

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Implementering av retningslinjer i skolehelsetjenesten: ledelse og klima

Åse Sagatun

Seniorforsker

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør

Tore Wentzel-Larsen

Forsker

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør

Thomas Engell

Forsker

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Øst og Sør

Nasjonal faglig retningslinje

Skolehelsetjenesten

Implementeringsklima

Implementeringsledelse

Sykepleien Forskning 2026;21(106822):e-106822

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2026.106822](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2026.106822)

Bakgrunn: I 2017 lanserte Helsedirektoratet en nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten. Implementering av retningslinjer er utfordrende, og både implementeringsledelse og implementeringsklima har vist seg å være viktige faktorer for å lykkes. Vi vet lite om disse faktorene i norske skolehelsetjenester.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke nivået av implementeringsledelse og implementeringsklima relatert til den nasjonale faglige retningslinjen for skolehelsetjenesten, og sammenhengen mellom dem.

Metode: Dataene består av spørreskjemaer fra oppstarten av GuideMe-studien, der 25 ulike skolehelsetjenester fra bydeler og kommuner i Sør-Øst- og Midt-Norge deltok. Totalt 56 helsesykepleiere svarte på Implementation Leadership Scale (ILS) og Implementation Climate Scale (ICS). ILS kartlegger implementeringsledelse knyttet til helsesamtalen på 8. trinn, og ICS kartlegger implementeringsklima relatert til retningslinjen. ILS og ICS består av ulike delskårer

og en totalskår med en skala fra 0–4, som beskrives deskriptivt med gjennomsnitt og standardavvik (SD). Sammenhengen mellom ILS og ICS er studert med den blandede effektmodellen (*mixed effects*) Restricted Maximum Likelihood (REML).

Resultat: Gjennomsnittsskåren for ICS-totalskår var på 2,82 (SD = 0,55), og delskåren med lavest gjennomsnitt var «Støtte til opplæring» (gjennomsnittsskår på 1,89 med SD på 0,98). For ILS-totalskår var gjennomsnittet 2,98 (SD = 0,73). Delskåren med lavest gjennomsnitt var «Proaktiv ledelse» [gjennomsnitt (SD) = 2,58 (1,08)]. ILS (totalskår og delskårer) var positivt assosiert med ICS-totalskår. Koeffisienten for fast effekt (*fixed effect*) [95 prosent konfidensintervall (KI)] for ILS-totalskår mot ICS-totalskår var 0,53 (0,37–0,69).

Konklusjon: Helseesykepleiere opplevde en relativt god implementeringsledelse knyttet til helsesamtalen på 8. trinn og godt klima for implementering av retningslinjen sammenliknet med nivåer i andre studier. Det var en betydelig positiv sammenheng mellom implementeringsledelse og implementeringsklima. I det videre arbeidet med å ta i bruk retningslinjen i praksis blir det viktig for ledere å opprettholde den positive lederatferden og øke den proaktive implementeringsledelsen. Det kan være nyttig at ledere kartlegger hindringer og ressurser på skole-, tjeneste- og individnivå og samutvikler implementeringsplaner med helseesykepleiere.

Introduksjon

Skolehelsetjenesten er en viktig arena for helsefremmende arbeid og forebygging. I 2017 lanserte Helsedirektorat en nasjonal faglig retningslinje for tjenesten (1).

Å arbeide i tråd med anbefalinger i denne retningslinjen blir ansett som kunnskapsbasert praksis. Retningslinjen inneholder en sterk anbefaling om at helseesykepleiere skal ha individuell helsesamtale med alle elever på 8. trinn. Retningslinjen er profesjonelt normativ, som vil si at tjenester som velger å fravike den, må dokumentere og begrunne hvorfor.

I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten står det at ledelsen systematisk skal arbeide med kvalitet i tjenesten. Ifølge nasjonal helse- og omsorgsplan innebærer ledelse å lede virksomheter etter de målene som er satt, og innenfor rammene som er gitt (2). Det er derfor en viktig lederoppgave å sørge for at skolehelsetjenesten jobber i tråd med anbefalinger i den nasjonale retningslinjen.

Helsemyndigheter i Norge og internasjonalt har som mål å øke kunnskapsbasert praksis i helse- og velferdstjenestene (3, 4). Kunnskapsbaserte retningslinjer kan bidra til likeverdige og bærekraftige tjenester som fremmer helse og livsmestring i befolkningen, forutsatt at de implementeres godt. Implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis er en utfordring i mange sektorer (3).

Gapet mellom det forskningen viser er hensiktsmessig praksis, og det som praktiseres i tjenestene, er stort og godt dokumentert (5). Implementeringsutfordringer hindrer at forskningsbasert kunnskap kommer folks helse og velferd til gode, og det er

samfunnsøkonomisk dyrt (6). Systematisk implementeringsarbeid i tjenester kan gi bedre muligheter for å lykkes med praksisendringer og kvalitetsforbedring (5, 6).

Implementering innebærer strategiske aktiviteter og prosesser som realiserer kunnskapsbaserte praksisendringer (6). Implementeringsteorier fremhever at lederens atferd kan spille en avgjørende rolle i implementeringsprosesser og praksisendringer (5, 7).

Teori om implementeringsledelse tilsier at ledere som utviser en atferd som støtter spesifikke praksisendringer, styrker de ansattes evne og mulighet til å ta dem i bruk (8). Teorien foreslår at disse endringene skjer ved å skape et implementeringsklima som aktivt støtter og tilrettelegger for bruk av kunnskapsbasert praksis i gruppen eller organisasjonen (8).

