



KONFERANSEBIDRAG

OVERSIKT OVER INNSENDE ABSTRAKTER / BOOK OF ABSTRACTS

UNIVERSITET I STAVANGER

INNHold

Torsdag 2. november 2023 13:30-15:15

Plenumsal 1: Feasibility of eHealth@H-2-H and next steps for implementation	s. 2-5
Plenumsal 2: Personell, kompetanse og utdanning	s. 5-10
Rom Inspirasjon: Caregiving, healthcare cost and health outcomes	s. 10-14
Rom Aroma: Kvalitet og pasientsikkerhet	s. 14-17

Torsdag 2. november 2023 15:30-17:30

Plenumsal 1: Registerforskning	s. 18-20
Plenumsal 2: Teknologi, e-helse, digitalisering og innovasjon	s. 21-25
Rom Inspirasjon: Pasientbehandling og praksisvariasjon	s. 25-29
Rom Aroma: Resilience in healthcare	s. 29-33
Rom Stemning: Styring, organisering og prioritering	s. 33- 38

Fredag 3. november 2023 08:30-11:00

Plenumsal 1: HEIME	s. 38-42
Plenumsal 2: Primærhelseteam	s. 42-45
Rom Inspirasjon: Technology in health care	s. 45-51
Rom Aroma: Kvalitet og pasientsikkerhet	s. 52-55
Rom Stemning: Organisering og samhandling	s. 56-59

Torsdag 2. november 2023 13:30-15:15

Plenumsal 1: Feasibility of eHealth@H-2-H and next steps for implementation

(Presenting author in bold)

eHealth@H-2-H: a short introduction

Marianne Storm (University of Stavanger/Stavanger University Hospital/ Høgskolen I Molde)

Experiences of being a Nurse Navigator in e-Health delivery

Linn Furseth and Linn Tjemsland (Stavanger University Hospital)

In this presentation we will share our experiences as Nurse Navigators in the project eHealth@hospital-2-home, following up patients with heart failure at home by means of a digital platform. A Nurse Navigator is a registered nurse, specialized in heart failure nursing care, and who use the digital platform to monitor and respond to patients' daily measurements of blood pressure, pulse, and body weight, and to daily and weekly symptom registrations. The Nurse Navigators also interacts daily with the patients through chats, video-calls or by telephone. At discharge, the Nurse navigator will provide the patient with training on how to access and use the patient softwear and use the measuring devices. From our experiences, heart failure patients need for information, and self-care support and guidance are highly individual. And so are their symptoms and how they manage to live their lives with a chronic illness such as heart failure. During the digital follow-up, several of the patients expressed insecurity regarding their illness and self-care. This have made us more aware of the importance of which information we give the patients during their hospital stay and at discharge. It's necessary to pinpoint each patient's individual need of information and health guidance, to make a foundation for optimal self-care at home. We believe this project gives us an opportunity to support the patients while they are waiting for the post discharge follow-up at the heart failure out-patient department. Although we believe that eHealth won't replace everything a nurse do, it will with no doubt will be an important and useful supplement in future healthcare services to patients with heart failure.

Acceptability and usability of a nurse-assisted eHealth service - preliminary findings from a feasibility study.

Hege Wathne (University of Stavanger, Stavanger University Hospital), Ingvild Morken, Marianne Storm, Anne Marie Lunde Husebø

Background: eHealth applications are increasingly in use in health care and in chronic illness care. However, to foster adoption of eHealth, and to increase the chance of succeeding with implementation, applications need to be usable and accepted by those at target. Feasibility studies help researchers evaluate whether ideas and findings can be shaped to be relevant and sustainable, whether an intervention is acceptable to participants and if an intervention is possible to deliver as intended. Thus, conducting feasibility studies may be important in research processes.

Purpose: To evaluate the feasibility components acceptability and usability of a nurse-assisted

eHealth service designed to meet the post discharge health care needs of patients with heart failure and patients surgically treated for colorectal cancer.

Methods: Qualitative data was collected through observation of patients during training and through qualitative interviews with patients and nurses. 10 patients were observed, 27 patients were interviewed after completing a 30-day follow-up period, and 8 nurses were interviewed after study completion. Data were analyzed using a stepwise deductive inductive approach, and the findings were thereafter framed and organized using key constructs from the Normalization process theory.

Results: The preliminary themes included: 1) navigation, 2) utilization, 3) management, and 4) reflection. Navigation involved training in use of the application, in addition to reflections on the interface and content. Utilization concerned the contact and interaction between patients and nurses, and also more explicit feelings about digital support and follow-up in healthcare. Management was connected to routines and registrations, together with user difficulties and technical problems. Reflection comprised the participants suggestions about improvements, in addition to their thoughts on other patient groups that may benefit from digital posthospitalization follow-up care.

Conclusion: The nurse-assisted eHealth service was well-received and proved usable and acceptable.

Assessing recruitment strategies in feasibility study of a nurse assisted eHealth Intervention

Rosalyn C Austin (University of Stavanger), Bjørg Karlsen, Hege Wathne, Kristin Hjorthaug Urstad, Marianne Storm, Anne Marie Lunde Husebø, Ingvild Morken

Background: The eHealth @ Hospital 2 Home feasibility study tested the nurse-assisted digital intervention for its deliverability and acceptability. The goal of the project was to recruit 30 participants in 6 months. The study looked to recruit people with heart failure (n=20) or colorectal cancer (n=10) to test a supportive digital application for 6 weeks following a hospital admission.

Purpose: To explore the impact of the planned recruitment strategies for the feasibility study of the eHealth intervention.

Method: A researcher (RCA) analysed minutes (Feb 2021 – Dec 2022) from digital project meetings. Thematic analysis was used to identify recruitment strategies and their impact on recruitment. Following forward-backward translation, line-by-line examination of the minutes was performed, which were coded using descriptive terms inductively. A second researcher (BK) evaluated the themes confirming the content of the original Norwegian minutes. The final themes were compared with recruitment data to examine any impact.

Results: Facilitating themes included (1) researcher visits, (2) adaption of eligibility criteria, (3) clinical research team roles, (4) study promotion, and (5) clinical collaboration. While clinical collaboration was key to study delivery, early on researchers recognised that relying solely on clinical collaboration for recruitment was not sufficient. Busy clinical wards and pauses to recruitment (Covid and summer break) were identified as barriers to recruitment. The nurse navigator's role (clinical nurses hired to deliver the intervention) was expanded to include screening for participants. A dedicated nurse was hired to further support screening. Researchers visiting wards to identify participants also boosted recruitment. Other strategies used (adaptation to eligibility criteria and study promotion) were also observed to impact on recruitment.

Conclusion: The total time of recruitment was longer than expected (1 year), but the recruitment goal (n=30) was achieved. The adaptations to recruitment strategies have been applied to the subsequent randomised control trial.

*Healthcare interventions in the digital age: what does **implementation** even mean?*

Carl May (London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom)

In the 21st century we increasingly find ourselves giving and receiving services through a screen and keyboard. We interact with systems that are largely invisible to us, and that act as digital intermediaries between us and the whole constellation of public and private corporations on who we depend, often for the most basic aspects of everyday life. Sometimes these are framed as commodities, other times as free public goods, in yet other contexts we find hybrids—applications that interweave commodities and public goods in the creation of services. It seems that we are caught in a tsunami of implementation processes and projects that is reshaping our social world. Once again, many of these projects are invisible to us, and it is worth asking what we mean by *implementation*, why what we mean by implementation matters, and what is to be implemented. In this talk I will set out a framework for understanding the implementation of digital intermediaries in healthcare and point to the ways in which these are reshaping the work of health professionals, caregivers, and patients in high income countries.

Facilitating implementation of research into policy and practice: a tool to support research teams.

Alison Richardson (University of Southampton, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, NIHR Applied Research Collaboration Wessex, Southampton, United Kingdom)

NIHR (National Institute of Health and Care Research) Applied Research Collaborations (ARCs) support applied health and care research that responds to, and meets, the needs of local populations and local health and care systems. These 15 local partnerships in England between NHS providers, universities, charities, local authorities, Academic Health Science Networks and other organisations also undertake implementation research to increase the rate at which research findings are implemented into practice. The ARC Wessex Implementation Team have developed a process to encourage research teams to consider the factors that will implementations at the outset of a research project. The [Implementation Checklist](#) can be used to assess how far research teams have considered implementation enabling the implementation team to determine the level of input needed to support the implementation process. The checklist comprises six domains representing key elements in the process leading to implementation. Within each domain there are a set of statements addressing different aspects of this process and the conditions required for implementation. In addition, there are several questions intended as prompts to help make the assessment. This presentation will describe the rationale behind developing the implementation checklist, the approach taken to development, describe the tool itself and how it is being applied in practice.

Experiences from implementation of eHealth interventions

Anna Strömberg (Linköping University and Linköping University Hospital, Sweden)

Over the last three decades and especially during and after the Covid-19 pandemic the use of digital tools to improve interaction and communication between the health care and patients with long-term illness have increased rapidly. However, there is still a knowledge gap with respect to patient preferences, usability and adherence over time, organizational challenges for health care and the effectiveness on patient reported out-come measures, health care utilization and cost-effectiveness

of eHealth interventions and tools. In heart failure care digital monitoring of symptom and signs has been evaluated and discussed for the last 30 years, but implementation has been very slow especially in the Nordic countries. One of the main drawbacks in terms of design is that very few of the interventional studies evaluating the digital tools have also included the aspect of evaluating the implementation process and collecting data on facilitators and barriers to implementation. Another weakness is that a lot of the tools have been developed without the involvement of end-users e.g., patients and their informal caregivers and families as well as health care professionals for example using a co-design approach. The technological development is very rapid and in order to get meaningful, useful and effective tools the future development need to use co-design and future research evaluate implementation along with evaluation if effectiveness.

Plenumsal 2: Personell, kompetanse og utdanning

(Presenting author in bold)

The role of Human Resource analytics in Human Resource Management in Norwegian primary health care services

Kirsti Sarheim Anthun (SINTEF DIGITAL, avd. Helse), Kjartan Sarheim Anthun, Erna Håland og Monica Lillefjell

Background: The recruitment, allocation, development, and retention of health professionals are a major concern among policymakers due to present and future healthcare professional shortages. There is also a growing concern about the working conditions among health care professionals, because improper or insufficient staffing levels in healthcare is associated with adverse patient outcomes, burnout, decreased job satisfaction and intentions to leave the job, unnecessary work practices and duplications of efforts. The importance of human resources in the provision of healthcare suggests that Human Resource (HR) management and the use of Human Resource analytics – computer assisted analytics to better assess, plan and organize the workforce - can play an important role.

Aim: The current study explores the role of HR departments and the application of Human Resource analytics in four municipalities in Norway. The purpose is to obtain insight into what shapes the role of HR and influences the use of HR analytics. **Methods:** Empirical data were generated through qualitative interviews with fourteen individuals working in HR departments and in the municipal administration. **Results/conclusion:** Findings indicate that the HR function in all four municipalities is mainly that of contributing operational support, but that the role may be in flux, with ongoing attempts to improve computerized systems and hence the access to better data on staff and the allocation and use of staff. However, the use of HR analytics was limited by a decoupling between HR and the services, lack of awareness and skills on how to take advantage of HR data, and poor data quality and software. We argue that the four municipalities represent cases that shed light on more general dilemmas when it comes to the use of HR data in healthcare services.

Burnout, general health, and the moderating impact of attitude towards remote work: A panel study in Norway

Dylan Wendt, Yusheng Fu, Espen Olsen (University of Stavanger)

Background: Given the shift towards an increasingly digital working landscape, it is important that we develop a solid understanding of how remote work and burnout interact.

Aims: This study explores empirically 1) the longitudinal influence initial burnout has on later burnout, 2) investigates how burnout at different time points influence worker health, and 3) test how attitude toward remote work in between burnout measures potentially moderate the relationship between Burnout at T1 and T3.

Methods: This study contributes to our current knowledge through the analysis of a panel sample (N=468) of Norwegian workers over three periods, each separated by 6 months (T1, T2, T3). Using structural equation modelling, we examine the influence of burnout on future burnout, and the relationships between burnout and general health at different periods. In addition, we analyse the moderating impact of attitude towards remote work (ARW) on burnout over time.

Findings/conclusions: Our findings align with the Conservation of Resources theory and the related burnout spiral, with T1 burnout predicting T3 burnout. T3 burnout and T3 general health were also strongly associated. T1 burnout did not directly influence T3 general health, though an indirect relationship was detected, mediated by T3 burnout. Additionally, we found that favorable ARW at T2 moderated the relationship between the cognitive impairment dimension of burnout at T1 and at T3. These findings contribute to our understanding of the relationships between burnout, health, and ARW in the wake of the pivotal COVID-19 period which forced an involuntary acceleration of remote work adoption.

Individual or work-related factors predicting young doctors' attrition from and retention in the GP scheme

Katrine Skyrud (Folkehelseinstituttet), Torill Rotevatn, Henning Øien og Bjørn-Atle Reme

Background: Several countries experience high burnout among general practitioners (GPs) and problems with retaining and recruiting young GP doctors. The reasons for this are not well understood.

Aim: The aim of this study was to predict GPs time in the GP scheme and detect important predictors for GPs time in the scheme, such as individual GP characteristics, appointment characteristics, characteristics of the inhabitants on the list, and GPs workload.

Methods: We analysed a dataset of 2 038 GPs (aged under 40 years) recruited to the GP scheme between 1. Jan 2010 and 31. Dec 2018 and followed up until 31. Dec 2020. We apply different machine learning algorithms to predict their survival time in the GP scheme and rank the features corresponding to the most important predictors of GPs survival time in the scheme.

Results: Overall, 499 out of 2 038 (24.5%) GPs resigned by 31. Dec 2020. The most important predictors for remaining in the GP scheme throughout the follow up period were (i) having a high activity-based income and (ii) being a specialist in general. The most important predictors for leaving the GP scheme were (i) having a high proportion of inhabitants with low education level on the list and (ii) working more than 50 days per year in the emergency room.

Conclusions: Contrary to what is often assumed, our study suggests that high activity in the GP practice is in itself not an important predictor of leaving the GP scheme, but rather a combination of patient characteristics and a high volume of workload outside the GP practice.

