

Abstractbok

Helsetjenesteforskningskonferansen 2020

Innholdsfortegnelse

1. ANNEN HELSETJENESTEFORSKNING	
Sesjon 1	3
Sesjon 2	6
2. BEHOV FOR BRUKERMEDVIRKNING.	
Sesjon 2	9
Sesjon 3	12
Sesjon 4	14
3. FORDELING, ORGANISERING OG FINANSIERING AV HELSETJENESTER	
Sesjon 1	17
Sesjon 2	20
Sesjon 3	23
Sesjon 4	26
4. KOMMUNALE AKUTTE DØGNHETER	
Sesjon 1	29
Sesjon 2	32
Sesjon 4	35
5. KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	
Sesjon 1	39
Sesjon 2	40
Sesjon 3	43
Sesjon 4	45
6. RANDOMISERTE OG KVASI-EKSPERIMENTELLE STUDIER	
Sesjon 3	48
Sesjon 4	50
7. STYRING OG LEDELSE I HELSETJENESTEN	
Sesjon 1	53
Sesjon 3	56
8A. PASIENTBEHANDLING, PASIENTFORLØP OG SAMHANDLING	
Sesjon 1	59
Sesjon 2	62
Sesjon 3	65
Sesjon 4	66
8B. PASIENTBEHANDLING, PASIENTFORLØP OG SAMHANDLING	
Sesjon 1	69
Sesjon 2	72
Sesjon 3	75
Sesjon 4	77
8C. PASIENTBEHANDLING, PASIENTFORLØP OG SAMHANDLING	
Sesjon 1	80
Sesjon 2	83
Sesjon 4	86
8D. PASIENTBEHANDLING, PASIENTFORLØP OG SAMHANDLING	
Sesjon 1	89
Sesjon 2	92
POSTERE	95

Etiske utfordringer og velgjørenhet i eldreomsorgen: hvordan handler helsepersonell for å sikre pasientens beste i vanskelige situasjoner?

Linda Rykkje, Marit Hem, Anne-Lise Holm

Bakgrunn

Reisæter fikk i 2018 oppmerksomhet da hun sluttet som sykepleier pga mangel på tid og for få faglærte til å håndtere arbeidsoppgavene, noe som resulterer i dårlig kvalitet og uverdigg omsorg for eldre. NSF påpeker også at det mangler kvalifisert personell i sykehjem, og at sykepleiere ofte forlater eldreomsorgen. Forskning antyder at det er sammenhenger mellom omsorgskvalitet og organisering og bemanning i sykehjem, men det anbefales også å ”fokusere på hva de ansatte faktisk gjør”. Videre er etisk kompetanse en forutsetning for omsorg av høy kvalitet, og det er derfor behov for forskning om etiske utfordringer i praksis.

Formål

Formålet er todelt; for det første å gi kunnskap om etiske utfordringer i omsorg for eldre pasienter i institusjoner som sykehjem og sykehus, og for det andre å belyse hva helsepersonell ”faktisk gjør” og hvordan de takler sine etiske utfordringer.

Metode

Datamaterialet er refleksjonsnotater fra tverrfaglig videreutdanning i avansert gerontologi, innhentet i 2017-2018. Studentene var kvinner, hadde helsefaglig bachelor (flestep sykepleiere), arbeidserfaring fra eldreomsorg, og de fleste arbeidet i hjemmetjenester eller sykehjem, noen på sykehus. Et flertall kom fra Bergen/omegnskommuner, et mindretall var fra andre kommuner på Vestlandet, Nord-Norge og Østlandet. Studentene har samtykket skriftlig til bruk av notatene. Alle notater ble lest av forskerne, deretter ble notater ikke relatert til institusjon utelatt; vi har inkludert 42 av 83 notater. Vi brukte tematiske analyse (Braun & Clarke, 2006), der vi gjennom flere felles drøftinger kom frem til tre hovedtemaer.

Resultat

Studentene tilstreber å gjøre det som er i pasientens beste interesse (velgjørenhet) i utfordrende situasjoner. Funnene presenterer etiske utfordringer når det gjelder å møte sårbare pasienter og spesielt personer med demens, hvordan få en balansert relasjon mellom omsorgsgiver og pasient, forhold ved pasientens autonomi og hvordan utøve profesjonell omsorg. Videre fremhever funnene etiske utfordringer knyttet til samarbeid med pårørende.

Prosjektet ”Ungdomsvennlige velferdstjenester”

Stig Hermann Nygård, Torbjørn Mohn-Haugen, Marius Pettersen

Bakgrunn

Bakgrunnen for prosjektet ”ungdomsvennlige velferdstjenester” er tilbakemeldinger både fra ungdom og ansatte i velferdstjenestene. De beskriver en situasjon der en del ungdom ikke får tilbud om de tjenestene de har behov for, eller at tilbudene ikke samsvarer med ungdommenes behov. I tillegg er det kommet tilbakemeldinger på at kvaliteten på tjenestene må bedres slik at de treffer ungdommen bedre. I en SINTEF-rapport fra 2017 kommer det frem at de beste ungdomstiltakene er de med størst grad av brukermedvirkning.

Formål

Målsetningen med prosjektet har vært å løfte frem hva som fungerer i tjenester rettet mot ungdom og få inn ”de gode historiene” fra ungdom, forskere og fagpersoner om hva det innebærer at tjenestene er ”ungdomsvennlige”. I prosjektet er det lagt stor vekt på å få frem ungdoms egne behov og tanker.

Metode

Det ble gjennomført ”workshops” med ungdom, fagpersoner og forskere. Disse ble invitert inn hver for seg for å dele av sine kunnskaper og erfaringer om hva det innebærer å tilby ungdomsvennlige velferdstjenester. Aksjonsforskning ble benyttet som verktøy fordi det var et ønske om å komme nært på deltagerne og få førstehåndstilgang til kunnskapen. Vi benyttet tilnærmingen ”Appreciative Inquiry” som legger vekt på å lete etter det som fungerer optimalt. Etter workshopene ble det gjennomført tekstbaserte analyser av referatene og utsagnene fra gruppearbeidene under workshopene. Det ble deretter arbeidet med å formidle resultatene gjennom et hefte og nettsiden www.ungdomsvennlig.no. I tillegg er det blitt utviklet et testverktøy som kan gi tjenester og fagpersoner innsikt i hvor ”ungdomsvennlige” deres tjeneste, eller de som fagperson er.

Konklusjon

Tjenestene til ungdom må være fleksible, tilgjengelige, det må gjerne jobbe unge med egenerfaring der og det er viktig at ”alle” tjenestene er samlet på samme sted. De som jobber der må være medmennesker. Det er et stort behov for dette arbeidet ute i tjenestene. Siden lansering av heftet i 2019 har prosjektgruppen blitt invitert til flere titalls tjenester for å fortelle om funnene og prosjektet ble også fremvist under EAOFs internasjonale konferanse i Verona i september 2019.

Derivation of the Norwegian EQ-5D-5L value set: recruitment and data quality

Tonya Moen Hansen, Ylva Helland, Kirsten Danielsen, Andrew Garratt

Introduction and aim

The study will derive a value set for the EuroQol EQ-5D-5L based on interview data from a nationally representative sample of the Norwegian adult general population. Previous valuation studies have encountered issues with data quality and validity and in one case, the results were not recommended for use. Valuation studies require large samples for face-to-face interviews, and being costly, data quality is highly important. The Norwegian study follows recent developments from other countries, with methods of recruitment tailored to the sparsely populated country.

Methods

The standard protocol for EQ-5D valuation studies includes interviewer training, quality control procedures and interview instructions. The protocol does not include recommendations for sampling and recruitment of respondents. Multi-stage random sampling and quota sampling will increase representativeness of the final sample. To increase the number of valuations of experienced health states, those with less than perfect health will be over-sampled, increasing the total number of interviews from 1000 to 1500.

Aspects of data collection that are dependent on Norwegian and local conditions, are being monitored and adjustments made where necessary. Trained interviewers complete ten test interviews before partaking in data collection. Throughout data collection, quality control criteria are applied and results discussed by the project team and EuroQol.

Results

Twelve interviewers have completed training and test interviews according to protocol. As of 3rd December 2019, 200 interviews have been completed in Akershus East, the first of six geographical areas. Respondents come from a range of predefined types of locations, selected according to quotas (age, gender, socioeconomic status), including sheltered housing, college/university, social security offices, sports clubs and other societies, rehabilitation clinics and workplaces. Quality control results are comparable or better than those for other countries at similar stages of data collection. Further results of recruitment and quality control data from the interviews, will be presented at the conference.

Målet er systematisk traumekartlegging: Er holdninger til evidensbasert praksis en del av løsningen?

Randi Hovden Borge, Ane-Marthe Solheim Skar, Tine Jensen

Bakgrunn

En viktig forutsetning for vellykket implementering av evidensbaserte behandlingsmetoder i helsetjenestene er gode rutiner for kartlegging og identifisering av pasienter som kan ha nytte av metoden som implementeres. Holdninger til evidensbasert praksis trekkes ofte frem som en faktor med betydning for implementeringsutfall.

Formål

Denne studien undersøker sammenhengen mellom holdninger til evidensbasert praksis blant ledere og terapeuter og kartlegging av traumer og traumesymptomer i forbindelse med implementering av traume-fokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i perioden 2012-2017.

Metode

Studien inkluderer data fra 31 klinikker som deltok i prosjektet. Ved oppstart av implementeringen av TF-CBT ved deres klinikk, besvarte ledere og terapeuter spørsmål fra The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS-15; 5-punkt Likert-skala fra 1 (Ikke enig i det hele tatt) til 5 (Enig i veldig stor grad)). Kartleggingsgrad ble definert som prosentandel nye pasienter kartlagt for traumer og traumesymptomer i løpet av det første året etter oppstart ved klinikken. Kartlegging ble gjennomført med henholdsvis KATE-B og CPSS eller CATS.

Konklusjon/Resultat

Gjennomsnittsskårer for holdninger til evidensbasert praksis var høye blant både terapeuter ($M=4,0$; $SD=0,2$) og ledere ($M=4,0$; $SD=0,4$). Det var stor variasjon i kartlegging på tvers av klinikkene. Traumekartlegging varierte fra 20 til 93 prosent ($M=54$; $SD=19$) og kartlegging av traumesymptomer fra 16 til 98 prosent ($M=59$; $SD=20$). Foreløpige resultater antyder moderate positive sammenhenger mellom kartlegging og åpenhet til evidensbasert praksis blant terapeuter og ledere, samt moderat negativ sammenheng mellom kartlegging og terapeuters avvikende holdninger. Ingen av sammenhengene var statistisk signifikante på 0,05-nivået, noe som blant annet kan skyldes få analyseenheter. Til tross for at holdningene til kunnskapsbasert praksis generelt er positive blant ledere og terapeuter i BUP, er det store variasjoner i systematisk traumekartlegging. Sammenhengen mellom holdninger og kartlegging vil bli diskutert.

Muligheter og utfordringer med velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse

Marianne V. Trondsen og Undine Knarvik

Barn og unge med funksjonsnedsettelse har ulike behov og ressurser, og mange trenger bistand hele livet fra flere tjenesteområder. Velferdsteknologi (VFT) kan være et nyttig verktøy til støtte til gjennomføring av daglige gjøremål, kommunikasjon og sosial deltakelse, samt gi trygghet for brukeren selv og pårørende. Nasjonalt velferdsteknologiprogram i regi av Helsedirektoratet, KS og Direktoratet for e-helse, har gjennom tilskuddsordninger gitt støtte til 6 kommuner for utprøving av VFT for barn og unge med nedsatt funksjonsevne og deres familier.

Nasjonalt senter for e-helseforskning bidrar med forskning og utredning innenfor en 5-årig tidsramme (2016-2020) knyttet til kommunenes utprøving av VFT, for å styrke kunnskapsgrunnlaget i et utforsket felt. Gjennom 2 kunnskapsoppsummeringer og 4 kvalitative delstudier er hensikten å utforske hvorvidt og hvordan VFT kan bistå barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres familier, og inngå som del av et helhetlig tjenestetilbud til målgruppen gjennom livsløpet. Basert på individuelle intervjuer og fokusgrupper med foreldre/foresatte, barn og unge, ulike fagpersoner (helse-, omsorg-, oppvekst- og fritidssektor), representanter på ulike tjeneste- og ledelsesnivåer i kommunene og NAV, har vi undersøkt betydningen av VFT for målgruppen sett fra både et bruker-, tjenesteutøver- og et organisatorisk perspektiv.

Studiene viser at VFT har et stort potensiale for barn og unge med funksjonsnedsettelse til selvstendighet, deltakelse og mestring av daglige gjøremål i et livslangt perspektiv. Familiene peker i all hovedsak på gode erfaringer med bruk av VFT, dersom teknologiske, organisatoriske og sosiale/individuelle forutsetninger blir ivarettatt. Funnene viser at ved innføring av VFT er det nødvendig å ta utgangspunkt i brukerens behov og forutsetninger, og ha forståelse av og kunnskap om feltets kompleksitet. Med målrettet innsats i forhold til organisatoriske forutsetninger på bruker-, tilrettelegger- og forankrings- og ledelsesnivå, vil velferdsteknologi kunne fungere som et meningsfylt og nyttig verktøy i kommunenes tjenestetilbud til barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Hvor gode er kommunene til å ta vare på helsen til innbyggerne sine?

Kjersti Helene Hernæs, Henning Øien

Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Etter endt sykehusbehandling, skal relativt like pasienter ha omtrent samme forutsetninger for å leve (ikke dø), eller unngå reinnleggelse. De siste årene har kommunene fått mer ansvar, blant annet gjennom Samhandlingsreformen, som la vekt på samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenestene. Befolkningen blir stadig eldre, og det forventes at behovet for helsetjenester vil øke betydelig i årene som kommer. Kommunene står dermed overfor store utfordringer i tiden framover, og trenger et så bredt kunnskapsgrunnlag som mulig for å kunne forberede seg på de endringene som vil komme. I denne artikkelen håper vi å gi et bidrag til dette kunnskapsgrunnlaget. Vi vil studere forskjeller mellom kommuner i hvordan det går med pasienter som blir utskrevet fra sykehus. Vi avgrensner utvalget til pasienter som ikke har vært på sykehus de to foregående årene, som får et «helsesjokk». Deretter følger vi pasientene så lenge dataene våre tillater. Vi bruker data fra Norsk pasientregister (NPR) og Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), koblet med registerdata for inntekt og utdanning. Vi kan dermed kontrollere for pasientens helsetilstand og «sykehistorie», samt deres sosioøkonomiske status. Vi estimerer en modell med tre nivåer (individ, kommune og sykehus), for å se hvordan helseutfall (blant annet død og reinnleggelse) varierer mellom kommuner, kontrollert for observerbare individkjennetegn og behandlende sykehus. Våre foreløpige analyser tyder på at det er noen forskjeller mellom kommunene.

Hvordan møte behovene til mennesker med en langvarig rushistorie? Erfaringer fra et lavterskeltilbud i Oslo

Hilde Sylliaas, Anne Langaas, Thomas Solgård Svendsen

Bakgrunn

Målet med denne studien var å få kunnskap om brukerne av Fyrlyset og Feltpleien, Frelsesarmeens kontaktsenter for mennesker med rusavhengighet i Oslo, relatert til de daglige utfordringene de opplever. Videre ønsket man å evaluere dagens tjenester og tilegne seg ny kunnskap om hvilke andre eller nye tjenester brukerne mente ville gi mer innhold i hverdagen.

Metode

Undersøkelsen er utført på nettbrett, og brukerne fikk utdelt brettet for selvutfylling. Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av to uker i februar 2019.

Resultater og konklusjon

Undersøkelsen baseres på individuelle svar (n=186) fra brukergruppen på Fyrlyset og Feltpleien, hovedsakelig menn over 50 år (86%). Studien viser at 85% av brukerne besøker tjenestene flere ganger i uken, og de er der i mer enn 60 minutter ved hvert besøk. 71% oppgir at de bruker minst ett rusmiddel per uke og 25% sier at de drikker alkohol fire ganger eller mer pr. uke. Resultatene viser at 35% av respondentene har hjerte- og lunge-sykdom, 33% av de spurte oppgir at de har kroniske smerter, mer enn 80% oppgir at de har utfordringer med mer enn én psykisk lidelse, og 58% svarer at de har søvnvansker og utfordringer med ensomhet. Cirka 15% har HIV, hepatitt eller sårinfeksjoner og abscesser.

Tilbudet som rangeres høyest ved tiltaket er måltidene. Videre er tjenester som oppleves som viktige de som dekker behovet for helse og velvære, som for eksempel tilgang til lege og sykepleier, fotpleie, frisør, klesvask og det å få klær.

Resultatene viser at brukerne har et behov for nye kulturelle, sosiale og fysiske aktiviteter som kan bidra til en mer interessant hverdag. Noe som krever at det åpnes opp for andre aktører i tiltaket.

Denne studien belyser utfordringene med ulikhet i helse og spesielt FNs' bærekraftsmål nr. 3 og 10.

Behovsidentifisert forskning; koordinering og kontinuitet i kommunale tjenester for å bedre hverdagen til multisyke eldre

Karoline Madsen, Astrid Bergland, Asta Bye, Jonas Debessay, Torunn Wibe

Bakgrunn

En stor del av dagens forskning viser seg å være bortkastet, og det eksisterer et gap mellom teori og praksis. En av grunnene til dette kan være at forskere studerer problemstillinger som ikke er relevante for praksisfeltet. For å minske teori-praksis gapet og bedre kvaliteten på forskningen, er et tiltak å spørre praksisfeltet hva de trenger ny og bedre kunnskap om, for å sikre pasientsikkerhet, kvalitet og faglig forsvarlige helsetjenester.

Formål

Eldre multisyke tjenestemottakere i Oslo Kommune og deres pårørende, ulike yrkesgrupper innen kommunale tjenester, inkludert viktige stakeholdere (aktuelle aktører) inviteres til å komme med forslag til hva de mener det er viktig å forske på knyttet til koordinering og kontinuitet for å bedre multisyke eldres hverdag. Formålet er å identifisere hva praksisfeltet opplever som relevante forskerspørsmål.

Metode

Metoden er inspirert av James Lind Alliance og baserer seg på et samarbeid mellom ulike aktører i feltet som skal undersøkes, hvor samarbeidsgruppene blir definert som "Priority Setting Partnership (PSP)". PSP handler om prosessen som skal bidra til forskning som skal påvirke tjenestetilbudet for multisyke eldre i kommunehelsetjenesten. Spørsmålene representerer kunnskapshull og prioriteringer som brukerne selv har identifisert, som i sluttfasen formes til en topp ti liste.

Konklusjon/resultat

Topp ti forskerspørsmål knyttet til koordinering og kontinuitet i de kommunale tjenestene for å bedre multisyke eldres hverdag. Enkelte forskerspørsmål skal danne grunnlag for videre PhD arbeid, og de resterende spørsmålene skal publiseres slik at andre har tilgang på og mulighet til å forske på relevante og behovsidentifiserte problemstillinger.

Kritisk vurdering av skriftlig helseinformasjon for voksne med ervervet hjerneskade

Sonia Muñoz Llord, Kjell Sverre Pettersen

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementets strategi er å øke befolkningens helsekompetanse (health literacy). Imidlertid er ikke helsekompetanse-reflekterende tiltak ovenfor voksne med kognitiv svikt etter ervervede hjerneskader eksplisitt nevnt i deres nylig utgitte rapport (mai 2019). Mange med kognitiv svikt har vanskeligheter med å forstå tilgjengelig skriftlig helseinformasjon om deres anliggende.

Formål

Å kritisk vurdere innholdet i eksisterende skriftlig helseinformasjon ovenfor voksne med ervervet hjerneskade.

Metode

Tre fagpersoner; en sykepleier, en spesialpedagog og en kommunikasjonsrådgiver, samt en brukermedvirker vurderte, uavhengig av hverandre, seks hefter med skriftlig helseinformasjon for voksne pasienter med ervervet hjerneskade. Tre hefter var spesifikt rettet mot pasientene, mens de tre øvrige var tiltenkt for pasienter, pårørende og fagpersoner. For å kritisk vurdere den helsekommunikasjonsmessige egnetheten til heftene, ble Suitability Assessment of Materials (SAM) for Evaluation of Health-related Information benyttet. SAM rangerer helseinformasjonstekster fra 0-42 poeng og inndeler analysen i seks innholdskategorier: innhold, lesbarhet, grafikk, design og typografi, motiverende og læringsfremmende og kulturell egnethet. SAM-analyse har således et helsekompetanseperspektiv.

Resultater

En brosjyre ble vurdert som uegnet (15 poeng) av deltakerne, mens fire brosjyrer ble vurdert som tilstrekkelig, (poengskårfordelinger: 17, 19, 23 og 24). Kun én brosjyre oppnådde skåren fremragende (31 poeng). De tre brosjyrene som kun var rettet mot pasienter, oppnådde jevn poengskår fra deltakerne, mens de øvrige tre brosjyrene som var rettet mot både pasienter, pårørende og fagpersoner oppnådde varierende skår. Brukermedvirkeren gav disse tre brosjyrene betydelig lavere skår enn fagpersonene.

Konklusjon

Skriftlig helseinformasjon ovenfor voksne pasienter med ervervet hjerneskade bør utvikles med et sterkere helsekompetanseperspektiv for at målgrupper skal bedre forstå innholdet. Brukermedvirkere bør delta under utvikling av slik helseinformasjon.

Et ressursperspektiv på helsefremmende faktorer hos somaliske kvinner og i somaliske kvinnemiljø

Ragnhild Ihle

Bakgrunn

Mye av forskning som foreligger om innvandrere eller somaliske kvinner peker på at kunnskap om helse er et problem hos mange, og at spesielt somaliske kvinner deltar i liten grad i samfunnslivet og at informasjon fra leger og helsepersonell i liten grad blir forstått og tatt hensyn til. I mange av beskrivelsene skapes et bilde av somaliske kvinner som uvitende, undertrykket og utenforstående som kan oppleves som stigmatiserende og lite hensiktsmessige. Forskere påpeker behovet for å tilpasse helseinformasjon til å være mer rettet mot brukernes behov. Men, hvilke helsefremmende ressurser finnes hos kvinnene selv, i deres miljøer og i deres dagliglivspraksiser?

Formål

I dette prosjektet ønsker man å synliggjøre kvinnenenes egne ressurser, og deres måte å reflektere rundt spørsmål som handler om å ta vare på sin egen og egne barns helse. Hvilken informasjon får de fra helsetjenestene? Hvordan tolker de denne informasjonen? Og hvordan får denne informasjonen betydning i deres dagligliv? Og hvordan oppfatter de offentlig helseinformasjon, og hvordan tar de ansvar for å forebygge sykdom hos seg selv og sine barn?

Metode

Prosjektet vil gjennomføre en mindre spørreundersøkelse blant kvinner i det somaliske miljøet i Bergen. Etterpå vil det bli gjennomført et eller flere fokusgruppeintervju.

Resultat

Foreløpige resultater vil foreligge medio mars måned.

Death, dying and culture

Beret Bråten

The sociologist Norbert Elias describes dying as a lonely yet fundamentally social phenomenon. He argues that death carries social meaning that is group specific, has been learned and varies between societies. So, what about those who die “in between” societies? Those who have migrated from one society to another and who – when they are dying – do so in institutions and among professionals from the migrants’ country of destination? This presentation is based on 32 interviews with health professionals (mostly doctors and nurses) in palliative care at four Norwegian hospitals. The interviews investigate experiences of working with a diverse group of patients and families towards the end of life. One common challenge identified was “cultural differences”. What does this imply? I will address this by answering three questions: What do health professionals describe as challenging “cultural differences”? Why are they considered challenging? How do they deal with them? Following the analytical strategy of Carol Bacchi, social and relational “problems” are understood as constructed within contexts of power differentials. How a “problem” is constructed and interpreted has consequences for how solutions are sought. Problem constructions occur in texts (white papers, media articles, laws etc.) and in speech, making it possible – as I do in this presentation – to discuss how the problem of “cultural difference” is represented in health professionals’ talk, how they deal with experienced challenges and how this affects the overall ambitions of health services equal to all.

The James Lind Alliance process approach: scoping review

Agnete Nygaard, Liv Halvorsrud, Siv Linnerud, Ellen Karine Grov

Objective

To summarize study descriptions of the James Lind Alliance (JLA) approach to the Priority Setting Partnership (PSP) process and how this process is used to identify uncertainties and develop lists of Top 10 priorities

Design

Scoping review.

Data sources

The Embase, Medline (Ovid), PubMed, CINAHL and the Cochrane Library as of October 2018.
Study selection: All studies reporting the use of JLA process steps and the development of a list Top 10 priorities, with adult participants aged 18 years.

Data extraction

A data extraction sheet was created to collect demographic details, study aims, sample and patient group details, PSP details (e.g., stakeholders), lists of Top 10 priorities, descriptions of JLA facilitator roles and the PSP stages followed. Individual and comparative appraisals were discussed among the scoping review authors until agreement was reached.