Når implementeringsklimaet for kunnskapsbasert praksis er godt, oppfatter ansatte at organisasjonen verdsetter og aktivt støtter og tilrettelegger for denne typen praksis. Slike oppfatninger antas å øke oppmerksomheten på, motivasjonen for og engasjementet i kunnskapsbaserte praksisendringer, noe som skaper bedre forutsetninger for å implementere dem (9–11).

Flere studier har vist at det er sammenheng mellom et godt implementeringsklima og økt bruk av kunnskapsbasert praksis blant klinikere i psykisk helsevern (12) og i apoteker (13). Implementeringsklima kan påvirkes gjennom tiltak for å styrke en organisasjons evne til praksisendring (13–16).

Lederen kan ha en betydelig rolle i denne sammenhengen (8, 15, 16). Et gunstig implementeringsklima kan utvikles når både lederne og selve organisasjonen vektlegger, prioriterer og tilrettelegger for å ta i bruk kunnskapsbasert praksis, som for eksempel faglige retningslinjer (8, 17, 18). Også samspillet mellom lederne og de ansatte kan påvirke implementeringen (19).

Hensikten med studien

Både teori og nyere forskning tyder altså på at implementeringsledelse og -klima er viktige for en vellykket implementering, men vi har lite kunnskap om nivået på og sammenhengen mellom disse faktorene i norsk skolehelsetjeneste.

Hensikten med studien var å undersøke nivået av implementeringsledelse og implementeringsklima i skolehelsetjenesten knyttet til retningslinjen og anbefalingen om helsesamtale på 8. trinn. Vi ville også undersøke sammenhengen mellom disse to faktorene.

Metode

Datamaterialet besto av spørreskjemadata fra en intervensjonsstudie i skolehelsetjenesten, kalt GuideMe (20). I delstudien vår benyttet vi spørreskjema om implementeringsklima og -ledelse, som alle deltakende helsesykepleiere fylte ut ved oppstart av studien (*baseline*).

GuideMe-prosjektet

GuideMe-prosjektet utvikler og evaluerer et verktøy kalt Skolehelse. Skolehelse har til hensikt å hjelpe skolehelsetjenesten med å jobbe i tråd med blant annet anbefalingen om helsesamtale på 8. trinn. Skolehelse ble samutviklet med tjenester og brukere basert på deres behov, innhold i retningslinjen og implementeringsvitenskap, og prøves nå ut i et randomisert kontrollert forsøk (20). I GuideMe kartlegges ulike faktorer som kan ha betydning for å ta i bruk faglige retningslinjer.

Utvalg og rekrutteringsprosesser

Skolehelsetjenester i Sør-Øst- og Midt-Norge ble invitert til å delta i GuideMe-prosjektet. I Oslo deltok helsesykepleiere fra skolehelsetjenesten i 13 bydeler på et eget informasjonsmøte, der sju tjenester ble med i studien. I Sør-Øst-Norge holdt vi informasjonsmøter med 14 kommuner eller tjenester og i Midt-Norge 13 kommuner eller tjenester. Henholdsvis ti og åtte tjenester ble med i studien.

Totalt deltok 25 skolehelsetjenester med til sammen 56 helsesykepleiere. Lederen av skolehelsetjenesten og rektoren på de aktuelle skolene måtte samtykke til å delta før de ansatte i tjenesten kunne inviteres.

Kommunene som deltok, er både store og små og ligger i urbane og rurale områder. Altså er både store og små skoler representert, med et variert etnisk mangfold og utfordringer som hører til både by og land. Et variert antall helsesykepleiere deltok fra ulike skolehelsetjenester (tabell 1). Skolene deltok ett skoleår, og datainnsamlingen foregikk i skoleårene 2022–2023 og 2023–2024. Av de 25 kommunene deltok to tredeler det siste skoleåret.

Tabell 1. Deltakere i studien (n = 56)

Antall helsesykepleiere som deltok fra kommunen/bydelen	Antall kommuner/ bydeler
1 helsesykepleier	10
2 helsesykepleiere	8
3 helsesykepleiere	4
4 helsesykepleiere	2
10 helsesykepleiere	1

Tabellen viser hvor mange helsesykepleiere som har deltatt fra samme kommune eller bydel stratifisert for antall helsesykepleiere i kommunen eller bydelen.

Etiske overveielser

GuideMe-prosjektet er meldt til og vurdert av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (referansenummer 694124). Alle deltakerne fikk skriftlig informasjon om studien, med

informasjon om at det var frivillig å delta, før de samtykket ved å signere digitalt. Deltakere kunne når som helst trekke seg uten å oppgi grunn. Vi kunne ikke se hvem som svarte hva.

Spørreskjema

Karakteristikk av deltakerne

Respondentene ble spurt om alder og hvor lenge de hadde jobbet som helsesykepleier.

Implementeringsledelse

Vi benyttet Implementation Leadership Scale (ILS) (8) for å kartlegge implementeringsledelse. ILS er utviklet i USA og er et måleverktøy som tar for seg lederes støtte til bruk av kunnskapsbaserte praksiser.

ILS består av tolv spørsmål eller påstander som kan deles inn i fire ulike dimensjoner (delskalaer): «Proaktiv ledelse», «Kunnskapsrik ledelse», «Støttende ledelse» og «Utholdende ledelse». De tolv påstandene vurderes på en fempunkts skala, fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 4 (*i svært stor grad*). Høy skår indikerer en gunstig implementeringsledelse.

I denne studien vurderte helsesykepleiere sin nærmeste leder, og den kunnskapsbaserte praksisen vi spurte om, var anbefalingen om helsesamtale på 8. trinn. Analyser av reliabiliteten har vist at den interne konsistensen for de ulike delskalaene var utmerket både i USA (9) og Norge (21).