Helsesykepleiere i helsestasjon- og skolehelsetjenesten: Geografisk variasjon i bemanning og kompetanse

Torill Alise Rotevatn (Folkehelseinstituttet), Tonya Moen Hansen, Hege Marie Gjefsen

Bakgrunn: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er den viktigste forebyggende og helsefremmende tjenesten for barn, unge, gravide og barselfamilier. Tjenesten skal fremme god fysisk og psykisk helse, redusere sosiale helseforskjeller og forhindre vold og overgrep. Særlig for ungdom utgjør helsesykepleiere og skolehelsetjenesten et viktig lavterskeltilbud for forebygging innen psykisk helse og rusproblematikk. Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033) beskriver et behov for flere tilgjengelige helsesykepleiere med økt kunnskap om psykisk helse. Mange kommuner beskriver utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig antall helsesykepleiere, både med og uten videreutdanning. Det meldes også om en økning i konstituerte helsesykepleiere (helsesykepleier uten helsesykepleierutdanning) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Framskrivninger presentert av Helsepersonellkommissjonen viser økt etterspørsel også etter helsesykepleiere. Mangel på denne yrkesgruppen og stor geografisk variasjon i tilgang på personell og kompetanse undergraver målet om likeverdige helsetjenester på tvers av landet.

Formål: Å beskrive geografisk variasjon i bemanning av helsesykepleiere ansatt i helsestasjon- og skolehelsetjenesten i november 2018, samt deres kompetanseprofil knyttet til helsesykepleierutdanning og videreutdanning innenfor arbeid med psykisk helse og rus.

Metode: Formålet vil besvares ved kobling av Folkeregisteret, Aa-registeret og Nasjonal utdanningsdatabase via pseudonymt personnummer. Bemanning vil beskrives ved absolutte tall og antall helsesykepleiere per 10.000 barn og unge i alderen 0-20 år per fylke, KOSTRA gruppe og kommunesentralitet. Andelen av helsesykepleiere med helsesykepleierutdanning og videreutdanning, samt andel konstituerte helsesykepleiere, vil presenteres som mål på kompetanse.

Konklusjon/resultat: Nasjonalt sett er det ansatt 3045,4 helsesykepleierårsverk i ultimo 2018, noe som utgjør 23,1 helsesykepleiere per 10.000 barn og unge mellom 0-20 år. Av totalen er 258,3 (8,5%) årsverk ansatt som konstituerte helsesykepleiere, mens 532,5 (17,5%) årsverk har videreutdanning innenfor arbeid med psykisk helse eller rus. Foreløpige resultater viser stor lokal variasjon i dekningen av helsesykepleiere, og deres kompetanse.

Hva er vilkårene for at fysioterapeuter med spesialistkompetanse innen muskelskjelett kan avlaste fastleger i norsk primærhelsetjeneste?

Kenneth Chance-Larsen (Høgskulen på Vestlandet), Michael Backhouse, Richard Collier, Tobba T Sudmann

Bakgrunn og formål: Oppgavedeling er fremtredende i ekspertutvalgets rapport Gjennomgang av Allmennlegetjenesten, og fysioterapi trekkes frem som en profesjon som kan ha større kompetanse enn fastlegen på noen områder, f.eks. muskelskjeletthelse. I Norge er muskelskjelettlidelser blant de vanligste årsaker til sykefravær, som fører til store helsetap og helsetapsjusterte leveår. Oppgavedeling kan gi økt fleksibilitet og effektivitet, og bedre bruk av begrensede helseressurser. Tverrfaglighet i primærhelsetjenesten er mindre utviklet i Norge sammenlignet med naboland og det er mulig at strukturen og finansieringen av fastlegetjenestene hindrer effektiv oppgavedeling. First Contact Practitioner (FCP) rollen ble introdusert for å avhjelpe fastlegekrisen i England og innebærer at utvalgte pasientgrupper kan få nødvendig undersøkelse, behandling eller videre henvisning hos fysioterapeuter istedenfor hos legen. Forskning på FCP-rollen indikerer forbedrede kliniske resultater, mindre resepskriving, mer hensiktsmessige henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og høy

pasienttilfredshet. I FCP-modellen har fastlegen og fysioterapeuten ofte kontorfellesskap, noe som er sjeldnere i Norge. Med utgangspunkt i fastleger, fysioterapeuter, og manuellterapeuters erfaringer, undersøker vi hvordan pasienter med muskelskjelettlidelser blitt møtt og behandlet i primærhelsetjenesten i Norge, sett opp mot en alternativ arbeidsdeling og samarbeid som FCP-modellen.

Metode: Det empiriske materialet er basert på 15 individuelle semistrukturerte nett-baserte intervju og styringsdokumenter. Materialet er analysert ihht. prinsippene skissert av Alvesson og Kärreman. Som teoretisk referanseramme for analysen støtter vi oss til Lipskys teorier om bakkebyråkratiet, som viser hvordan tjenestepersoner/profesjonelle iverksetter offentlig politikk i sitt arbeid. Lipsky suppleres av Foucaults perspektiver på maktmekanismer og institusjonelle vilkår.

Resultater: Vi er nå i evalueringsfasen etter å ha gjennomført 15 intervjuer av fastleger, fysioterapeuter, og manuellterapeuter. Foreløpige analyser tyder på at klinikere iklar multiple roller (pasienttalsmann, ressursforvalter, homo economicus) og må forholde seg til motstridende krefter i balanseringen av disse. Videre er det indikatorer på at hierarki og hegemoni modulerer holdninger til oppgavedeling, til tross for uttrykt støtte til prinsippene rundt dette.

Preparing Allied Health Professionals for First Contact Practice roles in primary care: exploring experiences of students and their clinical mentors.

Kenneth Chance-Larsen (Høgskulen på Vestlandet), Kurt Lievesley, Michael Backhouse, Richard Collier, Tobba T Sudmann

Background: General Practitioners (GPs) are the traditional gatekeepers of primary care in England and take on this role after completing a medical degree and following a structured pathway of five years postgraduate and specialty training. The NHS Long Term Plan encourages General Practice to develop a team of healthcare professionals with diverse skills and competencies, to support access for patients and alleviate pressure on GPs and improve the quality of care. The First Contact Practitioner (FCP) role was developed to fit into this context. FCPs are autonomous allied health professionals (AHPs) who can manage patients without the need for a prior physician assessment, with the intention of providing patients with faster access to the right care. However, these professions have shorter foundational training than GPs and traditionally no structured post-graduate training pathways preparing them for primary care.

Purpose: In 2017 Health Education England commissioned The University of Central Lancashire to deliver the module AHPs First Contact Practice in Primary Care, which was the first module of its kind. This Masters-level module was developed to support the development of the knowledge, skills, and attributes required to provide safe and effective care at the first point of contact. This study evaluates the utility of the module, as perceived by AHPs who have completed the module and their clinical mentors.

Methods: This study includes empirical material from individual semi-structured interviews and online surveys. To support analysis, we employ the principles outlined by Alvesson and Kärreman. As a theoretical frame of reference, we use Lipsky's theories about street-level bureaucracy.

Results/Conclusions: Mentoring is seen as critically important but barriers to its implementation exist. Students and mentors agreed that the FCP role is a positive addition to primary care, yet the journey towards becoming a capable FCP goes through a challenging environment of structural barriers and uncertainties.

Økning av intensivkapasitet med akselerert utdanningsløp til intensivsykepleier: foreløpige resultater fra en prøveordning

Lars Mathisen (Oslo universitetssykehus), Mons Sjøberg, Camilla Finsand, Linn Christina Aalefjær, Anne Lene Sørensen

Bakgrunn: Det er nødvendig å utvikle tiltak for å avlaste og beholde intensivsykepleiere samtidig med opptrapping av utdanningskapasiteten til spesialiteten. I ny, nasjonal retningslinje for utdanning av intensivsykepleiere er tidligere opptakskrav til to års relevant forpraksis fjernet. Fra 2023 kan hver utdanningsinstitusjon selv definere opptakskrav. Det empiriske grunnlaget for innhold og omfang av forpraksis er uklart, men tradisjonelt har forpraksis oftest foregått utenfor overvåkings-/intensivavsnitt. Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høgskole har samarbeidet om en prøveordning i 2022-2023 med ett års forpraksis i Akuttlinikken for nyutdannede sykepleiere, før opptak til masterstudiet. Den dobbelte intensjonen er å akselerere utdanningsløpet for intensivsykepleiere, og samtidig avlaste i pasientrettet arbeid. Her presenteres foreløpige resultater fra følgeforskningen. Etableringsfasen i prosjektet er tidligere rapportert ved HTFK 2022.

Formål: Å beskrive kliniske veileders og leders erfaringer med ett-årige rekrutteringsstillinger i forpraksis for nyutdannede sykepleiere i intensiv-/overvåkingsavsnitt.

Metode: Deskriptiv studie og aksjonsorientert design. Erfaringer ble innhentet forsommeren 2023 i gruppeintervju med et utvalg av ni veiledere. Respondentene hadde fra 6 til over 20 års sykepleiererfaring og begge kjønn var representert. I tillegg bygger resultatene på utsagn fra involverte ledere og stab ved totalt 10 intensiv-/overvåkingsavsnitt.

Resultat/konklusjon: Nyutdannede i forpraksis innebærer en dobbel intensjon i oppdraget til enhetenes kliniske veiledere: å legge til rette for kvalifiserende forpraksis samtidig med å lede ny kollega og medhjelper i pasientbehandlingen. Rollebeskrivelsen for nyutdannede i forpraksis var lite spesifisert, og klinisk veiledning ble av flere erfart som en ressurskrevende del av hverdagen. Man erfarte samtidighetsdilemma mellom læring og kompleks pasientbehandling. I det siste halvåret utviklet veiledningsbehovet seg fra informasjon og instruksjon til en mer kollegial og konsulterende veilederrolle. I perspektiv fra utdanningsforskning avdekkes et potensial for å støtte arbeids- og læringsmiljøet gjennom mer spesifikke rolleforventninger og tettere veiledning på veiledning, for å utvikle god balanse mellom pasientbehandling og utdanningsvirksomhet.

Ekspertvurdering av virkemidler for fleksibel masterutdanning – en interaktiv studie i sanntid

Lena Leren, Heidi Kapstad, Mariann Lund, Tone Marie Ljoså, Espen Andreas Brembo, Vivi Lycke Christensen, Ingvild Lilleheie, Linda Hafskjold (Universitetet i Sørøst-Norge, Sunnaas sykehus HF, USN Flexibel)

Bakgrunn: Behovet for utvikling av desentralisert og fleksibelt utdanningstilbud er bredt etterspurt i en rekke førende dokumenter fra regjeringen, og har vært det over tid. Det fremheves at fleksibilitet er et viktig premiss for at tjenestene skal kunne bruke utdanningstilbudet ved universitet og høyskoler som del av strategisk kompetanseheving. Flexibilisering omfatter et bredt spekter av virkemidler, men beste virkemiddel for ulike formål er uklart. Universitetet i Sørøst-Norge (USN) har igangsatt et utviklingsprosjekt av et tverrfaglig deltidsmasterstudium. Sluttproduktet vil være et regionalt forankret helse- og sosialvitenskapelig masterprogram som svarer på kompetansebehovet i arbeidslivet. Det skal tas i bruk virkemidler for fleksibilitet som treffer studiets målgruppe (ansatte tilknyttet helse- og omsorgssektoren).

Problemstilling: Hvordan vurderer eksperter innen helsetjenesteforskning virkemidler for fleksibilisering i utdanning?

Metode: Basert på Delphi-metodikk inviteres deltagere på helsetjenesteforskningskonferansen til å delta i en interaktiv aktivitet anonymt. Deltagerne antas å ha relevant ekspertkompetanse gitt konferansens målgruppe. Virkemidler for fleksibilisering presenteres. Datainnsamlingen inkluderer innhenting av deltageres vurdering av virkemidlene i sanntid (Mentimeter), samt dialogbasert erfaringsutveksling fra arbeid med fleksible løsninger. Prosjektmedarbeiderne vil gjøre feltnotater fra aktiviteten.

Resultater: Deltageres vurderinger fremstilles i Mentimeter som tekstinnspill eller grafer, og vil danne grunnlag for dialog. Dette vil bidra til felles forståelse og erfaringsutveksling. Aktiviteten vil dermed bidra til analyse i sanntid, samt kunnskapsutveksling mellom deltagere og prosjektmedarbeidere.

Konklusjon: Data fra aktiviteten vil gi prosjektgruppen tilgang til kunnskap og erfaring fra fagpersoner med ekspertkompetanse innen helsetjenesteforskning som vil kunne bidra til å informere utviklingsarbeidet.

Rom Inspirasjon: **Caregiving, health cost and health outcomes**

Parental health and caregiving decisions in the family: The effects of health shocks on adult children's income

Eduardo R Lizardi (Universitetet i Oslo), Elisabeth Fevang, Knut Røed, Henning Øien

Background and Objective: Older adults are more likely to experience disability and death due to severe health shocks, such as strokes, heart attacks, and hip fractures. Moreover, these health shocks contribute to the increased care needs of a growing proportion of older adults, who often receive care from formal or informal caregivers. In this paper, we investigate the impact of a parental health shock on their adult children's labor market outcomes. Specifically, we examine the effects on income, sickness absence, and social assistance for adult children when a parent experiences a health shock.

Methods: In our analysis, we utilize data from three Norwegian registries. We link these registries at the individual level, allowing us to identify the health status, family relations, and socio-economic status of parents and their offspring. To investigate the effects of health shocks on adult children's income, we exploit an exogenous shock marked by the onset of a stroke, heart attack, or fracture in one or both parents. These health events are assumed to result in higher care needs and to occur randomly. Following the identification strategy in Fadlon and Nielsen (2021), we track the labor market outcomes of adult children who experienced a parental health shock from 2013 to 2015 and compare them with the outcomes of other adult children whose parents experienced a shock four years later, from 2017 to 2019.

Results: Our main results show modest reductions in the income of adult children after a parent has experienced a health shock. Notably, we find wider differences in the estimates for daughters than for sons. Similarly, we explore differences by family composition and observe stronger effects for offspring with lone parents than for those adult children with married parents.

Seeking a care-life-balance: Hvordan styrke livskvaliteten til pårørende til eldre som lever med demens

Jorun Rugkåsa (Akershus universitetssykehus) og Kristin Häikiö

Bakgrunn: To sentrale elementer i dagens helsepolitikk er å støtte pårørende til å bidra til velferdsstatens bærekraft, samt å opprettholde god livskvalitet for alle. Mange pårørende til eldre som lever med demens rapporterer redusert livskvalitet som en følge av rollen, men det finnes lite forskning om hva pårørende selv mener kan forbedre den.

