidsgruppe

Navn	Tittel	Sted
Anne-Berit Schelbred	seniorrådgiver	avdeling pasientsikkerhet
Anne Kristin Ihle Melby	prosjektleder	avdeling pasientsikkerhet
Kari Annette Os	avdelingsdirektør	avdeling pasientsikkerhet

Kunnskapsgrunnlaget

Guiden baserer seg på anerkjente modeller for implementering, særlig Kunnskap-til-handling-modellen (KTA), samt innsiktsarbeid og litteratursøk tidlig i prosessen og innspill fra ekstern høring og ekstern ressursgruppe.

Henvisninger til verktøy i guiden

Helse- og omsorgsvirksomhetene og den enkelte medarbeider som anvender en metode eller et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes.

Referanser

Albers, B., Metz, A., Burke, K., Bührmann, L., Bartley, L., Driessen, P., & Varsi, C. (2020). Implementation Support Skills: Findings From a Systematic Integrative Review. *Research on Social Work Practice*, 31(2), 147-170. <https://doi.org/10.1177/1049731520967419> (Original work published 2021)

Amlund-Hagen, K. (2018). *Vi har lært mye om hva som virker. Hva gjør vi nå?* Forebygging.no. [Vi har lært mye om hva som virker. Hva gjør vi nå? - forebygging.no](https://forebygging.no/vi-har-laert-mye-om-hva-som-virker-hva-gjor-vi-na/)

Alley, Z. M., Chapman, J. E., Schaper, H., & Saldana, L. (2023). The relative value of Pre- Implementation stages for successful implementation of evidence-informed programs. *Implement Sci*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01285-0>

Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E. M.,

Colquhoun, H., Grimshaw, J. M., Lawton, R., & Michie, S. (2017). A guide to using the

Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>

Augustsson, H., Costea, V.-A., Eriksson, L., Hasson, H., Bäck, A., Åhström, M., & Bergström, A. (2021). Building implementation capacity in health care and welfare through team training— study protocol of a longitudinal mixed-methods evaluation of the building implementation capacity intervention. *Implementation Science Communications*, 2(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00233-7>

Bjørndal, A., Hagen, K. B., Jamtvedt, G. (2015). *Kunnskapsbasert fysioterapi*. Gyldendal.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin region Stockholm. *Metodstöd i implementering for arbetsgrupper*.
<https://www.ces.regionstockholm.se/projekt-och-uppdrag/implementering-och-utvardering/ces-metod-for-implementering/>

Chambers, D., Glasgow, R., & Stange, K. (2013). The dynamic sustainability framework:

Addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. *Implementation science: IS*, 8,

117. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-117>

Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O., & Lowery, J. (2022). The updated

Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implementation Science*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>

Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.

- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*, 41 (3-4), 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Engell, T. (2025a). Brobyggeren mellom helseforskning og praksis: implementeringsvitenskap og psykologi. Tidsskrift for Norsk psykologforening. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-Brobyggeren-mellom-helseforskning-og-praksis-implementerin
- Engell, T. (2025b). Kjerneelementer i implementering: forskningsbaserte råd om implementering i psykologien. *Psykologtidsskriftet*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-Kjerneelementer-i-implementering-forskningsbaserte-r-c>
- Fixsen, A., Fixsen, D., Aijaz, M., Burks, E., & Schultes, M.-T. (2019). *Implementation frameworks: An analysis and synthesis*.
- Fixsen, D., Blase, K., Naoom, S., & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice - RES SOCIAL WORK PRAC*, 19, 531-540. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Flottorp, S. A., Oxman, A. D., Krause, J., Musila, N. R., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M. P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-35>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Franco-Trigo, L., Fernandez-Llimos, F., Martínez-Martínez, F., Benrimoj, S. I., & Sabater-Hernández, D. (2020). Stakeholder analysis in health innovation planning processes: A systematic scoping review. *Health Policy*, 124 (10), 1083–1099. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.012>
- Glasziou, P., Ogrinc, G., & Goodman, S. (2011). Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? *BMJ Qual Saf*, 20 Suppl 1(Suppl_1), i13-17. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046524>
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Gransjøen, A. M. (2022). *Hvordan kan retningslinjer og veiledere implementeres i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?* (31). <https://hdl.handle.net/11250/3028406>
- Graverholt, B., Espehaug, B., Ciliska, D., & Potrebny, T. (2024). The effectiveness of a knowledge translation intervention on the implementation of NEWS2 in nursing homes, a pragmatic cluster RCT. *Implementation Science*, 19(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01392-6>
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Helsedirektoratet. (2017). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten: Veileder til lov og forskrift*. Sist faglig oppdatert 29. oktober 2018.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Kitson, A., & Straus, S. E. (2010). The knowledge-to-action cycle: identifying the gaps. *Cmaj*, 182(2), E73-77. <https://doi.org/10.1503/cmaj.081231>