Den norske valideringsstudien innen psykisk helsevern fant Cronbachs alfa på 0,96 for hele ILS-skalaen (21). I de fire delskalaene varierte Cronbachs alfa fra 0,93 til 0,97.

Implementeringsklima

Implementeringsklimaet ble målt ved hjelp av Implementation Climate Scale (ICS), et flerdimensjonalt verktøy som også ble utviklet i USA (10).

ICS er basert på teori om strategisk klima for implementering (14). Den opprinnelige skalaen består av 18 spørsmål eller påstander som rangeres på en fempunkts skala fra *ikke i det hele tatt* (0) til *i stor grad* (4), der høyere poengsummer indikerer et organisatorisk klima som støtter implementering av kunnskapsbasert praksis.

Disse påstandene er fordelt på seks delskalaer, der tre er benyttet i denne studien: «Fokus på kunnskapsbasert praksis», «Pedagogisk støtte for kunnskapsbasert praksis» og «Ansettelse for åpenhet» (20).

I studien vår ble ICS-totalskåren beregnet som gjennomsnittet av de ni spørsmålene som var inkludert. Høy sum indikerer et gunstig implementeringsklima. I innledningsteksten konkretiserte vi «kunnskapsbasert praksis» med «nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten».

ICS har vist gode psykometriske egenskaper i en internasjonal studie innen psykisk helsevern (10). Den norske oversettelsen av ICS har også vist akseptable psykometriske egenskaper i barnevernstjenesten (22), med reliabilitet (Cronbachs alfa) for totalskåren på 0,87. Reliabiliteten for delskalaene som er med i denne studien, lå mellom 0,76 og 0,88 (22).

Analyser

Nivået av implementeringsledelse (ILS) og implementeringsklima (ICS) er presentert med gjennomsnitt (*mean*) og standardavvik (SD) for enkeltspørsmål og sumskårer. Validiteten for de to instrumentene, ILS og ICS, er vurdert i form av intern konsistens, studert med Cronbachs alfa.

Sammenheng mellom implementeringsledelse og -klima er studert med den blandede effektmodellen (*mixed effects*) Restricted Maximum Likelihood (REML) (23).

Tilfeldige effekter (*random effects*) er tilfeldige variasjoner innen og mellom kommuner. Antallet deltakere fra hver skole varierte, og de var ikke ordnet i noen systematisk eller meningsfull rekkefølge. Derfor har vi ikke inkludert noen kovariansmatrise i modellen.

Faste effekter (*fixed effects*) er sammenhengen mellom variablene implementeringsklima og implementeringsledelse i separate modeller.

Modellene er justert for helsesykepleiernes alder og ansiennitet fordi disse faktorene kan tenkes å påvirke både opplevd implementeringsklima og lederstøtte. Disse modellene tar hensyn til at man ikke kan anta at observasjoner er uavhengige.

Den blandede effektmodellen for «Proaktiv ledelse» var ustabil, det vil si at konfidensintervallene til den tilfeldige effekten var bredere enn anbefalt (23). Vi gjennomførte derfor en lineær regresjonsanalyse for denne delskåren.

For å vurdere forskjell i gjennomsnittsskårer i ILS og ICS og styrke på sammenhengen mellom implementeringsledelse og -klima er størrelsen på henholdsvis forskjell i gjennomsnittsskår og de faste koeffisientene vurdert mot størrelsen på skalaen (*range*).

Ifølge Fayers og Machin (24) kan en endring eller forskjell på 10 prosentpoeng på en skala fra 0–100 vurderes som av betydning. Dette er en grov tommelfingerregel som også må ses i sammenheng med fenomenet man studerer. Uansett gir denne metoden en indikasjon på en endring som kan være av betydning. Alle skalaene har et spenn (*range*) fra 0–4. Det vil si at en endring eller forskjell i skår på 0,5 tilsvarer 10 prosentpoeng.

Vi foretok analysene i IBM SPSS Statistics, versjon 28.0; IBM Corporation, 2022) og R (R Core Team, 2023), med R-pakken nlme for blandede effektmodeller (*mixed effects*).

Resultater

Alle deltakerne var kvinner, med ett unntak. Alderen varierte fra 27 til 64 år (median = 43,0), og gjennomsnittsalderen var 43,52 (SD = 9,2). Ansienniteten som helsesykepleier varierte fra i

underkant av 1 år til cirka 28 år, med en median på 5,5 år. 95 prosent hadde en stillingsprosent på 80 eller mer i skolehelsetjenesten.

Implementeringsledelse

Måleinstrumentet ILS så ut til å fungere godt i utvalget, med en intern konsistens (Cronbachs alfa) som varierte fra 0,90 til 0,98. Høyest grad av implementeringsledelse ble rapportert av helsesykepleiere for delskalaen «Støttende ledelse» [gjennomsnitt (SD) = 3,35 (0,72)] (tabell 2).

I denne delskalaen tar helsesykepleierne stilling til i hvilken grad nærmeste leder anerkjenner og setter pris på de ansattes innsats for å lære om og bruke retningslinjen. Lavest nivå av implementeringsledelse ble rapportert for delskalaen «Proaktiv ledelse» [gjennomsnitt (SD) = 2,58 (1,08)] (tabell 2).

Proaktiv lederstøtte ble kartlagt ved å undersøke i hvilken grad lederen planlegger, tilrettelegger og fjerner hindre for gjennomføring av helsesamtalen. Gjennomsnittsskåren for «Proaktiv ledelse» var betydelig lavere enn for de andre delskalaene. Sammenliknet med «Støttende ledelse» var differansen på 0,77. Dette tilsvarer cirka 15 prosentpoeng av skalaen (0–4) og vurderes til å være av betydning.