Formål: Å undersøke hva pårørende tenker om hvordan deres livskvalitet kan forbedres, og hvilke implikasjoner dette kan ha for tjenesteutviklingen.

Metode: Tematisk analyse av 23 dybdeintervjuer med et bredt utvalg av pårørende til eldre med demens som mottok en rekke tjenester i første- og andrelinjen.

Resultat: Deltakerne vurdering av sin livskvalitet varierte. Likevel var det fellestrekk i beskrivelsene av hvordan den kunne styrkes, og disse ble fanget opp i fire temaer: 'Få hjelp til de økende omsorgsoppgavene', 'Få avbrekk fra omsorgsansvar', 'Kunne vite at personen som lever med demens har det trygt og bra' og 'Kunne endre ansvarsfordelingen mellom formell og uformell omsorg'. Et femte tema, 'Å prioritere pårørendes livskvalitet kan påvirke omsorgsmottakeren negativt', viste hvordan pårørendes mente at deres individuelle livskvalitet i noen situasjoner var et sekundært hensyn, og som sådan modifierer dette temaet noen av de mulighetene, identifisert i de fire første temaene, i det som tilbys i dagens tjenester.

Konklusjon: Analysen problematiserer hvordan dagens tjenester søker å skape et bærekraftig pårørendebidrag og økt livskvalitet. Vi foreslår begrepet 'care-life-balance' for å fange de komplekse og unike dynamikkene i pårørendes situasjon. Dette peker mot tjenesteutvikling med en mer fleksibel ansvarsfordeling mellom formell og uformell omsorg og mindre standardisering av pårørendestøtten, og viser fordeler ved å styrke pårørende uavhengig rett til deltagelse og støtte. Begrepet kan hjelpe oss å nøste i hvordan de underliggende – og divergerende – logikkene i uformell og formell omsorg kan forenes og gjennom det gi bedre hjelp til familier rammet av demens.

Health care costs and health care utilization of patients with ME/CFS in Norway, a retrospective registry study

Anthun KS (SINTEF Digital), Halvorsen T, Hilland GH og Melby L

Bakgrunn: Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) is a complex chronic illness without any known cause or known treatment. Diagnostic processes are typically long, and with no good treatment option available, little is known about patients' total health care expenditure and utilization.

Formål: This paper analyses costs and health care utilization of patients with ME/CFS in Norway, and test if these are different to that of other comparable patient groups.

Metode: Complete registry data was collected on health care utilization, including hospital treatments, GP contacts and primary health care use for ME/CFS-population, control groups and a random sample of the entire population. Control groups includes patients diagnoses with either Lyme' disease, breast cancer or fibromyalgia. Expenditure was measured as total hospital costs, while GP use and primary care use was estimated based on GP tariff, loss of income, welfare benefits, estimated out of pocket payment to GP and national averages for each provided primary care service. Methods include descriptive statistics. Results includes total costs per patient group, gender- and age standardized. Breakdown of services as % of total: hospital services, welfare benefits, GP use and primary care.

Resultat/konklusjon: Early results indicate that patients with ME/CFS utilize health care services less than other comparable diagnoses, but far more than a random sample of the population. Patients with ME/CFS are much younger than the comparable diagnostic groups.

Cost-effectiveness of lung cancer screening for high-risk ever-smokers in Norway: a model-based analysis based on NELSON trial outcomes

Yansi Wu (University of Oslo), Natalia Kunst, Ivar S. Kristiansen, Trond-Eirik Strand, Oluf D. Røe, Haseem Ashraf, Emily A. Burger

Background: The NELSON trial demonstrated that low dose computed tomography (LDCT) screening among heavy smokers led to a stage shift and reduced lung cancer mortality by 24% in men and 33% in women. Despite this, Nordic countries have not implemented lung cancer screening programs, and research addressing their cost-effectiveness in these countries is lacking.

Purpose: Our objective was to evaluate the cost-effectiveness of LDCT screening versus no screening for current and former smokers aged 50 to 74 years in Norway.

Methods: We replicated a previously developed simulation model to evaluate the health and economic impacts of LDCT screening compared with no screening, using screening outcomes from the NELSON trial and Norwegian lung cancer risk, mortality, and smoking statistics. Our model applied a “backward” approach to estimate lung cancer incidence from mortality, enabling direct input of the mortality benefits observed in the NELSON trial. Incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) were defined as the incremental cost per life year (LY) saved and per quality-adjusted life year (QALY) gained over the remaining lifetime of simulated cohorts. We adopted an extended healthcare perspective, with a 4% annual discount rate and a severity-specific cost-effectiveness threshold of NOK825,000 per QALY.

Results: Compared with no screening, men gained an additional 0.042 LYs and 0.033 QALYs, with an incremental cost of NOK11,677 per person, yielding ICERs of NOK279,305 per LY saved and NOK353,052 per QALY gained. For women, incremental health benefits increased to 0.054 LYs and 0.045 QALYs, and the incremental cost was NOK11,789 per woman, yielding ICERs of NOK217,471 per LY saved and NOK263,370 per QALY gained. Sensitivity analyses underscored the significance of attaining lung cancer mortality benefits observed in the NELSON trial.

Conclusion: Lung cancer screening with LDCT for high-risk ever-smokers under “NELSON-like” screening criteria may be considered cost-effective in Norway, provided the NELSON’s mortality benefits are achieved.

The impact of maternity ward closures on infant health outcomes, maternal health outcomes, and birthing procedures in Norway

Astrid de Linde (University of Oslo), Jostein Grytten, Irene Skau, and Jonas Minet Kinge

Background and Objective: Maternity care in Norway has become increasingly centralized over the past 40 years. The majority of small obstetric units have closed, largely in response to a decreasing population base, causing the remaining individuals within these catchment regions to give birth at more distant but higher resourced settings. We evaluate the effect of these closures on infant health outcomes, maternal health outcomes, and birthing procedures for two separate treatment groups: the closure group, whose assigned institution closes, and the inflow group, who experience an inflow of patients after a nearby closure.

Data and Methods: The main source of data for the analysis is the Medical Birth Registry of Norway for the years 1981 through 2019. In our first model, we apply a difference-in-differences framework that allows for heterogeneous and dynamic treatment effects. We additionally generate traditional event study plots.

Results and Conclusion: Among the closure group, we find a small decline in 5-minute Apgar score and an increase in likelihood of experiencing haemorrhaging, birth during transport, and epidural when compared to not-yet and never treated observations. Among the inflow group our results point to an increase in likelihood of emergency c-section and decrease in likelihood of planned home birth compared to the not-yet and never treated. An effective prenatal screening process and the relatively small influx of patients may account for the lack of findings on other outcomes among the closure group and inflow group, respectively.

Experiences and challenges of the use Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly-SAFE Work team coordinators experiences and challenges in the introduction and use of SAFE in home-based nursing: A qualitative study from the Norwegian context

Abdallah Abudayya (VID Vitenskapelige Høgskole), Annabel Hamre, Zada Pajalic, Hanne Knudsen Cervino, Nima Wesseltoft-Rao

Introduction: Old age is the leading cause of impaired bodily function, which gradually increases healthcare service needs. To offer the best possible care in the home and to be able to detect health-related functional impairment at an early stage, it is necessary to carry out systematic and structured observations. The assessment tool Subacute and Acute Dysfunction in the Elderly (SAFE) has been developed explicitly for these structured observations.

Aim: This study aims to explore the experiences and challenges of home-based care work team coordinators (WTCs) regarding the introduction and use of SAFE.

Method: The present qualitative study was performed following Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) guidelines. The data were collected through individual interviews (n = 3) and focus group (FG) interviews (n = 7). The interview transcripts were analysed using the Gioia method.

Results: Five aggregated dimensions were identified: Varying acceptance of SAFE, Structuring and quality-assurance of home-based nursing practice, Obstacles for the integration of SAFE in daily practice, Acceptance and use of SAFE require continuous supervision and SAFE contributes to increased quality of nursing care.

Conclusion: The introduction of SAFE contributes to a structured follow-up of functional status in patients receiving home care. In order to incorporate the tool into home care practice, it is essential to set aside time to introduce the tool and to support nurses' use of it by offering continuous supervision.

Home Care Nurses' Experiences of the Use and Introduction of the Subacute Functional Decline in the Elderly Instrument

Nima Wesseltoft-Rao, Zada Pajalic, Annabel Hamre, **Abdallah Abudayya** (VID Vitenskapelige Høgskole)

Introduction: Registered nurses are crucial in-home care nursing for elderly patients, as detecting geriatric conditions can be difficult due to age-related changes or communication barriers. Disability

is often overlooked in elderly care, requiring different assessment tools to determine patient status and necessary nursing interventions. During the COVID-19 pandemic, the subacute functional decline in the elderly (SAFE) instrument was implemented in some Oslo districts to detect early signs of subacute functional decline in hospital and home care settings. However, the nurses' perception of this new assessment tool and its effectiveness has not been evaluated. Objectives: This study aims to explore home care nurses' experiences and perceptions regarding the introduction and use of the new assessment tool, SAFE.

Objective: Objectives were to conduct focus group interviews and perform qualitative analysis.

Method: The study followed Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research guidelines, had a qualitative design, and included 15 out of 60 permanently employed RNs at Oslo municipality's home care service in Frogner district. Data was collected via three focus group interviews and analysed thematically.

Results: The study identified three themes: (1) Nurses learned to use SAFE through direct experience due to a lack of standard introduction or training. (2) SAFE supported patient-centred care by enabling communication, preventive work, and identifying patients' needs. (3) Integrating SAFE into electronic databases and daily clinical work could improve nursing efficiency.

Conclusion: Overall, using SAFE can improve patient outcomes and care quality in home care, but clear guidelines, ongoing support, and standardized procedures are crucial for its effectiveness. Regular updates and complete management support are also necessary. The study's findings align with previous research and can guide the development and implementation of tools in home care to enhance patient outcomes and the quality of care delivered.

Rom Aroma: Kvalitet og pasientsikkerhet

Newborn resuscitation timelines - visualisation of incidence, sequence, timing and duration of 182 delivery room resuscitations relative to time of birth

Hanne Pike (University of Stavanger), Vilde Kolstad, Joar Eilevstjønn, Peter G. Davise, Hege Langli Ersdala, Siren Irene Rettedal

Introduction: Newborn resuscitation is time-critical and occurs frequently; 3-10% of newborns receive positive pressure ventilation (PPV) at birth. Ventilation is the single most important measure during newborn resuscitation. The time of birth and newborn heart rate determine most steps in published resuscitation algorithms.

Objectives: To use innovative newborn resuscitation timelines to visualise the incidence, sequence, timing, duration of and responses to resuscitative interventions, and evaluate compliance with guidelines.

Material and Methods: A population-based observational study conducted 6 June 2019 – 16 November 2021 at Stavanger University Hospital, Norway. Parents consented to participation antenatally. Newborns ≥ 28 weeks' gestation receiving PPV at birth were enrolled. Time of birth and cord clamping were registered on a tablet. Heart rate was captured immediately after birth and continuously during resuscitation using dry-electrode ECG. Newborn resuscitation timelines were generated from analysis of audio-video recordings of resuscitations.

Results: Of 7466 enrolled newborns, 289 (3.9%) received PPV. Of these, 182 had the resuscitation captured on video, and were included. Two-thirds were apnoeic, and one-third were breathing ineffectively at start PPV. PPV was started median 72 (44, 141) seconds after birth with a duration of 135 (68, 236) seconds. The ventilation fraction, defined as time from first to last inflation with

ongoing PPV, was 85%. Half (49%) of apnoeic and 12% of insufficiently breathing newborns received PPV within 60 seconds of birth, respectively. Suctioning was performed in 35% of newborns, in 95% of cases after the initiation of PPV. Median duration of suctioning was 28 (18, 48) seconds.

Conclusion: Newborn resuscitation timelines can graphically present a large dataset of objective, time-sensitive and complex signal data from resuscitations - synchronized in time. Timelines can be used to enhance understanding and evaluation of the resuscitation process in data-guided quality improvement initiatives.

Bruk av hansker i sykehjem

Pia Cathrin Kristiansen (Sykehjemsetaten Oslo kommune), Sheri Bastien, Jonas Debesay, Mette Fagernes

De vanskelige beslutningene i sykehus — samarbeid mellom Mobil Intensiv Gruppe og helsepersonell ved sengeposter om den akutt, kritisk syke pasienten

Astrid Marie Nysted Berg (OsloMet helsevitenskap og Akerhus Unversitetssykehus), Anne Werner, Ingrid Ruud Knutsen og Anne- Kari M. Johannessen

Bakgrunn: Pasienter som legges inn i sykehus i dag er mer pleietrengende enn tidligere, og behandlingen som tilbys mer kompleks. De siste tiårene har det vært økt fokus på forbedringsarbeid og tiltak som kan styrke pasientsikkerheten, samredusere uønskede hendelser og pasientskader i sykehus. Leger og sykepleieres arbeidshverdag anses å være så stressende og krevende at det kan true pasientsikkerheten. For å øke pasientsikkerheten og sikre et høyt faglig nivå, har flere sykehus i Norge og internasjonalt innført ulike tiltakspakker for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos pasienter. Respons fra Mobil Intensiv Gruppe er et viktig tiltak som bidrar til rask igangsettelse av behandling på sengepost for å forebygge ytterligere forverring og overflytning til overvåkingsavdelinger. Arbeidet med akutt og eller kritisk syke pasienter kan medføre ulike etiske utfordringer. Å være vitne til lidelse hos pasienter bærer i seg en sterk plikt og implisitt pliktfølelse til å hjelpe pasienten. Etiske utfordringer knyttet til hva som er det beste behandlingsforløpet for kritisk syke pasienter er viktige diskusjoner rundt rasjonale for behandlingstiltak og beslutninger om behandlingsnivå for å forhindre overbehandling.

Formål: Å bidra med kunnskap om hvilke etiske utfordringer helsepersonell i sykehus erfarer i tilknytting til behandling og oppfølging av den akutt, kritisk syke pasienten og hvordan helsepersonell håndterer dette arbeidet.

