

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Norge og Sverige bruker ulike beslutningsstøtteverktøy i kommunehelsetjenesten

Praksisen bør bli likere i de to nabolandene. Dette gjelder særlig i arbeidet med å utvikle og ta i bruk slike verktøy som er basert på kunstig intelligens.

[Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen](#)

Professor og forsker
Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold

[Åsa Högstedt](#)

Doktorand
Institutionen för vårdvetenskap, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås

[Peter Lundgren](#)

Prosjektleder
Institutionen för vårdvetenskap, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås

[Camilla Hardeland](#)

Seniorforsker og førsteamanuensis
Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin, Oslo universitetssykehus og Høgskolen i Østfold

[Prehospital](#)

[Kunstig intelligens](#)

[Klinisk beslutningstaking](#)

Sykepleien 2025;113(98564):e-98564

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2025.98564](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2025.98564)

Hovedbudskap

Oppgavene til kommunale helsetjenester blir stadig mer avanserte, og bemanningen er presset. Da er det viktigere enn noensinne med gode beslutningsstøtteverktøy. Vi har kartlagt bruken av slike verktøy i 26 kommuner i Norge og Sverige. Kartleggingen viser at bruken av dem varierer stort – både mellom land, tjenester og situasjoner. Vil det da være mulig å utvikle felles verktøy på tvers av tjenester og land i fremtiden?

Vi vet at det stadig blir flere eldre pasienter med mer komplekse sykdommer, samtidig som vi blir færre ansatte i helsetjenesten. Politisk har det vært mye oppmerksomhet på å bygge kompetanse «nedenfra» og flytte oppgaver fra høyere til lavere kompetanse (1).

Sykehusene er for små, slik at medisinske observasjoner, behandlinger og oppfølginger overføres til kommunene. Derfor stilles det stadig høyere krav til at helsepersonell skal kunne ta godt begrunnede beslutninger. I en slik situasjon vil beslutningsstøtteverktøy kunne være en støtte for personellet, uavhengig av kompetanse. Men det fordrer at man benytter validerte verktøy som er spesifikt tilpasset det gitte formålet eller settingen.

«Beslutningsstøtteverktøy vil kunne være en støtte for personellet, uavhengig av kompetanse.»

I forarbeidene til helsepersonelloven § 29 uttales det at «'beslutningsstøtteverktøy' er et vidt begrep» som i utgangspunktet omfatter «alle typer kunnskapsbaserte hjelpemidler eller støttesystemer, som kan gi råd og støtte, og veilede helsepersonell ved ytelse av helsehjelp» (2).

Strukturerte observasjons- og kartleggingsverktøy kan være noen virkemidler for å sikre at endringer i pasientenes helsetilstand blir oppdaget, og dermed kan fungere som beslutningsstøtte og veiledning for helsepersonellet.

Et eksempel på slike beslutningsstøtteverktøy er NEWS (National Early Warning Score), som er et validert verktøy for å identifisere forverret tilstand. Det ble utviklet for å oppdage hjertestans, mortalitet og mulig overflytting til intensivavdeling innen 24 timer (3).

EU-program skal styrke samarbeidet mellom landegrensene

Interreg-prosjektet Kontiki (se faktaboks) startet opp i 2019. Interreg er et EU-program som har som mål å styrke samarbeid over landegrensene, fremme regional utvikling, utveksle kunnskap og gi bærekraftig økonomisk vekst.

I Kontiki var målet å ta i bruk kunstig intelligens (KI) for beslutningsstøtte for pasienter og helsetjenesten, med ønske om å forbedre tilbudet til pasientene og samtidig effektivisere ressursbruken. Ideen var at datainnsamling fra begge sider av grensen ville gi grunnlag for å kunne utvikle bedre systemer enn det som var tilgjengelig ved hjelp KI.

«Datainnsamling fra begge sider av grensen ville gi grunnlag for å kunne utvikle bedre systemer enn det som var tilgjengelig ved hjelp KI.»