Results

Database searches yielded 431 potentially relevant studies published in 2010-2018, of which 37 met the inclusion criteria. JLA process participants were patients, carers and clinicians, aged 18 years, who had experience with the study-relevant diagnoses. All studies reported having a steering group, although partners and stakeholders were described differently across studies. The number of JLA PSP process steps varied from four to eight. Uncertainties were typically collected via an online survey hosted on, or linked to, the PSP website. The number of submitted uncertainties varied across studies, from 323 submitted by 58 participants to 8,227 submitted by 2,587 participants.

Conclusions

JLA-based PSP makes a useful contribution to identifying research questions. Through this process, patients, carers and clinicians work together to identify and prioritize unanswered uncertainties. However, representation of those with different health conditions depends on their having the capacity and resources to participate. No studies reported difficulties in developing their Top 10 priorities.

How can primary care services meet society's need for preventing childhood obesity?

Gudbjørg Øen, John Roger Andersen

Background

Healthy Future 2 (HF2) addressing the unmet challenges: lack of appropriate, advanced knowledge of the agents of change, lack of early long-term support to families of increased obesity risks, supervision and updates of professionals in the field, and lack of continuation, communication and collaboration between different services tackling childhood obesity.

Aims

HF2 will develop a new academic curriculum for health professionals which are the first agents of change children meet, address the lack of long-term support by the primary health care service, combat the lack of continuation by establishing and coordinating novel technology and digitalization to promote motivation, collaboration and communication between service providers and the families, and between sectors.

Methods

Participatory Action Research (PAR) design was chosen, emphasizes user involvement, empowerment, client-centered approach, therapeutic alliance, and Motivational Interviewing as a framework for understanding the client. Three municipalities, HVL-researchers, user advisory board, and national and international advisory board working multidisciplinary. We assess the process with interviews, focus groups and conduct a prospective observational cohort study with one group of parents of preschool children, during a 4-year project.

Results

The project has the potential for positive impact on: 1) Early intervention can help motivated parents prevent obesity, and therefore decrease children's suffering from social, physical, and mental complications that coincide with childhood obesity, and prevent premature death. 2) Parents will feel confident in their parental role, to set limits for unhealthy eating and to promote daily activity in the family, without being afraid of negatively influencing their child's self-esteem. 3) HF2 may increase primary health care sector capacity to deliver evidence-based services to an unserved population, with great potential for preventing obesity.

Conclusion

HF2 will add new knowledge to politics, the educational/scientific sector, the curricula for health and social workers, and thereby improve the quality of education to healthcare services.

Utbytte fra deltakelse i lærings- og mestringstilbud hos pårørende: foreløpige resultater fra systematisk gjennomgang av litteraturen

Una Stenberg, André Vågan, Kari Fredriksen, Inger Johanne Bergerød, Karen Therese Sulheim Haugstvedt, Inger Hagen, Kari Bøchman, Fredrik Hjerthäg og Dagmara Bossy

Bakgrunn

Kunnskapsbaserte lærings- og mestringstjenester forutsetter tilgang til, og bruk av oppdatert kunnskap. I hvilken grad lærings- og mestringstilbud bidrar til kvalitet på og effekten av helsetjenestens tilbud til pårørende, er ikke tilstrekkelig dokumentert. Det er derfor et stort behov for å få oversikt over internasjonal forskning på opplevelsen av utbytte fra deltakelse i lærings- og mestringstilbud for pårørende.

Formål

Formålet med denne studien er å oppsummere kunnskapsgrunnlaget for følgende problemstillinger:

- 1) Hva karakteriserer studier, typer tilbud og deltakere?
- 2) Hvordan evalueres tilbudene?
- 3) Hva slags utbytte opplever pårørende å ha fra deltakelse, slik det rapporteres i litteraturen?

Metode

Med bakgrunn i at studiene som har undersøkt disse problemstillingene har ulike forskningsdesign og stor variasjon i metoder for evaluering, er scoping review valgt som metode. Det er gjennomført systematiske søk i databasene MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, ERIC, AMED, CINAHL og SveMed+ for perioden 2010-2019. Hele gjennomgangen av litteraturen gjøres av førsteforfatter (US) og minst en av medforfatterne parallellt. Alle medforfatterne deltar gjennom hele prosessen.

Resultater

Av 4677 treff på artikler i databasene, ble 418 artikler innhentet i fulltekst. 152 artikler har hittil blitt inkludert i denne litteraturgjennomgangen, men endelig inklusjon er ikke helt avsluttet. Foreløpige resultater fra gjennomgangen vil bli presentert knyttet til (1) barn og unge som pårørende, (2) foreldre/foresatte som pårørende til barn og unge, (3) voksne pårørende til voksne. Innen hvert område vil vi presentere foreløpige resultater på hvem som er undersøkt, forskningsdesign, beskrivelse av de ulike tilbudene/intervensjonene, metoder for evaluering og hva som rapporteres av resultater i studiene på utbytte fra deltakelse. Denne gjennomgangen av litteraturen vil gi oss et oversiktsbilde av status for forskningen på utbytte fra deltakelse i lærings- og mestringstilbud internasjonalt, og på den måten kunne guide oss i det videre arbeidet med å utvikle god pårørendestøtte.

Avansert hjemmesykehus for pasienter med langtids mekanisk ventilasjon (LTMV)

Anne Louise Kleiven, Johanna Costinger, Sigurd Aarrestad, Saba Bahlbi Kahsay

Bakgrunn

Et økende antall pasienter med kronisk hyperkapnisk respirasjonssvikt behandles med langtids mekanisk ventilasjon(LTMV) utenfor sykehus. Oppfølgingen innebærer avanserte undersøkelser med evaluering av data fra innbygget sensor i respirator, nattlig kontinuerlig måling av transkutan CO₂ og oksygenmetning, samt samtale om behandling med sykepleier og lege. Innovative medisinske tekniske løsninger gir en bedre mulighet til å tilby avansert behandling og monitorering hjemme i tråd med samfunnets satsning. Lungemedisinsk avdeling ved OUS ønsker derfor å etablere et tilbud om LTMV-oppfølging hjemme.

Formål

Formålet med prosjektet var å organisere, teste og evaluere hvordan vi tilrettelegger for at pasienter med LTMV kan motta en helhetlig, forsvarlig og optimal lungemedisinsk oppfølging i hjemmet.

Metode

Avdelingen utnevnte en prosjektgruppe bestående av leder, overlege, sykepleier og sekretær, som har arbeidet etter modellen «Plan-Do-Study-Act» (PDSA). Prosjektgruppen har samarbeidet med IT-tjenesten ved OUS.

Resultat

Ni pasienter ble inkludert i prosjektet. Alle fikk måling av CO₂ hjemme etter opplæring fra sykepleier. Pasientene fikk samtale med lege gjennom telefon, poliklinisk oppmøte eller ved hjemmebesøk. 4 overleger og 4 sykepleiere deltok. Evalueringen viser at pasientene opplevde hjemmebasert oppfølging som bedre og tryggere enn ordinær innleggelse og ingen opplevde bruk av avansert utstyr som vanskelig. Leger og sykepleiere synes at hjemmebaserte tjenester krever mer ressurser og endring i arbeidsmetode, men at tilbudet er bedre for pasienten enn en ordinær innleggelse. Hjemmebesøk krever økte ressurser. Bruk av IKT gjennom 4G var tidkrevende og til dels umulig grunnet sykehusets krav til personvern og datasikkerhet. Det er usikkerhet knyttet til økonomisk gevinst. Sykehuset reduserer kostnader til innleid personale, men DRG inntjening favoriserer innleggelse fremfor ambulansetjeneste.

Konklusjon

Pilotprosjektet har vist at oppfølging av LTMV i hjemmet kvalitetsmessig kan likestilles med innleggelse på sykehuset. På systemnivå er IT-løsningene ikke optimale og det mangler et egnet finansieringssystem for å flytte behandling og oppfølging fra sykehuset til hjemmet.

Helsetjenestens irrasjonelle håndtering av målrasjonelle midler (som teknologi)

Bjørn Hofmann

Bakgrunn

Ideelt sett innfører, bruker og avhender helsetjenesten teknologi som et rasjonelt middel for et gitt formål: Bedre helse. I praksis kan denne formålsrasjonaliteten få en mindre fremtredende rolle.

Formål

Belyse ulike rasjonalitetsformer som gjør seg gjeldende ved vurdering, innføring, bruk og avhending av helse-teknologi.

Metode

Elementer fra psykologi og atferdsøkonomi (tanketilbøyeligheter, følelsesføringer), teknologiteori (imperativer), sosiologi (sosiale praksiser), samt filosofisk analyse. Jeg vil bruke konkrete eksempler, som robotkirurgi, proton-terapi og radiologiske tjenester.

Konklusjon

Tanketilbøyeligheter, følelsesføringer, imperativer og sosiale praksiser gjør at teknologier vurderes, innføres, anvendes og avhendes kontrært til uttalte rasjonelle ambisjoner. Dette får viktige følger for helsepolitikken og helsetjenesteforskningen.

Variasjon og uønsket variasjon i omsorgstjenestene

Oddvar Førland, Eliva Atieno Ambugo, Øystein Døhl, Bjarte Folkestad, Hanne Rostad

Bakgrunn

Omsorgstjenestene i Norge (hjemmetjenester, sykehjem og andre omsorgsinstitusjoner) har tradisjonelt hatt stor grad av lokal frihet. Kommunene selv og dets velferdsprofesjoner har definert behovene, dekningsgradene og kvalitetsnivået på tjenestene. I de seinere årene er det i disse tjenestene innført/under uttøstesting flere nye statlige retningslinjer, standarder og forordninger på det helsefaglige, organisatoriske og finansielle området for å sikre likere kvalitet, økt effektivitet og for å unngå uønsket variasjon.

Formål

I studien kartlegger vi først variasjoner mellom kommunene for sentrale omsorgstjenester og utforsker forklaringer på disse variasjonene. På bakgrunn av funnene tar vi så opp en diskusjon om forholdet mellom statlig/sentral standardisering versus kommunal/lokal autonomi, og en diskusjon om det statlig fokuserte uttrykket «uønsket variasjon».

Metode

Gjennom en bredt anlagt gjennomgang av litteratur fra Norge og til dels Norden beskriver vi forskning og annen kunnskap om variasjon i tjenestetildelingspraksiser, dekningsgrader av tjenester, ressursbruk og kvalitetsaspekt ved omsorgstjenester. Dette dreier seg om variasjon mellom kommunene og mellom offentlige og private tjenesteytere. Vi er nå i en fase der vi analyser nasjonale data fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) sammenholdt med bakgrunnsvariabler fra Statistisk sentralbyrå for å utforske forklaringer på variasjonene med tanke på en bredere diskusjon omkring variasjon, uønsket variasjon og statlig standardisering. Dette ferdigstilles til konferansen.

Konklusjon/resultat

Basert på litteraturgjennomgangen¹ er det identifisert stor variasjon mellom kommunene knyttet til flere helsefaglige- og organisatoriske praksiser. Dette vil vi presentere nærmere, sammen med våre egne analyser av KPR og SSB-data om som viser sammenhenger og forklaringer på variasjonene. I lys av resultatene diskuterer vi uttrykket «uønsket variasjon» og forholdet mellom statlig/sentral standardisering versus kommunal/lokal frihet.

1 Førland, O., & Rostad, H. M. (2019). Variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene - En kunnskapsoppsummering. Senter for omsorgsforskning - Rapportserie 4-2019. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/11250/2624074>

Hjerneslagimitatorer på Haukeland -- Tidstrender 2008--2017

Mathias Barra, Kashif W. Faiz, Halvor Næss

Slagenheter tilbyr avansert og omfattende behandling under akuttfasen av slagsykdom. De siste to tiårene har slagbehandling gjennomgått en revolusjon med nye og tidskritiske behandlingstilbud. Parallelt med denne utviklingen har fokus på hurtig gjenkjenning av symptomer på akutt hjerneslag med påfølgende transport til sykehus vært økende.

Slagsymptomer er i midlertid lite spesifikke. En mengde andre tilstander kan gi symptomer som minner om hjerneslag: såkalte hjerneslagimitatorer.

I denne studien presenterer vi funn fra en tidsserie på 11 240 akuttinnleggelser ved slagenheten på Haukeland Universitetssjukehus (HUS) slagenhet i perioden 2008–2017. Vi observerer en sterk og signifikant økning av antall tilfeller med hjerneslagimitatorer, både som andel av alle innleggelser og målt som insidens per innbygger. Metodene som benyttes er standard regresjonsmodellering. Vi ser på mulige årsaker, drøfter konsekvenser av, og beskriver tiltak for å møte, denne utviklingen.

Ved HUS har andelen hjerneslagimitatorer ved slagenheten økt med om lag 1% årlig, fra 42% i 2008 til 52% i 2017. Økningen kan ikke forklares utifra endret demografi. Vi nyanserer også bildet av den typiske hjerneslagimitatoren som en 'ung kvinne', og viser at bildet er mer sammensatt. Til tross for fallende alders og kjønnsjustert slaginsidens, kan vi forvente en økning i etterspørselen etter slagenhetskapasitet i årene fremover, med mindre mer spesifikk diagnostikk for hjerneslag i akuttfasen utvikles.

Healthcare decentralisation and access: comparative analysis of European countries

Pål E. Martinussen og Håvard T. Rydland

Background

Decentralisation has emerged as one of the main themes in European health reforms during the last decades. The term decentralisation refers to a wide variety of power transfer arrangements and accountability systems, but generally builds on the idea that smaller organisations are more responsive and accountable than larger organisations. One of the generally expected gains from decentralised health services is increased access. So far, however, there is little evidence on the expected positive impact of decentralisation on access. Moreover, earlier studies have mainly been of regional variations within single countries, and often with developing countries as cases. Hence, there is a lack of research looking at comparative country studies of decentralised and centralised national health systems.

Purpose

This is the first attempt to test the relevance of political decentralisation on access through a comparative analysis of European countries.

Methods

We utilized the 7th wave of the European Social Survey (ESS) from 2014, including over 35,000 respondents from 21 countries. Our main dependent variable was a measure of overall unmet need for health care, with three subcategories with different reasoning for the unmet need. The overall variable was based on the question 'In the last 12 months, were you ever unable to get a medical consultation or the treatment you needed for any of the reasons listed on this card?' We classified unmet need into the subcategories availability (too long waiting list, no available appointments, or no nearby availability for the treatment needed), accessibility (not able to pay for the relevant health services) and acceptability (could not take time off work or had other commitments causing their unmet health care need). At the country level, our main explanatory variable was a decentralisation index, which classifies policies along two variables: the first variable divides health policies into five tasks (framework legislation, implementation legislation, finance, provision and regulation), while the second variable designates four health policy areas (pharmaceuticals, primary care, secondary-tertiary care, and public health). We also controlled for age, gender, education, financial strain, employment, self-rated health and health services use at the individual level. In addition, we included a regional-level variable to account for life expectancy, as well as a country-level variable for out-of-pocket payments.

Results

For general unmet health care need, and unmet needs due to acceptability and availability, there were no significant associations with the different measures of health care decentralisation. However, the indicator for unmet need due to accessibility showed several significant negative relationships.

Kun etter behov? Tilgangen til pleie- og omsorgstjenester, helse, familiesituasjon og personlig økonomi

Øystein Hernæs, Snorre Kverndokk, Simen Markussen og Henning Øien

Tilgangen til offentlige pleie- og omsorgstjenester for eldre skal styres av behov alene. Med andre ord, ens sosioøkonomiske posisjon skal ha liten eller ingen betydning for hvilket tilbud man får, utover hvordan den sosioøkonomiske posisjonen henger sammen med behovet. I denne artikkelen ettergår vi dette viktige prinsippet empirisk ved hjelp av et svært omfattende datamateriale som kombinerer data fra sykehjemsetaten i Oslo, KUHR, NPR og individdata fra Statistisk Sentralbyrå. Analysen har flere distinkte deler. Først studerer vi tilgangen til, og bruken av, pleie- og omsorgstjenester og hvordan denne avhenger av helse, familiesituasjon (pårørende m.m.) og personlig økonomi. Vi forventer da at helse skal ha stor betydning, mens familiesituasjon og personlig økonomi skal ha lite eller ingenting å si for både tilgang eller bruk. I analysens andre del studerer vi hvorvidt tilgangen til pleie- og omsorgstjenester (først og fremst sykehjem) avhenger av bydelens kostnader og inntekter ved å tilby slike plasser. Systemet i Oslo innebærer at kostnadene for sykehjemsplass er uavhengig av bydel, mens betalingen er inntektsavhengig. Dette innebærer at selv om bydelen ikke kan diskriminere mellom «rike» og «fattige» søkere, kan bydeler med «rike» innbyggere velge å tilby flere plasser enn bydeler med «fattige» innbyggere, rett og slett fordi det i snitt er mer lønnsomt. Vi ettergår den empiriske relevansen av en slik mekanisme ved å sammenligne tilgangen til sykehjem blant nære og fjerne naboer, på hver sin side av bydelsgrensen.

Studien er en del av prosjektet *Incentives, Efficiency and Quality of Care in Long Term Care For The Elderly* med støtte fra Norges Forskningsråd. Per d.d. foreligger ingen empiriske resultater, men vi har (endelig) fått datamaterialet vi behøver og dette er nær å være ferdig tilrettelagt. Vi er derfor optimistiske med tanke på å ha et utkast til resultater innen konferansen.

Prioritization and waiting times for physiotherapy in private practice

Gro Askland Øyehaug, Aina Kristin Paulsen, Nina Kørpe Vøllestad og Hilde Stendal Robinson

Background

Studies show an increasing number of persons in need for physiotherapy in private practice, and many private practitioners have expressed concern about long waiting lists and lack of capacity in the service. We have little knowledge about the patients on the waiting lists, the waiting times and how physiotherapists prioritize. Most municipalities have a local guideline for priority setting with four levels according to level of urgency.

Purpose

Investigate characteristics of persons on the waiting lists for physiotherapy in private practice, their priority grade and how long they wait for physiotherapy.

Design

Cross-sectional study.

Material

Waiting lists from 6 private practices in two municipalities.

Method

For all patients allocated to waiting lists, patient demographic data was collected, together with the priority grade set by the physiotherapists (1-4) and the waiting times. The local guidelines for prioritization was used in priority grade setting.

Results

Totally 837 persons were registered on the waiting lists. Of these were 68% women, 66% were within working age, and 88% were living or working in the municipality in which they applied for physiotherapy. Seventy-three percent were given priority 1 or 2. A minority of persons were offered physiotherapy within the recommended time; Priority 1: 48%, priority 2: 25%, priority 3: 14% and priority 4: 18%. Twenty-two percent of all the persons waiting for physiotherapy had to wait longer than 6 months. The persons who were waiting for psychomotor physiotherapists waited significantly longer than those who waited for other physiotherapists.

Conclusions

The private physiotherapists assessed the urgency as high for a majority of the persons applying for physiotherapy. Less than 40% were given an offer within the recommended time of waiting. These results indicate that there is a need for action to reduce the number of persons waiting for longer, even much longer, than their priority grade implies. The misfit between priority grade and actual waiting times will possibly lead to slower return to work or improvement of condition.

Prioritization of inquiries to physiotherapy in private practice

Gro Askland Øyehaug, Aina Kristin Paulsen og Wenche Schrøder Bjorbækmo.

Background

Guidelines for prioritization are supposed to support the health care providers in prioritizing inquiries. There are 3 national criteria for prioritization: severity, benefit and resource. (NOU 2018:16). These also apply to primary care physiotherapy.

Purpose

The purpose of this study was to look into how the private physiotherapists in primary care evaluate the urgency of inquiries, whether the 3 criteria for prioritization are reflected in the physiotherapists' justifications of prioritization, and whether the local guidelines for prioritization are helpful for the physiotherapists.

Material

837 inquiries to physiotherapy in private practice in two municipalities. The physiotherapists gave each inquiry a priority from 1-4 using the local guidelines for prioritization. They also wrote down their justification for the priority grading.

Method

The texts with the physiotherapists justifications of prioritization were analyzed using hermeneutic text analysis. The analyzed material was assessed against the local guidelines for prioritization and the national criteria for prioritization.

Results

The physiotherapists prioritized mainly in two different levels, and not four according to the local guidelines for prioritization. The local guidelines for prioritization are not distinct enough about how the national prioritization criteria should be used. Some groups of inquiries are not included in the prioritization criteria.

Conclusions

The local guidelines for prioritization needs revision both to reflect the national criteria for prioritization better and to better match the actual considerations done by the physiotherapists.

Note

This article is a follow up and based on the same study as the article with the title: 'Prioritization and waiting times for physiotherapy in private practice'.

Planning for a healthier future: a decision analytical tool to evaluate interventions targeting overweight and obesity in the population

Vidar Halsteinli, Rønnaug Ødegård og Gudrun Maria Waaler Bjørnelv

Background

The battle against obesity is rising on the political agenda. However, decision makers have little information regarding the expected long-term effect and cost-effectiveness of different interventions when choosing which actions to implement.

Aim

We aim to extend an existing decision-analytical model (the MOON-model) into a simple “easy-to-use” tool that decision makers at local, regional and national level can use when planning obesity-actions.

Methods

The MOON-model is a validated Markov model including the health states ‘Normal weight’, ‘Overweight’, ‘Obese grade 1’, ‘Obese grade 2’ and ‘Dead’. Input in the model (transition probabilities, mortality and healthcare costs) was estimated using longitudinal data from health surveys, and local- and national registers (n = 100,000). The model simulates a cohort (stratified by gender) from the age 2 to 100 years, and predicts the cohorts expected prevalence of overweight and obesity, healthcare costs, and mortality; all output provided both per year or in a cumulative lifetime-perspective including 95% confidence bounds. By manipulating the models transition probabilities, these output-parameters change. We want to simplify the “surface” of the model to enable decision-makers to use the MOON on their own. If e.g. a municipality is considering different prevention alternatives, they can—for each alternative—plot in information regarding 1) the target age and size of an eligible population, 2) the expected effect (relative risk) of the interventions on the transition probabilities, 3) the endurance of this effect, and 4) the intervention costs. The model will estimate changes in the expected prevalence, healthcare costs and mortality for the different alternatives. We discuss specification of such a tool with respect to the interface between user and the MOON-model, and show-case an application through two examples.

Conclusion/ results

Results from examples will illustrate the potential feasibility and improvement in decision-making that this ‘easy-to-use’ decision-analytical tool can provide.

Bruk av spesialisthelsetjenester innen psykiatri og rus i Nord-Norge, 2015-2017

Hanne Sigrun Byhring, Janice Shu, Ina Heiberg, Linda Leivseth, Bård Uleberg, Barthold Vonen, Olav Helge Førde

Bakgrunn

For å sikre befolkningen tilgang til gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted er det behov for mer kunnskap om fordelingen av spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern. I samarbeid med fagmiljøene i helseforetakene i Helse Nord har vi derfor undersøkt geografisk variasjon i bruk av poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling i psykisk helsevern for voksne.

Formål

Formålet var å undersøke om:

1. Bruk av poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling er likeverdig fordelt mellom bosatte i opptaksområdene til de ulike distriktpspsykiatriske sentrene (DPS-ene) i Helse Nord.
2. Bruk av poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling er likt fordelt på pasienter med alvorlige psykiske lidelser og pasienter med andre psykiske lidelser i de ulike opptaksområdene

Metode

Vi har beregnet kjønns- og aldersjusterte rater for antall pasienter, polikliniske kontakter, institusjonsopphold og oppholds døgn for personer over 18 år bosatt i opptaksområdene til de 14 DPS-ene i Helse Nord. Ratene er beregnet for to pasientgrupper; pasienter med alvorlige psykiske lidelser (ICD10: F20-F29, F30 og F31) og pasienter med andre psykiske lidelser.

Konklusjon/resultat

Vi fant moderat variasjon i pasientraten og stor variasjon i bruk av poliklinisk behandling og døgntilrettelagt behandling. Variasjonen i bruk av tjenester var størst for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Bruk av poliklinisk behandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser var høyest i opptaksområdene Tromsø og Salten, der det finnes et spesialisert poliklinisk tilbud for denne pasientgruppen. Den høye bruken av poliklinisk behandling i Tromsø og Salten ser imidlertid ikke ut til å gi lavere bruk av døgntilrettelagt behandling sammenliknet med de øvrige opptaksområdene. Fordi variasjonen i bruk av tjenester var vesentlig større enn variasjonen i pasientraten er det sannsynlig at variasjonen i bruk av tjenester delvis kan tilskrives forskjeller i tilbudet til pasientene. Det er vanskelig å vurdere hvor stor del av variasjonen som skyldes variasjon i sykdomsforekomst. Dette bør være et prioritert område for videre studier.

Ownership conversions and earnings of care workers in the nursing home sector

Henning Øien

In many European countries the long-term care (LTC) sector is heavily regulated and dominated by public funding and provision. In expectance of increasing demand from an ageing population, many of these countries are experimenting with market reforms, such as contracting out the provisions of services to private providers. The main goal of contracting out to private providers is to achieve cost-effective production i.e. to produce the same quantity and quality of services using fewer resources. The contracted unit price is often much lower than the average cost of in-house production. Could part of the cost savings just be transfers of surplus from care workers to the municipality and the private contractor? In this paper, I study the effects on labor market outcomes of care staff who work in nursing homes that are converted from public to for-profit ownership status. The data covers all care staff working in Norwegian nursing homes in the period 1992 - 2015.