Tabell 2. Implementeringsledelse for anbefaling om helsesamtale på 8. trinn

Implementeringsledelse, ILS (range)	N*	Median	Gjennomsnitt	SD	C alfa
Proaktiv ledelse (0–4)	55	2,66	2,58	1,08	0,96
Min leder har utviklet en plan for å tilrettelegge for implementering av anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		2,76	1,07	
Min leder har fjernet hindre for implementeringen av anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		2,55	1,14	
Min leder har etablert en tydelig fremgangsmåte for implementeringen av anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		2,44	1,17	
Kunnskapsrik ledelse (0–4)	55	3,00	2,99	0,72	0,98
Min leder er kunnskapsrik når det gjelder anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		2,96	0,94	
Min leder kan svare på spørsmål jeg har om anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		2,93	0,96	
Min leder vet hva han/hun snakker om når det gjelder anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		3,07	0,84	
Støttende ledelse (0–4)	55	3,33	3,35	0,72	0,95
Min leder anerkjenner og setter pris på de ansattes innsats for å lykkes med implementeringen av anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		3,36	0,73	
Min leder støtter de ansattes innsats for å lære mer om anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		3,33	0,82	
Min leder støtter de ansattes innsats for å bruke anbefalingen om helsesamtale (0–4)	55		3,36	0,70	
Utholdende ledelse (0–4)	55	3,00	3,02	0,84	0,91
Min leder opprettholder implementeringen av anbefalingen om helsesamtale i motgang og medgang (0–4)	55		3,16	0,88	
Min leder fortsetter med implementeringen av anbefalingen om helsesamtale til tross for utfordringer (0–4)	55		3,07	0,90	
Min leder adresserer presserende saker knyttet til implementering av anbefalingen om helsesamtale på en åpen og effektiv måte (0–4)	55		2,82	0,95	
Total implementeringsledelse (0–4)	55	2,92	2,98	0,73	0,94

Forkortelser: C alfa = intern konsistens, studert med Cronbachs alfa, ILS = Implementation Leadership Scale, N = antall respondenter

*En deltaker manglet svar på ILS.

Måleinstrumentet ICS så også ut til å fungere godt i utvalget. Intern konsistens (Cronbachs alfa) varierte mellom 0,88 og 0,96. Høyest nivå av implementeringsklima ble rapportert for delskalaen «Fokus på retningslinjene» [gjennomsnitt (SD) = 3,35 (0,57)] (tabell 3).

Laveste implementeringsklima ble rapportert for «Støtte til opplæring» [gjennomsnitt (SD) = 1,89 (0,98)], som var betydelig lavere enn de andre delskalaene. Differansen i gjennomsnittsskåren tilsvarte 29 og 34 prosentpoeng av skalaen sammenliknet med henholdsvis «Fokus på retningslinjene» og «Ansettelse for åpenhet». «Støtte til opplæring» ble kartlagt med spørsmål om opplæring i form av informasjonsmateriell, kurs og veiledning.

Tabell 3. Implementeringsklima for nasjonale faglige retningslinjer i skolehelsetjenesten

Implementeringsklima, ICS (<i>range</i>)	N	Median	Gjennomsnitt	SD	C alfa
Fokus på retningslinjer (0–4)	56	3,33	3,35	0,57	0,89
Å bruke retningslinjer effektivt er et hovedmål for denne tjenesten (0–4)	56		3,29	0,62	
Ansatte i denne tjenesten anser implementering av retningslinjer som viktig (0–4)	56		3,43	0,57	
Bruk av retningslinjer er prioritert i denne tjenesten (0–4)	56		3,32	0,69	
Støtte til opplæring (0–4)	56	1,83	1,89	0,98	0,94
Denne tjenesten tilbyr konferanser, arbeidsgrupper eller seminarer som fokuserer på retningslinjer (0–4)	56		1,96	0,97	
Denne tjenesten tilbyr veiledning i retningslinjer til sine ansatte (0–4)	56		1,96	1,08	
Denne tjenesten tilbyr materiale, bøker, tidsskrifter etc. om temaene i retningslinjer til sine ansatte (0–4)	56		1,75	1,07	
Ansettelse for åpenhet (0–4)	56	3,00	3,22	0,61	0,96
Denne tjenesten ansetter personer som er tilpasningsdyktige (0–4)	56		3,21	0,62	
Denne tjenesten ansetter personer som er fleksible (0–4)	56		3,20	0,64	
Denne tjenesten ansetter personer som er åpne for nye tiltak/retningslinjer (0–4)	56		3,25	0,64	
Total implementeringsklimaskår (de tre delskår samlet) (0–4)	56	2,78	2,82	0,55	0,88

Forkortelser: C alfa = intern konsistens, studert med Cronbachs alfa, ICS = Implementation Climate Scale, N = antall respondenter

Sammenheng mellom implementeringsledelse og implementeringsklima

De ulike delskalaene av implementeringsledelse var positivt assosiert med totalskåren for implementeringsklima ($p < 0,001$ for alle koeffisientene i tabell 4, *fixed effect*). Det vil si at jo høyere implementeringsledelse helsesykepleierne rapporterte om for sin nærmeste leder, jo høyere var implementeringsklimaet.

De to delskalaene som viste sterkest assosiasjonen til implementeringsledelse, var «Støttende ledelse» og «Utholdende ledelse» [koeffisientene for fast effekt (*fixed effect*) var henholdsvis på 0,44 (KI 0,25–0,64) og 0,44 (KI 0,28–0,59)] (tabell 4).