Som et utgangspunkt for videre arbeid med bruk av KI kartla vi i 2020 hvilke beslutningsstøtteverktøy som ble benyttet generelt i ulike helsetjenester, og hvilke som ble benyttet spesielt for pasienter med hjertesvikt, i 15 svenske og 11 norske kommuner.

FAKTA

Samarbeidsprosjektet Kontiki

Formålet med Kontiki-prosjektet er å utvikle systemer for beslutningsstøtte basert på kunstig intelligens (KI). Systemene skal hjelpe helsevesenet med å ta bedre beslutninger for å forbedre pasientenes livskvalitet og forlenge levetiden. Samtidig skal ressursbruken i helsevesenet effektiviseres.

Det skal gjennomføres datainnsamling og utvikling av prototyper på KI-baserte systemer for beslutningsstøtte som skal kunne benyttes både i spesialisthelsetjenesten og kommunal omsorg.

Prosjektet vil gi mulighet for å skape og spre kunnskap samt utvikle og ta i bruk nye verktøy for fremtiden. Det vil samtidig føre til økt digitalisering av helsevesenet. Interreg-prosjektet vil gi tilgang til et stort og voksende regionalt, nasjonalt og nordisk så vel som internasjonalt område.

Målet med prosjektet er altså å bidra til en bedre, mer kostnadseffektiv og likeverdig helsetjeneste. Dette skal oppnås ved å utvikle og utnytte digitale løsninger basert på KI, som beslutningsstøtte.

Prosjektene forventes å resultere i følgende:

- videreutviklet samarbeid mellom akademia, regioner, kommuner og små og mellomstore bedrifter på tvers av landegrensene
- videreutviklede strukturer for utnyttelse og kommersialisering av prosjektresultater
- økt aktivitet og konkurransekraft for små og mellomstore bedrifter
- utvikling av produkter for digitale løsninger inkludert KI-basert støtte til helsevesenet

Kilde: [*Interreg*](#)

Vi kartla beslutningsstøtteverktøy i Norge og Sverige

En spørreundersøkelse for å kartlegge hvilke beslutningsstøtteverktøy som var i bruk i ulike kommuner, ble sendt ut vinteren 2020. I Sverige ble datainnsamlingen gjennomført i kommunene Bengtsfors, Dals-Ed, Färgelanda, Lilla Edet, Lysekil, Mellerud, Munkedal, Orust, Sotenäs, Strömstad, Tanum, Trollhättan, Uddevalla, Vänersborg og Åmål, med et samlet innbyggertall på 288 000.

I Norge ble datainnsamlingen gjennomført i kommunene Aremark, Fredrikstad, Halden, Marker, Moss, Rakkestad, Sarpsborg, Skiptvedt, Våler, Hvaler og Råde, med et samlet innbyggertall på

cirka 223 000 personer. Disse områdene grenser til hverandre på hver side av de to landene og består av både sentrale og rurale områder.

110 ledere besvarte spørreundersøkelse

Totalt 110 ledere fra ulike tjenester besvarte spørreundersøkelsen – henholdsvis 70 i Norge og 40 i Sverige, fordelt på følgende typer organisasjoner (S = Sverige, N = Norge):

- hjemmesykepleien (n = 6 S, n = 17 N)
- vårdcentraler (n = 19 S)
- sykehjem (n = 25 N)
- andre kommunale helsetjenester, for eksempel omsorgsbolig, bofellesskap (n = 17 N)
- andre team, for eksempel palliative team, nærsjukvårdsteam (n = 7 S)
- ambulansestasjoner (n = 6 S, n = 4 N)
- kommunal akuttavdeling (n = 2 N)
- legevakt (n = 2 N)
- private mottak (n = 2 S)

Svarene på norsk side representerer 4027 ansatte fordelt på 70 virksomheter, og på svensk side 1414 ansatte fordelt på 40 virksomheter.

Verktøyene brukes til forskjellige formål

De rapporterte verktøyene har ulikt formål. RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment System) «benyttes som et verktøy for å gi pasienten rett hastegrad og rett prioritet når pasienten blir tatt hånd om av ambulansetjenesten. [...] RETTS er en protokoll for hastegradsvurdering av alle voksne og barn uavhengig av klinisk tilhørighet» (4).