Reducing waiting times from 65 to under 40 days for children and adolescents receiving mental health services using a new scheduling policy

Anders Gullhav, Johan F. Skamsvoll, Runa Heimstad, and Joseph S. Schultz

The aim of this study was to conduct an intervention that will test whether a new scheduling policy can be used to predict the impact that current levels of activities will have on future waiting times and waiting lists, and test whether the new policy will actually lead to a reduction in waiting times. Mixed methods were employed. Results from this study show that if current planning practices continue, waiting times will only increase. Additionally, results show that simulation modeling can be used to predict the amount of referrals that must be conducted in order to reduce and maintain target waiting times over time. This intervention study showed that new scheduling policies, setting appropriate intake goals (weekly/monthly activity-levels), will lead to maintaining acceptable levels of variation in waiting times and waiting list. This theory was tested and proven to be effective.

Keywords: Timeliness, waiting times, psychiatry, managing patient-flow, service innovation, intervention
Skjemaet

Effekter av etablering av kommunale akutte døgnenheter på forbruk av sykehustjenester - enn oppdatert analyse basert på data fra 2010-2018

Terje P. Hagen

Målet med tilbudet om kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (KAD) er å redusere antall innleggelser ved sykehusene, særlig for den eldre befolkningen. I paperet analyseres om etablering av KAD-er faktisk har hatt en slik effekt. Vi har hentet inn data om antall innleggelser fra Norsk pasientregister, data om demografiske variabler og om det kommunale tilbudet av tjenester fra Statistisk sentralbyrå, og data om tidspunktet for etableringen av KAD-ene fra kommunene. Data er analysert som et panel med faste effekter for kommune. Tidligere analyser basert på data fra perioden 2010-2014 viste at innføring av KAD-ene hadde effekter, men også at effektene varierte betydelig med hvordan KAD-ene var organisert. I gjennomsnitt fant vi assosiasjoner mellom innføring av KAD-ene og innleggelser for pasienter over 80 år på knapt (minus) 2 %. Det var KAD-ene som var samlokalisert med legevakt eller som hadde god legeberedskap som hadde effekter. KAD-er som hadde annen organisering, hadde i gjennomsnitt ingen effekter, men det var store variasjoner på kommunenivå. Effektene av etableringen av KAD-ene var kun signifikante i kommuner med over 5000 innbyggere. I den nye analysen oppdateres data med observasjoner fra perioden fram til 2018. De foreløpige analysene indikerer noe svakere, men fortsatt signifikante effekter av innføring av KAD-er.

Stikkord: Kommuner, lokale akutttilbud, sykehusinnleggelser

Kvalitet og effektivitet ved sykehus versus KAD

Vivian Nystrøm, Hilde Lurås, Tron Moger, Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Bakgrunn

Det er estimert en betydelig økning i antall eldre og syke i Norge frem mot 2050, noe som medfører økt etterspørsel etter helsetjenester. Ved implementering av samhandlingsreformen i 2012 var opprettelse av kommunale akutte døgnenheter (KAD) ett av hovedvirkemidlene for å møte denne utfordringen. Disse enhetene er i utgangspunktet ment som et alternativ til sykehusinnleggelse for stabile pasienter med en avklart diagnose, som har behov for medisinsk behandling og omsorg, men som ikke trenger spesialisthelsetjenester. Kvalitative studier tyder på at pasientene har gode erfaringer med det desentraliserte tilbudet, mens legene derimot uttrykker skepsis. Imidlertid mangles evidens på kvaliteten og effektiviteten ved det nye helsetjenestetilbudet.

Formål

Hensikten med studien er å sammenligne kvalitet og effektivitet ved sykehus versus KAD.

Metode

SYKAD studien er et doktorgradsprosjekt som inkluderer en multisenter studie med en mixed-methods tilnærming. Den ene delen har et randomisert kontrollert design. Studien involverer 5 legevakter, 5 KAD avdelinger, samt et sykehus. 19 studiesykepleiere er involvert på de 11 studiestedene. Pasienter som legevaktslege har vurdert skal legges inn på KAD, trekkes tilfeldig ut til behandling på KAD eller på sykehus. Størrelsesutvalgsberegninger tilsier at det skal inkluderes totalt 500 pasienter, henholdsvis 160 til sykehus og 340 til KAD.

Den andre delen av doktorgradsprosjektet har et kvalitativt design, med bruk av individuelle intervjuer. Formålet er å utforske legevaktslegens perspektiv på kvalitet og effektivitet ved KAD versus på sykehus. Det vil foretas et strategisk utvalg med 5 legevaktsleger fra hver av de fem kommunene.

Resultat

Primært utfallsmål er: pasienterfaringer. Sekundære utfallsmål er: pasientopplevd helse, 30-dagers dødelighet/sykелighet, re-innleggelser, kostnader. Resultatene fra intervju med leger vil presenteres i lys av et fenomenologisk perspektiv.

Konklusjon

Resultatene vil gi viktig informasjon for å videreutvikle det desentraliserte tilbudet i fremtiden.

Sykepleiekompetanse ved kommunale akutt døgnplasser

Torunn Vatnøy, Bjørg Dale, Tor-Ivar Karlsen, Marianne Sundlisæter Skinner

Bakgrunn

Et sentralt virkemiddel i samhandlings-reformen er at kommunene i større grad skal ta ansvar for behandling og overvåking av pasienter med akutte helseproblemer i kommunale akutt døgnplasser (KAD). Forskning viser at tilstanden til pasienter som legges inn og behandles på KAD kan være uforutsigbar og kompleks, og at andelen godt kvalifiserte sykepleiere og et profesjonelt miljø er viktig for trygg og sikker ivaretagelse av pasientene. Det er imidlertid lite kunnskap om sykepleietjenesten i KAD.

Formål

Målet med denne studien var derfor å kartlegge sykepleiekompetansen ved landets KAD, og å undersøke eventuelle variasjoner med bakgrunn i lokalisasjon og organisering.

Metode

Det ble gjennomført en tverrsnittsundersøkelse hvor spørreskjema ble distribuert til førstelinjeledere ved alle KAD i Norge. Svarprosenten var 91,6 (n=207). Spørreskjemaet ble utviklet på bakgrunn av funn i en tidligere kvalitativ studie der kritiske aspekter ved sykepleiekompetansen i KAD ble utforsket. Andelen av offentlig godkjente sykepleiere og andelen sykepleiere med spesialutdanning/masterutdanning, samt antall vakter med bare en sykepleier til stede, ble kartlagt. Det ble gjort sammenligninger av sykepleiekompetansen i forhold til ulike lokaliserings- og organiseringsformer ved landets KAD, og på tvers av de fire helseregionene.

Konklusjon/resultat

Resultatene viste at andelen sykepleiere med spesialutdanning/masterutdanning ved landets KAD var generelt lav. KAD lokalisert på sykehjem, og KAD i nord- og midt- Norge hadde den laveste andelen sykepleiere i staben. De hadde også flest vakter med kun en sykepleier. Organisering i interkommunalt samarbeid om KAD, KAD med 2 eller flere senger og KAD organisert i korntidsheter, hadde en positiv sammenheng med sykepleiekompetansen.

Kommunale helsetjenester- et omskiftelig landskap

Anne-Kari Johannessen

Bakgrunn

Som et resultat av Samhandlingsreformen, iverksatt fra 2012, har flere oppgaver og tjenester blitt overført fra stat til kommune. Statlige føringer har bidratt/bidrar til omorganisering og sammenslåing av ulike helse-tjenester i kommunene. Dette innebærer i mange tilfeller krevende omstillingsprosesser som vies stor oppmerksomhet, tid og ressurser i den enkelte kommune.

Formål

Å få mer kunnskap om hvordan kommuner prioriterer og organiserer helsetjenester nå og i fremtiden.

Metode

Kvalitative intervjuer med kommunalsjefer/enhetsledere og ansatte i Helsedirektoratet.

Resultat

Stort fokus på det de fleste omtaler som ”dreiningsprosjektet” som i første rekke handler om: Fusjonering av tjenester og oppgaver, reduksjon av antall institusjonssenger, sterk satsning på hjemmetjenester og på hverdagsrehabilitering, samt oppbygning av betjente og ubetjente omsorgsboliger og helsehus. Etablering av trenings- og mestringssentra, utprøving og implementering av velferdsteknologiske verktøy, opptrapping og oppbygning av ambulante team i kommunal regi og samarbeidsteam mellom kommuner og sykehus. Synet på KAD konseptet varierer fra ønske om å avvikle tjenesten til det å videreføre og ytterligere forsterke tjenesten. KAD oppfattes primært å være en kostbar tjeneste for eldre pasienter men samtidig en helsetjeneste som rekrutterer kompetent personell. Informantene begrunner dreiningsprosjektene særlig ut ifra: At den eldre skal/bør bo hjemme lengst mulig, at eldre opplever økt verdighet og mestring og blir mer selvhjulpne. Informantene mener ”dreiningsprosjektet” handler om marginale ressurser og stramme rammevilkår samt at dette er signalisert som en ønsket utvikling fra myndighetshold. Flere informanter beskriver dreiningsprosjektet som utfordrende all den tid de strever med å få lokalpolitikernes aksept for iverksetting av nye tiltak Andre erfarer «dreiningsprosjektet» som meningsfullt og motiverende grunnet stor oppslutning blant de ansatte som berøres av endringene. Flere hevder at intrakommunale tjenester er nødvendig for å være tilstrekkelig robuste med hensyn til de forpliktelser som skal innfris fremover og at små kommuner har dårlig ”odds” mht å overleve.

Samhandling som suksessfaktor for KAD-institusjonen

Brita Gjerstad, Svein Ingve Nødland og Inger Lise Teig

Samhandlingsreformen hadde som et sentralt mål å skape bedre koordinerte helsetjenester. Etablering av KAD-institusjonen var et strukturelt grep i den forbindelse. I dette paperet analyserer vi samhandlingens betydning for hvordan KAD-enheter fungerer. Vi bruker systemteoretiske perspektiver for å analysere hvordan relasjonene mellom personell og pasienter ved en KAD-enhet, påvirkes av relasjonene mellom KAD-enheten og relaterte helsetjenesteaktører. Vi ser på ulike sider ved denne samhandlingen mellom KAD-enheter og relaterte tjenester: kommunikasjon, pasientflyt og fleksibilitet. Analysen skjer på grunnlag av et omfattende datamateriale knyttet til én KAD-enhet. Det er gjennomført intervju med pasienter og ansatte ved enheten, og fastleger og ansatte ved relaterte enheter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I alt er ca. 45 personer intervjuet. Det er også gjennomført observasjon ved KAD-enheten. Foreløpige funn demonstrerer for det første at enheten medisinske og faglige kompetanse og praksis har stor betydning for samhandlingen med relaterte helsetjenesteaktører. For det andre at samhandlingen i seg selv er viktig ved at den bidrar til høyt belegg og fornøyde pasienter og pårørende. Dette viser at samhandling utad påvirker relasjoner innad i KAD-enheten. Paperet er del av forskningsprosjektet "Kommunal øyeblikkelig hjelp – en ny tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Dette paperet er i prosess og planlagt som artikkel nr. 3 i prosjektet som skal slutføres i 2020.

Nurses' involvement in the development of a municipal acute ward: Concurrently building individual capacity and developing the service

Helle Kise Hjertstrøm, Bente Norbye og Aud Obstfelder

Background

The Norwegian government has implemented a Coordination Reform with devolution of healthcare services from specialist health services to municipal health services. Further, the municipalities should provide a 24-hour acute ward (MAW), as an alternative to hospitalization. Consequently, the municipality's health services have increased patient flow and are responsible for patients with more acute and critical conditions than before.

Goal

In this article, we explore nurses' involvement in the implementation of a MAW in a rural municipality, and by this, we contribute to a broader understanding of nursing work and their role in service development.

Methods

The study applies an ethnographic approach to the data collection by combining observations and interviews with nurses in the emergency health service. The fieldwork was conducted while the acute ward was being implemented. In our analysis, we draw on a sociological perspective on healthcare work that considers nursing as practiced between the boundaries of clinical patient work, organizational structures, managerial, and professional requirements.

Conclusions

With the new service, the nurses were given a variety of responsibilities in caring for patients. Patients with acute illness, aggravation of chronic diseases, and other critical conditions should no longer be directly transferred to the hospital but should be observed, treated, and stabilized by the nurses at the emergency health service, with GPs on call. The nurses operated the emergency health service, provided care for the patients that needed observation, and at the same time, developed capacity and routines to handle the new service and their added responsibilities. In developing the new service, the nurses drew on their knowledge about work arrangements and routines at the emergency health service, knowledge about high-quality nursing for emergency care patients, including local infrastructure. This new need-based capacity was of importance for how the nurses involved themselves in the development process. In fact, and generally speaking, the nurses' organizing work is invaluable in developing new services, yet little emphasized.

Hvordan en lovendring påvirket pasientgrunnlaget i en kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet

Kurt Arild Krokmyrdal, Silje Todnem, Synnøve Hernes, Ingrid H. Johansen

Bakgrunn

Gjennom Samhandlingsreformen og Helse- og omsorgstjenesteloven fikk kommunene ansvar for å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold til pasienter som kommunene kunne utrede, behandle og yte omsorg til. Fra 01.01.17 ble plikten utvidet til å omfatte pasienter med rusrelaterte og psykiske lidelser. Ifølge retningslinjene skulle døgntilbudet gjelde pasienter «med lettere og moderate psykiske helseproblemer der innleggelse er nødvendig for å roe eller avhjelpe en vanskelig situasjon».

Formål

Vi ønsket å undersøke om forandringen av lov og retningslinjer påvirket pasientgrunnlaget og forløpet i en kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenhet.

Metode

Studien er et naturlig eksperiment med informasjon om alle innleggelser i Bergen øyeblikkelig hjelp døgnenhet 6 måneder før og etter 01.01.17. Vi sammenliknet begrunnelsene for innleggelser i 2016 med tilsvarende for 2017. For hver 6-måneders-periode ble innleggelser der pasienten fikk en psykiatridiagnose, sammenliknet med innleggelser med andre diagnoser.

Konklusjon/Resultat

Det var en signifikant økning i antall innleggelser begrunnet i psykisk lidelse, uten tilsvarende økning for rusrelaterte lidelser. Før lovendringen var det ingen forskjeller på sosiodemografiske eller innleggelsesrelaterte parameter mellom pasientene som ble utskrevet med psykiatridiagnoser sammenliknet med pasienter som fikk andre diagnoser. Etter endringen var pasientene som fikk psykiatridiagnoser signifikant yngre, hadde kortere innleggelser og ble oftere overført til spesialisthelsetjenesten, enn pasienter som fikk andre diagnoser. De fleste pasientene ble overført til DPS. Antall innleggelser til psykiatrisk akuttmottak var lavt og stabilt i begge periodene. Resultatene gir mistanke om at tilbudet ved øyeblikkelig hjelp døgnenhet ikke var tilstrekkelig for en del av pasientene, og at de burde fått direktetilbud ved DPS istedenfor midlertidig innleggelse ved døgnenheten.

KAD-institusjonen som et nytt omsorgsnivå

Brita Gjerstad, Svein Ingve Nødland og Inger Lise Teig

Samhandlingsreformen hadde som sentrale mål å skape bedre koordinerte tjenester og en økonomisk mer effektiv bruk av ressurser i helsetjenestene. Etablering av KAD-institusjonen var et strukturelt grep i den forbindelse. KAD-institusjonen skulle avlaste spesialisthelsetjenesten for pasienter med akutte behov på områder hvor tjenesten ble forutsatt å kunne gi forsvarlig helsehjelp på linje med spesialisthelsetjenesten. På denne måten viderefører KAD-institusjonen LEON-prinsippet om at behandling skal skje på lavest effektive omsorgsnivå. Denne nye kommunale institusjonen er kilt inn mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi spør om det er slik at KAD-institusjonen representerer et nytt omsorgsnivå med et særegent innhold. Hva slags logikk og praksis utvikler den for å befeste sin rolle i det helhetlige helsetjenestesystemet? Analysen skjer på grunnlag av et omfattende datamateriale knyttet til én KAD-enhet. Det er gjennomført intervju med pasienter og ansatte ved enheten, og fastleger og ansatte ved relaterte enheter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. I alt er ca. 45 personer intervjuet. Det er også gjennomført observasjon ved KAD-enheten. I paperet drøftes institusjonen plassering og egenart i helsetjenestesystemet. Foreløpige funn viser betydningen av strategiske valg knyttet til pasientgrupper/pasientprofil, størrelse, bemanning/kompetanse og praksiser ved inntak, opphold og utskrivning. Paperet er den del av forskningsprosjektet "Kommunal øyeblikkelig hjelp – en ny tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten". Dette paperet er i prosess og planlagt som artikkel nr. 4 i prosjektet som skal slutføres i 2020.

Characteristics of patients admitted to hospital from a municipality acute bed unit

Synnøve Karin Hernes, Valborg Baste, Kurt Arild Krokmyrdal, Silje Todnem, Sabine Ruths, Ingrid Hjulstad Johansen

Background

Municipality acute bed units (MAUs) were established for selected patients who could receive adequate inpatient care within primary health care. Still, studies have found that some patients are transferred from MAUs to hospitals.

Aim

The aim of this study was to describe characteristics of patients admitted to a larger MAU, focusing on patients who had to be transferred to hospitals.

Methods

This was an observational study including all admissions to a MAU in a larger Norwegian city over a period of 18 months. We collected information on patient characteristics, and clinical and administrative data. Chi-squared test and ANOVA were used for comparison between groups. For different levels of TEWS on admission, generalized linear model was applied to estimate the relative risk (RR) with 95 % confidence interval for hospitalization compared with returning home after the stay.

Results

Of 2748 patients admitted to the MAU, 1812 (66.0 %) patients returned to their home, 286 (10.4 %) were transferred to nursing homes and 646 (23.6 %) to hospitals. Main reasons for transfer to hospital were the same reason as they were admitted to the MAU for (48 %), discovery of conditions outside scope of treatment at the MAU (25,2 %) and unclear diagnosis (18,4 %). Patients transferred to hospitals, were mostly transferred within 24 hours. As measured by TEWS, their condition was stable or declined during the stay. The relative risk of being admitted to hospital increased with higher TEWS on admission.

Conclusions

Main reasons for transfer to hospital were lack of improvement and uncovering of conditions which needed hospital treatment. Although the likelihood of transfer to hospital increased with increasing TEWS, it seems that scoring for vital parameters is important, but not sufficient to differentiate patients at point of admission.

Forsinkede operasjoner og 60-dagers mortalitet blant 67 000 hoftebruddpasienter

Sara Marie Nilsen, Andreas Asheim, Fredrik Carlsen, Kjartan Sarheim Anthun, Lars Gunnar Johnsen, Lars Johan Vatten, Johan Håkon Bjørngaard

Bakgrunn

I perioder hvor mange akuttprosienter venter på kirurgiske prosedyrer kan hoftebruddpasienter få lavere prioritet i operasjonskøen. Mangel på tilgjengelige ressurser kan derfor føre til forsinkede operasjoner og utgjøre en risiko for disse pasientene.

Formål

Formålet med studien var å studere hvorvidt samtidighetskonflikter kan føre til forsinkede operasjoner og høyere mortalitet blant norske hoftebruddpasienter.

Metode

Datakilde var Norsk pasientregister. Vi tok utgangspunkt i alle pasienter, 70 år eller eldre, som ble akutt innlagt for hoftebrudd fra 2008 til 2016. Siden 2010 har disse pasientene vært registrert med prosedyretidspunkt. Utfall var tid til hofteoperasjon og 60-dagers mortalitet.

Alle andre samtidige akuttkirurgiske pasienter ble brukt for å identifisere situasjoner med mulig press på ressurser. Ved å analysere tidspunkt for innleggelse og utskrivning kunne vi estimere tidsspennet hvor disse samtidige pasientene førte til forsinket operasjon for hoftebruddpasienten. Sammenhengen mellom antall samtidige pasienter og utfall ble modellert med splines.

Forskjeller mellom sykehus når det gjelder sykkelighet, organisering og tidspunkt for brudd kan føre til konfunderte assosiasjoner. For å unngå dette brukte vi et design hvor vi bare sammenligner pasienter som var innlagt ved samme sykehus, på like ukedager innen samme år og måned.

Konklusjon/resultat

I perioder hvor sykehusene fikk flere akuttkirurgiske pasienter enn vanlig hadde hoftebruddpasientene lengre tid til operasjon og høyere 60-dagers mortalitet.

Patient experiences with general practitioners (GPs) in Norway: a comparison of immigrant groups and the majority population following a national survey

Marte Kjøllesdal, Thor Indseth, Hilde Iversen, Øyvind Andresen Bjertnæs

Background

Patient experiences is an important indicator of quality of health care. In Norway, little is known about quality of health care offered to immigrants.

Aim

To investigate patient experiences with general practitioners (GP) in Norway according to immigrant background.

Methods

A national survey on patient experiences with GPs and GP practices, carried out in Norway in 2018-19. Patients were randomly selected from the lists of selected GPs, contacted by mail and could give their response either on paper or electronically. Total number of participants was 2,029, with a response rate of 43 %. Region of birth was noted for 1981 participants, and these were included in the analyses (“Norway” (N=1756), “Asia, Africa or South America” (N=95), “Eastern Europe (except EU-countries) (N=70)” and “Western Europe, North America or Oceania” (N=60)). Five indicators of patient experiences were constructed: “the GP” (measures related to communication and competency), “auxiliary staff” (politeness, competency, organization), “accessibility” (waiting times), “coordination” (with other services) and “enablement” (GP enables to cope with/understand illness).

Results

Patients from Asia/Africa/South America had lower score than those from Norway on the indicators “GP”, “auxiliary staff”, “accessibility” and “coordination”. Patients from Eastern Europe had lower scores on “GP” and patients from Western Europe/North America/Oceania had lower scores on “auxiliary staff”. These associations were still significant after adjustment for sex, age, self-rated physical and mental health and number of contact with GP.

Conclusion

Patient experiences with the GP were poorer among immigrants from Asia/Africa/South America than among patients born in Norway. Immigrants from other parts of the world differed less from those born in Norway.

Failure to rescue (FTR) etter bløtdelskirurgi

Katrine Skyrud, Jon Helgeland, Anne Karin Lindahl og Knut Magne Augestad

Bakgrunn

Kontinuerlig forbedring og høy kvalitet på behandlingen er et mål og dette kan for eksempel måles med kvalitetsindikatorer. Failure-to-rescue (FTR) er en pasientsikkerhetsindikatorer og reflekterer sykehusets kapasitet til å oppdage og gi riktig behandling til kirurgiske pasienter etter at en komplikasjon har oppstått.

Formål

Primær formålet er å beskrive variasjon i FTR ved norske sykehus etter bløtdelskirurgi

Metode

Dataene som er benyttet i studien er fra Norsk Pasientregister og Folkehelseregisteret i perioden 2011 – 2017. Pasienter som har fått bløtdelskirurgi er inkludert og FTR er beregnet som død på sykehus etter at en komplikasjon er oppstått. Komplikasjoner er kodet basert på Clavien-Dindo klassifikasjonen. For hvert sykehus vil vi undersøke FTR, komplikasjoner og 30 dagers dødelighet.

Konklusjon/resultat

Det har vært en liten nedgang i FTR og 30 dagers dødelighet, men liten endring i komplikasjonsraten fra 2011 til 2017. Variasjonen mellom sykehus er ikke så stor for FTR og 30 dagers dødelighet, men større for komplikasjonsraten.

Revidering av pasienterfarings-skjema til bruk i nasjonal undersøkelse blant rehabiliteringspasienter

Mona Haugum, Hilde Hestad Iversen

Bakgrunn

Brukererfaringer med ulike helsetjenester måles og rapporteres jevnlig for ulike pasientgrupper i Norge. Brukeropplevd kvalitet er ofte populasjons- og tjenesteavhengig, og krever derfor spørreskjemaer som er spesielt utviklet for ulike grupper. Enhet for brukeropplevd kvalitet i Folkehelseinstituttet (FHI, tidl. Kunnskaps-senteret) har utviklet og testet spørreskjemaer til mange ulike grupper av brukere. I 2008 ferdigstilte FHI et spørreskjema for rehabiliteringspasienter ved private institusjoner. I 2018 fikk FHI bestilling fra Helsedirektoratet om å gjennomføre en nasjonal måling av pasienterfaringer med døgnopphold i private og offentlige rehabiliteringsinstitusjoner/-avdelinger.

Formål

Å tilpasse opprinnelig spørreskjema til bruk i en nasjonal pasienterfaringsundersøkelse blant alle pasienter utskrevet fra døgnopphold ved private og offentlige rehabiliteringsinstitusjoner/-avdelinger.

Metode

FHI har en standardmodell for spørreskjema utvikling som inneholder trinnene i) litteraturgjennomgang, ii) referansegruppemøter, iii) kvalitative intervju, iv) kognitive intervju og v) pilotundersøkelse. Skjema utviklingen i 2008 fulgte denne, og revideringen kunne derfor starte på et av de senere trinnene i modellen.