En koeffisient på 0,44 for «Støttende ledelse» og «Utholdende ledelse» betyr at en økning på 1 poeng for disse skårene vil si en økning på 0,44 poeng i «Total implementeringsklima», noe som tilsvarte 11 prosentpoeng av skalaen, og ble vurdert til å være av betydning (24).

Det var større tilfeldig variasjon innad i kommuner enn mellom kommuner, men konfidensintervallene for tilfeldig effekt (*random effect*) mellom og innen kommuner overlappet for «Kunnskapsrik lederstøtte» og «Støttende ledelse» (tabell 4).

Tabell 4. Sammenheng mellom implementeringsledelse (ILS) og implementeringsklima

Delskårer, ILS (range)	Totalt implementeringsklima (0–4), ICS						
	Fast effekt (fixed effect)			Tilfeldig effekt (random effect) mellom kommuner		Tilfeldig effekt (random effect) innen kommuner	
	Koeffisient	95 prosent KI	p	Koeffisient	95 prosent KI	Koeffisient	95 prosent KI
Proaktiv lederstøtte (0–4)	0,29	0,17–0,41	< 0,001	#		#	
Kunnskapsrik lederstøtte (0–4)	0,32	0,17–0,47	< 0,001	0,24	0,11–0,54	0,43	0,34–0,55
Støttende leder (0–4)	0,44	0,25–0,63	< 0,001	0,22	0,08–0,60	0,42	0,33–0,55
Utholdende lederstøtte (0–4)	0,44	0,28–0,59	< 0,001	0,10	0,002–4,31*	0,43	0,33–0,56
Total lederstøtte (0–4)	0,53	0,37–0,69	< 0,001	0,10	0,003–2,98*	0,40	0,31–0,52

Forkortelser: ICS = Implementation Climate Scale, ILS = Implementation Leadership Scale, KI = konfidensintervall
 #Den blandede effektmodellen (mixed effects) for «Proaktiv lederstøtte» var ustabil. Derfor foretok vi en lineær regresjon. Konfidensintervallene til tilfeldig effektmodell (random effect) var akseptable for de andre modellene.

*Bredt konfidensintervall indikerer usikker estimering.

Alle modeller er justert for alder og ansiennitet som helsesykepleier. Antallet helsesykepleiere i analysene er 55.

Diskusjon

Dette er den første studien som kvantitativt undersøker implementeringsledelse og implementeringsklima i norske skolehelsetjenester – to faktorer som kan påvirke implementering av kunnskapsbasert praksis (17, 19). Resultatene sier noe om forutsetningene for å implementere retningslinjer i skolehelsetjenesten generelt, med særlig vekt på anbefalingen om helsesamtalen på 8. trinn.

Nivå av implementeringsledelse og implementeringsklima i skolehelsetjenester

Implementeringsledelse

Internasjonale studier fra helsetjenester som har brukt ILS, fant både høyere (25, 26) og lavere (9, 21, 27) nivå av implementeringsledelse sammenliknet med studien vår, noe avhengig av delskår. Når vi sammenlikner med en norsk studie blant ansatte ved norske psykiatriske poliklinikker (BUP) (21), skårte lederne til helsesykepleierne i studien vår høyere.

Forskjell i gjennomsnittsskår mellom ansatte i BUP (21) og vårt utvalg med helsesykepleiere i skolehelsetjenesten varierte mellom 0,53 og 0,78 poeng for de ulike delskårene, noe som tilsvarer en forskjell på mellom 13 og 20 prosentpoeng.

Av delskårene i ILS rapporterte helsesykepleierne det høyeste nivået for «Støttende ledelse» og laveste nivået for «Proaktiv ledelse». Den samme trenden ble funnet i den norske studien i BUP (21) og flere av de internasjonale studiene (9, 27), men forskjellen mellom delskårene var større i vår studie sammenliknet med de øvrige.

Resultatene kan tyde på at helsesykepleiere opplever at lederen av skolehelsetjenesten har en støttende holdning til å implementere helsesamtalen på 8. trinn, men savner en mer konkret støtte og tilrettelegging. Det kan tenkes at skolehelsetjenestens organisering og struktur kan forklare det lave nivået av proaktiv implementeringsledelse.

Helsesykepleiere i skolehelsetjenesten har det meste av sin arbeidstid på skoler og omgås ikke sin nærmeste leder i det daglige. Derfor kan det være vanskelig for lederen å få innsikt i utfordringer og drive proaktiv tilrettelegging, problemløsning og veiledning.

Lederne blir dermed avhengige av at helsesykepleierne selv kommuniserer utfordringer og behov etter at de har oppstått. Ledere blir mer reaktive i stedet for at de proaktivt og på eget initiativ kan oppdage og løse hindringer før de får betydningsfulle konsekvenser for helsesykepleierne.

Proaktiv lederstøtte og tilrettelegging kan være særlig relevant i implementeringsprosesser, ettersom innlæring og etablering av nye rutiner, arbeidsmåter og valg stiller større krav til både fysisk og mental kapasitet (28, 29), noe som kan bli en belastning i en travel hverdag. En nylig studie fra skoler i USA illustrerer dette. De fant at høy grad av implementeringsledelse når skoleprogrammer skulle implementeres, var assosiert med lavere grad av utbrenthet hos lærere (30).

Det relativt lave nivået av proaktiv ledelse som vi fant i vår studie, kan også skyldes høy grad av tillitsbasert ledelse og helsesykepleiernes behov for profesjonell autonomi, som er særlig fremtredende blant fagpersoner i skandinaviske land og høyspesialiserte medarbeidere (31, 32).