Lau, R., Stevenson, F., Ong, B. N., Dziedzic, K., Treweek, S., Eldridge, S., Everitt, H., Kennedy, A., Qureshi, N., Rogers, A., Peacock, R., & Murray, E. (2016). Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implementation*

Science, 11(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>

Leeman, J., Rohweder, C., Lee, M., Brenner, A., Dwyer, A., Ko, L. K., O'Leary, M. C., Ryan, G.,

Vu, T., & Ramanadhan, S. (2021). Aligning implementation science with improvement practice: a call to action. *Implementation Science Communications*, 2(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00201-1>

Malone, S., Prewitt, K., Hackett, R., Lin, J. C., McKay, V., Walsh-Bailey, C., & Luke, D. A. (2021). The Clinical Sustainability Assessment Tool: measuring organizational capacity to promote sustainability in healthcare. *Implementation Science Communications*, 2(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00181-2>

Meld. St.9 (2023-2024), *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 - Vår felles helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Mertens, M. Herberz, U.J.J. Hahnel, & T. Brosch. (2022). The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A*, 119 (1).

Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: a synthesis of critical steps in the implementation process. *Am J Community Psychol*, 50(3-4), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81-95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>

Mickan, S., Burls, A., & Glasziou, P. (2011). Patterns of 'leakage' in the utilisation of clinical guidelines: a systematic review. *Postgrad Med J*, 87(1032), 670-679. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2010.116012>

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks.

Implementation Science, 10 (1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Nilsen, P., Thor, J., Bender, M., Leeman, J., Andersson-Gäre, B., & Sevdalis, N. (2022). Bridging the Silos: A Comparative Analysis of Implementation Science and Improvement Science [Systematic Review]. *Frontiers in Health Services*, 1. <https://doi.org/10.3389/frhs.2021.817750>

RNAO. (2012). *Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer (norsk oversettelse)*. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/RNAO_ToolKit_2012_final_Norwegian_version_0.pdf

RNAO. (2025). *The leading change toolkit*. <https://rnao.ca/bpg/leading-change-toolkit>

Silver, S. A., McQuillan, R., Harel, Z., Weizman, A. V., Thomas, A., Nesrallah, G., Bell, C. M., Chan, C. T., & Chertow, G. M. (2016). How to Sustain Change and Support Continuous Quality Improvement. *Clin J Am Soc Nephrol*, 11(5), 916-924. <https://doi.org/10.2215/cjn.11501015>

Smith, J. L., Ritchie, M. J., Kim, B., Miller, C. J., Chinman, M. J., Adam Kelly, P., Landes, S. J., & Kirchner, J. E. (2024). Getting to Fidelity: Consensus Development Process to Identify Core

Activities of Implementation Facilitation. *Global Implementation Research and Applications*,

4(2), 151-166. <https://doi.org/10.1007/s43477-024-00119-5>

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Retrieved from [Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten \(PDF\)](#)

Wensing, M., Grol, R., & Grimshaw, J. M. (Eds.). (2020). *Improving patient care: The implementation of change in health care* (3 ed.). John Wiley & Sons.

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., & Farahnak, L. R. (2014). The implementation leadership scale

(ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implementation Science*, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45>

Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R., & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*, 35, 255-274. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>