Metode: En kvalitativ intervjustudie med 21 sykepleiere og leger fra medisinske og kirurgiske sengeposter, hvorav 9 av deltakerne var del av sykehusets Mobil Intensiv Gruppe. Datamaterialet analyseres med systematisk tekstkondensering, en metode for tematisk analyse.

Resultat/konklusjon: Foreløpige resultater tyder på at helsepersonell måtte ta stilling til mange komplekse beslutninger. Leger og sykepleiere erfarte flere utfordringer knyttet til behandlingsbeslutninger og ansvar, samt vurderinger rundt overflytting fra sengepost til høyere behandlingsnivå. For Mobil Intensiv Gruppe ble dessuten sengepostenes manglende behandlingsplaner og uavklarte behandlingbegrensninger en etisk utfordring de måtte håndtere når pasientens tilstand ble forverret.

Sykepleie og samarbeid for å sikre antibiotikastyring

Marte Johanne Tangeraas Hansen (Universitetet i Stavanger og Stavanger Universitetssjukehus)

Climate strength and patient safety climates association with pressure ulcers

Ellen Tveter Deilkås (Akershus Universitetssykehus), Ida Bredesen, Dag Hofoss, Ole Tjomsland, Martin Veel Svendsen

Background: Patient safety climates (PSC) emerge as a common starting point for improving patient safety worldwide. The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) considers a culture of safety foundational to efforts to improve patient safety and is exploring opportunities to develop benchmarks for measuring PSC in hospital care. However, there is substantial heterogeneity in how PSC results are computed and more knowledge about how different computation methods influence validity of the PSC measurements may guide and improve consistency and validity. Testing the effect of climate measurements computation on association with patient outcome is therefore welcome.

Aims: To test if PSC strength influences the association between PSC and patient outcome and if association between PSC and adverse patient safety outcome is stronger when analyzed at ward level compared to hospital level. We will also assess how alternative computation methods for measuring PSC strength influences variability in associations between PSC and patient outcome.

Methods: We will analyze anonymous cross-sectional data collected in a previous study on hospital associated pressure ulcer (HAPU) prevalence and patient safety culture, in 84 somatic wards of four Norwegian Hospitals. In addition, study the effect of different computational strategies on the association between PSC measurements and HAPUs, as an example of patient safety outcome. In contrast to the previous study which only had access to data at work unit level, our present study has access to anonymously collected data for 24 849 individual respondents, at a response rate of 61%, in the Regional health authority for Southeast, in which all the four hospitals in this study are located.

Results: The data allow us to explore and test our hypotheses on the relationships between safety climate strength and level, and their association to patient outcome, at both ward and hospital level.

Development of brief intervention for discontinuing prolonged z-hypnotics use among older adults

T.G Siddiqui (Akershus universitetssykehus), M.T. Bjelkarøy, T.B. Simonsen, S. Cheng, J. Menichetti, J. Gerwing¹, C. Lundqvist

Background: Z-hypnotics, commonly prescribed for insomnia, are associated with risks such as falls, addiction, and cognitive decline in older adults. There are potential risks associated with prolonged Z-hypnotics use among older adults, and a lack of clear guidelines on how to discontinue prolonged use.

Aim: Our goal was therefore to develop a brief behavioral intervention for discontinuing prolonged z-hypnotics use among older adults.

Methods: We used the UK Medical research council guidelines for designing complex interventions. We employed an iterative approach that included a literature review to identify theoretical foundations, preparatory research studies, and feedback from user and expert groups to refine the intervention plan.

Results: While existing studies focused on discontinuing anxiolytics and sedatives, none solely

addressed z-hypnotics. Most studies provided information to the patients on the risk of prolonged use and the benefits of discontinuing. We adapted our intervention based on brief intervention manual and related studies, utilizing nine of our prior research studies involving older patients to tailor the content. User group and expert group input supported the need for a brief intervention and simplified patient information. The structured brief intervention includes: (i) identifying at-risk patients using a validated tool, (ii) offering personalized evidence-based information based on assessment, (iii) discussing patient goals and options, and (iv) creating a treatment plan with the physician's support for z-hypnotics discontinuation.

Conclusion: The brief intervention is a theory-driven communication-based intervention that provides evidence-based knowledge for patients and physicians and a systematic approach to discontinue z-hypnotics use. This one-time, patient-centric consultation-based intervention can serve as a standard treatment to reduce prolonged z-hypnotic use and lower risks in older patients. Future work involves testing its effectiveness in an RCT study design.

Pilot Study of Saliva-Based Assay to Diagnose Endometriosis

Mariana Tokvi Eiane (Diagnostrix AS)

Introduction: A rapid saliva-based endometriosis diagnostic would be impactful. Preliminary data suggests that a flavonoid interaction assay may detect endometriosis.

Aim: Test sensitivity and specificity of flavonoid interaction saliva-based assay.

Material/Methods: From the EPHeCT-compliant A2A cohort, 91 surgically-confirmed endometriosis cases (90% rASRM stage I/II) and 90 never diagnosed controls had saliva samples tested with the EndiMetrix Assay. Blot images were scanned to quantify pixel color and location information. These image data were used to train families of Artificial Neural Network classifiers based on case-control status. Fully converged models were further evaluated for common features and separability, exploring variation by menstrual cycle phase and hormone exposure at time of saliva sample collection. Flavonoid pigment nuclear staining of cheek cells was also scored.

Results: Among saliva samples collected in the follicular phase (n=31), a set of image features demonstrated high sensitivity (94%) and specificity (95%) to classify endometriosis, and cheek cell nuclei stained only in controls. Within luteal phase collected saliva (n=39), sensitivity (90%) and specificity (74%) were lower. Assay classification resulted in no differentiation between endometriosis cases and controls in saliva collected during the peri-ovulatory phase (n=28) or from patients exposed to hormones at collection (n=83).

Conclusion/Impact: This pilot study suggests that flavonoid interaction with saliva and cheek cell surfaces offers a potential non-invasive diagnostic for endometriosis. Further work must determine if restriction to follicular phase collection and hormone treatment washout are required, and if high sensitivity and specificity can be observed in patients with other endometriosis rASRM stage or phenotypes.

Torsdag 2. november 2023 15:30-17:30

Plenumsal 1: Registerforskning

Hvordan påvirkes helsetjenestebruk og dødelighet når fastlegen slutter: En nasjonal kohortstudie fra 2011 til 2021

Kristin Hestmann Vinjerui*, **Andreas Asheim***, Kjartan Sarheim Anthun, Fredrik Carlsen, Bente Prytz Mjølstad, Sara Marie Nilsen, Kristine Pape, Johan Håkon Bjørngaard * Delt førsteforfatterskap

Bakgrunn: Fastlegeordningen skal sikre en stabil relasjon mellom pasient og fastlege. Effekten av at en fastlege avslutter praksis på pasienters helseutfall og bruk av helsetjenester er i liten grad undersøkt.

Formål: Estimere effekter av at fastlegen avslutter sin praksis på død og på bruk av somatiske helsetjenester.

Metode: I denne kohortstudien sammenlignet vi pasienter som var tilknyttet fastleger som gikk av med pensjon eller flyttet med en matchet kontrollgruppe av pasienter hvis fastlege fortsatte å praktisere. Som utfall så vi på dager med kontakt med fastlege og legevakt, akutte og elektive sykehuskontakter, og risiko for død. Vi brukte et forskjell-i-forskjell-design, med Poisson-regresjon for å vurdere endringer i risiko i tiden rundt praksisavslutning. Analysene ble gjort separat for aldersgruppene 0-18, 19-64 og 65+ år.

Resultater: Fra 2011 til 2021 identifiserte vi 1 174 fastleger som avsluttet sin praksis og deres 1 310 488 listepasienter. Det første året etter at fastlegen sluttet økte antall dager med fastlegekontakter med mellom 2 og 4 prosent til et stabilt høyere nivå sammenlignet med situasjonen tre år før slutting. Når det gjelder antall dager med legevakt fant vi endring bare blant personer som var 65 år eller eldre. Nivået økte det første året etter at fastlegen sluttet, men denne effekten avtok gradvis de påfølgende fire årene. Nivået av elektiv sykehusbehandling økte det første året etter fastlegen sluttet og holdt seg stabil over de neste fire årene for de som var 19 år og eldre. Disse personene hadde også en svak økning i antall dager med akutte sykehuskontakter. Vi fant ingen indikasjoner på endringer i dødsrisiko etter at fastlegene avsluttet sin praksis.

Konklusjon: Økningen i helsetjenestebruk etter at fastleger avsluttet praksis var liten til beskjeden, og fortrinnsvis i elektiv aktivitet. Vi fant ingen holdepunkter for økt risiko for død etter at fastlegen avsluttet sin praksis.

Fraværsgrensa og helsetjenestebruk – en difference-in-difference analyse

Kirsti Wahlberg, Kristine Pape, Bjarne Austad, Andreas Asheim, Kjartan S. Anthun, Johan H. Bjørngaard, Gunnhild Å. Vie

Bakgrunn: Den nasjonale fraværsgrensen for videregående skole ble innført i 2016, og førte raskt til en økning i kontakter i primærhelsetjenesten.

Formål: Vi ønsket å undersøke effekten av fraværsgrensa på bruk av spesialist- og primærhelsetjeneste og utvalgte diagnoser.

Metode: Flernivå fixed effects difference-in-differences analyse blant alle norske ungdommer mellom 14 og 20 år mellom 2010 og 2019. Eksponering ble definert ut fra om fødselskohorten var forventet å være elev ved videregående skole før eller etter innføringen av regelen. Antall kontakter med primærhelsetjenesten og hvorvidt deltagerne hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten eller hadde konsultasjoner med definerte diagnoser i løpet av hvert skoleår ble hentet fra nasjonale helseregistre.

Resultat/konklusjon: Vi fant flere kontakter med fastlegekontoret i årene med forventet eksponering for fraværgrensa, IRR fra 1.14 (95% CI 1.11-1.18) til 1.25 (95% CI 1.21-1.30). Konsultasjoner for luftveisinfeksjoner økte under og etter eksponering, IRR henholdsvis 2.10 (95% CI 2.00-2.20) og 1.91 (95% CI 1.81-2.02). Det var ingen effekt på konsultasjoner for mental helse i primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten fant vi ingen effekt av fraværgrensa på risiko for kontakt per skoleår, men det så ut til at fraværgrensa økte risikoen for kontakt for utvalgte øre-nese-hals-diagnoser. Den tydeligste endringen som kan skrives til fraværgrensa var på kontakter med fastlegekontoret. Vi fant ingen effekt på kontakter med somatisk eller psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. En mulig økning i spesialiserte øre-nese-hals-kontakter kan representere overbehandling, forbedret oppdagelse eller en endring i sykkelighet.

Mortality and subsequent healthcare use among older patients discharged to a municipality with excess demand for elderly care

Guðrun Maria **Waalder Bjørnelv**, Andreas Asheim, Sara Marie Nilsen, Kjartan Sarheim Anthun, Fredrik Carlsen, Stina Aam, Elizabeth Anna Kimbell, Johan Håkon Bjørngaard

Bakgrunn: There is limited knowledge on how excess demand for elderly care influences patient outcomes. Formål: We used a natural experiment to estimate the causal effect of discharging elderly patients from hospital to municipalities with excess demand. Metode: In Norway, hospital in-patients are defined as ready-for-discharge when hospital treatment is completed, but the patient needs further care from municipal services. After this, the municipality of residence is obliged to either provide care for the patient or to pay the hospital a fixed fee per day that the patient spends in hospital. Municipal fee-days may thus indicate excess municipal demand. In the current paper, we studied how excess municipal demand, indicated by the number of fee-days accumulated in the municipality 30 days before an acute admission, influenced patient outcomes. To minimize confounding, we compared patients living within the same municipality, admitted during the same type of day, in the same year, but with varying excess demand. Our outcomes were mortality, resource use and healthcare costs at the primary and secondary care level, within 30 days. Resultater: Between 2012 and 2016, 354,834 individuals (age \geq 70 years) had a total of 895,892 acute admissions. There was a 2% increased 30-day mortality per standard deviation change in accumulate fee-days (Hazard ratio (HR) of 1.02, 95% confidence interval (CI) 1.01-1.03). Individuals living in small municipalities (population $<$ 10,000) had HR of 1.04, (95% CI 1.02-1.07), while individuals living in larger municipalities (population $>$ 10,000) had HR of 1.01 (95% CI 1.00-1.03). We found no substantial effect on subsequent healthcare use or costs. Relevance tests supported that fee-days was a good indication of excess demand, and balance tests supported that patients were comparable between periods with different excess demand. Konklusjon: In conclusion, our results imply that older patients who are discharged to a municipality with excess demand have slightly elevated mortality, particularly in small municipalities.

Risiko for selvskadning og selvmord etter utskrivning fra akutt somatisk innleggelse

Andreas Asheim*, **Sara Marie Nilsen***, Ellen Rabben Svedahl*, Silje Lill Kaspersen, Ottar Bjerkeset, Imre Janszky, Johan Håkon Bjørngaard * Delt førsteforfatterskap

Bakgrunn: Det er velkjent at personer som nylig er utskrevet fra psykisk helsevern har en betydelig økt risiko for selvmord. Flere studier har vist en forhøyet risiko for selvmord også i forbindelse med

akutte somatiske tilstander, som for eksempel hjerte- og karsykdommer. Kunnskap om sårbarhet er imidlertid relativt begrenset hva angår perioden etter utskriving for akutte somatiske tilstander.

Formål: Estimere og visualisere risiko for selvsykdom og selvmord i tidsperioden etter utskriving fra akutte somatiske sykehusinnleggelser.

Metode: Vi bruker data fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret for hele den norske befolkningen i perioden 2008-2021. Vi har diagnose spesifikk informasjon om alle akutte somatiske sykehusinnleggelser i perioden og vil undersøke utfall som selvsykdom, selvmord, forgiftninger, ulykker og kontakt med psykisk helsevern. Individuer vil bli vurdert som eksponert i perioden etter utskriving fra en akutt sykehusepisode og følges frem til utfall, start på ny akutt sykehusinnleggelse, død, emigrasjon eller slutten av oppfølgingsperioden avhengig av hva som skjedde først. For å håndtere mulig effekt av flere påfølgende akutte sykehusinnleggelser, vil vi ekskludere utskrivinger innen 180 dager etter forrige utskriving. Vi vil estimere hazard ratio for utfallene etter utskriving fra en akutt sykehusinnleggelse ved bruk av Cox-regresjon. Her vil tiden etter utskriving fra akutt sykehusinnleggelse behandles som et tidsvarierende kovariat som settes til 0 inntil utskriving og endres til 1 ved utskriving. Vi vil også bruke et case-crossover-design for å undersøke risikoendring etter utskriving. Dette er en selvmatchende tilnærming hvor vi sammenligner sannsynligheten for å være utskrevet i tiden rett før selvsykdom eller selvmord med sannsynligheten for å være utskrevet i tidligere kontrollperioder hos samme individ. Vi vil justere for eksponeringstrender som sesongvariasjoner og aldring ved å bruke fremtidige case som kontroller. Vi har publisert en analyseprotokoll her: <https://shorturl.at/bczV6>.