Et nøkternt nivå av proaktiv ledelse kan være hensiktsmessig når man leder fagpersoner med stort behov for profesjonell autonomi, mens for mye *hands on*-ledelse kan oppfattes som invaderende *micro management* av fagpersonen, og som unaturlig for den tillitsbaserte lederen.

Dette perspektivet ble nylig påpekt av Haga og medarbeidere (32) og er i tråd med teorien til Hein (31) om høyspesialiserte, indre motiverte medarbeidere. Passiv ledelse stiller høyere krav til selvledelse hos fagpersoner i implementeringsprosesser. Det innebærer at den ansatte selv må prioritere og frigjøre kapasitet, tilpasse arbeidshverdagen og løse utfordringer frem til nye arbeidsmåter og rutiner er innlært (33).

Imidlertid kan det være problematisk å stille krav om sterk selvledelse i implementeringsprosesser hos fagpersoner som allerede er presset på kapasitet. Det kan være hensiktsmessig at også tillitsbaserte ledere gir mer proaktiv praktisk støtte til autonome helsesykepleiere. Slik støtte kan innebære hjelp til å prioritere og konkretisere retningslinjen samt gå i dialog med skolen om samarbeid.

Motsatt vil kombinasjonen av passiv ledelse og mangelfull selvledelse hos den ansatte antakelig være svært ugunstig for implementeringen. Ledelse av implementeringsprosesser i skolehelsetjenesten bør tilpasses hver enkelt helsesykepleier samt forhold i skolehelsetjenesten og på skolene.

Implementeringsklima

I studien vår fant vi litt høyere gjennomsnittsskårer for implementeringsklima sammenliknet med norske studier i barnevernstjenesten (22) og BUP (34). Vi fant særlig høye skårer for delskalaene «Ansettelse for åpenhet» og «Fokus på kunnskapsbasert praksis», der den siste ble konkretisert som å jobbe i tråd med anbefalinger om helsesamtalen.

Dette funnet kan tyde på at skolehelsetjenesten forventer og prioriterer å arbeide etter nasjonale faglige anbefalinger. Det indikerer også at helsesykepleiere opplever at skolehelsetjenesten ansetter folk som er tilpasningsdyktige og åpne for å arbeide etter kunnskapsbaserte anbefalinger.

Når det gjelder støtte til opplæring i anbefalinger, var skårene lavere. Disse funnene indikerer at skolehelsetjenesten har et relativt godt implementeringsklima, men at helsesykepleiere får begrenset støtte til opplæring og veiledning i nasjonale anbefalinger.

Sammenhengen mellom implementeringsledelse og -klima

Alle delskårene i implementeringsledelse var positivt assosiert med implementeringsklima, og sammenhengen var betydelig. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en årsakssammenheng mellom implementeringsledelse og -klima, ettersom dette er en tverrsnittsstudie.

Derimot rapporterte andre studier i USA (17, 18) og Norge (16, 19), med longitudinelt og eksperimentelt design, om funn som støtter antakelsen om en årsakssammenheng. De fant også at høyere nivåer av implementeringsledelse og -klima kan føre til bedre implementering av kunnskapsbaserte praksiser (17–19).

En norsk studie som tok i bruk evidensbasert traumebehandling i psykiatriske poliklinikker, fant at god implementeringsledelse kan føre til bedre anvendelse av traumebehandling både direkte og indirekte gjennom å styrke implementeringsklimaet i tjenesten (16, 19).

Studien fant også at ledere og ansatte kan forsterke hverandres implementeringsinnsats (19). Det vil si at god implementeringsledelse fremmer mer implementeringsengasjement blant de ansatte. På samme måte kan ansatte som yter god implementeringsinnsats, stimulere ledere til å yte mer proaktiv implementeringsledelse. Strategier som fremmer en god implementeringsledelse og forbedrer implementeringsklimaet, kan bidra til en vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis (18, 19).

I denne studien fant vi en sammenheng mellom en gunstig implementeringsledelse og et positivt implementeringsklima i skolehelsetjenesten, men også et tydelig forbedringspotensial relatert til mer aktiv planlegging, problemløsning, tilrettelegging, opplæring og veiledning. Disse områdene for forbedring trekkes frem både i implementeringsteori og empiri som faktorer som har betydning for at man skal lykkes med en bærekraftig implementering av kunnskapsbasert praksis (6).

Studien vår handler om implementeringsledelse i henhold til anbefalingen om helsesamtale på 8. trinn, men skolehelsetjenesten har flere andre anbefalinger og retningslinjer de skal innføre og etterleve. Implementeringsledelse og -klima kan forstås som faktorer som gjenspeiler skolehelsetjenestens kapasitet og evne til endringsarbeid, og som derfor bør styrkes aktivt.

Studiens begrensninger og styrker

I denne artikkelen benyttet vi data fra utgangsmålingen (*baseline*) fra en intervensjonsstudie der rekruttering til skolehelsetjenesten skjedde via tjenestelederne. Det kan ha medført at tjenestene som deltok, hadde ledere som var mer positive til å ta i bruk retningslinjen og mer støttende enn tjenestene som avsto å delta. Nivået av implementeringsledelse og implementeringsklima kan derfor være høyere i dette utvalget enn i norske skolehelsetjenester generelt.

Når vi undersøker sammenhenger mellom variabler, som implementeringsledelse og -klima, er disse ofte mindre påvirket av seleksjonsskjevhet (*bias*) enn prevalens- eller gjennomsnittsverdier (35). Det skyldes at analysene heller fokuserer på relative sammenhenger i utvalget enn absolutte nivåer. Så lenge seleksjonsmekanismen ikke påvirker både eksponeringen og utfallet, vil sammenhengen man finner, som regel være den samme som i befolkningen ellers (35).