Wells' skår brukes derimot hvis anamnesen og den kliniske undersøkelsen har vakt mistanke om dyp venetrombose (DVT) (5), mens NEWS og varianten MEWS (Modified Early Warning Score) er skåringssystemer for måling av livsviktige funksjoner, vitale parametere, hos syke personer (6).

Pasienter som har verdier utenfor normalverdiene på én eller flere av disse parameterne, kan omtales som «ustabile» med behov for mer intensivt medisinsk overvåkning.

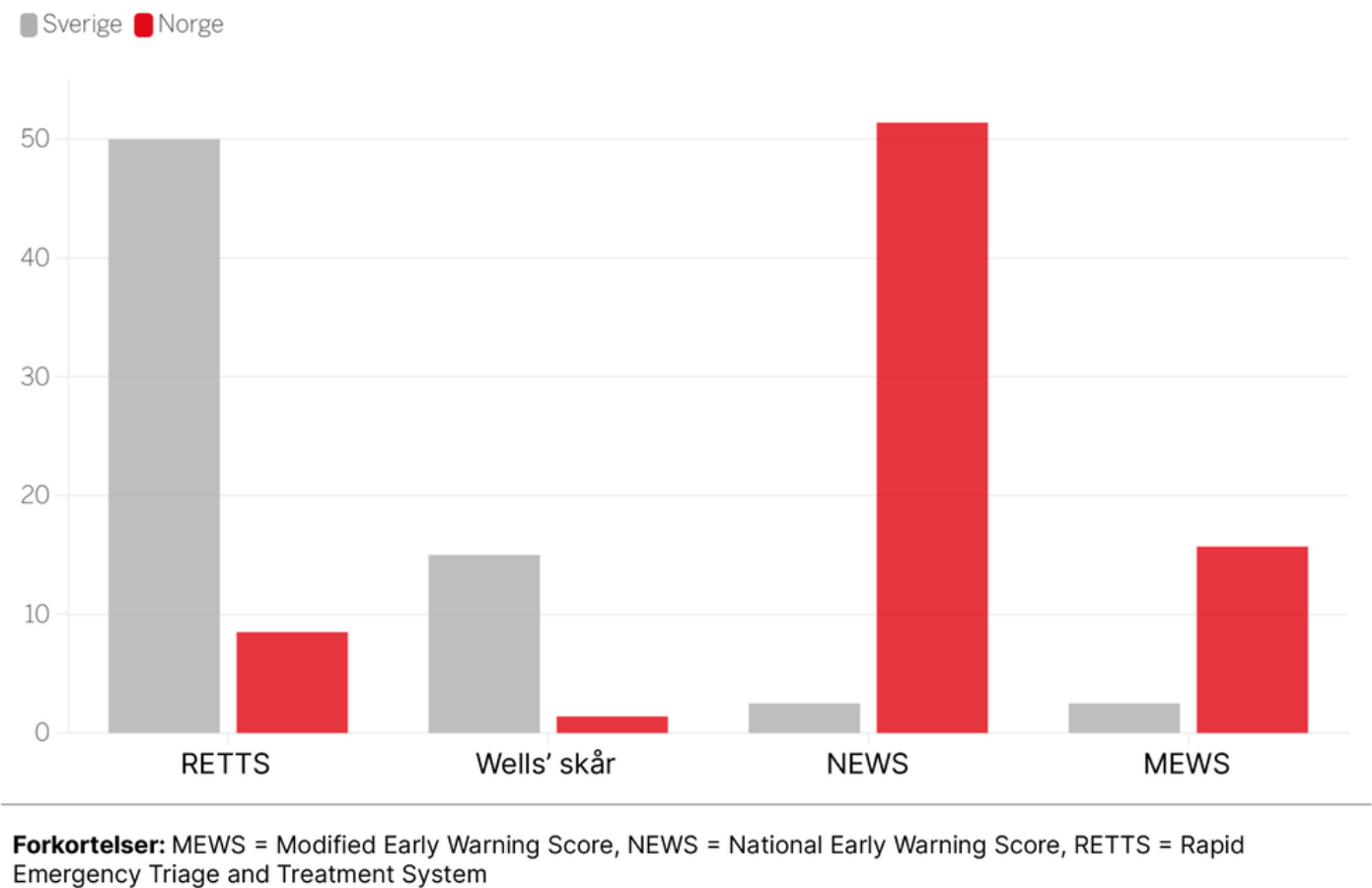
Norge og Sverige bruker ulike beslutningsstøtteverktøy