Helsetjenestekostnader ved overvekt og fedme på individnivå versus populasjonsnivå – en HUNT-studie

Christina Hansen Edwards, Gudrun Maria **Waalder Bjørnelv**, Karsten Øvretveit, Kristian Hveem, Johan Håkon Bjørngaard

Bakgrunn: Måten forskningsresultater blir presentert på, påvirker hvordan resultatene blir tolket.

Formål: Vi viser betydningen av å presentere sammenhengen mellom kroppsmasseindeks (BMI) og helsetjenestekostnader både fra et individperspektiv og et populasjonsperspektiv.

Metode: Med målinger av høyde og vekt fra Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) koblet til registeropplysninger om spesialisthelsetjenestekostnader og demografi estimerte vi sammenhengen mellom BMI og spesialisthelsetjenestekostnader gjennom regresjonsanalyser. Resultater: Fra et individperspektiv var sammenhengen mellom BMI og spesialisthelsetjenestekostnader sterkest hos personer med fedme grad 2 og 3 ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$). Fra et populasjonsperspektiv var derimot sammenhengen sterkest ved overvekt ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) eller fedme grad 1 ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), siden det er flere som befinner seg i dette BMI-området.

Konklusjon: Studien understreker viktigheten av å inkludere populasjonsperspektivet i forskningsstudier og i politiske beslutningsprosesser. Personer med alvorlig fedme har høy individuell risiko, men deres forbruk av helsetjenester har mindre betydning for de totale helsetjenestekostnadene, siden de er færre i antall.

Plenumsal 2: Teknologi, e-helse, digitalisering og innovasjon

Mer effektiv digitalisering av tiltak i kommuner med mini-metodevurdering

Linn Kleven (Folkehelseinstituttet (FHI), Helene Arentz-Hansen, Kåre Birger Hagen, Sigurd Næss, Claudio Mentuccia, Erlend Kleiven-Jørgensen, Hanna Eikås Klem og Patricia S.J. Jardim,

Bakgrunn: Digitale intervensjoner innføres i et raskt tempo i helse- og omsorgstjenesten, og påvirker både ressursbruk, kostnader og tjenesteforløp på ulike nivåer i helsetjenesten. Mini-metodevurdering (MMV) er et kunnskapsbasert beslutningsverktøy som kan være nyttig for å vurdere innføring av nye tiltak. Folkehelseinstituttet (FHI) har i samarbeid med kommunene Ullensvang og Kvinnherad, og Helse Fonna HF ved Stord sårpoliklinikk, gjennomført en MMV ved innføring av en digital tre-parts samkonsultasjon mellom sykehus, kommune og fastlege i oppfølging av pasienter med kroniske sår, tilknyttet sårpoliklinikken. Tjenesten består av at pasienten får utført sårstell i eget hjem, mens sykehusene veileder hjemmetjenesten under sårstell for å sikre sårprosedyre og riktig bruk av sårmateriell.

Formål: Bidra til en kunnskapsbasert beslutning med MMV ved innføring av digital sårbehandling mellom sykehus, kommuner og fastlege.

Metode: MMV er et beslutningsverktøy som i dag benyttes i sykehus når et fagmiljø ønsker å innføre en ny metode eller et tiltak som for eksempel medisinsk utstyr. Dette verktøyet blir nå også utvidet for bruk i kommunehelsetjenesten og til samhandling mellom kommuner og sykehus. MMV oppsummerer relevant forskning på et avgrenset område, og kan i tillegg inneholde vurderinger av økonomiske, etiske, sosiale, organisatoriske og juridiske konsekvenser ved innføring.

Resultat: Oppsummert forskning viser at digital oppfølging av kroniske sår trolig gir halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling. I et scenario på 20 pasientforløp, med 16 konsultasjoner per pasient, kan gi helseforetaket en mulig besparelse på ca. 3 millioner kroner ved å benytte videokonsultasjon, mens hver kommune kan få økte kostnader på ca. 300 000 kr. Kostnadsbesparelsen åpner muligheten for redusert ventetid på henvisninger og ventelister, og vil kunne gi økt kapasitet i sykehuset. For pasientene kan digitale konsultasjoner bety unngåtte re-innleggelses, unngått reisevei og ventetid med fare for forverring av såret. Kommunene vil kunne styrke sin kompetanse innen sårbehandling.

Digital støtte for samarbeid i rehabiliteringsforløp; et scoping review

Jo Inge Gåsvær (Høgskulen på Vestlandet), Randi Jepsen, Ilona Heldal, Tobba Sudmann,

Bakgrunn: Både pasienter, tjenestene og myndighetene ønsker å ta i bruk teknologiske løsninger for brukermedvirkning, kvalitetssikring, effektivisering og kostnadsreduksjon. Teknologi har et potensiale til å støtte pasienter, behandlere og andre interessenter i rehabiliteringsforløp gjennom digitale plattformer for samarbeid, delt beslutningstaking og sikker lagring av data. Det er blandede resultater omkring bruk av digitale løsninger generelt i helse, og vi fant lite ingen eksisterende kunnskapsoppsummeringer om digital støtte til dialogen mellom pasient, behandlere og andre interessenter i rehabiliteringsforløp.

Formål: Det var derfor interessant å undersøke eksisterende litteratur på dette feltet gjennom et scoping review.

Metode: Reviewet ble gjennomført etter PRISMA-utvidelsen for scoping review sine retningslinjer. Et litteratursøk ble utviklet og gjennomført sammen med forskningsbibliotekar for perioden 2018-2022. Artikler som undersøkte avstandsdialog mellom aktører ved bruk av teknologi for å adressere mål og tiltak, gi beslutningsstøtte og/eller evaluere behandlingen ble inkludert.

Resultater: Av 3206 artikler som ble vurdert tilfredsstilte kun tre artikler inklusjonskriteriene, og disse varierte i design, funn og nøkkelutfordringer. Positive erfaringer med digital støtte til rehabiliteringsprosessen var økt aktivitetsnivå, deltakelse og mestringstro, forbedret perspektiv på muligheter, samt endringer i behandleres forståelse av pasientens prioriteringer. Negative erfaringer med slik digital støtte var dårlig tilpassede og lite fleksible tekniske løsninger, kompleksitet, lav tilgjengelighet, samt vanskeligheter med implementering og bruk av løsningene.

Konklusjon: Dette scoping reviewet indikerer at det finnes lite forskning på bruk av digitale løsninger for samarbeid i rehabiliteringsforløp. Dersom tekniske og digitale løsninger skal ha verdi for fremtidens helsetjenester må de ivareta mange og dels motstridende interesser og utfordringer, blant annet sikkerhet og informasjonsflyt, pasientdeltakelse, varierende behov innad i tjenestene, tilgang basert på forholdet mellom pasienten og tjenestene gjennom forløpet, og brukernes digitale helsekunnskap og personlige e-helse. Manglende forskning på digitale løsninger for samarbeid i rehabiliteringsforløp kan begrense dokumentasjon, utbredelse og effekt av løsningene.

Pårørendes erfaringer med digital hjemmeoppfølging av hjertesviktpasienter etter utskrivelse fra sykehus

Christine Tvedt-Gundersen (Stavanger Universitetssjukehus), Hege Wathne & Marianne Storm

Bakgrunn: Hjertesvikt er en kronisk tilstand som får konsekvenser for livet til den syke. Forskning viser også at pårørende til den hjertesviktsyke opplever belastning i dagliglivet. Pårørendes egne behov kan bli satt til side og for noen blir belastningen så stor at de selv har behov for støtte og hjelp fra helsevesenet. Fasen like etter sykehusinnleggelse er spesielt sårbar for pasienten og kan samtidig kreve mer av pårørende. Digital hjemmeoppfølging kan være en ressurs som kan bidra til å ivareta både pasienter og pårørende i fasen etter utskrivelse fra sykehus

Formål: Hensikten med studien var å få økt kunnskap om pårørendes erfaringer når hjertesviktpasienten mottar digital hjemmeoppfølging i 30 dager etter utskrivelse fra sykehus. Vi var spesielt opptatt av å få kunnskap om pårørendes opplevelse av trygghet.

Metode: Det ble gjennomført semistrukturerte kvalitative individuelle intervjuer med fem pårørende rekruttert fra prosjektet «eHealth@Hospital-2-Home». Pårørende var ektefeller eller voksne barn. Systematisk tekstkondensering ble anvendt i analyseringen av intervjudataene.

Resultat/Konklusjon: Analysen resulterte i fire kategorier: 1) uforutsigbarhet og frykt for at noe skal skje, 2) ansvarsfølelse for den syke, 3) trygt å ha nettbrett og helsepersonell tilgjengelig og 4) involvering av pårørende i den digitale hjemmeoppfølgingen. Pårørende i denne studien beskriver bekymring og ansvarsfølelse for den hjertesviktsyke, som bidrar til nedprioritering av egne behov. Digital hjemmeoppfølging gir pårørende opplevelse av trygghet ved at de opplever at ansvaret for den syke blir delt med sykepleier og at pasienten blir mer trygg. Pårørende opplever at digital hjemmeoppfølging bidrar til økt mestring hos hjertesviktpasienten når det gjelder medisiner og håndtering av kommunikasjonen med helsepersonell. Dette reduserer behovet for at pårørende involverer seg i den sykes egenomsorg. Funnene fra denne studien viser at digital hjemmeoppfølging er hensiktsmessig for hjertesviktpasienter i tiden like etter sykehusutskrivelse. Studien antyder videre at digital hjemmeoppfølging kan være helsefremmende for pårørende når oppfølgingen av den hjertesviktsyke deles med helsepersonell.

Fra reaktiv til proaktiv – erfaringer fra implementering av digital oppfølging av kreftpasienter

Siv Gyda Aanes (Nordlandssykehuset) og Ellinor Haukland

Bakgrunn: Å få en kreftdiagnose påvirker pasienten både fysisk, psykologisk og sosioøkonomisk. Studier har vist at Pasient Rapporterte utfall (PRO) øker antall symptomer og bivirkninger som blir påvist sammenlignet med når helsepersonell kartlegger dette. I tillegg har PRO vist å øke livskvalitet, reduserer symptomer med behov for færre innleggelses og økt overlevelse. På tross av imponerende effekter i studier, viser internasjonale systematiske litteraturgjennomganger at det går langsomt å implementere PROs i klinisk praksis i kreftomsorgen. Utfordringer med arbeidsflyt, teknologi og kultur hos helsepersonell er hovedbarrierer for å få løsningen til å fungere i standard drift.

Formål: Vi implementerte et elektronisk PRO (ePRO)-verktøy i standard klinisk drift hos kreftpasienter som behandles med immunterapi og målrettede medikamenter ved Kreftavdelingen, Nordlandssykehuset Bodø, som det første sykehuset i Norge. Hovedmålet er å redusere antall alvorlige medikamentutløste pasientskader hos pasienter som følges med dette verktøyet.

Metode: Gjennomføringsstudie ved en kreftavdeling hvor man ved hjelp av kontinuerlig forbedring med bruk av Institute of Healthcare Improvements (IHI) metodologi har implementert nye pasientforløp hvor ePRO er en integrert del av pasientoppfølgingen og i rutinemessig bruk fra juni 2021.

Konklusjon/ resultat: Et tverrfaglig team ble etablert. Gjennom bruk av forbedringsverktøy som driverdiagram, flytskjema for pasientforløps, kartlegging av overganger og økosystem, målinger og småskala-testing med PlanDoStudyAct (PDSA) av alt fra oversettelse og programvare med moduler, informasjonsmaterieell, prosedyrer og pasientflyt først i testgruppen, deretter på utvalgte pasienter og på avdelingen før opplæring og implementering på selve avdelingen. Gjennom regelmessige møter ble utfordringer fanget opp fra både pasienter, sykepleiere og leger og kunne endres gradvis. Verktøyet er nå en standard del av oppfølgingen av kreftpasienter hvor median 70% av pasienter som får immunterapi og 100 % av pasienter som får målrettet terapi følges med ePRO. I 2023 har vi nå en signifikant reduksjon i påviste antall alvorlige pasientskader.

Ansvarlig Samskaping av et digitalt verktøy PeerTECH

Marianne Storm (Universitetet i Stavanger), Jorunn Skjærpe, Hilde Marie H. Fjellså og Karen Fortuna

Bakgrunn: Helsetjenestene står overfor utfordringer knyttet til å møte sammensatte tjeneste- og behandlingsbehov hos personer med alvorlige psykisk lidelser. Alvorlige psykiske lidelser omfatter diagnosene schizofreni, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og personlighetsforstyrrelser. Fellestrekk for denne gruppen er høy forekomst av komorbide lidelser. Forskning viser at denne pasientgruppen har utfordringer med å engasjere seg i egen helse og livsstil, og opplever begrenset deltakelse i egen helse. Det er behov for tjenesteutvikling og effektive tiltak som kan bedre helsen til denne pasientgruppen. E-helse, mobil helseteknologi og Smartphone-applikasjoner kan bidra til egenomsorg og mestring av kronisk sykdom. PeerTECH er et tiltak der helse- og livsstilsrelaterte emner inngår i moduler i en app for bruk på nettbrett eller mobil. PeerTECH har to ulike funksjoner, elektroniske læringsmoduler og elektronisk dialog mellom tjenestebruker og en likeperson. PeerTECH er et tiltak som skal gjennomføres i en periode på 10 uker hvor det settes søkelys på innholdet og oppgavene i de elektroniske læringsmodulene. Brukertesting med tjenestebrukere, erfaringsmedarbeider og helsepersonell i kommunale psykisk helsetjenester viser at den amerikanske språklige PeerTECH er brukervennlig og har potensiale til å styrke helsekompetanse hos tjenestebrukere i norsk helsetjeneste.