Vi tolker resultatene i lys av teori og tidligere forskning som viser at høy grad av implementeringsledelse fremmer et positivt implementeringsklima. Samtidig er vi begrenset av

et tverrsnittsdesign, noe som gjør det vanskelig å avgjøre om seleksjonen påvirker både eksponering og utfall.

En styrke er imidlertid at seleksjonen trolig primært har skjedd på ledernivå, mens rapporteringen om implementeringsledelse og -klima kommer fra ansatte under lederen. Denne relative uavhengigheten, sammen med teoretisk og empirisk støtte for sammenhengens retning, styrker tilliten til funnenes robusthet. Likevel kan vi ikke utelukke at sammenhengen er noe forsterket av seleksjonsskjevhet (*bias*).

Vi har også sett på sammenhenger mellom klima for implementering av nasjonal faglig retningslinje for skolehelsetjenesten generelt, og spesifikt implementeringsledelse for anbefalingene om 8.-klassesamtaler. Det kan tenkes at sammenhengene ville vært noe annerledes hvis spørsmålene om implementeringsledelse også var formulert for retningslinjen generelt.

Konklusjon

Helsesykepleierne i denne studien opplevde en relativt god implementeringsledelse og et godt klima for implementering av den nasjonale faglige retningslinjen og evidensbasert praksis sammenliknet med andre studier. Det var en positiv sammenheng mellom implementeringsledelse og implementeringsklima.

For å styrke en implementering av helsesamtalen tyder resultatene i studien vår på at det være nyttig at ledere legger mer konkrete planer for implementering av retningslinjen, og identifiserer og løser hindringer. Ledere kan for eksempel bidra til å kartlegge hindringer og ressurser på skole-, tjeneste- og individnivå, og utvikle implementeringsplaner sammen med helsesykepleierne.

Finansiering

GuideMe-studien, som dataene i denne artikkelen kommer fra, er finansiert av Norges forskningsråd (NFR) (NFR-ID 320097).

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Åpen tilgang [CC BY 4.0](#)



SKOLEHELSETJENESTEN: Det er utfordrende å ta i bruk nye retningslinjer. Både implementeringsledelse og implementeringsklima er viktige faktorer for å lykkes.

Illustrasjonsfoto: Andrey Popov / Mostphotos

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [oppdatert 9. mai 2022; hentet 1. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
2. Meld. St. 16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
3. Gagliardi AR, Alhabib S, Armstrong MJ, Huckson SD, James RM, Komulainen J, et al. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. Implementation Sci. 2015;10(1):54. DOI: [10.1186/s13012-015-0247-8](https://doi.org/10.1186/s13012-015-0247-8)
4. Helsedirektoratet. Om Helsedirektoratets normerende produkter [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [oppdatert 30. september 2024; hentet 1. september 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
5. Peters S, Sukumar K, Blanchard S, Ramasamy A, Malinowski J, Ginex P, et al. Trends in guideline implementation: an updated scoping review. Implementation Sci. 2022;17(1):50. DOI: [10.1186/s13012-022-01223-6](https://doi.org/10.1186/s13012-022-01223-6)

6. Engell T. Brobyggen mellom helseforskning og praksis: implementeringsvitenskap og psykologi [internett]. Tidsskr Norsk Psykol. 2025 [hentet 6. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as03ae-Implementeringsteori-og-det-paradoksale-implementeringsgapet>
7. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(1):4–23. DOI: [10.1007/s10488-010-0327-7](https://doi.org/10.1007/s10488-010-0327-7)
8. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annu Rev Public Health*. 2014;35(1):255–74. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-032013-182447](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447)
9. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR. The implementation leadership scale (ILS): development of a brief measure of unit level implementation leadership. *Implement Sci*. 2014;9(1):45. DOI: [10.1186/1748-5908-9-45](https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-45)
10. Ehrhart MG, Aarons GA, Farahnak LR. Assessing the organizational context for EBP implementation: the development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implement Sci*. 2014;9(1):157. DOI: [10.1186/s13012-014-0157-1](https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1)
11. Weiner BJ, Belden CM, Bergmire DM, Johnston M. The meaning and measurement of implementation climate. *Implement Sci*. 2011;6(1):78. DOI: [10.1186/1748-5908-6-78](https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-78)
12. Williams NJ, Ehrhart MG, Aarons GA, Marcus SC, Beidas RS. Linking molar organizational climate and strategic implementation climate to clinicians' use of evidence-based psychotherapy techniques: cross-sectional and lagged analyses from a 2-year observational study. *Implement Sci*. 2018;13(1):85. DOI: [10.1186/s13012-018-0781-2](https://doi.org/10.1186/s13012-018-0781-2)
13. Turner K, Trogon JG, Weinberger M, Stover AM, Ferreri S, Farley JF, et al. Testing the organizational theory of innovation implementation effectiveness in a community pharmacy medication management program: a hurdle regression analysis. *Implement Sci*. 2018;13(1):105. DOI: [10.1186/s13012-018-0799-5](https://doi.org/10.1186/s13012-018-0799-5)
14. Klein KJ, Sorra JS. The challenge of innovation implementation. *Acad Manage Rev*. 1996;21(4):1055–80. DOI: [10.2307/259164](https://doi.org/10.2307/259164)
15. Aarons GA, Sklar M, Ehrhart MG, Roesch S, Moullin JC, Carandang K. Randomized trial of the leadership and organizational change for implementation (LOCI) strategy in substance use treatment clinics. *J Subst Use Addict Treat*. 2024;165:209437. DOI: [10.1016/j.josat.2024.209437](https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209437)
16. Skar A-MS, Braathu N, Peters N, Bækkelund H, Endsjø M, Babaii A, et al. A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention on implementation and transformational leadership, and

implementation climate. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):298. DOI: [10.1186/s12913-022-07539-9](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07539-9)