Referansegruppemøte ble gjennomført med brukere, klinikere og fagpersoner som jobber i rehabiliteringsfeltet, og vi hadde jevnlig e-postutvekslinger med gruppen gjennom revideringsprosessen.

Etter å ha vurdert og implementert forslagene fra referansegruppen, samt oppdatert spørsmålsformuleringer og svarkategorier til dagens standarder, utviklet vi en semistrukturert intervjuguide for å kunne teste revidert spørreskjema med pasienter innlagt ved offentlige rehabiliteringsavdelinger. I alt gjennomførte vi 12 intervjuer med pasienter. Intervjuene ble analysert og innspillene fra referansegruppen og pasientene ble brukt i videre revidering av spørreskjemaet.

Resultat

FHI har utviklet et spørreskjema som kan brukes for å måle pasienterfaringer med døgnopphold blant alle rehabiliteringspasienter. Skjemaet er testet og ser ut til å fungere bra i målgruppen, det var få problemer i testingen. Spørreskjemaet er klart til bruk i en nasjonal måling, og kan tilpasses lokalt til bruk i enkeltinstitusjoner/-avdelinger hvis ønskelig.

Etter den nasjonale målingen vil vi gjennomføre testing av datakvalitet og validere det reviderte spørreskjemaet.

Adverse events in deceased hospitalised cancer patients as a measure of quality and safety in end-of-life cancer care

Ellinor Christin Haukland, Christian von Plessen, Carsten Nieder, Barthold Vonon

Background

Anticancer treatment exposes patients to negative consequences such as increased toxicity and decreased quality of life, and there are clear guidelines recommending limiting use of aggressive anticancer treatments for patients near end of life.

Objective

The aim of this study is to investigate the association between anticancer treatment given during the last 30 days of life and adverse events contributing to death and see if adverse events can be used as a measure of quality and safety in end-of-life cancer care

Methods

Retrospective cohort study of deceased hospitalised cancer patients using the Global Trigger Tool to identify adverse events. We used Poisson regression and binary logistic regression to compare adverse events and association with use of anticancer treatment given during the last 30 days of life.

Results

30 % of deceased hospitalised cancer patients received some kind of anticancer treatment during the last 30 days of life, mainly systemic anticancer treatment. These patients had 62 % more adverse events compared to patients not being treated last 30 days, 39 vs. 24 adverse events per 1 000 patient days ($p < 0.001$, OR 1.62 (1.23-2.15)). They also had twice the odds of an adverse event contributing to death compared to patients without such treatment, 33 vs. 18 % ($p = 0.03$, OR 2.10 (1.09-4.01)).

Conclusions

Anticancer treatment given during the last 30 days of life is associated with a significantly increased rate of adverse events and related mortality. Identifying these adverse events is clearly warranted to improve clinical practice and avoid overtreatment in end-of life cancer care.

Tiden Teller - Fra diagnose til behandling ved multippel sklerose

Anne Britt Skår, Stig Wergeland, Lars Bø, Jan Harald Aarseth, Tori Smedal

Bakgrunn

Multippel sklerose (MS) er en kronisk betennelsesykdom i hjerne og ryggmarg med gjennomsnittlig debutalder på ca. 30 år. Sykdommen har oftest et uforutsigbart og attackpreget forløp, og det er behov for livslang oppfølging. Tidlig start med forebyggende immunbehandling er vist å begrense permanent funksjonssvikt. Data fra Norsk MS-register og Biobank har vist stor forskjell i tid fra diagnose til behandlingsstart ved ulike helseforetak.

Formål

Redusere tid fra diagnose til behandling, med mål om at 75 % av pasientene starter forebyggende immunbehandling innen 1 måned.

Metode

Før oppstart gjennomførte vi en lokal pilot ved nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus, som gav nyttige erfaringer til hovedprosjektet. Ni sykehus, fordelt på alle regionale helseforetak deltok i kvalitetsforbedringsprosjektet. Deltakerne deltok på tre seminarer, og fikk oppfølging mellom disse. På seminarene fikk de opplæring i kvalitetsforbedringsmetodikk og det ble gjennomført idemyldring, bruk av fiskebensdiagram og prioriteringsmatrise. Erfaringsutveksling stod sentralt. MS-registeret ble brukt som måleverktøy og statistisk prosesskontroll ble benyttet for jevnlig avdelingsvis utsending av run-diagram. Det ble gjennomført spørreundersøkelse om erfaringer med deltakelse i prosjektet.

Konklusjon/resultat

Det ble innført organisatoriske endringer og endringer i møtet med pasientene; eksempelvis standardisering av rutiner, innføring av behandlingsmøter, «lommelapp» og informasjonsmapper.

Fem av ni sykehus leverte nok data i registeret for statistiske analyser. Måloppnåelsen for disse var at godt, over 75% startet behandling innen 1 måned. Alle sykehusene rapporterte god nytte av prosjektdeltakelsen. En generell positiv utvikling i klinisk praksis de siste fem år og manglende sammenligningsdata fra andre sykehus gjør det vanskelig å konkludere sikkert om effekt, men mye tyder på at kvalitetsforbedringsprosjektet har bidratt til en ytterligere reduksjon i tid til behandling. Kvalitetsforbedringsarbeidet ble opplevd som tidkrevende, men nyttig. Andre erfaringer: Alle involverte ledd, inkludert merkantilt personell bør involveres. Det er vesentlig å sikre ledelsesforankring viktig med tanke på ressurser og støtte.

The impact of stroke severity on health related quality of life in patients with acute cerebrovascular disease and their informal caregivers

Angela S Labberton, Liv A Augestad, Bente Thommessen, Mathias Barra

Background

Stroke has a substantial impact not only on patients, but also on their family and informal caregivers. Consequently, the health-related quality of life (HRQoL) of informal caregivers, and its determinants, is of growing interest. However, the association of increasing stroke severity with subsequent HRQoL is not well documented.

Aims

To describe the HRQoL of caregivers and patients with transient ischaemic attack (TIA) and increasingly severe strokes during the year following acute hospital admission.

Methods

A cohort of patients with TIA and stroke, and their informal caregivers, were followed up via postal survey at three and twelve months post-discharge from a large university hospital. HRQoL was measured with the EQ-5D-3L instrument, and stroke severity at hospital admission with the Nation Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). Covariates included stroke type, sociodemographics, and the type and frequency of caregiving tasks performed. Health state utilities (=HRQoL) were calculated for both patients and caregivers, and compared with age- and sex-matched population norms. The association of NIHSS with HRQoL was assessed via linear regression.

Results

HRQoL of the caregivers was not significantly different from matched population norms at either time point and did not change over time, with the exception of caregivers of patients with intracerebral haemorrhage (improved HRQoL, $p=0.004$).

Patients with TIA reported the highest HRQoL which was not significantly different from matched norm values. All other sub-groups of patients reported lower HRQoL compared to norms ($p<0.05$). Most patients reported improved HRQoL over time ($p<0.05$).

The results of multiple linear regression for stroke severity on HRQoL are pending, however there only appears to be an association among the patients, but not the caregivers.

Conclusion

Informal caregivers and patients with TIA do not appear to have lower HRQoL compared to population norms. Increasing stroke severity does not appear to significantly affect caregivers' subsequent HRQoL.

Brukeres opplevelser av helsetjenestene endres over tid

Olaf Holmboe

Bakgrunn

Hvordan pasientene opplever tjenestetilbudet er en viktig del av kvaliteten ved helsetjenestene. Folkehelseinstituttet (FHI) har i en årrekke målt pasienters erfaringer med ulike deler av helsetjenesten. Tverrsnittsundersøkelser gir et øyeblikksbilde av situasjonen. Gjentatte målinger kan fortelle noe om hvordan respondentenes opplevelser endrer seg over tid.

Metode

FHI gjennomfører nasjonale spørreskjemaundersøkelser med representative utvalg pasienter fra ulike helse-tjenester. Deltakerne blir invitert til undersøkelsen gjennom brev, og får i de fleste tilfellene valget mellom å svare på papir eller elektronisk. Noen av spørsmålene grupperes i indikatorer som er ment å måle ulike aspekter av pasientenes erfaringer.

Vi har sett på endringer over tid i indikatorer for fire populasjoner: 1) Pasienter med døgnopphold ved somatiske sykehus, årlige målinger 2011-2015, 2) Kvinner med føde-/barselopp hold ved sykehus i 2011, 2016 og 2017, 3) Pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2013-15 og 2017 og 4) Fastlegers vurdering av distriktpspsykiatriske sentra i 2006, 2008, 2011, 2014 og 2018.

Resultater

I alle populasjonene har vi sett statistisk signifikante endringer på nasjonalt nivå i flere av indikatorskårene over tid. For somatiske døgnpasienter endret skårene seg til det bedre på sju av ni indikatorer fra 2011 til 2015. I undersøkelsene om erfaringer fra føde- og barselavdelinger har vi målt endringer på seks av åtte indikatorer. Pasienter innen rusbehandling ga bedre skår på én av tre indikatorer 2017 enn i 2013. Vi kunne ikke påvise negativ utvikling i noen av disse populasjonene. Angående fastlegers vurderinger av DPS så vi en positiv utvikling på seks av sju indikatorer fra 2006 til 2014. I 2018 var vurderingene dårligere enn i 2014 på seks av indikatorene.

Konklusjon

Pasienterfaringsundersøkelser gir en tilstandsrapport på hvordan pasienter og andre opplever tjenestetilbudet i helsevesenet. Gjentatte målinger er egnet til å følge med på utviklingen over tid.

Prosjekt-Pasient-Data. Slik bygger vi en database for kontinuerlig kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning i Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Bror Just Andersen og Monika Fundingsrud

Bakgrunn

En av de store utfordringene i Norge, som også er en av kjerneelementene for å drive kvalitetsutvikling og forskning med innvirkning på behandlingsmetoder, har vært mangelen på bredspektret forskningstilgjengelig kliniske data. I Klinikk for psykisk helse og rus, VV HF satser vi tungt på dette og etter 3 år med planlegging starter vi nå implementering av en digital plattform, CheckWare, som;

- Automatiserer og rasjonaliserer innsamling og uthenting av relevante data i én database
- Forenkler analyse og rapportering av mål og utfall
- Muliggjør effektive og raske justeringer i tråd med evidensbasert praksis
- Dekker inn målsetninger knyttet til brukermedvirkning, personvern og pasientsikkerhet

Formålet er å;

- Etablere systematisk digital kartlegging av alle behandlings-relaterte pasientdata
- Øke brukermedvirkning i klinisk praksis, faglig utvikling og forskning
- Styrke pasientens eget aktive engasjement i utredning og behandling
- Etablere bredt datagrunnlag for å evaluere prosess og resultatet av det kliniske arbeidet

Metode

Vi har etablert plattformen slik at opplysninger om helsepersonell og pasienter automatisk vil hentes fra henholdsvis foretakets registrerte opplysninger om stilling og tilhørighet, og folkeregistrerte opplysninger. Per i dag har CeckWare tilgjengelig i overkant av 1200 ulike kartleggings skjema samt mulighet for tilgjengelig-gjøring av egenutviklede skjema. For aggregerte data har vi laget et oppsett som automatisk sorterer på avdeling og seksjon i databasen slik at vi kan hente ut sammenliknende data. Klinikere kan på sin side følge forløp og utvikling på sine pasienter. I løpet av 2020 ønsker klinikken en gradvis overgang til en begrenset fast base kunnskapsbaserte skjema med; utfallmål, pasientbasert vurdering av behandlingsmetoder, endring i funksjonsnivå og livskvalitet.

Konklusjon/resultat

Vi etablerer en unik bredspektret database som vil inneholde pasientrelatert informasjon knyttet til både diagnose, behandlingsutfall, funksjon og livskvalitet. Når plattformen er i løpet av 2020 er fullskala etablert har vi tatt et viktig skritt i retning fra klinikknær forskning til en forskningsnær klinikk.

Sementert fiksering av lårbensprotese for eldre pasienter - et kvalitetsforbedringsprosjekt med bruk av data fra Nasjonalt Register for Leddproteser og Nasjontalt Hoftebruddregister

Anne Marie Fenstad, Eva Dybvik, Geir Hallan, Jan-Erik Gjertsen, Ove Furnes

Bakgrunn

Hovedformålet til et medisinsk kvalitetsregister er å bidra til bedre kvalitet på behandlingen og redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Studier fra Nasjonalt Register for Leddproteser (NRL) og Nasjonalt Hoftebruddregister (NHBR), samt kontrollerte randomiserte studier og studier fra proteseregistre i andre land har vist at for kvinner over 75 år vil det bli best resultat om de får en hofte-protese med sementert lårbensprotese. Det samme gjelder for hoftebruddpasienter over 70 år.

Formål

De eldste pasientene skal opereres med lårbensproteser festet med bensement. Dette skal gi en mindre andel revisjoner og dermed best mulig pasientbehandling. Målet er at over 90 % av de aktuelle pasientene skal opereres med bensement for hofteproteser innen 31.12.2020 og 95 % av de aktuelle hoftebruddpasientene.

Metode

Fokus på forbedring skjer gjennom et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor vi bruker data fra NRL og NHBR til å studere resultatene for denne pasientgruppen ved utvalgte sykehus i Norge. Prosjektet er forankret i vårt fagråd. Det ble valgt ut 15 sykehus hvor sementering av lårbensprotese var lite brukt. Disse dannet prosjektgruppen. Ved oppstart hadde vi en gjennomgang av dagens situasjon med prosjektgruppen, de fikk tilsendt egne rapporter og en kvalitetsindikator ble definert og offentliggjort i Resultatportalen ved Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Etter ett år gjorde vi nye analyser og sammenlignet resultatene. Resultatene ble presentert på eget erfaringsseminar for prosjektgruppen, i tillegg ble resultater fra prosjektet presentert for alle ortopeder på det årlige ortopediske høstmøte. Prosjektgruppen presenterer egenerfaringer i seminarene. Dette er med og danner grunnlaget for videre utvikling. Ved prosjektslutt arrangeres et sluttseminar.

Konklusjon/Resultat

Vi er halvveis i prosjektperioden. Før prosjektstart i 2017 ble 63,4 % av de kvinnelige pasientene over 75 år med totalprotese i Norge operert med sementert lårbensprotese, i 2018 steg det til 75 %. For de aktuelle hoftebruddpasientene er tallene henholdsvis 86,6 % og 89 %.

A prospective cohort study on health complaints attributed to dental amalgam: Changes of health complaints after removal of dental amalgam restorations

Lars Björkman, Frauke Musial, Terje Alræk, Erik L Werner, Wolfgang Weidenhammer, Harald J Hamre

Background

In 2006, the Norwegian Ministry of Health and Care Services initiated a project for patients with health complaints, which they attributed to amalgam or other dental materials. The project included removal of existing amalgam fillings as experimental treatment, and an evaluation of possible changes in health status related to the amalgam removal.

Objectives

The aim of this study was to evaluate changes of general health complaints after removal of dental amalgam fillings in patients who attribute health complaints to their amalgam fillings.

Methods

The project was designed as a prospective cohort study. The main target group consisted of patients with medically unexplained physical symptoms, which they attributed to dental amalgam restorations (Amalgam cohort, n=37). The primary comparison group consisted of patients with medically unexplained physical symptoms without attribution to dental amalgam restorations (MUPS cohort, n=33). The secondary comparison group consisted of healthy participants (Healthy cohort, n=25).

Results

Primary outcome was index score for self-reported general health complaints (GHC-index) at follow-up 12-months after completed amalgam removal. In the Amalgam cohort, a significant reduction of GHC-index from 43.3 (SD 17.8) at baseline to 30.5 (SD 14.4) at follow-up (mean reduction 12.8, SD 15.9; n=32; p<0.001) was observed. The change scores for GHC-index indicated that the reduction of complaints was significantly higher (p=0.004) in the Amalgam cohort compared with the MUPS cohort (mean reduction 1.2, SD 12.3). After adjustment for age, gender, education and baseline GHC-index, the mean adjusted difference was -8.0 (95% confidence interval from -15.4 to -0.5; p=0.036).

Conclusion

Patients with medically unexplained physical symptoms, attributed to dental amalgam restorations, had a significant reduction of health complaints 12 months after amalgam removal. The external validity is limited to patients who have medically unexplained physical symptoms attributed to their amalgam fillings and fulfilling the criteria used in the study.

Antibiotic Loaded Bone Cement in Prevention of Periprosthetic Joint Infections in Primary Total Knee Arthroplasty: A Register-based Multicenter Randomized Controlled Non-inferiority Trial (Trial protocol)

Tesfaye H. Leta, Stein Håkon L. Lygre, Anne Marie Fenstad, Marianne Westberg, Tina S. Wik, Gunnar Knutsen, Jan-Erik Gjertsen, Håvard Dale, Geir Hallan, Gro S. Dyrhovden, Ove Furnes

Background

The current evidence on the efficacy of Antibiotic Loaded Bone Cement (ALBC) in reducing the risk of periprosthetic joint infections (PJI) following primary total knee arthroplasty (TKA) is insufficient. In several European countries, the use of ALBC is routine practice unlike in the US where ALBC-use is not approved in low-risk patients.

Aim

To investigate the effectiveness of ALBC- versus plain bone cement (PBC) -use in primary TKA in reducing rate of revision due PJI. To assess the function, pain, satisfaction, and health-related quality of life (i.e. patient reported outcome measure (PROM)) of patients with ALBC vs PBC in primary TKA. To assess whether ALBC-use in primary TKAs results in a change in the microbial pattern and resistance profiles of organisms cultured in subsequent revision due to PJI.

Methods

This is a single-blind, multicenter, register-based randomized controlled non-inferiority trial (R-RCT). All patients undergoing cemented primary TKA in any Norwegian hospitals are eligible to participate in the trial. Eligible and consented patients will be randomized (1:1) either to receive ALBC or PBC. To show the non-inferiority of PBC to ALBC with respect to revision due to deep infection 1-year after primary TKA, with at least 80% power, and a non-inferiority margin of 0.25 percentage points at a one-sided significance level of 0.025, thus, 5504 patients in each group would need to be enrolled. Interim analyses will be conducted when 500, 1000, and 6000 patients have been included. We will use Kaplan-Meier and Cox-regression to assess implants survival percentage and risk of revision due to deep infection whereas, multiple linear regression to estimate the differences in mean PROM scores between the two treatment groups.

Discussion

There is controversy over the use of ALBC. Without a definitive trial, patients are exposed to a treatment of uncertain efficacy that may cause antibiotic resistance.

Å lede kunnskapsbaserte helsetjenester – en implementeringsstudie

Ane-Marthe Solheim Skar, Karina Egeland

Bakgrunn

Det stilles stadig flere krav til bruken av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder eller praksiser i helsetjenesten. Likevel viser studier at disse metodene ikke brukes i praksis. Ledelse er en sentral faktor når slike metoder skal implementeres. Ledere møter imidlertid mange utfordringer som kan hindre god implementering. Det finnes få opplæringsprogrammer som kan benyttes for å hjelpe ledere til å sørge for god implementering av kunnskapsbaserte metoder. Ledelse og organisatorisk endring for implementering (Leadership and organizational change for implementation, LOCI) er et program for å fremme generell ledelse og implementeringsledelse, samt bedre klima for implementering av kunnskapsbaserte metoder. Preliminære resultater fra USA har vist at LOCI som opplæringspakke er implementerbar, at ledere aksepterer den og får økt kunnskap, engasjement og implementeringsatferd, samt bedrer ansattes vurdering av implementeringsledelse.

Formål

I denne sesjonen vil LOCI-programmet bli presentert, samt foreløpige resultater fra lederes erfaringer med å delta i programmet.

Metode

LOCI testes nå ut i norsk kontekst, ved implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for post-traumatisk stresslidelse (PTSD) i 21 distriktpsikiatriske sentre (DPS) og 23 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), som er en del av en trinnsvis klyngerandomisert studie. En leder fra hver enhet deltar i ett års opplæring i implementeringsledelse, bestående av regelmessige samlinger, 360-tilbakemeldinger og veiledning. I tillegg deltar øvrige ledere og sentrale personer i enhetene i regelmessige møter for å sørge for en felles strategi i implementeringsarbeidet, og at alle drar i samme retning.

Konklusjon

Å ta i bruk programmer som LOCI kan bidra til å lukke gapet mellom forskning og praksis, ved at ledere blir mer forberedt det viktige arbeidet med å tilrettelegge for god implementering av kunnskapsbaserte metoder i tjenestene.

Effects of Mandatory GP-visits on Long-Term Health Care Utilization and Disability. Evidence from the Universe of Norwegian Employees

Rosanna Johed og Kjetil Telle

Utilization of primary health care services vary substantially across population groups, which has spurred concerns that some see the doctor too often, others too rarely. For the vast majority of employees, typically having a cold or the flu, seeing the GP to obtain the certificate is expected to have no direct impact on the health condition. Still, it may affect the relationship between the patient and the GP, possibly making it easier for the patient to contact the GP in the future, and thereby affect future utilization of the GP.

We investigate how mandatory visits to the general practitioner (GP) for typically innocent health conditions affect employees' subsequent long-term utilization of health care services and employment.

We use individual level administrative data for the universe of Norwegian employees over a decade, as well as all these employees' visits to the GP. Exogenous variation in GP-visits are obtained from a reform in Norway where firms were encouraged to make an agreement with the Norwegian National Insurance Scheme that allowed their employees to be absent due to sickness for up to 7 rather than 3 days before a certificate was required from the GP.

We find no signs that firms' entry into the agreement was induced by prior changes in sick absence among the firm's employees. Comparing changes in health care utilization of employees in firms that entered the agreement with employees in firms that did not, our preliminary results show a reduction in employees seeing the GP for short-term certificates of about 30 percent. We also find that fewer employees see the GP for other conditions, but that the number of visits (intensive margin) for other conditions increases slightly, especially after some years. Moreover, entry onto disability pension increases significantly, and it thus seems like the reform reduced short-term utilization of GP-services but possibly increased utilization of long-term services.

Suicide can be prevented by training GPs: Evidence for effectiveness from a nation-wide naturalistic controlled trial

Tarjei Widding-Havneraas, Vladimir Nakov, Z. Zarkov, R. V. Dinolova-Hodzhadzhikova, P. Marinov, Arne Holte, Peter Butterworth, Samuel Harvey, Hristo Hinkov, Arnstein Mykletun

Background

The World Health Organization recommends improving general practitioners skills in suicide risk management to reduce suicide rates. However, the evidence for effectiveness of this approach is mixed.

Aim

The aim of this study is to test if suicide rates can be reduced by providing such training to GPs. Methods: Four regions of Bulgaria (n = 5 526 795) were given the intervention, with the remaining two regions (n = 1 575 064) as control. GPs, psychologists and social workers (n = 2 000) were engaged in online training with tests and a three day seminar from December 2015 to May 2016 (participation rate = 86 %). The intervention was evaluated with a difference-in-difference design testing difference in means of suicide and suicide attempts between intervention and control regions before and after the intervention using administrative data.

Results

The intervention reduced the quarterly suicide rate per 100 000 by -1.03 (CI 95 -1.70 to -0.35, p = 0.0031). Simultaneously, the quarterly suicide attempts rate per 100 000, increased by 1.47 (CI 95 0.16 to 2.78, p = 0.028).

Conclusion

This is the first nationwide study that provides evidence for suicide prevention by training GPs, showing that this approach is scalable and relatively low cost. The intervention also produced an increase in registered suicide attempts, which may be due to increased recognition and awareness.

Implementing assistive technology in Norwegian municipalities

Erlend Kleiven-Jørgensen, Roger A. Søraa

Demographic trends on a national and global level show aging populations, creating new and more complex challenges for the healthcare systems. In Norway, the proportion of people aged 60 years or older will nearly double from 12% in 2015 to 22% in 2050. Moreover, there will be a projected lack of 50 000 healthcare workers in 2030.

In 2014, the Norwegian Government initiated the 'National Welfare Technology Programme' (NWTP) to address these challenges, creating a service innovation programme which aims to facilitate that assistive technologies are integrated into the healthcare services in all Norwegian municipalities. This huge and complex change process involves multiple actors, and in this paper, we explore how this process unfolded.

Our study draws on perspectives from Science and Technology Studies (STS), unwrapping the complex processes involving human and non-human actors such as technologies, and the relational networks between these. The empirical data primarily stems from a month-long work placement in a consultancy firm that guides municipalities through the change process of the NWTP. Qualitative observations and field studies were conducted in order to follow the actors involved, by attending seven workshops, held by the firm. This included observing 102 participants from 54 different municipalities, attending workshops in the NWTP. Furthermore, seven interviews were conducted with participants during the workshops and two phone interviews with project leaders in the NWTP.

Our primary findings suggest that municipalities deal with large varieties of challenges at the local level, prompting a need for locally embedded processes – which adheres to both social and the materialities of care. The study found an entanglement of actors involved in the change process, collaborating in novel ways, and producing new types of knowledge. Multidisciplinary problem solving and new ways of collaborating may be key factors in successfully implementing assistive technology in healthcare services.

Motivations underlying career decision-making activities for nurses in primary care

Guro Hognestad Haaland

Background

Home care nursing are faced with an increased need for nurses as the 'baby boomer' generation approaches retirement, the nursing population is increasingly aging, and the number of nurses entering the labour market is decreasing.