Totalt rapporterte henholdsvis 62,2 prosent (S) og 65,7 prosent (N) at de benytter medisinske beslutningsstøtteverktøy i sin virksomhet. Av disse rapporterte 75 prosent (S) og 93,5 prosent (N) at et slikt verktøy benyttes ved rapportering til andre helsearbeidere. En mye lavere andel rapporterte at de benytter slike verktøy ved hjertesvikt, henholdsvis 17,9 prosent (S) og 30,4 prosent (N).

«Totalt rapporterte henholdsvis 62,2 prosent (S) og 65,7 prosent (N) at de benytter medisinske beslutningsstøtteverktøy i sin virksomhet.»

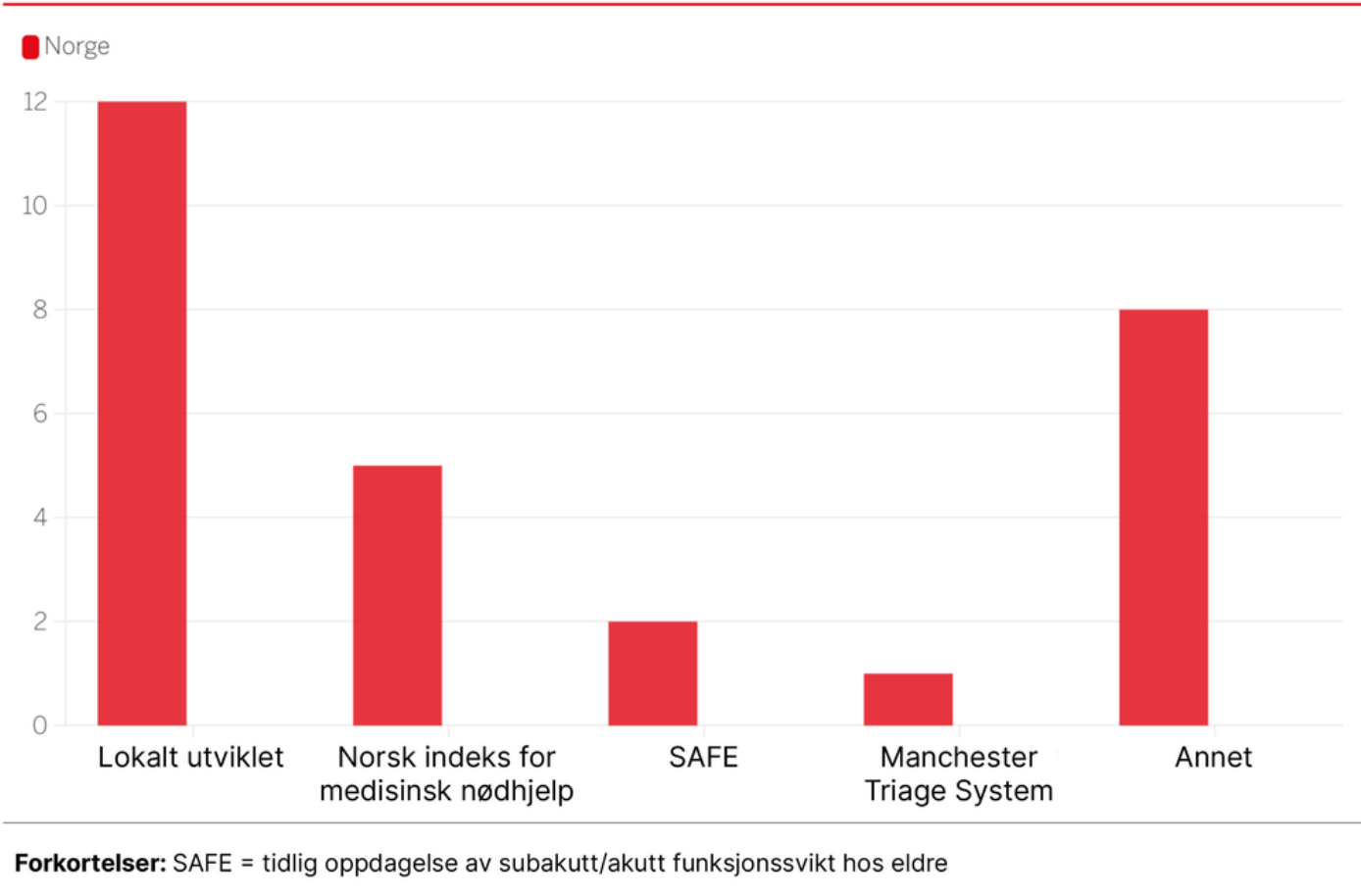
Figur 1 viser hvilke beslutningsstøtteverktøy som ble rapportert benyttet i henholdsvis Sverige og Norge, oppgitt i prosent. RETTS ble hyppigst brukt i Sverige, mens NEWS og MEWS ble hyppigst brukt i Norge.