Hensikt med studien: Å beskrive samskappingsprosess basert på prinsipper om ansvarlig innovasjon med inkludering av tjenestebrukere, erfaringsmedarbeidere og helsepersonell i kommunale psykisk

helsetjenester for å utarbeide en norsk versjon av PeerTECH. Samskapningen har inkludert arbeidsverksted for å tilpasse innholdet i PeerTECH til norsk kontekst, digital demonstrasjon og simulering med den norske PeerTECH-appen.

Metode: Vi har gjennomført en samskapningsprosess inkludert arbeidsverksteder, digitale demonstrasjoner av PeerTECH via zoom og fysiske simuleringer. Som en del av prosessen har vi samlet inn kvalitative data (dvs. notater fra zoom møter, observasjon av simulering og uformelle samtaler). Simuleringen inkluderte et scenario: hvor deltakerne tok i bruk PeerTECH appen og simulerte hvordan det første møtet mellom dem kunne foregå og hvordan de videre ville samhandle.

Resultater: Vi vil presentere resultater fra en ansvarlig samskapningsprosess av norsk PeerTECH på konferansen. Implikasjoner for opplæring av tjenestebrukere, erfaringsmedarbeidere og helsepersonell for gjennomføring av en mulighetsstudie/feasability studie med PeerTECH vil bli presentert.

Modellering av patologiprosesser for en bedre arbeidsflyt

Patrick Stünkel (Høgskulen på Vestlandet), Friedemann Leh og Sabine Leh

Bakgrunn: Tradisjonelt har fokuset innen digital patologi vært på metoder for kunstig intelligens i digital bildeanalyse for å hjelpe patologen med å undersøke preparater. I denne studien utvider vi omfanget av digital patologi begrepet til alle trinnene i den diagnostiske prosessen, og inkluderer eksplisitt også «vevspreparering».

Formål: Vi skal rapportere om et prosjekt ved Haukeland universitetssykehus som har det formål å støtte og forbedre ytelsen av hele «patologiprosessen» ved å bruke den tilgjengelige dataen på nye måter. Utgangspunktet er å bruke klassiske (logikkbaserte) og nyere (maskinlæringsbaserte) metoder innen kunstig intelligens til å lage bedre arbeidsplaner og prioriteringslister får redusere svartidene.

Metode: Mens bildearkivsystemet (PACS) inneholder ubrukte verdier i form av selv billededata, inneholder laboratoriet informasjonssystemet (LIS) ubrukte verdier i form av hendelseslogger. I vårt prosjekt bruker vi «process mining» til å utvinne en prosessmodell fra de rå loggdataene. Simulering basert på matematiske modeller (Petri-nett) og køteori brukes deretter i den resulterende prosessmodellen til å forutsi prosessens behandlingstid (Turn-around-Time).

Resultater og konklusjon: Som ett av de første foreløpige resultatene av prosjektet vårt presenterer vi et dashboard som visualiserer den aktuelle “produksjonen” av kassetter, blokker og objektgass i sanntid, samt en grafisk simuleringsmotor som kan forutsi viktige ytelsesindikatorer for laboratoriet i utvalgte tidsintervaller. Vi konkluderer med at det er mulig å visualisere, utforske og forutsi laboratorieprosesser ved å kombinere heterogene metoder fra datavitenskap, operasjonsforskning og kunstig intelligens. Avslutningsvis presenterer vi en visjon om et integrert patologiprosess-intelligenssystem som er i stand til å forutsi fremtidig arbeidsbelastning, foreslå best mulige ressursallokeringer og legge til rette for integrert sporing, slik at pasienter og klinikerer kan følge prøvens status på direkten.

Informing a longitudinal qualitative interview study to explore experience of self-care maintenance among patients with heart failure after engaging in a remote patient monitoring intervention

Signe Østrem Furre (Universitetet i Stavanger), Marianne Storm, Christina Tølbøl Frøiland, Kari Hanne Gjeilo, Ingvild M. Morken

Background: Maintenance of effective self-care through behaviors used to maintain physiologic stability, symptom monitoring, and treatment adherence is essential for patients with heart failure (HF) as it increases quality of life and reduces readmission rates. However, many patients struggle to perform recommended self-care. One promising resource that may promote patient self-care engagement is remote patient monitoring (RPM) of clinical signs and symptoms in collaboration with nurse navigators. To understand how a six-week RPM intervention works for the patient's self-care maintenance, longitudinal qualitative research (LQR) can explore their experience over time. The development of interview guides to this approach must therefore contain questions elaborating changes over time, as well as capture the patient's own reflections on self-care. A crucial step to ensure this is to examine the literature on experience of self-care as well as co-create questions together with a user representative from the patient group.

Aim: To describe the development and co-creation of interview guides exploring experience of self-care maintenance among patients with HF after completion of an RPM intervention.

Method: Developing of the interview guide to the LQR approach included three phases (1) using previous knowledge on self-care; (2) elaborating questions that capture maintenance of self-care (3) refining and co-creating the questions together with a user-representative.

Results: Two different interview guides, one after completion of the RPM intervention and one after six months, were developed to explore patient's self-care maintenance over time. After a two-hours meeting discussing the interview guide with our user representative, our interview guide questions got more focused on patients' experiences on how to maintain self-care, as well as included more open questions. The user representative also recommended an explanation of the concept of self-care to the patients at the beginning of the interview.

Conclusion: The development of the interview guide to capture experience of self-care maintenance after completion of an RPM intervention demonstrated the importance of seeking guidance from a user-representative.

Helseteknologi for eldre med kreft og kognitiv svikt

Kristina Sundt Eriksen (Universitetet i Stavanger)

Rom Inspirasjon Pasientbehandling og praksisvariasjon

Pasientforløp etter en alkoholintervensjon på somatiske sykehus: En registerstudie

Vendela Husberg-Bru (Stavanger Universitetssykehus, Universitetet i Stavanger), Svetlana Skurtveit, Anne Kathrine Bergland, Torgeir Gilje Lid

Bakgrunn: Alkohol er en av de største risikofaktorene for utvikling av over 200 sykdommer. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2013, 2015 og 2022 til regionale helseforetak kreves det at alle sykehus skal ha etablert 'system ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblem og eventuelt vise disse videre til tverrfagleg spesialisert rusbehandling'. Dette har blitt gjennomført i varierende grad. Tidligere studier har fokusert på effekten av screening og intervensjon, med mindre fokus på hvem som fanges opp av ulike strategier.

Formål: 1) Å beskrive ulike former for screening og intervensjon for alkohol ved norske sykehus. 2) beskrive sykdomsbyrden, helsetjenestebruk og reseptbelagte legemidler hos pasienter som blir fanget opp. 3) Undersøke om det er ulikheter i pasientforløp for pasienter innlagt i samme tidsperiode som ikke har mottatt en slik intervensjon ved bruk av registerdata, sammenlignet med

pasienter som får en intervensjon

Metode: Denne multisenter studien med retrospektive og prospektive registerdata knyttet til en sykehusinnleggelse hvor en pasient uten kjente ruslidelser får hjelp til endring av alkoholvaner. Sykehus som har innført tiltak for å oppdage og å håndtere underliggende rusproblemer ble invitert til å delta i studien. Totalt er 7 sykehus med å rekruttere pasienter til studien. Under innleggelsen blir det gjort en kort kartlegging med AUDIT-4, og personnummer vil kobles til registerdata fra Norsk Pasientregister, legemiddelregisteret, KPR, traumeregisteret, dødsårsaksregisteret samt statistisk sentralbyrå. Totalt er målet å rekruttere mellom 500-700 pasienter.

Resultat/konklusjon: Rekruttering er fullført på 5 av 7 sykehus. N=372, hvorav 72% menn, med et aldersspenn på 21-100 år (median alder=59 år). Studien er viktig for å beskrive hvilke pasienter ulike strategier for å fange opp flere med problemer knyttet til alkohol ved somatiske sykehus, og ulike pasientforløp. Økt fokus på dette kan føre til at flere pasienter får forebyggende intervensjon og flere i behandling.

Det er ikke bare å spørre: Identifisering av skadelig alkoholbruk blant eldre pasienter i sykehus

Anne Werner (Akershus Universitetssykehus), Hilde Lurås, Marijke Veenstra og Anne-Kari Johannessen

Bakgrunn De siste tiårene har alkoholforbruket og alkoholrelaterte skader og sykehusinnleggelser økt blant eldre i mange land, inkludert Norge. Alkohol antas å være en medvirkende årsak til mer enn 200 sykdommer og skader. Eldre har en høy følsomhet for alkoholbruk på grunn av fysiologiske endringer knyttet til aldringsprosessen, økt forekomst av kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse, samt bruke av flere medisiner samtidig. Helsedirektoratet anbefaler kartlegging av alkoholvaner ved sykehusinnleggelse. Likevel har forskning gjentatte ganger vist at underliggende alkoholproblemer hos eldre pasienter ofte forblir uoppdaget og ubehandlet.

Formål. Å få økt innsikt i hvordan helsepersonell forholder seg til anbefalingen, og hvilke strategier som brukes for å identifisere og håndtere potensielt skadelig alkoholbruk hos eldre pasienter som innlegges i sykehus på grunn av somatisk sykdom eller skade.

Metode. Studien er basert på 21 kvalitative intervjuer med 14 sykepleiere og 7 leger fra flere sykehusavdelinger. Intervjuene tar utgangspunkt i 2 konstruerte kasuistikker hvor alkoholoverbruk kan være medvirkende årsak til innleggelse. Deltakerne ble bedt om å reflektere rundt pasienthistoriene og si noe om hva de ville gjort i de respektive tilfellene. Datamaterialet analyseres med tematisk (tverrgående) metode.

Resultater/konklusjon: Foreløpige resultater tyder på at sykehuslegene og sykepleierne mente at utover standardspørsmål i akuttmottaket, er det andres ansvar å identifisere potensiell skadelig alkoholbruk hos pasienter når dette ikke er årsak til innleggelsen. I den grad legene tok ansvar for å identifisere mulig alkoholproblem, benyttet de biomedisinske prøver. Noen sykepleiere var opptatt av relasjonsbygging med pasienten som oppdagelsesstrategi. Både leger og sykepleiere kom med konkrete forslag til hva som trenges for å ta ansvar for å identifisere og håndtere potensiell skadelig alkoholbruk blant eldre. Forslagene inkluderte informasjonsmateriell til pasienter, egne samtalerom, rutiner for å håndtere skadelig alkoholbruk, samt økt kompetanse og henvisningsmuligheter til annet fagpersonell i sykehuset.

Appen 'Endre' på fastlegekontoret – gjennomførbarhet og pasientperspektiver fra et pilotprosjekt på alkoholrelaterte helseproblemer

Torgeir Gilje Lid (Stavanger Universitetssjukehus og Universitetet i Stavanger) og Håvar Brendryen

Bakgrunn: Alkohol er en stor folkehelseutfordring og omfatter risikobruk, skadelig bruk og avhengighet. Enkel kartlegging og målrettede tiltak er anbefalt som rutine, vanskelig å implementere. Et alternativ er strategier basert på klinisk relevans (f.eks. pragmatisk casefinding (PCF)). Fastlegebesøk gir mulighet for å bidra til endring, særlig hvis alkohol kan være relevant for pasientens helseplager. Siden fastlegen har begrenset tid til oppfølging, kan digitale intervensjoner være et gjennomførbart og kostnadseffektivt supplement.

Formål. Endre er en helautomatisert web-app basert på motiverende samtale og kognitiv atferdsterapi, for endringsstøtte for pasienter med uheldige alkoholvaner. Målet med studien var å undersøke gjennomførbarhet og brukererfaringer for Endre på fastlegekontor.

Materiale og metode: Fire legesentre deltok og rekrutterte totalt 34 pasienter. Utvalget er heterogent for kjønn, alder, arbeidsstatus, helseplager og alkoholbruk. Fellesnevneren er at legen vurderte at alkohol kan være en negativ faktor i pasientens sykdomsbilde. Rammen var et kurs for fastlegene over fire samlinger på hvert legesenter, om alkoholrelaterte helseproblemer, pragmatisk casefinding og endringsstøtte.

Resultater: Vi utforsket gjennomførbarhet med teori-basert spørreskjema og evalueringsintervju med leger og ansatte. Vi analyserte pasientdata (alkohol, røyk, psykiske symptomer og søvn) ved baseline og 3 måneder, samt individuelle pasientintervjuer og bruksdata. Deltagerne fullførte i gjennomsnitt 11 unike moduler av 20, og en tredjedel av deltakerne brukte appen lite eller ingenting, mens to tredjedeler brukte den mye. Tilbakemeldingene fra pasientene er lovende, men heterogene, og avdekker behov for justeringer av systemet og implementeringen

Konklusjon: Resultatene viser at de fleste som begynte å bruke 'Endre' gjennomførte nesten hele programmet, og at de opplevde Endre som nyttig. Men data fra implementeringen avdekket flere utfordringer som må løses for god integrasjon av Endre i klinisk praksis på et fastlegekontor.

Videobasert samtaleterapi for unge som har foreldre med alkohol- og andre rusproblemer

Marianne V. Trondsen (Nasjonalt senter for e-helseforskning) og Unn S. Manskow

Bakgrunn: Barn og unge som har foreldre med rusproblemer opplever store utfordringer og belastninger i dagliglivet; praktisk, sosialt og følelsesmessig. Stigma, skam og hemmelighold knyttet til rusproblemer gjør det vanskelig å søke hjelp, og det finnes få tilgjengelige, lavterskeltilbud for råd, hjelp og støtte til unge i familier med rusproblematikk. Digitale samtaletilbud er en måte å nå målgruppen på, men det er fortsatt lite tilbud og forskning om slike tjenester til unge pårørende. Blå Kors Kompasset tilbyr både fysisk og videobasert samtaleterapi til unge (14–35 år) som har foreldre med alkohol- eller andre rusproblemer. Videotilbudet skulle innføres gradvis gjennom 2020, men ble umiddelbart innført da Kompassets kontorer stengte fysisk 12.03.20 som følge av koronapandemien. Nasjonalt senter for e-helseforskning har gjennomført en følgeforskningsstudie (2020-2023) om erfaringene med innføring av Blå Kors kompassets videobaserte samtaletilbud.

Formål: Studiens formål er å undersøke brukeres og terapeuters erfaringer med videobasert samtaleterapi, og hvordan tilbudet kan organiseres som en trygg og likeverdig tjeneste til unge som har en forelder med alkohol- eller andre rusproblemer.