Aim

In the years to come the municipal services will play a vital role in meeting the populations' needs for health and care services. The complexity and breadth of the tasks that the municipalities have been charged with have increased steadily over time, and the current users of home care services have more complex conditions than previously. As a result, this development is expanding the demand for capacity and competency within the home nursing services. Using self-determination theory, this study examine nurses' motivation and perception of their career in home nursing. We will explore if nurses work in home care due to pragmatic reasons, expectations of achieving another position, or because they proactively want to contribute to better health care service.

Method

An explorative longitudinal study conducted over a 6-month interval in 2019-2020. Findings are drawn from repeated semi-structured interviews with 20 home care nurses from a Norwegian municipality.

Conclusion/results

Some nurses might work in home nursing services because they proactively want to influence and contribute to a better healthcare service. They see their work within primary care as a way of contributing to integrated care, take leadership in their everyday work and as an important arena for helping others. At the same time, some nurses might work in primary care due to pragmatic reasons. Many nurses are primary caregivers for family members, including children, spouses and parents. Working as a nurse can be a demanding profession with shift work, high psychological demands, long and irregular hours of work.

Grep ledere tar for å beholde sykepleiere i somatiske institusjoner i primærhelsetjenesten – sykehjem

Anne Marte Løvik, Margareth Kristoffersen, Linda Horne Mæland

Bakgrunn

En aldrende befolkning øker behovet for pleie og omsorg i offentlig helsetjeneste. Samtidig er det stor mangel på sykepleiere både i Norge og i verden ellers. Særlig primærhelsetjenesten har utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere. Nåværende og framtidige pasienter har behov for at høyt kvalifiserte sykepleierne fortsette i jobbene sine. Sykepleieledere er sentrale i forhold til denne utfordringen. Det er i dag likevel for lite kunnskap om hvordan ledere tar grep for å beholde sykepleiere i somatiske institusjoner i primærhelsetjenesten. Dermed er det viktig å studere lederes grep for å hindre at sykepleiere slutter, for å øke kunnskap om disse grepene, sett fra ledernes perspektiv.

Formål

Hensikten var å beskrive hvordan nærmeste leder i somatisk institusjon i primærhelsetjenesten tar grep for å beholde sykepleiere i avdelingene sine.

Metode

Et kvalitativ design og hermeneutisk forskningstilnærming ble benyttet. Deltakerne var 7 institusjonsledere i alderen 36 til 66 år med varierende arbeidserfaring, men med minimum 3 års ledererfaring, ansatt i flere kommuner i somatiske institusjon i primærhelsetjenesten. Data ble samlet inn gjennom individuelle, semi-strukturerte intervju. Deltakerne ble spurt om å fortelle med sine egne ord om grep de benyttet for å beholde sykepleiere i jobbene sine. Oppfølgingsspørsmål ble stilt til det deltakerne fortalte om. Intervjumaterialet ble analysert ved bruk av innholdsanalyse.

Konklusjon/resultat

Resultatene ble formulert som fire temaer: Fremme et sunt arbeidsmiljø, opptre som en rollemodell, bygge et sykepleiefagligmiljø og oppmuntre til faglig oppdatering. Studien konkluderer med at disse fire grep var sentrale grep som ledere tok for å beholde sykepleiere i somatiske institusjoner i primærhelsetjenesten. Mer konkret innebar disse grepene aspekter som vektlegging av et større fokus på etisk refleksjon, iverksetting av en mentorordning for nye sykepleiere i avdelingen, oppfordring og tilrettelegging av sykepleiernes muligheter til etterutdanning og videre karriere.

Jobbkraft som hinder for implementering? En undersøkelse av terapeuters opplevelse av jobbkraft, og sammenhengen med opplevelsen av behandlingsmetodenes gjennomførbarhet og egnethet i en nasjonal implementering av kunnskapsbasert behandling for PTSD

Erlend Høen Laukvik, Karina Egeland, Aida Babaii, Nadina Peters, Harald Bækkelund, Mathilde Endsjø

Bakgrunn

Jobbkraft kan defineres som de fysiske, sosiale eller organisasjonsmessige aspektene av en jobb som krever vedvarende fysisk/mental innsats. Det er demonstrert at opplevelsen av høye jobbkraft er relatert til mange negative utfall (Crawford, LePine & Rich, 2010). Dette er også dokumentert for helsearbeidere i Norge (Richardsen, Burke & Leiter, 1992). Det er likevel ikke utforsket hvordan terapeuter opplever jobbkraft i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse, til tross for en pågående debatt om ressursmangler og økt arbeidspress i denne tjenesten (Sundet, 2019). Vi mangler også informasjon om faktorer ved individet påvirker opplevelsen av jobbkraft i denne gruppen. Psykisk helsevern står overfor store endringer, der implementering av pakkeforløp og kunnskapsbaserte praksiser skjer samtidig med økt pasientmengde. Det er derfor viktig å undersøke hvordan terapeuters opplevelse av jobbkraft relaterer seg til implementeringsprosjekter i spesialisthelsetjenesten.

Formål

Vi undersøker sammenhengen mellom terapeuters opplevelse av jobbkraft og implementeringsutfall fra en nasjonal implementering av to behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Følgende hypoteser undersøkes: H1) Norske terapeuter i spesialisthelsetjenesten opplever høye jobbkraft. H2) Yngre, mindre erfarne terapeuter med lavere utdanning vil oppleve høyere jobbkraft. H3) Terapeutenes opplevelse av jobbkraft vil ha en negativ sammenheng med deres opplevelse av behandlingsmetodenes egnethet og gjennomførbarhet under en pågående implementering.

Metode

188 terapeuter svarte på deler av «Nordisk spørreskjema for psykologiske og sosiale faktorer i arbeid» (QPS), «Intervention Acceptability Measure» (måler terapeuters opplevelse av behandlingsmetodens egnethet) og «Feasibility of Intervention Measure» (måler terapeuters opplevelse av behandlingsmetodens gjennomførbarhet) underveis i et nasjonalt implementeringsprosjekt.

Resultat

Dataene er på dette tidspunktet innsamlet, og analyser av dataene vil presenteres på konferansen. Studien vil bidra til å forstå hvordan terapeuters opplevelse av arbeidskraft påvirker deres evne til å endre praksis. Dette er viktig å forstå bedre grunnet økt politisk press på implementeringen av effektive og kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i psykisk helsevern.

The role of General Practitioners in Distributed Leadership in context of Integrated Care for Older Patients with Multimorbidity

Harald Braut, Aslaug Mikkelsen og Marianne Storm

Background

Due to changes in demography and epidemiology the group of older patients suffering from multimorbidity is increasing. This patient group commonly experience inefficient and fragmented delivery of health- and social care services from multiple organizations and professionals.

Leadership, traditionally considered a hierarchical process and one-man show, has evolved into a collective focus where leadership is distributed as a social process between people. This development follows from the need for collaborative efforts of different experts to solve more complex tasks. Distributed leadership (DL) represents one theoretical framework on leadership as a social process.

Aim

The aim of this study is to explore if and how General Practitioners (GP's) practice DL, and if this can contribute to integrated healthcare services for elderly patients with multimorbidity.

Methods

A qualitative study in a municipality in Norway is carried out over a 6-month interval in 2019-2020. Findings are drawn from repeated semi-structured interviews with 20 trios of General Practitioners, patients and home care nurses. Interviews were recorded, transcribed and analyzed using content analysis method.

Conclusion

Preliminary findings suggest that the occurrence of fully developed DL in integrated care for older multimorbid patients in general practice (GP) is limited. In established and recurring clinical situations, when there is a level of patient knowledge and there has been a shift of focus from disease to function, we observe signs of DL.

To achieve DL the most important role of the GP is to negotiate a common understanding and "shared mind" between the patient, other professionals and health care organizations. It is suggested that a set of easily understood common denominators for all organizational levels including the patient is needed before a common strategy and DL can be established. It is vital that patients understand when they are invited to exercise leadership.

Å lede fastleger og medarbeidere på legekantor inn i nye arbeidsmåter

Margrete Gaski, Birgit Abelsen

Bakgrunn

Leger er en profesjon som kan karakteriseres som selvgående, de arbeider selvstendig, har stor autonomi og stort ansvar. Medarbeidere på legekantor krever i noen tilfelle mer ledelsesoppfølging. Norske legekantor er organisert på ulike måter, og de fleste er private. En vanlig modell ved private legekantor er at ledelsen er delt (distribuert), for eksempel ved at ulike fastleger deler på funksjonene IKT, personal og økonomi. Spennvidden i ledelsesmuligheter kan være stor i privat praksis sammenlignet med kommunale legekantor, hvor lederen ofte er linjeleder.

Formål

Utforske lederrolle, rammebetingelser og valg av strategier når ledere av legekantor manøvrerer og forsøker å innføre nye arbeidsmåter som inkluderer at nyansatte sykepleiere skal jobbe i primærhelseteam med fastlege og helsesekretær.

Metode

Data er hentet inn gjennom intervjuer av ledere, fastleger og medarbeidere ved 13 norske legekantor som deltar i forsøket med primærhelseteam. To runder med intervjuer ble gjennomført i henholdsvis mars-desember 2018 og i mars-juni 2019. I analysen legger vi til grunn noen forventninger med utgangspunkt i flere dimensjoner og teorier om ledelse; ledelse av eksperter, ledelse av medarbeidere, ledelse av endring, og fastleger som ledere.

Konklusjon/resultat

En foreløpig analyse bekrefter at rammebetingelsen for ledelse på legekantor er at legekantorene er mer å betrakte som et kontorfellesskap for solopraksiser enn som en organisasjon. Dette innebærer utfordringer når leger og medarbeidere skal ledes inn i ny arbeidsmåte, og lederne av primærhelseteam på legekantor har tatt i bruk ulike strategier. Dette innebærer for eksempel å være pådriver og motivator, synliggjøre muligheter og eksempler, være rollemodell, sette i gang kompetanseheving enten i teamarbeid eller for å heve fagkompetansen, lage strukturer som fremmer samarbeid og utvikler tillit mellom lege og sykepleier, og innføre maler eller prosedyrer med klare roller.

Oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten av pasienter registrert med hjerneslag i spesialisthelsetjenesten

Inger Johanne Bakken, Liv Hege Kateraas

Bakgrunn

Pakkeforløp er nasjonale standardiserte pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende samt ansvarsplassering og konkrete forløpstider. Målet er å bidra til rask utredning og behandlingsstart. Pakkeforløp for hjerneslag fase 1 ble etablert februar 2018 og gjelder akutfasen. Pakkeforløp hjerneslag fase 2 er under implementering og resultatet skal bli et komplett pakkeforløp som starter ved debut hjerneslag og som følger forløpet i både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pakkeforløp for hjerneslag fase 2 skal baseres på koblede data fra tre registre: Hjerneslagregisteret, Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Norsk pasientregister (NPR). Som del av forarbeidet for etablering pakkeforløp hjerneslag fase 2 har vi undersøkt data i KPR for pasienter med diagnose hjerneslag i NPR.

Materiale og metode

Vi identifiserte alle pasienter registrert med tilstandskode hjerneslag (ICD-10 I61, I62 eller I64) i perioden 2008-2017. Etter eksklusjon av pasienter registrert 2008-2016, pasienter uten innleggelse og pasienter med kun I64 sto vi igjen med data for 8 898 pasienter med førstegangs hjerneslag i 2017. Det ble tilrettelagt en nøkkel mellom kryptert fødselsnummer i NPR og kryptert fødselsnummer i KPR. Nøkkelkoden ble benyttet til å hente ut alle data fra NPR somatiske sykehus og fra KPR for pasientene.

Resultater

Nesten alle pasienter med hjerneslag registrert i NPR var også registrert i KPR (99,2 %). To av tre hadde hatt konsultasjon hos lege i tremånedersperioden før innleggelse. I løpet av de tre første månedene etter utskrivning hadde omtrent 70 prosent legekonsultasjon. I alt 32 % hadde tilgang til pleie- og omsorgstjeneste i tremånedersperioden før innleggelse (økende med økende alder). I alt 42 % var registrert med nytt vedtak om omsorgstjeneste i tremånedersperioden etter utskrivning (økende med økende alder).

Konklusjon

Kobling av data fra NPR og KPR kan gi ny informasjon om pasientforløp. Ut fra disse resultatene forventer vi at kobling mellom Hjerneslagregisteret, NPR og KPR kan gi nyttig informasjon om pakkeforløp for hjerneslag.

Mobile røntgentjenester til sykehjem

- samhandling gir bedre behandling og reduserte kostnader

Elin Kjelle, Aud Mette Myklebust, Kristin Bakke Lysdahl, Hilde Olerud

Bakgrunn

Sykehjemsbeboere har på grunn av høy sykkelighet og ofte sammensatte lidelser et større behov for spesialisthelsetjenester enn resten av befolkningen, dette inkluderer behov for bildediagnostiske undersøkelser. Tilgang til bildediagnostikk krever ofte at beboeren gjennomgår en belastende reise til sykehus. Dette kan føre til at nødvendige undersøkelser ikke blir gjort, at beboere utvikler delirium eller legges inn på sykehus fordi belastningen av reisen blir for stor. Om man i samhandling mellom bildediagnostisk avdeling og kommunene legger til rette for å frakte utstyret til sykehjemmet istedenfor å transportere beboeren kan man tenke seg at den bildediagnostiske tjenesten blir bedre tilpasset sykehjemsbeboere.

Formålet med dette phd-prosjektet var å undersøke hvordan mobile røntgentjenester kan bidra til å integrere og tilpasse behandlingen til hver enkelt sykehjemsbeboer.

Metode

Ved hjelp av flere ulike metoder ble mobile røntgentjenester vurdert basert på rammeverket; Model for Assessment of Telemedicine applications, med fokus på utbyttet av mobile røntgentjenester ved hjelp av en systematisk litteraturgjennomgang, bruk av tjenesten gjennom statistisk analyse av registerdata mens individuelle semi-strukturerte intervjuer ble brukt i evalueringen av organisering av mobile røntgentjenester. I tillegg ble økonomiske aspekter evaluert ved hjelp av beslutningsmodellering i en kostnadsanalyse. Resultatene fra alle delstudiene ble vurdert opp mot WHO sitt rammeverk for integrerte og befolkningssentrerte helsetjenester.

Konklusjon/resultat

Denne studien viste at mobile røntgentjenester bidrar til en signifikant økning i bruken av bildediagnostiske tjenester, noe som er en viktig tjeneste for sykehjemsbeboere. Behandling av sykehjemsbeboere etter undersøkelsen kan i større grad gis i sykehjemmet noe som gir en bedre individtilpasset behandling, samtidig som kostnadene reduseres med 30%. For å kunne tilby mobile røntgentjenester i større deler av Norge og bidra til mer integrerte og befolkningssentret helsetjenester ser det ut til at det er behov for endringer i hvordan helsetjenester ledes og finansieres og hvordan IT-systemer integreres på tvers av helsetjenestenivå.

Helsetjenestekvalitet - eldre pasienter og deres pårørende erfaringer med helsetjenestene eldre pasienter mottar på sykehus og i kommunehelsetienesten i tiden etter utskrivelse

Ingvild Lilleheie

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.2012 og hadde i seg mange elementer. Et av dem var at Norge (i likhet med andre land i OECD) skulle overføre en større del av ansvaret for helsetjenestene til landets innbyggere fra sykehusene til kommunene. Hvor en ønsket konsekvens var å få ned liggetiden på sykehus. I likhet med andre pasienter skrives derfor eldre pasienter nå ut raskere enn før og sykere enn før.

Begrepet helsetjenestekvalitet kan tolkes på mange måter. Når helsedirektoratet omtaler begrepet kvalitet knyttet til helsetjenester - så tar de utgangspunkt i definisjonen som ble presentert i «Kvalitetsstrategien - og bedre skal det bli»:

Der det står at tjenester av god kvalitet skal være:

- virkningsfulle
- trygge og sikre
- involvere brukerne
- samordnet og preget av kvalitet
- utnytte ressursene på en god måte
- tilgjengelige og rettferdig fordelt

Helsekvalitet handler også om hvorvidt tjenestene er i stand til å ivareta pasientenes behov og om de er i stand til å møte pasientenes krav og forventninger til tjenesten. Det er derfor vesentlig at pasientenes stemmer blir hørt når vi skal vurdere om helsetjenester er av god kvalitet.

Formål

Formålet med denne studien har derfor vært å utforske hvordan eldre pasienter og deres pårørende opplever kvaliteten på helsetjenestene eldre pasienter mottar i sykehus - og de første 30 dagene etter utskrivning.

Metode

Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 18 pasienter - i alderen 82 til 100 år gamle - og 12 pårørende. Intervjuene ble transkribert, og tematisk analyse ble brukt.

Resultat

Både pasienter og pårørende etterlyser informasjon og koordinasjon av tjenestene når pasientene overføres mellom tjenestenivåer. Mangel på informasjon og koordinering medfører utfordringer for både pasienter og pårørende. Pasientene opplever mangelfull involvering og medvirkning i egne helsetjenester. Både pårørende og pasienter etterlyser større oppmerksomhet mot pasientens behov.

The Norwegian primary health care team pilot: From reactive regular GPs to proactive inter-professional teams

Birgit Abelsen, Margrete Gaski

Background

Across health care systems, current policies promote inter-professional team work and proactivity. The evidence of progress with the implementation of these policies is varied, and it is thus important to understand contextual levers and barriers.

In 2015, a White Paper (Primærhelsemeldingen) suggested that primary care should be oriented towards inter-professional primary health care teams (PHCT) developed on the basis of regular GP practices. More integrated care between general practice and other parts of the health service and a proactive approach are pillars.

A pilot established in 2018 to try out PHCTs provides funding for a nurse resource in general practice. Target groups are listed patients with chronic illness, weak demanders, and those with large and complex needs.

Aims

The team role and a proactive role are both new to many regular GPs. Our aim is to understand contextual levers and barriers to establishing a more proactive approach towards targeted groups through PHCTs, based on regular GPs' reflections on the concept of proactivity.

Method

A qualitative study of 46 GPs in 13 general practices included in the PHCT pilot. Interviews were conducted in the start-up period of the PHCT pilot. Data were analyzed using the framework method.

Results

The study participants were mainly critical to the aim of proactivity. GPs saw more barriers than levers indicating that proactivity is easier said than done. Some GPs perceived that a proactive approach broke with the reactive tradition of general practice. Others pointed to limitations in work capacity to be proactive. Proactivity was to some extent seen as part of the nurses' role in the PHCT. Some GPs pointed to financial barriers. Whether proactivity is in conflict with individual patients' preferences was also questioned.

Pakkeforløp psykisk helse og rus – bidrar det til et helhetlig og likeverdig tilbud? Klinikernes erfaringer første året av reformen

Ådnanes, M.; Melby, L.; Thaulow, K.; Lassemo, E.; Kaspersen, S.; Solbjør, M.

Bakgrunn

Pakkeforløp psykisk helse og rus ble innført i spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusomsorg, fra 1. januar 2019. Sentrale årsaker som vektlegges av helsemyndighetene er manglende innflytelse i behandling blant pasienter og pårørende, behov for sammenhengende og koordinerte tjenester, at ventetider, vurdering og behandling varierer på tvers av geografiske områder i landet, og at levealder hos personer med langvarige psykiske vansker og rusproblemer gjennomgående er vesentlig lavere sammenlignet med resten av befolkningen. Pakkeforløp skal gi pasienten et behandlingsforløp som er helhetlig og forutsigbart, uten unødig ventetid. Pasienten skal få mer innflytelse på behandlingen, og den skal evalueres systematisk underveis.

Standardisering av forløp i psykisk helsevern og rusomsorg oppfattes av mange som en større utfordring sammenlignet med somatiske sykdommer, for eksempel kreft. Hovedsakelig fordi problemene ofte er så sammensatte og varierte at man er skeptisk til at standardisering er mulig.

Formål

I denne studien undersøker vi klinikernes erfaringer og vurderinger det første året med pakkeforløp psykisk helse og rus. I hvilken grad mener klinikerne at pakkeforløp bidrar til å oppnå de overordnede målene, og i hvilken grad møter de dilemmaer og motstridende krav i utførelsen av pakkeforløpene?

Metode

Som en del av den nasjonale evalueringen av pakkeforløp psykisk helse og rus, som SINTEF er ansvarlig for, gjennomførte vi høsten 2019 en kvalitativ undersøkelse med intervjuer med behandlere, ledere og forløpskoordinatorene i 18 behandlingssenheter rundt om i landet. Videre gjennomførte vi en spørreskjemaundersøkelse rettet mot de samme målgruppene, med ca 2500 svar.

Resultater

Det er for tidlig å rapportere funn fra datainnsamlingene per i dag. Fristen for å svare på spørreskjemaet til de ansatte er 3. desember. Datagrunnlaget og analysene for dette paperet vil være gjennomført i god tid før konferansen i mars. Vi skal levere første rapport til Helsedirektoratet 15. desember 2019. Vi håper at komiteen ser dette temaet som så aktuelt og interessant at abstractet vurderes selv om vi ikke har funnene klare per i dag.

Bakgrunn, symptomer eller pågående trussel? – En undersøkelse av årsaker til avbrutt traumefokusert kognitiv atferdsterapi i BUP

Anna Naterstad Harpviken & Ane-Marthe Solheim Skar

Bakgrunn

Mange av de 79% av barna i BUP som oppgir potensielle traumehendelser (Skar et al., 2019) vil ha nytte av Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). TF-CBT har blitt anvendt i BUP siden 2008, og tross god behandlingseffekt dropper 14% ut av behandlingen (16% i vanlig terapi) (Jensen et al., 2014). Disse barna rekker gjerne ikke å oppnå stor symptombedring, og det er fare for at plagene deres vil forverres uten videre terapi. Forskning viser at det er stor variasjon i faktorer som predikerer tidlig avbrudd av terapi, og at både bakgrunnsfaktorer, symptomnivå og eventuell pågående trussel kan virke inn. For å sikre at barn og unge som sliter med symptomer på posttraumatisk stress får kunnskapsbasert behandling for sine vansker, og at denne behandlingen virker, er det viktig å identifisere hvem det er som avbryter behandling og hvorfor.

Formål

Formålet med dette studiet er derfor å undersøke om faktorer ved barnet samt deres symptombylde og hvorvidt de opplever pågående trussel har en innvirkning på tidlig avbrudd av TF-CBT-behandling.

Metode

Studiet benytter seg av data samlet inn gjennom ett klinisk effektivitetsstudie gjennomført i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) mellom 2012 og 2019. Det vil gjennomføres korrelasjonsanalyser og logistisk regresjon for å undersøke relasjonen mellom avbrutt behandling og kjønn, alder, symptomnivå og eventuell pågående trussel.

Resultater/konklusjon

Funnene vil diskuteres i relasjon til eksisterende litteratur på feltet, og det vil søkes å skape ett tydeligere bilde av hvem som avbryter behandling. Dette vil lede videre til en overordnet drøfting av resultatenes betydning for persontilpasset behandling og implementering av kunnskapsbasert terapi i helsetjenestene.

”Man trenger en litt annen type hjelp enn at noen skal dra deg på skolen eller pushe deg ut på treningstur”: ME-pasienters møte med helse- og velferdstjenestene

Line Melby, Stine Hellum Braathen, Silje Bøthun, Arne Grønningsæter, Lise Lien, Jan Lippestad, Anne Kielland

Bakgrunn

ME er en alvorlig sykdom som karakteriseres av langvarig og kronisk utmattelse som forverres etter fysisk og/eller psykisk anstrengelse, mangel på forfriskende søvn, smerter og hodepine, svekket hukommelse og konsentrasjon, samt rask kognitiv trettbarhet. Det er ukjent hva som forårsaker sykdommen, og det finnes ingen etablert behandlingsmetode. Forekomsten er høyest i aldersgruppene 10-19 år og 30-39, og det er en overvekt av kvinner som rammes. Hele det ME-rammede husholdet vil ha behov for tjenester fra flere offentlige instanser. Vi mangler kunnskap om hva slags tjenester ME-pasienter og deres familier får, hvorvidt de møter pasientenes behov og om det er noen tjenester som mangler.

Formål

Å beskrive ME-pasienters og deres pårørendes erfaringer med helse- og velferdstjenestene Metode: Dybdeintervjuer med et strategisk utvalg av ME-pasienter og pårørende. Totalt har personer i 24 hushold blitt intervjuet. Husholdene består av en eller flere ME-syke og omfatter alle aldre, ulik sykdomslengde (3-30 år) og ulik alvorlighetsgrad av sykdommen. Om lag halvparten av husholdene har barn.

Konklusjon/resultat

Vi trekker fram fire kategorier av erfaringer med tjenestene:

1. Tjenestene matcher ikke pasientenes behov. Eksempler er rehabiliteringsopphold som pasientene opplever gjør dem enda mer utmattet og syke og hjemmesykepleie som er lite sensitive for at pasientene ikke orker mye lyd, lys og kontakt.
2. Tjenestene kommer for sent i pasientforløpet. Mange pasienter har erfart at det tar lang tid å få tildelt hjelpemidler. Blant annet fant vi at pasienter hadde blitt for syke til å gå ut når vedkommende fikk tildelt rullestol.
3. Tjenestene man har fortalt å ha krav på blir ikke innvilget. Flere forteller om søknader på BPA og praktisk hjelp som blir avslått.
4. Tjenestene man har behov for finnes ikke. Mange savner tilbud som i dag ikke eksisterer. Flere trekker fram behovet for en ME-koordinator, på linje med koordinatorene for andre typer lidelser.