17. Williams NJ, Wolk CB, Becker-Haimes EM, Beidas RS. Testing a theory of strategic implementation leadership, implementation climate, and clinicians' use of evidence-based practice: a 5-year panel analysis. Implementation Sci. 2020;15(1):10. DOI: [10.1186/s13012-020-0970-7](https://doi.org/10.1186/s13012-020-0970-7)
18. Williams NJ, Ehrhart MG, Aarons GA, Esp S, Sklar M, Carandang K, et al. Improving measurement-based care implementation in youth mental health through organizational leadership and climate: a mechanistic analysis within a randomized trial. Implementation Sci. 2024;19(1):29. DOI: [10.1186/s13012-024-01356-w](https://doi.org/10.1186/s13012-024-01356-w)
19. Egeland KM, Sklar M, Aarons GA, Ehrhart MG, Skar A-MS, Borge RH. Symphony of success: leader-practitioner reciprocity during evidence-based practice implementation. Adm Policy Ment Health. 2024;51(6):988–96. DOI: [10.1007/s10488-024-01405-y](https://doi.org/10.1007/s10488-024-01405-y)
20. Sagatun Å, Engell T, Brekke M, Sjølie H, Ekornes SM, Waldum-Grevboe KS, et al. Guideline evaluation and implementation mechanisms in school health services (GuideMe): protocol for a hybrid randomized factorial trial. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1259. DOI: [10.1186/s12913-023-10179-2](https://doi.org/10.1186/s12913-023-10179-2)
21. Braathu N, Laukvik EH, Egeland KM, Skar A-MS. Validation of the Norwegian versions of the Implementation Leadership Scale (ILS) and Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) in a mental health care setting. BMC Psychol. 2022;10(1):25. DOI: [10.1186/s40359-022-00725-8](https://doi.org/10.1186/s40359-022-00725-8)
22. Engell T, Kirkøen B, Aarons GA, Hagen KA. Individual level predictors of implementation climate in child welfare services. Child Youth Serv Rev. 2020;119:105509. DOI: [10.1016/j.childyouth.2020.105509](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105509)
23. Pinheiro J, Bates D, DebRoy S, Sarkar D, R Core team. nlme: linear and nonlinear mixed effects models [internett]. R package version 3.1-153; 2021 [hentet 29. mai 2026]. Tilgjengelig fra: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3610088>
24. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 3. utg. Chichester: John Wiley & Sons; 2016.
25. Söling S, Pfaff H, Karbach U, Ansmann L, Köberlein-Neu J, Kellermann-Mühlhoff P, et al. How is leadership behavior associated with organization-related variables? Translation and psychometric evaluation of the implementation leadership scale in German primary healthcare. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1065. DOI: [10.1186/s12913-022-08434-z](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08434-z)
26. Llarena M, Rogers HL, Macia P, Pablo S, Gonzalez-Saenz de Tejada M, Montejo M, et al. Validity and reliability of the transculturally adapted Spanish version of the Implementation Leadership Scale (ILS). Implement Sci Commun. 2023;4(1):112. DOI: [10.1186/s43058-023-00495-3](https://doi.org/10.1186/s43058-023-00495-3)

27. Hu J, Gifford W, Ruan H, Harrison D, Li Q, Ehrhart MG, et al. Validating the Implementation Leadership Scale in Chinese nursing context: a cross-sectional study. *Nurs Open*. 2021;8(6):3420–9. DOI: [10.1002/nop2.888](https://doi.org/10.1002/nop2.888)
28. Simon HA. Bounded rationality and organizational learning. *Organ Sci*. 1991;2(1):125–34. DOI: [10.1287/orsc.2.1.125](https://doi.org/10.1287/orsc.2.1.125)
29. Nilsen P, Potthoff S, Birken SA. Conceptualising four categories of behaviours: Implications for implementation strategies to achieve behaviour change. *Front Health Serv*. 2022;1:795144. DOI: [10.3389/frhs.2021.795144](https://doi.org/10.3389/frhs.2021.795144)
30. Corbin CM, Lyon AR, Collins VK, Ehrhart MG, Goosey R, Locke J. The incremental association of implementation leadership and school personnel burnout beyond transformational leadership. *Sch Psychol*. 2024;39(3):269–79. DOI: [10.1037/spq0000577](https://doi.org/10.1037/spq0000577)
31. Hein HH. Primadonnaledelse: når arbejdet er et kald. København: Gyldendal Business; 2013.
32. Haga SM, Jacobsen H, Engell T. Determinants of implementation of child-parent psychotherapy to treat early childhood trauma: a reflexive analysis. *BMC Health Serv Res*. 2025;25:907. DOI: [10.1186/s12913-025-12937-w](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12937-w)
33. Manz CC. Self-leadership: toward an expanded theory of self-influence processes in organizations. *Acad Manage Rev*. 1986;11(3):585–600. DOI: [10.2307/258312](https://doi.org/10.2307/258312)
34. Peters N, Borge RH, Skar A-MS, Egeland KM. Measuring implementation climate: psychometric properties of the Implementation Climate Scale (ICS) in Norwegian mental health care services. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):23. DOI: [10.1186/s12913-021-07441-w](https://doi.org/10.1186/s12913-021-07441-w)
35. Rothman KJ. *Epidemiology: an introduction*. Oxford: Oxford University Press; 2002.