Figur 1. Beslutningsstøtteverktøy som benyttes



Figur 2 viser hvilke andre beslutningsstøtteverktøy som ble rapportert benyttet i Norge.

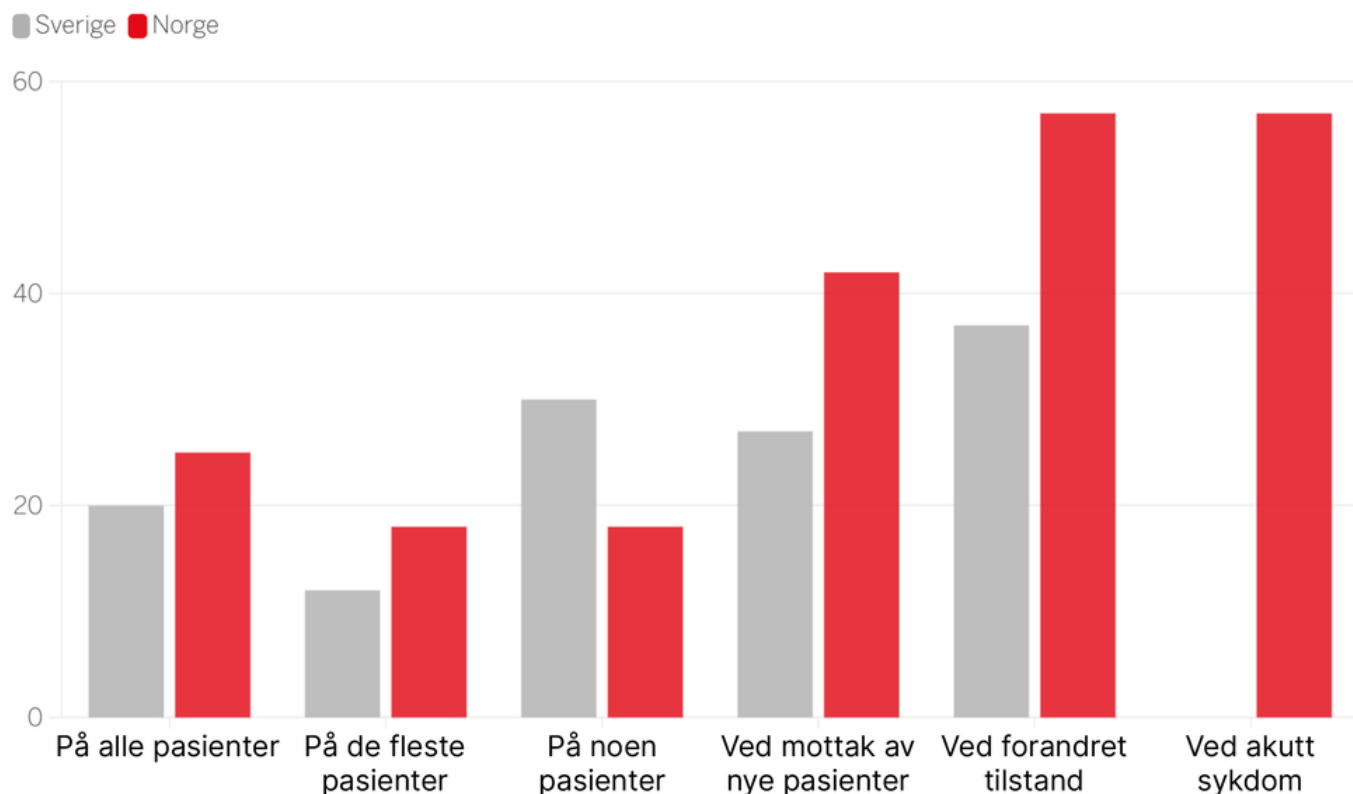
Figur 2. Andre beslutningsstøtteverktøy benyttet i Norge