Metode Studien er tredelt: (1) fokusgruppeintervju med avdelingsledere, (2) spørreskjemaundersøkelse til brukere (n=129), og (3) individuelle intervjuer med brukere og

terapeuter. Medforskning med to brukerrepresentanter inngår i andre delstudie.

Resultater/konklusjon. Avdelingslederne opplevde overgangen fra fysisk til digital samtalerapi som brå, men fungerte i all hovedsak bra. Endrede rammebetingelser ga både muligheter og utfordringer; gjøre det samme på en ny måte, skape nærhet på avstand og være tilgjengelig for brukerne under pandemien. Spørreundersøkelsen til brukerne viste at videobasert terapi var til hjelp, trygt og praktisk, og at de opplevde en god relasjon til terapeuten. Imidlertid erfarte de yngste brukerne videotilbudet som mindre trygt og mer ukomfortabelt enn de eldre. Siste delstudie er i en analysefase. Kunnskap fra studien har nytteverdi for etablering og videreutvikling av videobaserte samtaletilbud i psykisk helse- og rusfeltet.

Helseatlas for Hjerteinfarkt

Marte Bale, **Haji Kedir Bedane** (Helse Førde), Knut Ivar Osvoll, Maria Holsen

Bakgrunn: For å kunne sammenligne befolkningens bruk av helsetjenester, uavhengig av hvor pasientene mottar behandling, er det laget helseatlas i ulike temaer, publisert på Helseatlas.no.

Formål: I atlaset for Hjerteinfarkt undersøkte vi likeverdige helsetjenester innen hjerterehabilitering, hjerteinfarktinnleggelse og revaskulariseringer. Vi analyserte endringer mellom de to periodene 2013-2015 og 2018-2022.

Metoder: Vi brukte Norsk pasientregister data fra 2018-2021. Akutt hjerteinfarkt ble definert som ICD-10 kode I21 som primærdiagnose i rehabiliteringsanalyse. Pasienter med akutt hjerteinfarkt ble fulgt fra første dag av utskrivning fra sykehus i omtrent seks måneder (182 dager) ved å bruke sin unike ID for å observere om de fikk rehabilitering eller ikke. Standard rehabilitering ble definert som ICD -10-koder på Z50.0, Z50.80, Z50.89 eller Z50.9. Vi beregnet variasjon som Forholdstall mellom høyest og lavest verdier, variasjonskoeffisient (CV) og systematisk variasjonskomponent Funn I 2018-2022 var det stor geografisk variasjon i bruk av rehabilitering etter akutt hjerteinfarkt for personer 18 år og eldre i Norge (EQ=13,7, SCV=64,3). Bare 14,3 % av sykehusoppholdene med akutt hjerteinfarkt ble fulgt av standard rehabilitering, forskjellig fra 2,9 -40,6 % mellom HRA-ene. Hvis vi vurderte hjerteskolet og veiledet fysisk trening i tillegg til rehabilitering, steg den summerte prosentandelen til 26,6 % (9,3-45,6). Det var lav til moderat variasjon i hjerteinfarkt innleggelse og revaskularisering. Antallet eldre med akutt hjerteinfarkt gikk betydelig ned mellom periodene 2013-2015 og 2018-2022, men antallet revaskulariseringer holdt seg stort sett uendret.

Konklusjon Det var stor og uberettiget geografisk variasjon i rehabilitering i Norge i 2018-2022. Tatt i betraktning de klare anbefalingene om rehabilitering for pasienter med hjerteinfarkt, tyder den lave deltakelsen på underbruk av helsetjenestene. I den eldste befolkningen er antallet akutte hjerteinfarkter på vei ned. Det ser ut til å være mindre konsensus om behandlingsstrategier for eldre, sammenlignet med befolkningen generelt.

Depression care pathways and associations with recurrent depression episodes; a registry-based study

Sharline Riiser (University of Bergen), Tone Smith-Sivertsen, Valborg Baste, Inger Haukenes, Øystein Hetlevik, Sabine Ruths

Background: Depression often has a recurrent course, but knowledge on treatment trajectories is scarce.

Aim: We aimed to estimate healthcare multi-trajectories for patients within the first year of a

recurrent episode of depression. Further, to explore whether the trajectories are associated with a future recurrent depression episode.

Methods: Cohort study based on linked registry data, comprising all Norwegian residents >18 years with an (index) depression episode in 2012, who also had previous depression episode(s) in 2008-2011. Treatment during index episode: GP follow-up consultation(s), long consultation(s), talking therapy, antidepressant medication, and specialist health care. Outcome measure: recurrent depression episode in 2013-2016. We generated multi-trajectories based on treatment measures during the index episode, and then applied different trajectories in generalized linear models to analyse whether they were associated with recurrent depression episodes.

Results: 9 027 patients were included, mean age 44.2 years, 63.9% women. We identified six treatment trajectories; 1) One month GP contacts (45.2% of the patients); 2) Six months GP contacts with talking therapy (19.2%); 3) Six months GP contacts with long consultation(s) (13.3%); 4) Four months GP contacts, and antidepressant drugs throughout one year (9.3%); 5) High GP care throughout one year (8.3%); 6) High specialist care throughout one year (4.6%). 2505 patients (27.8%) had a recurrent depression episode in 2013-2016. In the regression model, compared to one-month GP contacts (reference), we found an increased risk of recurrent depression for all treatment trajectories, except for trajectory 4. Trajectory group 5 (RR 1.47 (1.32-1.64) and 6 (RR 1.26 (1.08-1.47) had the highest likelihood of recurrent depression.

Conclusions: Every fourth patient with previous depression had a recurrent episode. The trajectory groups with high GP and/or specialist care throughout the year were most likely to get a new episode. This may indicate that patients with a recurrent course received most follow-up and treatment. Key words: Depression, health care services research, antidepressant medication, talking therapy, primary care.

Rom Aroma Resilience in health care

From theory to policy in resilient healthcare services – policy recommendations and lessons learnt from a 5-year cross country research program

Siri Wiig (SHARE Universitetet i Stavanger), Hilda Bø Lyng, Veslemøy Guise, Eline Ree, Birte Fagerdal, Heidi Dombestein, Lene Schibevaag, Jeffrey Braithwaite, Cecilie Haraldseid-Driftland on behalf of the RiH team

Background and aim: Resilience in healthcare is fundamental for what constitutes quality in healthcare and is on the international research and policy agenda as ever before. The overall aim of this presentation is to share lessons learnt from the Resilience in Healthcare research program (2018-2023) (Aase et al 2020) and provide recommendations for policy makers. We will do this by focusing on what resilience is, the capacities needed in the healthcare system to enact resilience, and how policy makers can support translation of resilience elements and tools into policy and practice.

Methods: The Resilience in Healthcare research program is a 5-year study across Norway, England, the Netherlands, Australia, Japan, and Switzerland (2018–2023) (Aase et al 2020). Through a comprehensive longitudinal mixed methods study we have addressed the primary objective of the program setting out to reform and extend the understanding of quality in healthcare by developing, implementing, and evaluating a theoretical and practical framework of resilience in healthcare. This has been done methodologically through narratives of research projects, development of theoretical models that have been translated into digital resilience learning tools which again have been implemented and tested across healthcare settings of hospitals, nursing homes, homecare to

translate resilience into practice. Data materials have been collected via literature reviews, research project screening, individual interviews, observations, focus groups, workshops, and involvement of diverse stakeholders from the micro to the macro level of the healthcare system. We draw on the entire project and extensive number of publications when we present our recommendations.

Results/Conclusion Based on our lessons learnt we will suggest eight policy recommendations as our tips for successful translation of resilience into policy and practice to ensure worldwide impact.

Reference Aase K et al. (2020). Resilience in Healthcare (RiH) - A Longitudinal Research Program Protocol. *BMJ Open* 2020;10:e038779.

Resiliens i helsetjenesten under COVID-19 pandemien – En metasyntese

Malin Knutsen Glette (SHARE Universitetet I Stavanger/ Høgskolen på Vestlandet), Kristiana Ludlow, Siri Wiig, David Westfall Bates, Elizabeth E. Austin

Bakgrunn: Covid-19 pandemien førte til uforutsette endringer og påfølgende utfordringer i helsetjenester verden over. Disse innebar økt pasientbelegg, begrensinger i ressurser og hyppige innføringer av nye rutiner og prosedyrer. For å håndtere utfordringene og samtidig opprettholde en sikker ytelse av helsetjenesten, måtte helsepersonell til å tilpasse sin praksis til kontinuerlige endringer. Resilens i helsetjenesten (RiH) handler om systemets og helsepersonells evne til å komme tilbake til en stabil tilstand gjennom å justere og tilpasse seg til forventede eller uventede endringer i systemet.

Formål: å identifisere, vurdere og syntetisere kvalitativ forskningslitteratur med fokus på helsepersonells tilpasninger til endringer og utfordringer som COVID-19 pandemien førte med seg.

Metode: Systematisk review med metasyntese. Det ble gjennomført søk i databasene Academic search Elite, CINAHL, MEDLINE, Pub Med, Science Direct og Scopus i perioden mars til juni 2021. Søkene resulterte i 2434 treff hvorav 171 artikler gjennomgikk full tekst screening.

Resultater/konklusjon: 47 studier som undersøkte helsepersonells erfaring med tilpasninger (jf. RiH) under COVID-19 pandemien ble inkludert i studien. Et stort spekter av ulike tilpasninger ble identifisert og ansett som essensielle i pandemihåndteringen. Tilpasningene inkluderte at helsepersonell inntok nye roller og oppgaver, drev egen- og kollegaopplæring, tok flere selvstendige avgjørelser og reorganiserte arbeidsplasser og arbeidsstruktur. Behovet for tilpasningene hadde, blant annet, bakgrunn i ny og uklar arbeidsflyt, manglende retningslinjer, ressursmangel og mangel på adekvat opplæring. På en annen side, viste resultatene økt samarbeid på tvers av avdelinger, team, hierarki og helsetjenester, og at helsepersonell framviste stor tilpasningskapasitet i møte med pandemiens utfordringer. Flere tilpasninger førte til forbedringer i tjenesteytelsen, mens andre avslørte svakheter i helsesystemets forberedthet, utforming og kapasitet, og førte til dysfunksjonelle og potensielt skadelige tilpasninger. Samlet sett, representerer erfaringer fra COVID-19 pandemien en unik mulighet til å lære hvordan helsetjenester raskt kan respondere på uventede endringer, og hvordan resilente helsetjeneste kan bygges internasjonalt.

From resilience capacities to indicators for resilience in healthcare

Hilda Bø Lyng (SHARE University of Stavanger), Cecilie Haraldseid-Driftland, Veslemøy Guise, Eline Ree, Birte Fagerdal, Heidi Dombestein, Hilde Valen Wæhle og Siri Wiig

Background: Despite the increased interest and attention of resilience in healthcare (RiH) as a complementary perspective for understanding patient safety, the majority of research have to this

point focused on theoretical contributions for understanding resilient performance at the frontline. The literature lacks studies aiming for developing measurements or indicators for the operationalization of resilience. The development of operationalization and indicators for RiH are therefore of utmost importance.

Aim: This study aims to identify indicators and propose an operationalized indicator framework for RiH.

Methods: In this study we report findings from the Resilience in Healthcare (RiH) program. The empirical data grounding this study are collected as part of both the exploratory and the testing phase of the RiH program. The data collected within the RiH program took place between December 2020 – December 2022 and includes observations, narratives of former projects, analytical seminars, workshops, and interviews of researchers, individuals and focus groups across healthcare settings. The research design for this paper consists of a mixed methods methodology and its five consecutive phases; exploration, operationalization, testing, validation, and indicator development.

Conclusion: An indicator framework for resilient performance in healthcare settings will be presented.

Exploring health system factors and teams adaptive capacity – a case study in two Norwegian hospitals

Birte Fagerdal (SHARE University of Stavanger), Hilda Bø Lyng, Veslemøy Guise, Janet Anderson and Siri Wiig

Introduction: The ability of the organization to adapt to challenges and changes at different system levels – that is, to be resilient - is seen as key to high quality care. A gap in our knowledge about resilient healthcare relates to teams and their adaptive capacity. Most clinical and organizational work in hospitals is carried out by teams. Understanding the role of teams in resilient healthcare and how factors concerning the overall organization of the system (e.g., regulatory bodies, policy) influence teams' adaptive capacity is essential for research and organizational leaders.

Objective: We investigated how system factors influence adaptive capacity in hospital teams. Our following research question guided the study: What kind of and how do health system factors influence adaptive capacity in teams?

Methods: A multiple case study was designed and conducted in two Norwegian hospitals. A case was defined as one hospital containing four different types of teams (structural, hybrid, responsive, coordinating). Data were collected through observations of (115 hours) and interviews (30) with the team members and team leaders in 2021. The analysis was performed via a deductive approach, using The Concepts for Applying Resilience (CARE) model (Andersson et al. 2016), identifying capacities (factors), misalignments, and adaptations made in everyday work combined with an inductive content analysis of the capacities (factors).

Results: The analysis results in two main themes that were of importance; (1) Teams organized their activity to governing factors (national and regional guidelines, financial governance, and regulatory inspection). (2) Teams negotiated various resources provided (incentive resources, training and development resources and quality and improvement resources). However, it is the team's opportunity to align system level factors to context that is important for adaptive capacity. The teams' context variously enabled or constrained adaptive capacity by determining how much room for maneuver was available to them.

Utvikling av verktøy for bedre samhandling og hjelp til å lære av det som går bra.

Cecilie Haraldseid-Driftland (SHARE Universitetet i Stavanger), Hilda Bø-Lyng, Veslemøy Guise, Hilde Valen Wæhle, Lene Schibeavaag, Heidi Dombestein, Eline Ree, Birte Fagerdal, og Siri Wiig.