E-health technologies in care coordination for older patients living home: A scoping review

Hilde Marie Hunsbedt Fjellså, Anne Marie Lunde Husebø, Marianne Storm

Background

There is an increasing number of older adults living at home with complex care needs. Research shows that e-health technologies are seen as important for care coordination and thus important for the quality of healthcare services. However, there is a need to raise the attention on the use of e-health technologies in care coordination for older patients in primary healthcare services. By conducting a scoping review it is possible to map out research gaps and status on research about e-health technologies in care coordination for older patients living home.

Research aim

This scoping review aims to describe characteristics of e-health technologies in care coordination from the perspectives of older patients living home and healthcare professionals. The following research question will guide the review.

Method

A systematic scoping review approach based on scoping review framework and PRISMA scoping review guidelines. A systematic literature search was performed October to December 2019 in the following databases; Medline, Cinahl with Fulltext, Academic Search Premier and Scopus. Google Scholar were searched to consider grey literature. Search terms related to “care coordination”, “e-health”, “home care”, “older patients” were used and combined with AND. In Google Scholar a shorter search combination were used and the first 50 hits were screened.

Results

A total of 887 articles were included and after duplicates were removed, 472 titles and abstracts were screened, in addition to 50 titles in Google Scholar. 44 research articles will be screened in full text to clarify study eligibility. Preliminary results show that e-health technologies to improve care coordination for older patients living home are inconclusive. However, younger older patients reported better services with e-health solutions compared to those older, living alone without a support network. Healthcare professionals had an increased workload due to new technologies, and thus not able to follow up unread e-messages.

Direkte kontakt i eMeistring - Hva skjer når pasienten selv henviser seg til spesialisthelsetjenesten?

Tine Nordgreen, Kjersti Skare, Reidar Nævdal, Kristin Bruvik

eMeistring er en seksjon i Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen, som gir veiledet internettbehandling for sosial angst, panikkklidelse og depresjon. eMeistring ble startet av Tine Nordgreen i 2012 som et prosjekt, og gikk over i ordinær drift i 2015. Behandlingene tilsvarer ordinær kognitiv atferdsterapi, men blir formidlet via en internettplattform utviklet sammen med IT-leverandøren Checkware. Veiledet internettbehandling ble i 2019 godkjent som metode i Beslutningsforum for nye behandlingsmetoder.

eMeistring har et mål om å tilby pasienter behandling så tidlig som mulig. Tidligere studier har vist at denne pasientgruppen i snitt lever med vanskene sine i 12-14 år før de får hjelp. I prosjektet "Direkte Kontakt", har pasientene siden 2017 hatt muligheten til å kontakte eMeistring uten henvisning, for en utredning og eventuelt behandling. Prosjektet er inspirert av TIPS/TOPS-modellen for tidlig intervensjon ved psykose

Høsten 2019 startet prosjektet å organisere data med mål om besvare to spørsmål:

1. Skiller Direkte Kontakt pasientene seg fra pasienter henvist på ordinære måter?
2. Reagerer disse pasientene på behandlingen på andre måter enn de som er henvist på ordinære måter?

Prosjektet har til nå innhentet data fra 228 pasienter som har tatt Direkte Kontakt. Disse dataene kan sammenlignes med 520 pasienter som har tatt kontakt på ordinær måte. Alle pasienter har gjennomgått pre-post screening og levert symptomskårer jevnlig gjennom hele behandlingen. Analyser er ikke ferdigstilt, men prosjektet håper å gi et svar på om Direkte Kontakt fører til at vi kan tilby behandling tidligere i sykdomsforløpet. I tillegg vil vi undersøke hvem som benytter seg av et slikt tilbud, og om det å selv ha tatt kontakt, påvirker utfallet av behandlingen.

Utvikling av en ny nasjonal teledermatologisk helsetjeneste - en deskriptiv studie av erfaringer ved bruk av mobilapp for spesialistvurdering av utslett og hudlesjoner

Syed Mohammad Husain Rizvi, Thomas Schopf, Amandip Sangha, Kim Ulvin, Petter Gjersvik

Teledermatologi er anvendelse av telemedisin for diagnostikk og behandling av utslett og hudlesjoner. Hudfagets visuelle karakter gjør de godt egnet for fjerndiagnostikk og pasientoppfølging. Flere studier har vist at teledermatologi er et godt alternativ, også samfunnsøkonomisk, til ordinære konsultasjoner hos hudspesialist. De fleste pasienter med hudproblemer blitt tatt hånd om av leger i primærhelsetjenesten, men mange pasienter trenger en vurdering av hudlege. Pga. få praktiserende hudleger kan ventetiden for å komme til en hudlege være lang.

Vi har utviklet en app der helsepersonell på sin mobiltelefon kan angi en kort sykehistorie og ta kliniske og dermatoskopiske fotografier, som så sendes til og vurderes av en hudlege. Prosjektet er det første av sitt slag i Norge og søker å bygge en faglig og økonomisk bærekraftig digitalisert hudlegetjeneste. Vi beskriver her våre erfaringer fra prosjektets pilotfase.

Materiale og metode

I perioden 15.6.2017-15.8.2019 ble kliniske opplysninger og fotografier av utslett fra 171 pasienter hos 40 allmennleger og sykehjemsleger sendt via appen "Askin" til fire spesialister i hudsykdommer for diagnostikk og råd om behandling.

Resultater

Et bredt spekter av dermatologiske tilstander ble diagnostisert, hyppigst kroniske sår (n=29), eksem (n=23) og pigmenterte hudlesjoner (n=22). Vurdert av hudlege ble henvisning til ordinær konsultasjon hos spesialist unngått hos 119 pasienter (70%). 16 pasienter (9%) ble anbefalt ordinær konsultasjon hos en hudlege; opplysninger for riktig prioritering i spesialisthelsetjenesten ble da gitt. Hos 36 pasienter (21%) ble videre tiltak hos henvisende lege anbefalt.

Konklusjon

Våre erfaringer tyder på at mange ordinære konsultasjoner om utslett og hudlesjoner i spesialisthelsetjenesten kan unngås gjennom telemedisinsk konsultasjon via denne appen. Telemedisin har et stort potensial i helsevesenet; å unngå henvisning for ordinære konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten innebærer store økonomiske, organisatoriske og logistiske fordeler, og pasienter slipper unødig lidelse, reisevei og ventetid.

Legevakt: Henvisning til akutt vurdering på sykehus

Ellen Rabben Svedahl

Bakgrunn

Som hovedregel skal en pasient vurderes av lege i førstelinjetjenesten eller på legevakt, før eventuell henvisning til videre vurdering på sykehus. Denne portvaktfunksjonen er viktig for at de pasientene som trenger det kan prioriteres for rask vurdering og helsehjelp. Det er også viktig for å holde kostnadsnivået så lavt som mulig. Pasienter med tilstander som kan vente, eller vurderes og behandles i primærhelsetjenesten bør ikke henvises til akutt vurdering på sykehus. På legevakt vil det ofte være en vanskelig og kompleks oppgave å vurdere hvilke av pasientene som bør sendes til vurdering på sykehus. Vi vet imidlertid lite om i hvilken grad ulike leger har ulik praksis for henvisning til vurdering på sykehus. Sannsynligheten for at en konsultasjon ender med en henvisning avhenger i stor grad av pasientenes helsetilstand, og det er derfor utfordrende å undersøke slike forskjeller mellom legene. Basert på registerdata ønsker vi å undersøke om egenskaper som alder, erfaring og spesialitet hos legevaktslegene kan ha sammenheng med tilbøyeligheten til å henvise pasienten til akutt vurdering på sykehus.

Formål

Å undersøke forskjeller i henvisningstilbøyelighet mellom leger som jobber på legevakt.

Metode

Analyse av registerdata fra KUHR koblet til NPR og dødsårsaksregisteret.

Resultater

Data er under bearbeiding og analyse. Foreløpige resultater vil bli presentert på konferansen.

«Kliniske variasjoner i poliklinisk behandling av barn ved norske sykehus: en kvalitativ studie»

Hans Petter Fundingsrud, Olaug S. Lian

Bakgrunn

Barnehelseatlasen (2011 – 2014) dokumenterer geografiske forskjeller i tilbudet av spesialisthelsetjenester til barn og unge i Norge som ikke kan forklares med forskjeller i sykkelighet. Vi har valgt å se nærmere på de tilstandene og de avdelingene som viser størst variasjon ved hjelp av en kvalitativ intervjustudie. Vi valgt åtte* sykehusavdelinger og fire sykdomskategorier. I tillegg har vi også valgt ut tilstander som har liten eller ingen sesongvariasjon, som oftest medfører elektive konsultasjoner og utgjør en høy andel av medisinske polikliniske konsultasjoner. Ytterligere data for årene 2012 – 2015 ble analysert for om mulig å finne forklaringer på de observerte variasjoner, uten at tall brakte oss nærmere.

Metode

Individuelle semi-strukturerte dybdeintervjuer vha. en intervjuguide ble gjennomført med 21 nøkkelinformanter, 10 menn og 11 kvinner ved barneavdelingene som omfattet alle helseregionene. Informantene ble valgt ut av avdelingsoverlegene ved avdelingene som fikk henvendelsen. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar – mai 2019. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene, og disse ble senere ordrett transkribert. For organisering og kategorisering av datasettet har vi brukt analyseverktøyet/programvaren NVivo og dataene er analysert kvalitativt ved hjelp av tematisk analyse. To hovedkategorier i den tematiske analysen har vært kultur (det uformelle og normative) og struktur (det formelle og institusjonelle).

Resultater og diskusjon

Studien har identifisert minst to sansynlige grunner som kan forklare observert variasjon. Disse vil bli drøftet under presentasjonen. Vi har særlig vært opptatt av kultur – og strukturspesifikke trekk i materialet. Det er ønskelig med kommentarer som kan bidra til å utvikle vår forståelse.

*) 8 avdelinger (fire fagområder med høyeste og laveste forbruk) ble til 6 i det to av disse skåret høyest og lavest på to fagområder.

Prosjekt Allmennlegedata: Tilgjengeliggjøring av statistikk om pasienter med utgangspunkt i allmennlegetjenesten

Tonje Zahl-Thanem, Julia Németh

Bakgrunn

Helsedirektoratet forvalter to nasjonale personidentifiserbare helseregistre som tilsammen omfatter hele den offentlige helsetjenesten. Nasjonalt pasientregister (NPR), etablert i 2008, dekker spesialisthelsetjenesten mens Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), etablert i 2017, dekker primærhelsetjenesten. Bruken av data fra NPR er omfattende i helseforskning, og mulighetene for å også sammenstille data fra KPR med andre registre vil øke både omfang og muligheter for forskning, analyse og presentasjon av statistikk. Data fra KPR vil spesielt være nyttig for forskning på pasientbehandling og pasientforløp samt samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Formål og metode

Helsedirektoratet, gjennom prosjekt allmennlegedata, utvikler statistikkgrunnlag for allmennlegetjenesten med utgangspunkt i KPR, med kobling til NPR, andre relevante registre. Allmennlegestatistikken skal både ha helsefaglig og pasient/pårørendeperspektiv, og gi informasjon på lokalt og nasjonalt nivå. Samtidig skal personvern hensyn for både pasient og lege, som tjenesteyter, ivaretas.

Resultat

Vi vil presentere arbeidet med anonymiseringsvurderingene, prosessene for å utvikle relevante, nyttige og tilgjengelige allmennlegedata og foreløpige resultater. Vi viser statistikk for sårbare pasientgrupper, slik som eldre >65 år med >2 kroniske sykdommer med data fra både KPR og NPR. Utvalget som presenteres er basert på faglig innspill fra sentrale aktører som, Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) og Legeforeningen. I tillegg vil potensialet med diagnoseuavhengig statistikk og samhandling på tvers, som for eksempel andel pasienter fra allmennlegetjenesten med kontakt i spesialisthelsetjenesten, presenteres.

Pasientinformasjon i samhandling mellom ulike helse- og omsorgstilbud i kommunen

Maren Sogstad, Marianne Skinner

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene i kommunene kjennetegnes av en økende grad av spesialisering. Dette innebærer at pasienter med behov for tjenester beveger seg mellom ulike tjenestetilbud på det kommunale nivå. Overganger mellom ulike tjenester er kjent å være et sårbart punkt i pasientforløpet. For å ivareta pasientsikkerheten i disse overgangene er informasjon og informasjonsoverføring en viktig faktor. Dette informasjonsarbeidet skjer i et komplekst system som involverer en rekke aktører, samt ulike verktøy og teknologier.

Overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste har vært fokus i en rekke studier, det er imidlertid manglende kunnskap om hvordan samhandling og informasjonsflyt fungerer når pasienter beveger seg mellom ulike tjenester på kommunalt nivå.

Formål

Vi ønsker å studere hvilke strukturer kommunene har for informasjonsgenerering og informasjonsflyt og hvordan de utnytter dette systemet i samhandling om eldre pasienter.

Metode

Studien har et kvalitativ casestudiedesign, der data ble samlet i tre ulike kommuner. Det ble gjennomført deltagende observasjon i korttidsavdelinger i sykehjem med fokus på hvordan informasjon om pasienter ble fremskaffet, dokumentert og formidlet når pasienter flyttet fra enheten og til andre tilbud i kommunen. Det ble også gjennomført intervju med koordinatorene og ansatte i hjemmetjenesten som mottar informasjon om pasientene som reiser hjem med vedtak om hjemmetjenester.

Som teoretisk ramme for analysen benyttes resiliens i helsetjeneste. Resiliens omhandler et systems evne til å opprettholde nødvendig kvalitet, både i forventede og uventede situasjoner. I stedet for å studere feil og mangler settes fokus på hvordan et system fungerer, både når det fungerer godt og når feil oppstår.

Resultat/Konklusjon

Vi vil presentere resultater fra våre analyser, først system(er) som er i sving i kommunehelsetjenesten for å bidra til sikker og god informasjonsflyt når eldre flytter fra et tilbud til et annet. Og deretter hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten agerer i dette systemet når eldre pasienter flytter mellom ulike omsorgstilbud i kommunen.

Fritt behandlingsvalg: Pasienters og helsepersonells erfaringer med reformen så langt

Marianne Therese Smogeli Holter, Ph.D.

Bakgrunn

Helsereformen "Fritt behandlingsvalg" ble innført i 2015 som en erstatning og utvidelse av "Fritt sykehusvalg". Reformen skulle innebære økt bruk av private aktører gjennom anbudsavtaler, fjerning av aktivitetstaket til de offentlige sykehusene, samt den nye "godkjenningsordningen", som innebar at private behandlingssteder kunne få spesifikke behandlinger godkjent av HELFO som en del av det offentlige helsetilbudet. Informasjon om hvilke behandlingssteder som var tilgjengelige for ulike typer behandlinger ble tilgjengeliggjort på Helse-Norge sin nettside "Velg behandlingssted". Reformen hadde tre hensikter: Å få ned ventetidene ved å utnytte ledig kapasitet i det private, å forbedre offentlige sykehus gjennom økt konkurranse, og å gi pasienter mer valgfrihet. På oppdrag fra Norges Forskningsråd evalueres nå reformen.

Formål

Jeg vil presentere foreløpige funn fra to kvalitative delstudier av denne evalueringen. Det overordnede formålet med begge studiene var å få et innblikk i hvordan reformen oppleves fra perspektivene til to berørte grupper: pasienter og helsepersonell. Forskningsspørsmålene var: (1) Hvordan opplever pasientene den økte valgfriheten, og hvordan benytter de seg av den? (2) Hvordan gjøres vurderinger om pasientenes behov for videre utredning, behandling og oppfølging ved ulike typer behandlingssteder?

Metode

Vi har gjennomført separate fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og pasienter, samt noen semi-strukturerte kvalitative individuelle intervjuer. Dataene analyseres ved hjelp av tematisk analyse. Datainn-samling og analyse gjennomføres iterativt. Datainnsamling pågår fortsatt og analysen er derfor foreløpig.

Resultater/funn

Det foreløpige hovedfunnet er at ordningen om "Fritt behandlingsvalg" er lite kjent blant både pasienter og helsepersonell, og at det mangler en tydelig plassering av ansvar når det gjelder hvem som skal informere pasienten om denne rettigheten og hva den innebærer. Spørsmålet blir dermed ikke hvordan pasientene benytter seg av den økte valgfriheten, men hvorvidt denne valgfriheten i det hele tatt er kjent for dem. Funnene tyder derfor på at reformen foreløpig ikke er tilstrekkelig integrert i pasientenes helsetilbud.

When GPs leaves the office: Consequences of discontinuity on health care utilisation

Lena J. Skarshaug, Silje L. Kaspersen, Johan H. Bjørngaard and Kristine Pape

Background

Having a stable and accessible GP over time has been suggested to be gainful for patients' health and reduce the need for hospital treatment. However, causal interpretations are difficult, since patient groups with different levels of continuity of care also differ in other aspects.

Aim

Investigate how a sudden discontinuity of GP care affect patients' regular GP consultations, out-of-hours consultations and acute hospital admissions.

Method

Longitudinal design, linking person-level national register data on use of health services and GP affiliation. We followed 2,529,311 Norwegians assigned to the patient lists of 2501 regular GPs who, after 12 months of stable practice, had a sudden discontinuity of care lasting two or more months between 2007 and 2017.

Using generalized estimating equation models stratified in 5 age groups, we estimated the odds ratios of monthly GP consultations, out-of-hours consultations and acute hospital admissions during (three-month period) and after (six-month period) the discontinuity, compared to before (six-month period of normal operation) the discontinuity.

Results

All age groups had a decrease in regular GP consultations during the discontinuity, followed by normalisation. Out-of-hours consultations increased during the discontinuity for all adult age groups and remained elevated for those aged 19-44 and 65-79 years.

We did not find any indications of any impact on acute hospital admissions. We concluded that when part of a public healthcare system with a stable regular GP, patients seem to access help when needed, even when faced with a sudden discontinuity of care.

Pårørende av sykehjemspasienter – en stemme å lytte til ved forskrivning, vurdering og seponering av legemidler

Master i farmasi Helga Vaage og PhD i Samfunnsmedisin, CandPharm Hege Therese Bell

Bakgrunn

Systematisk observasjon av symptomer og kliniske tegn hos legemiddelbrukeren er en viktig del av legemiddelhåndteringsprosessen, og et nødvendig grunnlag for å kunne foreta en god legevisitt og for å kunne gi personsentrert omsorg (1). Pårørende er gjerne den som står sykehjemsbeboeren nærmest. Pårørende kan være en verdifull ressurs for helsepersonell ved sykehjem når det gjelder å samle informasjon til bruk i vurdering av legemiddelbehandlingen (2).

Formål

Formålet med masteroppgaven var å undersøke og beskrive hvilke tanker pårørende til sykehjemsbeboere har om beboerens legemiddelbehandling, og hvordan de erfarer å samhandle med helsepersonellet om beboerens legemiddelbruk.

Metode

Semistrukturerte individuelle intervju av pårørende til sykehjemsbeboere i Midt-Norge. Intervjuene ble tatt opp digitalt, transkribert verbatim og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (3).

Konklusjon/resultat

Totalt ti pårørende i alderen 46 til 88 år bestående av to ektefeller og åtte barn ble intervjuet. Et gjennomgående funn var at pårørende har stor tillit til helsepersonellet og dermed i utgangspunktet stoler på deres beslutninger. Tilliten kunne derimot svekkes dersom pårørende observerte feil eller opplevde noe som feil i legemiddelbehandlingen. De ble da mer bevisst på beboerens legemiddelbehandling, og ønsket mer informasjon om denne. Pårørende opplevde seg selv som en usynlig ressurs for sykehjemsbeboeren og dermed personalet på sykehjemmet. De ønsket å være i dialog med helsepersonellet om beboerens legemiddelbruk, og etterlyste derfor flere møter med personalet. Det var pårørende som opplevde å ikke bli hørt eller tatt på alvor når de tok opp ting på sykehjemmet i motsetning til hva de opplevde når beboeren var innlagt på sykehus. Det kan se ut til at helsepersonellet på sykehjemmet ikke er like god på å se og nyttiggjøre seg av denne ressursen og dermed kan gå glipp av viktige innspill.

Referanser

- 1) Norsk Legemiddelhandbok (NEL), <https://www.legemiddelhandboka.no/G27/Avmedisinering> Lest 05.11.19
- 2) <https://www.farmatid.no/artikler/nyheter/bekkelagshjemmet-mer-enn-halverte-medisinlistene> (Lest 05.11.19)
- 3) Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of public health* 2012; 40: 795-805

Samarbeid om gode løsninger. Pårørende bidrag til forebygging, reduksjon og kvalitetssikring av tvang i psykiske helsetjenester

Reidunn Norvol, Hanne Moss, Arnhild Litlerè

Introduksjon

Forskning om pårørendes betydning i det tvangsreducerende arbeidet er begrenset. Det overordnede formålet i studien (2018) var å undersøke pårørendes syn på om og hvordan de kan bidra til det tvangsreducerende arbeidet, og hvilke forhold som da må legges til rette.

Materiale og metoder

Studien anvendte fokusgruppe-intervjuer og dialogverksted med til sammen 30 voksne pårørende fra fem ulike fylker i Norge. I tillegg inkluderte prosjektet pårørende som medforskere for å styrke pårørendes perspektiver i forskningen.

Resultater

Pårørende så flere muligheter for å forebygge og redusere tvangsbruk. De mente at pårørende kan bidra ved å gi pasienten et ansikt og en stemme i møte med tjenestene, sikre hjelp på tidlig tidspunkt, gi sosial støtte, se ressurser og alternative løsninger. Videre kan de bidra til riktig diagnostikk og behandling, kvalitetssikre behandling og oppfølging samt motvirke feil eller unødig bruk av tvang. Gode frivillige løsninger forutsetter et bedre utbygget tjenestetilbud som sikrer tilstrekkelig hjelp til pasient og pårørende, og som har et bedre samarbeid med pårørende. Viktig for et godt samarbeid er mer positive holdninger til personer med psykiske vansker i samfunnet og tjenestene, og god primærforebygging gjennom tidlig innsats og alternative tilnærminger. Informantene fremhevet videre viktigheten av et individuelt tilpasset og helhetlig behandlings- og tjenestetilbud og raskt responderende tjenester. Det er nødvendig med en god dialog med pårørende, samt å tilby god psykisk og praktisk støtte og avlastning. Optimale løsninger fordrer god ansvarsavklaring og en kontinuerlig evaluering i samarbeid med pasient og pårørende.

Konklusjon

Studien tyder på at mange generelle tiltak som det å bedre samarbeidet med pårørende, å sikre gode sosiale levekår, utvikle alternative behandlingstilbud, styrke rettssikkerheten og kvalitetsutvikle tjenestene er sentralt. I tillegg må pårørende få psykisk og praktisk støtte.

<https://www.erfaringskompetanse.no/nettbutikk/publikasjoner/samarbeid-om-gode-losninger/>

Hjemmesykepleiernes vurderinger av tilgang til pasientinformasjon – betydning av horisontal samhandling og kommune kontekst

Marijke Veenstra, Marianne Skinner, Maren Raknes Sogstad

Background

Numerous studies have revealed the challenges associated with ensuring informational continuity in municipal care services to older people with comprehensive, prolonged and complex care needs. So far, most research is qualitative and on the micro-level. There is therefore a lack of empirical information on the impact of formal collaborative structures and contextual constraints.

Objectives

The aim of the current study is to map homecare nurses' assessments of available information in the municipalities' documentation system and investigate the extent to which these assessments are associated with perceived quality of collaborations and with structural resources at the municipal level.

Methods

We used data from a nationwide web-based survey among 1 612 nurses working with older persons (65+) in homecare services in Norway. Responses of individual nurses were linked with KOSTRA data from the public registers. Data were analysed with descriptive statistics and multi-level regression analyses.

Results and conclusion

Information on the patient's medications and health condition was considered most often available in the municipality's documentation system, whereas information related to the recipient's psychosocial needs or future follow-up was perceived less available. Homecare nurses perceptions of the quality of collaboration with the GP and the allotment office were independently and positively associated with assessments of informational continuity. This underlines the importance of taking into account the distinctive and supplementary roles of the core actors in the municipal care system in ensuring informational continuity. A modest share of the total variation (8.2%) in assessments of informational continuity is linked to the structural level of municipality. Smaller municipalities have, on average, better informational continuity compared to larger municipalities. The effect of municipality size may reflect the potentially more complex care trajectories of older persons in large municipalities, or reflect differential impact of the Coordination Reform on small and large municipalities.

A scoping review of training programs for healthcare providers delivering group-based self-management programs: Preliminary results

Olöf Birna Kristjansdóttir, André Vågan, Kari Hvinden, Hilde Blindheim Børve, Lena Heyn, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Veerle Duprez, Ann van Hecke, Una Stenberg

Background

Training programs for healthcare personal providing group-based self-management programs are considered crucial for competence development. Yet, a review of research on training interventions aiming to promote competencies in delivering group-based self-management support is lacking.