SAFE (tidlig oppdagelse av subakutt/akutt funksjonssvikt hos eldre) benyttes for å oppdage subakutt eller akutt funksjonssvikt hos eldre tidlig (7). Under «annet» spesifiserte respondentene bruk av QSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score), Glasgow Coma Scale, ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) og PEWS (Pediatric Early Warning Score). Disse andre verktøyene ble kun rapportert brukt i Norge.

Figur 3 viser når beslutningsstøtteverktøy ble benyttet i henholdsvis Sverige og Norge. Beslutningsstøtteverktøy ble hyppigst brukt ved akutt sykdom og forandret tilstand i Norge og ved forandret tilstand i Sverige. Det var også forskjell på om slike verktøy ble benyttet på alle, de fleste eller noen pasienter, og om de ble brukt ved mottak av nye pasienter.

Figur 3. Når beslutningsstøtteverktøy benyttes

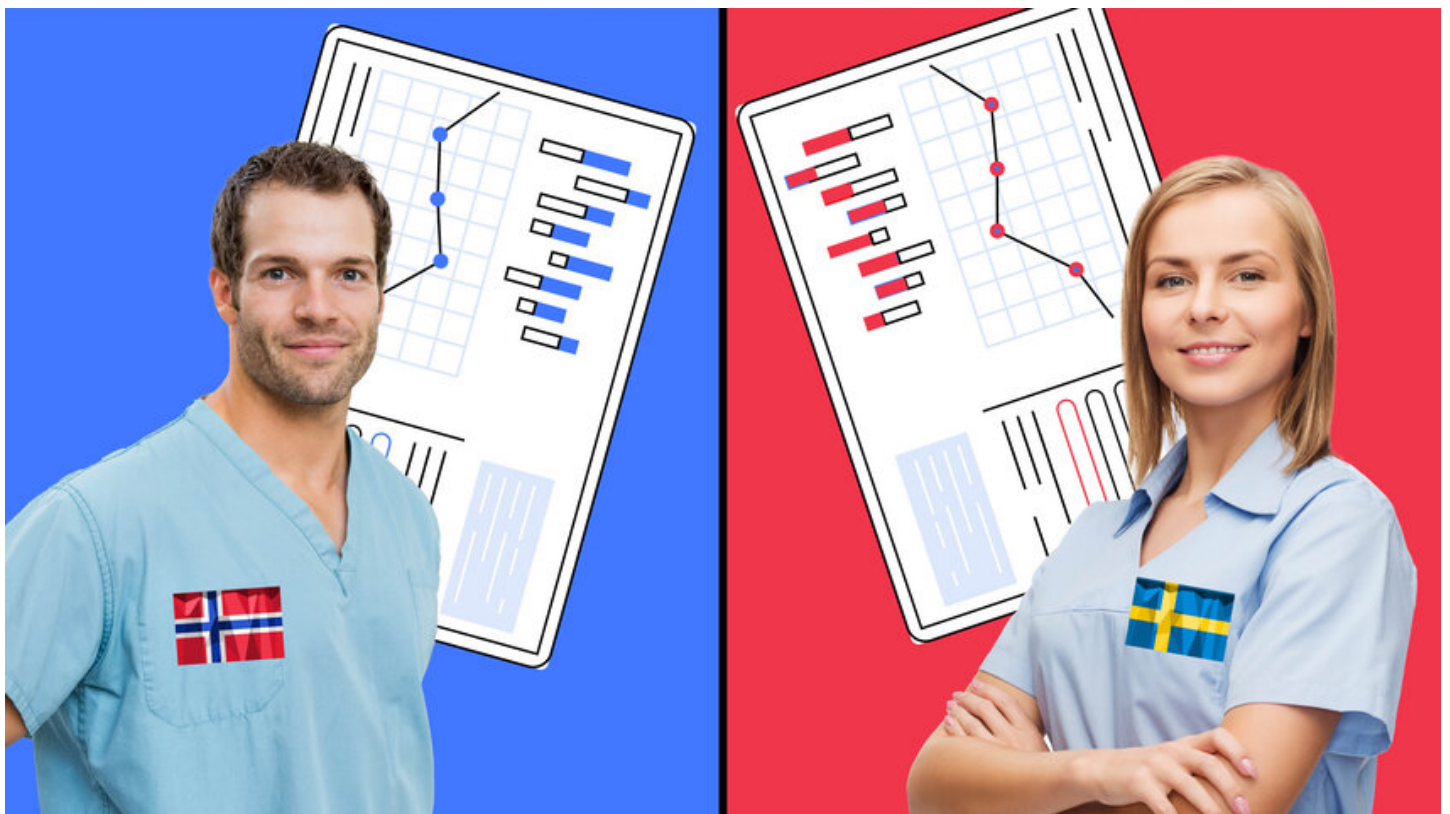


Hvordan kan vi utvikle felles beslutningsstøtteverktøy?

Kartleggingen viser at man har valgt å ta i bruk ulike beslutningsstøtteverktøy i helsetjenester utenfor sykehus i Sverige og Norge. Spørsmålet er hvilke konsekvenser det kan ha for en fremtidig felles utvikling og implementering av KI-baserte beslutningsstøtteverktøy.

Denne kartleggingen viser at det er behov for videre utredning av hvilke verktøy som bør benyttes til hvilke pasienter, i hvilke settinger, samt hvordan beslutningsstøtteverktøy best kan implementeres for å sikre hensiktsmessig bruk i fremtiden.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KOMMUNALE HELSETJENESTER: Beslutningsstøtteverktøy ble hyppigst brukt ved endringer i pasientens helsetilstand i Norge og Sverige og ved akutt sykdom i Norge. Det var også forskjeller i hvor mange pasienter verktøyene ble brukt på, og om de ble benyttet ved mottak av nye pasienter. *Foto: Mostphotos. Illustrasjon: Sissel Vetter*