Aim

To provide an overview of research on training programs for healthcare providers promoting competencies in delivering group-based self-management programs.

Methods

A systematic literature search was done in the databases MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ERIC, AMED, CINAHL, SveMed+ and Cochrane Library to identify studies meeting following inclusion criteria: 1) evaluation of training in delivery of group-based self-management support; 2) outcomes associated with healthcare providers' competencies or experiences reported; 3) publication year between 2000 and February 2019; 4) in English or Scandinavian. Data extraction followed new reporting criteria – Cre-DEPTH – for describing and evaluating training interventions for healthcare professions.

Results/conclusion

Of the 6560 records identified, 27 met the inclusion criteria. Preliminary results on study design, training interventions' details, participants, outcome measures and training effects will be presented. The results will provide a picture of the current status of research on training interventions for healthcare providers and may help guide development of effective training interventions.

Implementing 'structured multidisciplinary care teams' in Norway

Silje L. Kaspersen, Line Melby, Marian Ådnanes, Jorid Kalseth

Background

The Norwegian health authorities have issued new recommendations for how to follow up persons with long term complex care needs. These include systematic assessment of care needs and establishment of a dynamic multidisciplinary care team with a coordinator; "structured multidisciplinary care teams" (SMCT). User involvement is strongly emphasised. In 2018, six 'pilot' municipalities across Norway received financial- and process support to implement the new recommendations by 2021. In a longitudinal research project, we follow the pilots during the implementation period. In this paper, we present findings from the first phase.

Aim

The aim of the research has been to investigate how municipal service providers work and reshape work processes to detect and enrol all its inhabitants with long term complex care needs into SMCTs.

Methods

We conducted semi-structured interviews with employees in the six pilot municipalities (N= 175). The interviewees comprise leaders and employees from the health, - welfare- and education sectors, as well as clerical staff in the municipal administration.

Results

We found great diversity concerning follow up of persons with long term complex needs. All municipalities had good routines for the follow up of some groups (e.g. children, disabled persons), but lacked a systematic approach for ensuring coordinated services for all groups. Common challenges across the municipalities included how to systematically identify persons in the target group and how to recruit, train and support coordinators. The municipalities preferred to start working on a basic level with organisation, routines and staff's skills, before they started up with the SMCTs.

Conclusion

Implementing SMCTs requires new collaboration routines both within and between municipal sectors, new systems for identifying users, and increased competence among providers. SMCTs should be considered a complex intervention, implying that it is time consuming to implement them, and difficult to foresee all the effects.

Depression care in general practice – time trends in 2009-2016

Sabine Ruths, Valborg Baste¹, Øystein Hetlevik, Tone Smith-Sivertsen, Sharline Riiser, Anneli Hansen, Inger Haukenes

Background

Depression is prevalent in general practice. However, knowledge is scarce regarding which kind of treatment Norwegian general practitioners (GPs) provide, and time trends in GPs' depression care.

Aim

To investigate time trends in GPs' depression care for adult patients, and to examine differences across gender, age and co-morbidity.

Methods

Cohort study linking data from several national health- and welfare registers that reflect GPs' depression care. All inhabitants aged 20 years or older diagnosed with a new episode of depression in general practice during 2009 - 2015 were included. The cohort was followed-up during 12 months with regard to various treatments provided. We defined GPs' depression care by use of tariff codes for consultation, talking therapy, drug treatment, certification of sickness absence, and referral to specialist mental health care. We estimated annual prevalences of health care provision and used generalized linear model to test for differences in time trends.

Results

The study comprised 380,359 new depression episodes, 62.1% of the patients were women, mean age 43.2 (± 16.4) years. We found statistically significant differences in time trends for talking therapy, drug treatment and certification of sickness absence. More detailed results will be presented at the conference.

Conclusion

New knowledge about GPs' health care provision for people with depression and time trends in depression care can contribute to improving patient pathways and outcomes.

Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (I-CBT) for anxiety-disorders in adolescents. A feasibility study

Flygel, Linda H. Knudsen; Kleve, Liv; Wergeland, Gro Janne & Nordgreen, Tine

Background

Anxiety-disorders is among the most prevalent mental health problems among children and adolescents. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a well-documented and effective treatment for anxiety-disorders. International studies of internet-based CBT (I-CBT) have yielded promising results among adults.

Aim

The aim of the current study is to test the feasibility of I-CBT as an integrated part of ordinary treatment for anxiety-disorders. The primary goal is to examine how patients and therapists experience the use of I-CBT. A secondary goal is to help adolescents experience reduced symptoms of anxiety and improve their quality of life.

Method

Participants are recruited among outpatients aged 13-18 with a primary anxiety-diagnosis at one of the seven clinics for Child and Adolescent Mental Health (BUP) in Helse Bergen. Intervention: A 10-week computerized, internet-based, Norwegian version of the "Cool Teens/Chilled out" treatment-program for anxiety disorders. Every week a trained clinical psychologist make a brief telephone call to the participant to monitor symptoms and progress. Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-c), Children's Automatic Thoughts Scale (CATS), Child Anxiety Life Interference Scale (CALIS) and Clinical Global Impression Scale (CGI-S/I) were administered before and after completing the program.

Results

The study is ongoing, 18 patients have been included so far, and three patients have completed the program. These were generally satisfied with the content and the internet-based format and showed improvement in anxiety symptoms. The main reasons for dropout is failure to get in touch with the participant despite several attempts, lack of motivation and user compliance.

Who is safe? Welfare technology and the feeling of safety for older adults with dementia living at their homes. Experiences from Norway

Mariya Bikova, Oddvar Førland

The Scandinavian concept welfare technology understood as “the knowledge and use of technology that can maintain and/or increase the feeling of safety, activity, participation, and independence for a person at (any age) who has or is at risk of having/developing a disability (Hagen et al., 2011) is increasingly seen as one of the answers to meeting the care needs of an ageing population. Welfare technology is expected to facilitate active and independent living by increasing service user’s safety at their homes, enabling communication with family members and health-care staff, and fostering a sense of subjective mastery. Drawing on in-person, semi-structured interviews with older adults with dementia and their relatives, this article seeks to explore how they relate to welfare technology. How do people with dementia experience welfare technology? Does welfare technology increase their safety? Do relatives feel safe knowing that their family members have access to technological devices such as personal alarms and telecare? The interviews are conducted in seven Norwegian municipalities as a part of national evaluation of the Norwegian government’s plan for the care service sector “Omsorg2020”, are fully transcribed and coded in NVivo. The analysis draws on a critical perspective on technology inspired by Science and Technology studies, where technology, rather than a neutral tool, is seen as an actant influencing the relations between service users, their relatives and the health-care staff. The analysis draws also on Beck’s (1992) theory of risk society to discuss how risks related to old age (such as risk of falls or the risk of getting lost) are increasingly connected to technology. Preliminary findings show that older adults with dementia are ambivalent to the use of welfare technology and that availability of technology may create ‘false safety’ for them and their relatives.

Tildeler kommunene tjenester som dekker eldre pasienters behov i dagene etter utskrivning fra sykehus?

Heidi Gautun

Bakgrunn og formål

Sykepleiere som jobber i sykehus har uttrykt at de kan oppleve det som problematisk at de ikke har innflytelse på kommunens beslutning om hvilken type tjeneste eldre pasienter skal tildeles når de skrives ut fra sykehus. I dette paperet undersøkes hvorvidt det er et samsvar mellom sykepleiere i sykehus og sykepleiere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene sitt syn på tildelingskontorets valg av tjeneste. Metode: Data fra to landsomfattende undersøkelser som ble gjennomført i 2017 har blitt analysert. 2 431 sykepleiere i somatiske sykehus og 4 312 sykepleiere i sykehjem eller hjemmesykepleien deltok. Analysene ble gjennomført med StataMP15 og inkluderte regresjonsanalyser.

Resultater

Et flertall både i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien uttrykte uenigheter med tildelingskontoret. Uenighetene gikk i hovedsak ut på at sykepleierne mente at flere av pasientene burde følges opp i sykehjem. Flest sykepleiere i sykehus, dernest sykepleiere i hjemmesykepleien, og færrest sykepleiere i sykehjem var uenig i kommunenes beslutning. Analysene viste en sammenheng mellom mangel på ressurser i hjemmesykepleien, i form av personell, kompetanse og medisinsk- teknisk utstyr, og uenighet med kommunens beslutning om å tildele hjemmetjenester fremfor oppfølging i sykehjem. Hjemmesykepleiere som oppga at de manglet medisinsk- teknisk utstyr, at det var for mange ubesatte stillinger i tjenesten de jobbet i, og at de ikke hadde tilstrekkelig med sykepleiere oppga i større grad enn andre hjemmesykepleiere at de var uenig med tildelingskontoret. Sannsynligheten for å være uenig var også større om hjemmesykepleierne opplevde at rehabiliteringstilbudet var utilstrekkelig.

Konklusjon

Både sykepleiere i sykehus og i tjenestene som tok imot eldre pasienter opplevde at kommunene i for liten grad tilbød eldre pasienter oppfølging i institusjon den første tiden etter at de var skrevet ut fra sykehus. Undersøkelsen indikerer at noen av disse pasientene kan få dekket sine behov utenfor institusjon om hjemmesykepleien tilføres mer ressurser.

Follow-up care and adherence to self-management activities in rehabilitation for patients with rheumatic and musculoskeletal diseases

Helene Lindtvedt Valaas, Mari Klokke, Ingvild Kjekshus

Background

Successful management of rheumatic and musculoskeletal disease (RMD) largely relies on the implementation of behavioural adjustments and healthy self-management, which are commonly introduced to patients in multidisciplinary rehabilitation settings. Moreover, support over an extended period may prolong the effect of specialized rehabilitation. However, information about existing practices in RMD rehabilitation is limited.

Objectives

To explore current follow-up care and self-management after specialized rehabilitation for patients with RMDs.

Methods

This multicentre cohort study included 523 patients who self-reported their need and plans for follow-up care (FU-care) and plans for self-management activities (SMA) at rehabilitation discharge. The FU-care received and adherence to SMA were self-reported at 4-, 8-, and 12-month follow-ups. Predictors for the FU-care received and adherence to SMA were explored in multiple logistic regression models.

Results

Plans for FU-care was significantly associated with received FU-care ($p=0.014$). Younger age (adjusted odds ratio [aOR]=0.97, 95% confidence interval [95% CI]: 0.94, 0.99), better coping skills (aOR=1.04, 95% CI: 1.02, 1.07), and performing regular social activities and hobbies (aOR=2.00, 95% CI: 1.14, 3.51) were significant predictors for received FU-care. Throughout the follow-up year, 221 (51%) participants were adhering to their SMA plans. Older age (aOR=1.03, 95% CI: 1.01, 1.05), regular physical activity (aOR=3.84, 95% CI: 2.41, 6.12), more severe pain (aOR=1.14, 95% CI: 1.00, 1.30), and performing regular social activities and hobbies (aOR=1.66, 95% CI: 1.02, 2.71; $p=0.04$) were significant predictors for adherence to SMA. Lower depression and anxiety (aOR=0.79, 95% CI: 0.61, 1.02) was close to significant. Participants with SMA adherence reported more often planned FU-care ($p=0.07$), and more frequently received the FU-care they needed ($p<0.001$).

Conclusion

Planning follow-up should be integrated in specialized rehabilitation. Patients with anxiety and depression, poor coping skills and sedentary lifestyle may need more support over longer time to implement behavioural changes for healthy self-management.

Reablement in a municipal home care setting, a survival analysis

Kjartan Sarheim Anthun, Monica Lillefjell, Kirsti Sarheim Anthun

Background and purpose

Reablement is a municipal service given to patient at home. The purpose of the service is to assist recovery after hospital discharges or other sudden changes in a patient functional level. The service is often provided by a team of nurses, physiotherapist and occupational therapist. The purpose of this paper is to compare users of this service to users that receive traditional home care services. Outcomes to be measured are functionality level, risk of long-term care and mortality.

Materials and methods

All users of health and care services in a Norwegian municipality were eligible for inclusion. Data was extracted from the local user administrative database. Users were divided in two groups: those that received reablement and those home care users that did not receive the reablement service. Propensity score matching was used to match users based on age, gender and functionality level. Survival analysis was deployed to test if the reablement users had different risk of becoming long-term care users, and if mortality differed.

Preliminary results

153 reablement users were included in the study. These were matched to 153 non-reablement home care users. The groups had similar distributions of age, gender and functionality level in the start of their service trajectories. Regressions showed that reablement users had lower risk of using long-term care services in the study period (time at risk up to 4 years), and lower mortality, although none of these estimates were statistically significant.

Between diagnostic precision and rapid decision-making: using institutional ethnography to explore diagnostic work in the context of Cancer Patient Pathways (CPPs) in Norway

Siri Christine Kvernmo Næss, Erna Håland

Background

This study focuses on the ongoing transformations of cancer care in the backdrop of the implementation of Cancer patient pathways (CPPs) in Norway. The study is part of an ongoing larger project financed by The Research Council of Norway and NTNU. CPPs is a political reform launched in 2015 that aims to provide a well-organized and predictable care trajectory without delays. A key aspect of CPP is the introduction of time limits for each phase of the diagnostic investigation. The hospitals' compliance to these timeframes are monitored through a coding-system, which makes it possible to compare pathway duration between hospitals. Thus, speediness is placed at the forefront of what it means to provide quality cancer care and becomes a core indicator of health care professionals' performance.

Method

Institutional ethnography is used to explore how health care professionals incorporate the CPP-timeframes in their work. Data was collected through semi-structured interviews of physicians across five hospitals in Norway. The sample includes oncologists and physicians working in the clinic, surgery, radiology, nuclear medicine, and pathology, as well as administrative managers (N=27).

Results/conclusion

The process of making a cancer diagnosis is complex, involving the coordination and communication between multiple specialists across locations. We found that although much diagnostic work can be managed within the scope of the CPPs timeframes, increased complexity in diagnosing, treatment and treatment follow-up procedures are pushing the boundaries of what is possible to accomplish with current resources. The implementation of different strategies aimed at enhancing cancer care collides and forge a situation whereby medical professionals must negotiate between diagnostic precision and rapid decision-making.

Low adherence to exercise may have influenced the proportion of OMERACT-OARSI responders in an integrated OA care model: Secondary analyses from a cluster-randomised controlled trial

Tuva Moseng, Hanne Dagfinrud, Leti van Bodegom-Vos, Krysia Dziedzic, Kåre Birger Hagen, Bård Natvig, Jan Harald Røtterud, Thea Vliet Vlieland, Nina Østerås

Background

To address the well-documented gap between hip and knee osteoarthritis (OA) treatment recommendations and current clinical practice, a structured model for integrated OA care was developed and evaluated in a stepped-wedge cluster-randomised controlled trial.

Aim

To investigate the difference in proportion of patients fulfilling the Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT-OARSI) responder criteria between patients receiving the structured OA care model vs. usual care after 3 and 6 months. Secondly, to investigate if the proportion of responders in the intervention group was influenced by adherence to the exercise program inherent in the model.

Methods

The study was conducted in six Norwegian municipalities. General practitioners and physiotherapists received training in OA treatment recommendations and use of the structured model. The patient intervention group attended a physiotherapist-led OA education and exercise programme (8-12 weeks). The control group received usual care. The secondary outcomes patient-reported pain, function and disease activity during the last week were evaluated using 11-point numeric rating scales (NRS 0-10). These scores were used to calculate the proportion of OMERACT-OARSI responders. Two-level mixed logistic regression models were fitted to investigate differences in responders between the groups.

Results

284 intervention and 109 control group participants with hip and knee OA. In total 47% of the intervention and 35% of the control group were responders at 3 or 6 months combined; showing an uncertain between-group difference (OR_{adjusted} 1.38 (95% CI 0.41, 4.67)). In the intervention group, 184 participants completed the exercise programme (exercised ≥ 2 times/week ≥ 8 weeks) and 55% of these were responders. In contrast, 28% of the 86 non-completers were responders.

Conclusions

The difference in proportion of OMERACT-OARSI responders at 3 and 6 months between the intervention and control group was uncertain. In the intervention group, a larger proportion was responders among the exercise completers compared to the non-completers.

Senskader etter sepsisoverlevelse: en systematisk litteraturgjennomgang av kliniske studier av somatiske og kognitive senskader etter sepsis

Geir Haakon Hilland

Bakgrunn

Det finnes ikke nøyaktige tall på forekomsten av sepsis i Norge, men det anslås at ca. 10 000 personer får sepsis hvert år. Av disse dør 3000-5000, av selve sepsisen, og vi vet at ca. halvparten av de overlevende må leve med senskader. Hvordan det går med disse pasientene i tiden etter sepsisoverlevelse, deres bruk av helsetjenester og behov for oppfølging, vet vi per i dag lite om.

Formål

I denne artikkelen søker vi etter å syntetisere funnene fra relevant forskning på langtidsutfall etter sepsis ved systematisk utvelgelse av studier vi vurderer til å være av høy metodisk kvalitet, for å danne et pålitelig kunnskapsgrunnlag for videre studier av langtidsutfall etter sepsis. Det har vært forsket lite på hva som skjer med sepsispasientene i årene etter overlevelse, ettersom det har eksistert et umiddelbart behov for å få ned den akutte dødeligheten. Denne har nå beveget seg nedover i flere år, noe som i kombinasjon med økt forekomst av sepsis fører til en økning i antallet sepsisoverlevende med senskader.

Metode

En systematisk litteraturgjennomgang av kliniske studier av langtidsutfall etter sepsisoverlevelse er gjennomført. Inklusjonskriteriene omfattet både somatiske og kognitive langtidsutfall, hvor "langtidsutfall" er definert som 1 år eller lengre etter sepsis. En systematisk vurdering av anvendt metodikk for å påvise kausalitet mellom sepsisen og utfallet ble foretatt, og kun studier som anvendte metoder for å ta høyde for kausalitetsutfordringer ble inkludert.

Konklusjon/resultat

Foreløpig har 1378 studier blitt gjennomgått etter søk i PubMed, hvorav 148 av disse har blitt inkludert for gjennomgang av abstract basert på tittel, etter fjerning av duplikater. Av disse møter så langt 14 studier de satte inklusjonskriteriene. Funnene i disse studiene viser at man kan forvente vedvarende økt dødelighet, økt forekomst av somatisk sykdom, psykiske helseproblemer og generelt nedsatt livskvalitet i inntil 5 år etter første sepsisoverlevelse. Disse pasientene vil ha sammensatte behov og trenge helsehjelp fra en rekke aktører på tvers av helsevesenet, og det er derfor viktig at det forskes videre på hva slags intervensjoner og tiltak som på en effektiv og god måte kan hjelpe denne pasientgruppen

The supply and demand for the Akershus University Hospital children's hospital at home service 2015-2019

Joe Viana, Lisa Johanne Fosshaug, Ingunn T. Thoresen, Tone Breines Simonsen, Fredrik A. Dahl

Background

Hospital at home (HaH) services, provide hospital level services to patients at their home. Proponents of HaH services suggest they offer the following advantages of over inpatient admission: i) Patients experience better clinical outcomes, satisfaction levels, and functional outcomes; ii) Hospital capacity is made available.

In Norway as in many other countries hospital capacity constraints coupled with a political shift towards more patient centric solutions, have raised the profile of HaH services and remote care alternatives. The delivery of HaH services is challenging in Norway given geographical constraints, high labour costs, the patient groups to include, the high level of staff competence required, and the collaboration and communication between the specialist and the primary health service, as well as the legal implications of this kind of system.

From November 2015, Akershus University Hospital (AHUS) piloted a HaH service for children from specific patient groups who meet the clinical criteria and who agree with their families, provided the family is capable, to accept the service. The full service has been running since February 2017.

Aim

To explore how the HaH for children at AHUS, has been delivered over time, by collecting and validating de-identified data about HaH visits and users of HaH over time, by patient group and location.

Method

Descriptive statistical, data mining and text mining approaches on de-identified calendar information are being employed.

Results

Descriptive statistics will be presented by patient group/location over time.

Conclusion

These results will inform those from AHUS who deliver the HaH. This initial analysis will form the basis for models to forecast resource requirements, and assess the ability to provide equitable access and provision of the service.

Depression care in general practice following sick-listing: register-based study

Sharline Riiser, Inger Haukenes, Valborg Baste, Øystein Hetlevik, Tone Smith-Sivertsen, Sabine Ruths

Background

Most people with depression are diagnosed, treated and followed up in general practice. This also includes the follow-up of sick-listed patients. However, knowledge is scarce on whether general practitioners (GPs) provide equitable care for these patients.

Aim

To investigate associations between patient groups defined by gender and education, and GPs' depression care following certification of sickness absence.

Methods

Cohort study linking data from several national health- and welfare registers that reflect GPs' depression care. All inhabitants aged 25-66 years in 2013, diagnosed with a new depression episode in general practice and sick listed within two weeks. The cohort was followed-up during 12 months with regard to GPs' depression care. Six population groups were defined by combining gender with three education levels. GPs depression care was defined by use of tariff codes for consultations, talking therapy, referral to specialised mental health care, use of mental health assessment tools, and antidepressant drug treatment. We used cox regression analyses (HR, 95% CI) to estimate the association between patient groups and outcome.

Results

The study population comprised 8857 individuals, mean age 41.8 (± 10.3) years, 60.1 % were women. Altogether 22.6 % patients had completed primary school, 42.7 % secondary school and 34.8 higher education. We found statistical significant differences between the exposure groups with respect to likelihood being treated with antidepressant medication, talking therapy and receiving follow-up consultations. More details will be presented at the conference.

Conclusion

GPs' depression care varied across patient groups defined by gender and education. GPs need to be aware of these variations to provide personalized care and to prevent reproducing inequity

Digitale samhandlingsverktøy for behandling av psykiske lidelser - resultater fra en kunnskapsoppsummering

Kari Sand, Trude M. Midtgård, Pieter J. Toussaint, Henrik Karlstrøm, Line Melby

Bakgrunn

Digitale løsninger i helsevesenet tas i bruk for å kunne yte tjenester til flere, for å styrke brukernes deltakelse og medvirkning, og for å bidra til et mer bærekraftig helsevesen. Norges forskningsråd har finansiert et kunnskapsnotat med tittelen "Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på tjenestene", gjennomført av SINTEF, avdeling Helse. Denne presentasjonen tar for seg et deltema fra kunnskapsnotatet: Digital behandling av psykiske lidelser.

Formål

Å sammenfatte forskningsresultater om bruk og effekt av digitale samhandlingsverktøy for behandling av psykiske lidelser.

Metode

Et litteratursøk ble gjennomført vha. en iterativ metode som inkluderte identifisering av nøkkelartikler og nøkkelord, søk i PROSPERO (database over medisinske litteraturgjennomganger), samsiteringsanalyse vha. siteringsdatabasen Dimensions og kvalitativ gjennomgang av titler, abstracts og fulltekstartikler.

Konklusjon/resultat

Totalt 357 artikler ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen, hvorav 135 handlet om psykisk helse. Digital behandling av psykiske lidelser, først og fremst internett-basert kognitiv atferdsterapi (forkortet ICBT) var det temaet som forekom oftest i de inkluderte artiklene i dette prosjektet. ICBT er en eBehandling som pasienter gjennomfører hjemme over en definert periode. Innholdet er oftest tekstbasert, men kan også bestå av lyd- og videofiler, og inkluderer i de fleste tilfeller hjemmeoppgaver. Behandlingen besto også kontakt med helsepersonell: skriftlige tilbakemeldinger på hjemmeoppgaver, motiverende beskjeder eller hjelp til å komme i gang. Positive effekter av ICBT ble identifisert i randomiserte studier, først og fremst for depresjon og angst, men også for andre lidelser som tvangslidelser, PTSD og perfektjonisme. Positive effekter innebærer reduksjon av de diagnosespesifikke symptomene, men også forbedring i andre utfallsmål som økt livskvalitet eller reduksjon i medikamentbruk. Likevel er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål på feltet, som 1) Hva er langtidseffektene av digital behandling?, 2) Er det er noen negative konsekvenser av å bruke digitale verktøy?, 3) Hvordan verktøyene skal designes slik at de passer til de enkelte brukergruppernes behov og preferanser?

Koder som representasjon for kvalitet? Helsepersonells arbeid for å forstå, bruke og utvikle koder som representasjon for kvalitet i pakkeforløp for kreft

Erna Håland og Line Melby

Bakgrunn

Pakkeforløp for kreft, som ble innført i Norge i 2015, er standardiserte pasientforløp som har som målsetning å minimere ventetid og gjøre kreftbehandling mer forutsigbar og trygg for pasientene. En viktig del av gjennomføringen av pakkeforløpet er å registrere ulike typer koder på spesifikke punkter i fasene i pakkeforløpet. Disse kodene rapporteres til Norsk pasientregister og offentliggjøres på Helsedirektoratet sine sider på nett. Sykehus kan dermed måles og sammenlignes når det gjelder måloppnåelse på tidene satt i pakkeforløpet. Fra politisk og helsebyråkratisk hold blir kodene sett på som viktige kvalitetsindikatorer.

Formål

Utforske hvordan helsepersonell arbeider for å 'produsere' koder som representasjon for kvalitet.

Metode

Vi presenterer foreløpige resultater fra et prosjekt, finansiert av Norges forskningsråd, som evaluerer pakkeforløp for kreft. Basert på intervjuer med helsepersonell (pakkeforløpskoordinatorene, leger, sykepleiere) i fem ulike sykehus presenterer vi erfaringer med og perspektiver på kodepraksiser.

Konklusjon/resultat

Vi finner at selv om kodingen presenteres som standardisert, finnes det stor variasjon i praksis mellom sykehus og regioner – som impliserer at sammenligning mellom sykehus er utfordrende. Helsepersonell gjør en rekke ulike typer arbeid for å 'produsere' koder som representasjoner for kvalitet, og vi utvikler fem kategorier som uttrykk for dette arbeidet: standardiseringsarbeid, legitimeringsarbeid, ansvarsavklaringsarbeid, profesjonelt vurderingsarbeid og lydighetsarbeid. Flere informanter stiller spørsmål ved om arbeidet er verdt innsatsen og om kodene egentlig sier noe om kvaliteten på helsehjelpen. De anerkjenner likevel at kodene kan ha betydning for pasientens opplevelse gjennom å overholde satte tidsfrister.

Pasientforløpets betydning for pasienter behandlet med perkutan koronar intervensjon (PCI)

Mari Grøslund, Kjetil Elias Telle, Henning Øien, Simon Søbstad Bensnes og Ingrid Huitfeldt

Bakgrunn

I Norge har vi et mål om å tilby likeverdige helsetjenester til alle, uavhengig av bosted. Hvorvidt dette oppnås mest effektivt med desentraliserte eller sentraliserte helsetjenester er usikkert. For mens nærhet til et lokalsykehus med breddekompetanse kan være et godt tiltak i mange tilfeller, kan det også føre til en falsk trygghet hvis det går utover bruken av spisskompetanse i tilfeller hvor dette er det mest hensiktsmessige.

I denne artikkelen skal vi se på pasientforløpet til pasienter som har fått utført prosedyren perkutan koronar intervensjon (PCI), den mest foretrukne behandlingen av akutt hjerteinfarkt. I følge retningslinjene for akutt hjerteinfarkt bør man få behandling innen 2-24 timer. Hvis PCI operasjon ikke er mulig innenfor den anbefalte tidsrammen bør pasienten i stedet få medisinsk trombolysebehandling etterfulgt av en eventuell PCI. PCI tilbys bare på et utvalgt antall sykehus i Norge mens trombolysebehandlingen gis på de fleste sykehus. Det er derfor ikke så overraskende at tidligere studier har vist at det er stor geografisk variasjon i behandling av akutt hjerteinfarkt i Norge

Formål

Vi vil undersøke om tid til PCI behandling er viktig for overlevelse og reinnleggelser. Vi gjør dette ved å sammenligne overlevelse og reinnleggelser for pasienter som kom rett til et PCI sykehus med pasienter som først kom til et sykehus uten PCI behandling og måtte overføres til et annet sykehus for å bli behandlet med PCI.

Metode

Foreløpig en deskriptiv analyse som sammenligner dødelighet og reinnleggelser for pasienter sendt direkte til et PCI-sykehus med pasienter sendt til et sykehus som ikke kan tilby PCI.

Data brukt er Norsk pasient register (NPR) fra årene 2008-2015, samt andre data fra SSB. Utvalget består av alle pasienter som har fått sin første registrerte PCI behandling i perioden 2010-2015.

Prosedurekoder PCI: FNG02, FNG05

ICD-10 koder hjerteinfarkt: I21, I22

Konklusjon/resultat: Foreløpige resultater tyder på forskjeller på spesielt reinnleggelser for de to gruppene.

The effect of team collaboration and continuity of care on health and disability among rehabilitation patients: a longitudinal survey-based study from Western Norway

Merethe Hustoft, Eva Biringer, Sturla Gjesdal, Vegard Pihl Moen, Jörg Assmus, Øystein Hetlevik

Bakgrunn

Rehabilitering er en viktig prosess som bidrar til optimalisering av fysisk, mental, sosial helse og funksjonsevne, inkludert arbeidslivsdeltakelse for personer med ulike funksjonsnedsettelse. Samhandling og koordinerte prosesser er ansett som vesentlige faktorer for tverrprofesjonelle team og i rehabiliteringsprosessen. Likevel er det få studier som har undersøkt sammenheng mellom tverrprofesjonell teamfunksjon, kontinuitet i rehabiliteringsprosessen og pasienters helse og funksjonsevne.

Formål

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan endringer (fra baseline til 1-års oppfølging) i pasientrapportert helsestatus og (EQ-VAS) og funksjon (WHODAS 2.0) var assosiert med relasjonell koordinering i teamet og pasient rapportert kontinuitet.

Metode

Teamfunksjon, herunder relasjonell koordinering i tverrprofesjonelle team ble målt med Relational coordination survey (RCS) blant ansatte), mens Nijmegen continuite questionnaire (NCQ) målte kontinuitet i rehabiliteringsprosessen besvart av rehabiliteringspasienter. Pasientrapporterte data om helsestatus og funksjonsevne/funksjonsnedsettelse ble målt med henholdsvis EuroQol- VAS scale (EQ-VAS) og World Health Organization Disability Assessment Schedule, version 2.0 (WHODAS 2.0).

Lineære regresjonsmodeller ble analysert for å utforske assosiasjoner mellom RCS teamfunksjoner og NCQ kontinuitet med endringer i helsestatus (EQ-VAS) og funksjonsevne/funksjonsnedsettelse (WHODAS 2.0).

Konklusjon/Resultat

Studien inkluderte 705 pasienter som gjennomgikk en rehabiliteringsprosess mellom baseline målingen og 1-års oppfølging ved en rehabiliteringsinstitusjon tilknyttet spesialisthelsetjenesten innen Helse Vest regionen. I tillegg inkluderte studien 94 ansatte i 15 tverrprofesjonelle team fordelt på rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Vest (n=7). Studien viser en positiv endring fra baseline til 1-års oppfølging i WHODAS 2.0 og EQ-VAS skår for alle inkluderte pasientgrupper. Denne studien viste også en positiv endring i pasientens helsestatus der pasienter skåret høyt på personlig kontinuitet, team kontinuitet og kontinuitet på tvers fra rehabiliteringsinstitusjonen og pasientens fastlege i kommunen (alle p verdier < 0.01). Derimot viser denne studien ingen klare sammenhenger mellom RCS i team og pasientenes utkommemål (WHODAS 2.0 og EQ-VAS).

Monitorering av pasientforløp i eSp

Unni Irene Arnestad, Lise Mo, Natalia Skorobogotaia

Bakgrunn og kontekst

Ledere, behandlere, helsepersonell, rådgivere og tekniske utviklere har arbeidet sammen for å utvikle et data-verktøyet eSP (elektronisk standardiserte pasientforløp). Verktøyet visualiserer og monitorerer pasientens forløp i "sanntid" og dataene kan brukes i forbedringsarbeid i foretakene. Dette digitale verktøyet er utviklet og implementert i tre helseforetak i Helse Midt Norge. Foretakene bruker eSP for å implementere pakkeforløpene og nasjonal forbedringsstrategi.

Problemet før eSP var tilgjengelig var manglende målinger i mange prosjekt og at det ble startet forbedringsarbeid uten å vite hva problemet er og hvor de største utfordringene ligger. I tillegg er det økende etterspørsel etter å få en oversikt over den faktiske "reisen til pasienten" i helsesystemet og kvalitetsindikatorer som kan brukes i det kliniske forbedringsarbeidet i helsetjenesten.

Formål

Helsepersonell og ledere ønsker å kunne monitorere i "sanntid" og bruke egne relevante kvalitetsindikatorer. eSP henter data automatisk en gang i døgnet fra eksisterende system og det gjør at lederne ikke trenger å hente ut data og målinger manuelt før en starter forbedringsarbeid og standardisering av pasientforløp. Konfigurering av forløpene i eSP er gjort i dialog med aktuelle helsepersonell og ledere og helsepersonell. Forbedringsmodellen og testing i de kliniske miljøene er brukt for å tilpasse verktøyet underveis i utviklingsprosessen. Informasjon om hvert standardisert forløp er kontinuerlig delt på felle intranettside i regionen samt via mail til involvert personell.

Konklusjon/resultat:

Intervensjonen handler om å monitorere data som hentes fra det pasientadministrative systemet og visualisere pasientens reise i sann tid. Ledere og involvert personell måtte lære seg å bruke verktøyet for å finne forbedringspotensialer i forløpene. Startmålinger før initiering av forbedringsarbeid og mulighet for å følge hvert pasientforløp har vært hovedmålet med å innføre og bruke eSP i praksis. Det har vært avgjørende å ha klinisk personell med på utviklingen for å få sette opp og teste i småskala at det ble satt opp riktig sett med indikatorer og målepunkt for hvert fagområde. Det har også vært viktig med jevnlig dialog med både ledere og involverte klinikere for å veilede og justere eSP ved behov. Det er fortsatt noen begrensninger i systemet og det skal være et supplement til pasientenes egen opplevelser av helsetjenestene. Det vil alltid være pasienten selv som er vår viktigste kilde til informasjon om hvordan den faktiske pasientreisen er.

eSP gir ledere og helsepersonell mulighet til å monitorere og visualisere pasientforløpet i sann tid og kunne justere og forbedre helsetjenestene våre kontinuerlig. Muligheten til å følge med på etterlevelsen av planen i de standardiserte pasientforløpene har vært viktig for å kunne forbedre helsetilbudet til pasientene og har gitt lederne en bedre oversikt over hvordan prosessene fungerer.

Kunnskapen vi har fått fra dette prosjektet har vært avgjørende i den kontinuerlige innsatsen for å forbedre helsetjenestene våre fra et pasientperspektiv. I dag er det et større fokus på å innhente opplysninger fra helsepersonell for å standardisere prosedyrer og øke kvaliteten på tjenestene. I tillegg til kurs og veiledning har forbedringsagentene en viktig rolle med å lære helsepersonell og ledere å bruke forbedringskunnskap.

Det har vært utfordrende å monitorere prosesser i helsetjenesten samtidig som det har vært en suksessfaktor å involvere både ledere og klinikere. Vi har lært at kompetanseplan og kunnskap fra starten hadde vært en fordel ved implementering eSP som et forbedringsverktøy.

Det har blitt en suksess å bruke eSP for monitorering av pasientforløpene i regionen og det er nå fokus på å få involverte ledere og helsepersonell til å bruke eSP mer aktivt i daglig praksis.

Vår erfaring i prosjektet er at dokumentasjon og publisering av resultat kontinuerlig har vært av stor betydning for øke bruken av verktøyet eSP også i det videre.

Self-management demands following surgical treatment burdens colorectal cancer survivors

Anne Marie Lunde Husebø

Background

Norway has one of the world's highest incidences of colorectal cancer (CRC) with 4332 new incidents in 2017. CRC survivors are enrolled into a coordinated treatment pathway from diagnosis to post-treatment follow-up. In the time after primary treatment, patients are scheduled for yearly hospital appointments (i.e. controlling for cancer reoccurrence), or they are followed up by their General Practitioner only, depending on diagnosis. Post-hospital discharge may represent a vulnerable time for the CRC survivors, experiencing vast burden of treatment (BoT). BoT, described as the extra work (i.e. self-management) delegated to patients from health professionals, may affect functioning and well-being of patients with colorectal cancer (CRC).

Aim

This is the first study in Norway aiming to identify BoT experiences in CRC survivors, following primary surgical treatment.

Methods

The study employed a cross-sectional investigation, exploring BoT among 134 CRC patients treated for cure between 2016 and 2018, in a university hospital in Norway. BoT was measured with the questionnaire Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS). Descriptive non-parametric tests and correlations were performed to identify associations between dependent and independent variables.

Results

To find and understand medical information, and difficulties with the health care services resulted in the most treatment burden, causing physical and mental exhaustion. These are self-management tasks required to stay healthy and avoid illness deterioration. Burden from following up on medical appointments ($p < .05$) was most prominent during the first year post-diagnosis, limiting social role and activities ($p < .01$).

Conclusions

Access to health information and seamless and supportive health care systems beyond hospitalization are crucial to colorectal cancer patients' self-management experience. Health professionals may include screening of patients' self-management ability and BoT in clinical guidelines, and include BoT issues in discharge routines and during hospital follow-up appointments.

Utvikling og etablering av system for kontinuerlige, elektroniske målinger av brukererfaringer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hestad Iversen, Mona Haugum

Bakgrunn

Enhet for brukeropplevd kvalitet i Folkehelseinstituttet (FHI) har ansvaret for nasjonale undersøkelser og analyser av brukeropplevd kvalitet. Ved døgnenheter i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har undersøkelsene tidligere vært gjennomført som tverrsnittundersøkelser mens pasienten fortsatt er innlagt. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet skal undersøkelsene fra 2020 gjennomføres som kontinuerlige, elektroniske målinger nært opp mot utskrivning.

Formål

FHI skal utvikle og etablere kontinuerlige, elektroniske målinger av brukererfaringer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2020. Formålet med undersøkelsene er at resultatene skal være relevante for kvalitetsforbedring, virksomhetsstyring, fritt brukervalg og samfunnsmessig etterrettelighet.

Metode

Kontakt etableres på alle nivå i helsetjenesten, og enhetene i PHV og TSB har prosjektansvarlige som organiserer datainnsamlingen lokalt og er i dialog med og rapportere til FHI om undersøkelsen. FHI er ansvarlig for å utarbeide en arbeidsbeskrivelse til prosjektansvarlig, levere alt materiale og bearbeide data, analysere og rapportere resultater fra undersøkelsen.

Foreløpig gjennomføres undersøkelsene som kvalitetssikringsprosjekt. Institusjonene lager ikke register over deltakende pasienter, og FHIs datafil inkluderer ikke personopplysninger. Etter hvert vil vi vurdere å gjøre undersøkelsene ikke-anonyme og koble på bakgrunnsdata fra Norsk pasientregister.

Konklusjon/resultat

Målet er statistisk sikrere resultater; flere pasienter inkluderes per enhet, hvilket gir bedre muligheter for å kunne lage kvalitetsindikatorer på lavere nivå. Resultatene blir enklere å fortolke og bruke fordi alle pasienter svarer på samme sted i forløpet, mot tverrsnittundersøkelsene hvor noen pasienter er i starten og noen i slutten av behandlingen når de svarer. Elektroniske målinger går raskere og kostnader til porto og trykking reduseres.

Foreløpig planlegges en nasjonal rapport årlig. Deskriptive rapporter på lavere nivå blir trolig hyppigere, muligens kvartalsvis, og med ujusterte resultater. Det er ønskelig å etablere et rapporteringssystem som muliggjør automatisering av rapportene.

Intravenøs antibiotikabehandling i spesialisert hjemmesykehus – utvikling, pilotering, implementering og evaluering av en ny tjenestemodell for samhandling med bruk av teknologi for mestring og avstandsoppfølging

Karlsen, Lillian1, Stokke, Inger, Hansen, Nina Vanvik, Rønning, Tarjei Skeide, Kjønneøy, Ann Iren, Rødahl, Ingebjørg S., Nyborg, Benedicte, Løfaldli, Bjarte Bye1 og Hole, Torstein

Bakgrunn

Det er en overordnet helsepolitisk målsetting å realisere pasientens helsetjeneste. Dette innebærer bla. at pasientene opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner, og at de i større grad møter spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv. Helsevesenet ser derfor etter trygge alternativer til behandling på sykehus. Et alternativ er metoden hjemmesykehus. Hjemmesykehus forstås som helsetjenester i form av behandling og oppfølging i hjemmet, av pasienter med akutte eller kroniske tilstander som ellers ville vært innlagt på sykehus. Oppsummert forskning tyder på at hjemmesykehus er en god løsning. Internasjonalt tilbys hjemmebasert sykehusbehandling til flere alders- og diagnosegrupper. Hjemmesykehus er i Norge hovedsaklig tatt i bruk for barn.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å utvikle, pilotere, implementere og evaluere en hjemmesykehus -modell til pasienter som har behov for langvarig intravenøs antibiotikabehandling. Praksisnær følgeforskning gjennomføres med det formål å støtte og kvalitetssikre tjenesteinnovasjonen, og bidrar til kunnskap for systemutvikling og utbredelse av modellen til andre pasientgrupper og andre geografiske områder.

Metode

For å belyse prosjektets problemstilling og forskningsspørsmål anvendes praksisnære forskningsmetoder. Iterativ, brukersentrert tjenstedesignmetodikk innbefatter semi-strukturerte intervjuer, workshops og observasjoner. Deskriptive data hentes fra pasientjournaler og andre register.

Resultat/ konklusjon

Resultat fra innsiktsarbeidet i arbeidspakke 1 viser at informantene (n=20) er positive til tjenestemodellen gitt at kontinuitet, trygghet og sikkerhet, brukervennlig teknologi og god opplæring er ivaretatt. Resultatene fra forprosjektet benyttes til å kvalitetssikre og videreutvikle pasientforløpet i arbeidspakke 2 og 3 av prosjektet. Vår metodiske tilnærming bidrar til at det nye pasientforløpet utvikles iterativt, dvs. at handlingen gjentas inntil ønsket resultat. Tjenesteforløpet vil dermed være både kvalitetssikret og implementert i praksis når prosjektet avsluttes.

Avansert hjemmesykehus styrker brukermedvirkning

Anne Louise Kleiven, Johanna Costinger, Sigurd Arrestad, Saba Bahlbi Kahsay

Bakgrunn

Pasienter med kronisk hyperkapnisk respirasjonssvikt behandles med langtids mekanisk ventilasjon(LTMV) utenfor sykehus. Oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten innebærer blant annet nattlig kontinuerlig måling av transkutan CO₂ og oksygenmetning som krever sykehusinnleggelse for en eller flere netter. Tekniske innovasjoner åpner for at oppfølgingen kan foregå hjemme. Dette krever at pasienten tar mer aktiv del i oppfølgingen.

Formål

Vi ønsket å undersøke om pasienten med LTMV selv kunne betjene medisinsk teknisk utstyr hjemme og om den nattlige målingen av CO₂ og oksygen ville være av like god kvalitet som ved en innleggelse.

Metode

Vi inviterte ni pasienter til å delta i et kvalitetsforbedrende pilotprosjekt. Alle fikk utført måling av CO₂ og O₂ hjemme etter opplæring fra sykepleier. I tillegg fikk pasientene en visuell manual og mulighet til å ringe sykepleier. Kvaliteten på målingene ble bedømt visuelt av 4 overleger med lang erfaring i LTMV. En vellykket nattlig monitorering skulle ha en varighet på minimum 6 timer, ha minimalt med artefakter og liten instrumentell drift. I etterkant fylte pasientene ut et spørreskjema og ble dybdeintervjuet om hvordan de opplevde deltagelse i hjemmesykehuset. I tillegg ble pasienter, pårørende og aktuelle pasientorganisasjoner invitert til å delta i en ekspertgruppe som bidro i utforming av informasjonsmateriell.

Resultat

Vi gjennomførte 12 målinger, hvor av 11 målinger ble bedømt som vellykket. I følge pasientene var det spesielt opplæring fra sykepleieren som var avgjørende for at de behersket utstyret. Ingen av pasientene synes det var krevende eller vanskelig å utføre LTMV-kontrollen i hjemmet. Evalueringen viser at pasientene opplevde hjemmebasert oppfølging som bedre og tryggere enn en ordinær innleggelse.

Konklusjon

Brukere, pårørende og representanter for pasientorganisasjoner bidro i utformingen og gjennomføringen av avansert hjemmesykehus. Oppfølging av LTMV i hjemmet kan kvalitetsmessig likestilles med innleggelse på sykehuset og pasientene mestrer bruk av avansert teknisk utstyr i hjemmet. Prosjektet planlegges videreført våren 2020.

RehabNytte - en multisenterstudie

Moe, RH; Klokkerud, M; Fossmo, HL; Dagfinrud, H; Kjekken, I

Bakgrunn

Døgn- og dagopphold i de private rehabiliteringsinstitusjonene utgjør henholdsvis 65 og 59 prosent av den totale rehabiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Likevel vet vi lite om kvaliteten og langtidseffektene av rehabiliteringen som gis.

Mål

Det overordnede målet med prosjektet er å bidra til bedre og mer effektive rehabiliteringstjenester, økt kunnskap om grad og betydning av brukermedvirkning i rehabiliteringstjenestene, samt økt kunnskap om måleinstrumenter til bruk i forskning og evaluering av rehabilitering i Norge. Mer spesifikt vil vi undersøke:

- Utbytte og kostnadseffektivitet av rehabilitering, og faktorer ved pasienter og rehabiliteringsinstitusjon som påvirker utfallet
- Om bruk av og tilbakemelding på oppfyllelse av kvalitetsindikatorer kan bidra til å bedre kvalitet i rehabilitering
- Måleegenskaper ved de sentrale utfallsmålene i Helsedirektoratets forslag til kjernesett for rehabilitering:
- Patient Specific Functional Scale, EuroQuol 5D-5L og PROMIS profil 29
- Hvilken kombinasjon av disse spørreskjemaene som bør brukes for å gi best mulig svarprosent
- Sammenhenger mellom brukermedvirkning i rehabilitering og pasienters opplevde nytte av rehabilitering

Metode

Dette er en longitudinell multisenterstudie hvor pasienter henvist til rehabilitering fyller ut elektroniske spørreskjema ved oppstart og avslutning av rehabilitering, samt etter 3, 6 og 12 mnd. Det hentes også ut registerdata fra NAV.): Prosjektet er et samarbeid mellom Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering (NKRR), FOU-nettverket (VIRKE Rehab) og Nasjonal Kompetansetjeneste for Arbeidsrettet Rehabilitering (NKARR), Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter, HLF Briskeby rehabilitering, Vikersund bad rehabiliteringssenter as, Røysumtunet rehabiliteringssenter, CatoSenteret, Sørlandet rehabiliteringssenter, Stamina Ringerike rehabilitering, Hernes Institutt, NKS Helsehus as, Montebellosenteret, Evjeklinikken, Ravneberghaugen, Åstveit helsesenter, Røde Kors Haugland rehabiliteringssenter, Selli rehabiliteringssenter, Muritunet og Opptrenings-senteret Finnmark.

Resultat

Rekruttering av pasienter startet 02.01.2019, og per desember 2019 er 3600 deltagere inkludert. Det anslås at omtrent 4 000 pasienter vil delta i studien. Prosjektet forventes å være ferdig i 2022.

Pakkeforløp for kreft på tvers av foretak; Hvordan håndteres overgangene?

Anne Grete Valbekmo, Lise Mo

Bakgrunnen er en masteroppgave som handler om pakkeforløp for prostatakraft med fokus på overgangen mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. Pakkeforløpene skal bidra til at helsetjenesten blir bedre på oppgavedeling, samhandling og helhet. Pakkeforløpet skal også gi mer sammenheng i pasientbehandlingen og ventetid til behandling skal være den samme, uavhengig av hvor i landet man bor. Det sies også at behandling ofte bør sentraliseres dersom den er avhengig av dyrt og avansert utstyr, større team og stiller krav til prosedyreferdigheter. I pakkeforløp for prostatakraft er kirurgisk behandling sentralisert til St. Olavs hospital. Hva betyr dette for etterlevelse av fristene og tilgangen til kirurgisk behandling for pasienter fra hele Helse Midt-Norge? Hvordan fungerer samarbeid mellom foretakene, og hvordan utøves ledelse av pakkeforløp som går mellom helseforetakene? Med dette som bakteppe har studien følgende problemstilling:

Hvordan fungerer pakkeforløp for prostatakraft i overgangen mellom helseforetak?

Det er benyttet kvalitative intervju med en semistrukturert intervjuguide som metode. 18 aktører i forløpet, fra St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag, har blitt intervjuet; Leger, sykepleiere, radiografer, ledelse og administrativt personell. De har blitt spurt om hvordan de opplever samarbeid og ledelse av pakkeforløpet for prostatakraft, med spesielt fokus på overgangene mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. Intervjuene avdekket at det var god faglig ledelse av pakkeforløpet og standardiseringen som pakkeforløpet bringer med seg, har gitt positive effekter for pasientene, helsepersonell og helseforetakene. Det var godt samarbeid, gode relasjoner og tillit mellom fagpersonene i de to foretakene.

Studien viser at en konsekvens ved sentralisering av kirurgisk behandling av prostatakraft, var at det kunne bli noen ekstra steg for en nordtrønder kontra en sørtrønder når det var behov for overføring til St. Olavs hospital. De ekstra stegene kan være noe av årsaken til at det tok lengre tid for nordtrønderne til kirurgisk behandling, men ble fremholdt som viktig for å kunne gi god kvalitet på behandlingen. Det er et paradoks at på den ene siden vil de ekstra stegene som er nødvendig for å kunne gi god medisinsk kvalitet medfører at det går noe mer tid, og på den annen side er tid en sentral kvalitetsindikator som nasjonale myndigheter har stort fokus på.