1. NOU 2023: 4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [internett]. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon; 2023 [hentet 23. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou2>
2. Helsedirektoratet. Rundskriv for regelverket for utvikling av kunstig intelligens [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 16. mars 2022 [hentet 23. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://kudos.dfo.no/documents/46806/files/30096.pdf>
3. Kompetansebroen. ABCDE og NEWS. Nordbyhagen: Akershus universitetssykehus; u.å. Tilgjengelig fra: <https://www.kompetansebroen.no/film/abcde-og-news>
4. Nasjonalt kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (Nakos). RETTS. Rapid Emergency Triage and Treatment System [internett]. Nakos; 30. juni 2015 [hentet 23. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: https://nakos.no/pluginfile.php/41990/mod_resource/content/1/RETTS%20ambulanseavdelinge
5. Legehåndboka. Wells skår – dyp venetrombose (DVT) [internett]. Tiller: Norsk Helseinformatikk; 20. september 2022 [hentet 21. mars 2025]. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/skjema-kalkulatorer/kalkulatorer/akuttmedisin/wells-skar-dvt>

6. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 30. april 2020 [hentet 23. oktober 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
7. Glattre E, Gjevjon ER, Skredsvig K. Sluttrapport for prosjektet Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012–2013. Oslo: Oslo universitetssykehus; 2014.