Bakgrunn: Tradisjonelt sett har pasientsikkerhetsforskning hatt fokus på å forbedre kvaliteten på tjenesten igjennom å lære av det som har gått galt. Selv om dette har vist seg å ha effekt i enkelte tilfeller, tyder både nasjonal og internasjonal forskning på at tallene på pasientskader ikke endrer seg nevneverdig. Resiliens i helsetjenesten handler om å forsøke å forbedre kvaliteten på tjenestene våre igjennom å forstå hva det er som bidrar til at ting går godt, for så å lære av dette (Aase et al. 2020). En av utfordringene med denne retningen har vært at det mangler beskrivende litteratur om hva resiliens i helsetjenesten består av, samt at det mangler verktøy som kan bidra til å styrke evne til resiliens. Å tilby gode helsetjenester handler i stor grad om god samhandling, og å samarbeide på tvers av profesjoner, avdelinger og organisasjoner for å møte komplekse problemer og utfordringer. Verktøy som utvikles for å styrke kvaliteten på tjenesten må derfor også ha en tilnærming som gir muligheter for de som jobber sammen også kan lære sammen.

Formål: Formålet med studien er å beskrive utviklingsprosessen av et læringsverktøy som har til hensikt å bidra til å styrke evnene til resiliens.

Metode: Studien bygger på en mixed-methods tilnærming basert på ulike former av kvalitative data. Data innsamlingen ble gjennomført i perioden desember 2020 til desember 2022 og innebærer individuelle intervjuer, fokusgruppe intervju, workshoper og observasjoner fra flere ulike aktiviteter med totalt 97 individuelle informanter.

Konklusjon: Utvikling av et læringsverktøy som har til hensikt å bidra til å styrke evnene til resiliens må utvikles i tett samarbeid med både designere, forskere og representanter i fra ulike deler av helsetjenesten for å sikre at innholdet er tilpasset og relevant for den aktuelle tjenesten. Verktøyet må også være lett tilgjengelig, inneholde beskrivelser av hva resiliens i helsetjenesten er, samt ha en tilnærming som tillater stor grad av samarbeidslæring.

Referanser: Aase, K., Guise, V., Billett, S., Sollid, S. J. M., Njå, O., Røise, O., Manser, T., Anderson, J. E., & Wiig, S. (2020). Resilience in Healthcare (RiH): a longitudinal research programme protocol. *BMJ Open*, 10(10), e038779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038779>

Principles for patient and stakeholder involvement in resilient healthcare services

Veslemøy Guise (SHARE University of Stavanger), Cecilie Haraldseid-Driftland, Hilda Bø Lyng, Birte Fagerdal, Lene Schibeavaag, Heidi Dombestein, Eline Ree, Hilde Valen Wæhle & Siri Wiig

Background: Resilience in healthcare is the capacity to adapt to challenges and changes to maintain the safety and quality of care across all levels of the healthcare system. Multiple healthcare system stakeholders including patients, informal carers, healthcare professionals, service managers and policy makers have become acknowledged as important co-creators of resilient healthcare due to their involvement in adaptations necessary for high quality healthcare services. To expand our knowledge of how to facilitate and support resilient healthcare systems, we therefore need to better understand adaptive capacity and the nature and context of adaptations. This includes who is involved in adaptations and how and in what circumstances different healthcare system stakeholders come to enact the adaptations necessary for resilience at different system levels. In aid of facilitating such knowledge and understanding, we sought to establish some fundamental principles for patient and stakeholder involvement in resilience in healthcare.

Aim: To describe the conceptualization of principles for patient and stakeholder involvement in resilience.

Methods: Principles for patient and stakeholder involvement in resilience were developed by way of a two-phased empirical approach. The data collection encompassed an initial exploratory phase using methods such as interviews, literature review, and meta-synthesis of empirical studies, followed by workshops and focus groups with a variety of stakeholders from the Norwegian healthcare system.

Results: A set of interconnected principles for patient and stakeholder involvement in resilience in healthcare were established to account for their roles in adaptations and the resilient performance of the system. The principles are to Map patient characteristics; Consider capacity for family involvement; Assess the care setting; Consider healthcare staff factors; Assess degree of contact and collaboration; Consider influence of leadership; and Evaluate applicable laws, policies and guidelines. These principles will be described in more detail and implications for resilient healthcare services will be discussed.

Rom Stemning: **Styring, organisering og prioritering**

Etableringen av helsefelleskap som styringsgrep. En kritisk diskursanalyse

Martin Sollund Krane (UiT Norges arktiske universitet) og Audhild Høyem

Bakgrunn: Demografiske utviklingstrekk tilsier en stadig økende aldrende befolkning i Norge, og flere lever lenge med komplekse helse- og omsorgstjenestebehov. Medisinske og teknologiske framskritt, samt politiske styringssignaler om lik tilgang til helsetjenester og bedre samhandling, bidrar til høye forventninger i befolkningen om tilgjengelige, gode og koordinerte helsetjenester. Dette fører til økt press – både direkte overfor helsevesenet, og ikke minst mot beslutningstakere med ansvar for bevilgninger, budsjettkontroll og prioritering av ressurser. For politikere framstår det dermed som en velbegrunnet strategi å vise velgerne og befolkningen at man tar grep. Ett eksempel på dette, er opprettelsen av 19 helsefelleskap, et formalisert samarbeid mellom et helseforetak og kommunene i opptaksområdet, inkludert fastlege- og brukerrepresentanter. Dette styringsgrepet har som uttalt mål at den statlige spesialisthelsetjenesten og de kommunale primærhelsetjenestene, med store ulikheter i lovgiving, finansiering og styringslinjer, skal etablere en felles virkelighetsforståelse og fungere som et fellesorgan for helsetjenesteutvikling i et geografisk område. Tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, og skrøpelige eldre skal prioriteres (Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023).

Formål: Etableringen av helsefelleskapene innebærer en planlagt og omfattende endring, og selv om begrepet ikke brukes i styringsdokumentene betrakter vi styringsgrepet i lys av teorier om reformer i offentlig sektor. Reformen synes å være i tråd med en sterk internasjonal styringstrend, New Public Governance, som vektlegger koordinering, samhandling og samskaping på tvers av myndighetsnivåer og organisasjonsskille. I denne artikkelen ønsker vi å undersøke ideene etableringen av helsefelleskapene bygger på, og hvordan framstillingen og innrammingen av disse fører til bestemte måter å betrakte (utfordringene i) helsevesenet på.

Metode: Vi gjennomfører en kritisk diskursanalyse (Bacchi, 2009) av sentrale offentlige styringsdokumenter, artikler i media fra oppstartsfasen av helsefelleskapene, og seks intervjuer med aktører i sykehus og kommuner.

Konklusjon/resultat: Dette er et paper under utvikling, resultater og konklusjon er derfor prematurt.

'Det er jo vi sjøl som har gjort dette'; bedre pasientflyt og reduksjon av liggedøgn for utskrivningsklare pasienter gjennom ny organisering av kommunal rehabilitering

Erna Håland (IPL NTNU) og Kirsti Sarheim Anthun

Bakgrunn: Det er en kjent utfordring å få til god pasientflyt mellom ulike deler av helsetjenesten, både internt i kommune- og spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen ble i sin tid innført for å skape bedre samhandling mellom tjenestene, men det er fortsatt utfordringer knyttet til spesielt overgangene mellom ulike systemer, institusjoner og aktører. Et eksempel som er et stort problem i mange kommuner, er at man har et høyt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, dvs. at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehuset fordi kommunen ikke klarer å ta imot dem raskt nok. Dette koster mange kommuner mye penger fordi de blir ilagt 'dagbøter', og det er krevende for pasienter å være i disse 'mellomrommene' mellom tjenestetilbud.

Formål: Undersøke på hvilke måter en ny organisering av rehabiliteringstjenestene i en kommune kan føre til bedre pasientflyt mellom tjenestene og en reduksjon i antall liggedøgn.

Metode: Resultatene baserer seg på en foreløpig analyse av to gruppeintervjuer med 10 ansatte (fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere), observasjon av et evalueringsmøte for alle involverte, og et møte med ledere i tjenesten, i en tidlig fase av et følgeforskningsprosjekt i en kommune. Prosjektet er del av EHCOR-prosjektet, finansiert av Norges forskningsråd, som har som målsetning å undersøke hvordan man kan få til bærekraftig digital omstilling i helse- og omsorgstjenesten gjennom økt heltidsandel og kompetanseheving.

Resultat/konklusjon: Et sentralt funn i prosjektet er at selv om beslutningen om og målsetningen med omorganiseringen er delvis ledelsesstyrt, så er det de ansatte selv som har tatt initiativ til og gjennomført konkrete tiltak i egen arbeidshverdag. De ansatte legger vekt på at fysisk nærhet gjennom samlokalisering, faste driftsmøter mellom ulike typer ansatte, og direkte kontakt med pasienten på sykehuset før utskrivning, bidrar til bedre pasientflyt mellom de ulike tjenestene innen rehabilitering, og en svært stor reduksjon i antall liggedøgn.

General practitioners' experiences with tariffs and gatekeeping decisions within a fee-for-service system: A focus group study

Kristian Bandlien Kraft (Folkehelseinstituttet), Eivor Hovde Hoff, Arnstein Mykletun, Magne Nylenna, Cathrine Fredriksen Moe og Kristian Østby

Background: Fee-for-service is a common payment model for reimbursement of physicians in OECD countries. In Norway, most general practitioners (GPs) are largely reimbursed by fee-for-service (70 %), based on the number of consultations and procedures they register. In general, fee-for-service incentives many and short consultations. GPs also act as gatekeepers, and the type of payment model is associated with the strictness in gatekeeping.

Aim: Explore general practitioners' experiences with tariffs in the fee-for-service system in general, and specifically related to gatekeeping decisions.

Methods: We have conducted six focus group interviews with 28 general practitioners in 2022 in Norway. The data is analysed by using Braun and Clarke's thematic analysis.

Results: We have identified four main themes concerning GPs' experiences with the fee-for-service system. The GPs reported challenges with remembering and interpreting (1) tariffs. The GPs were aware of the profitability (2) of various tariffs and could describe potential strategies to increase their

income, for instance having shorter consultations or do routine procedures on all patients. The GPs suspected large variations in how they remember and interpret tariffs, and how aware they are of the profitability of tariffs. Hence, large variation (3) is expected in the degree of utilization of the tariff system. The GPs found gatekeeping decisions (4) challenging, and they clearly reported that rejecting requests takes much longer time than to accept them. The results indicate that a trust-based system that requires each GP to remember and interpret tariffs that directly affect their income are likely to create different tariff practices. It is plausible that a high awareness of profitability may be related to a lenient gatekeeping practice. This paper suggests that the mechanism linking awareness of profitability and gatekeeping practice is consultation time, because short consultations are profitable, and a rejection often requires long time to explain.

Uønsket variasjon i klinisk praksis – funn fra gjennomgang utført av Konsernrevisjonen i Helse SørØst Regionale Helseforetak

Ole Tjomsland (Helse SørØst Regionale Helseforetak), Hans Petter Eide, Christian Thoresen, Sina Øyri, Eldar Søreide, Ulrich Spreng

Bakgrunn: Det er et økende fokus på å definere, identifisere og redusere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater i klinisk praksis. Både klinikerdrevne initiativer som «Choosing Wisely»-kampanjen og «top-down» initierte prosjekter som «Evidence-based intervention program (EBI)», lansert av National Health System UK for å redusere unødvendige utredning og behandling, har vist marginale resultater. Vi presenter funnene fra en gjennomgang utført av Konsernrevisjonen i Helse Sør Øst som vurderte etterlevelsen av den regionale strategien for å redusere uønsket variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater i regionen.

Metoder: Åttito avdelings- og klinikkledere (nivå 2 og 3) fra 8 helseforetak i HSØ RHF ble i 2021 invitert til å fylle ut et spørreskjema vedr behandlingen av pasienter med følgende diagnoser og prosedyrer: diabetes, hjerneslag, hjerteinfarkt, hoftebrudd, leddprotese samt pasienter behandlet dagkirurgisk hvorav 75 responderte. I tillegg ble det gjennomført semi-strukturerte intervjuer med tre fagdirektører og åtte klinikkdirektører.

Resultater: Gjennomgangen avdekket at målet om å redusere uønsket variasjon ikke alltid var tydelig kommunisert fra styret eller foretaksledelsen. Det er videre begrenset bruk av relevante data fra nasjonale kvalitetsregistrene og helseatlas for kvalitetsforbedring. Mange ledere opplevde manglende oppfølging fra styre og toppledelse med tanke på arbeidet med å nå de strategiske forventningene om å redusere uønsket variasjon.

Konklusjon: Ledelsen og styret i Helseforetakene bør i større grad fokusere på arbeidet med å redusere uberettiget variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater. Sykehusene som er inkludert i gjennomgangen anbefales å styrke innsatsen for å redusere sin uønskede variasjon i kvalitet, pasientsikkerhet og forbruksrater. Vi mener at funnene fra gjennomgangen kan være relevante for andre aktører som arbeidet med å redusere uønsket variasjon.

Charting public views on the meaning of illness severity

Mille Sofie Stenmarck (Akershus universitetssykehus), Rachel Baker, David GT Whitehurst, Mathias Barra

Background: Healthcare systems globally face difficult priority-setting decisions, as the demand for healthcare resources outweighs supply. Healthcare systems are therefore dependent on robust

priority-setting frameworks to ensure efficient and fair distribution of healthcare resources. 'Severity' is a priority-setting principle in multiple healthcare jurisdictions, entailing a higher willingness to prioritise treatment for illnesses considered to be particularly severe. While there appears to be widespread support for the relevance of severity as a priority-setting principle, there is comparatively little knowledge on public views regarding the meaning of severity.

Aim: As part of the NFR-funded Severity in Priority Setting project (303724), the aim of this study is to explore population views on the meaning of severity and to uncover the distribution of different viewpoints on severity among a representative sample of the Norwegian population.

Methods: An online survey was distributed to Norwegian adults, asking them to rank and score four vignettes. The vignettes represent four different viewpoints on the meaning of severity identified in a previous study, namely (i) severity determined by natural lifespan, (ii) severity as subjective, (iii) severity determined by objective measures, and (iv) severity as functioning and quality of life.

Results: A total of 1174 respondents completed the survey. Analysis of the responses demonstrated that there is support for all four vignettes in the Norwegian population, with no single vignette representing what the majority take severity to mean. Through four analytical approaches, 'natural lifespan' was the highest scored vignette, while 'severity is subjective' was the lowest scored vignette. Linear regression analysis demonstrated that men, individuals with low education, and individuals with low household income were likely to score 'severity is subjective' higher than other individuals. Our findings demonstrate that severity is a complex concept with many potential meanings, some of which are contrary to current policy operationalisations of severity.

Kan befolkningsperspektivet inkluderes i moralfilosofisk refleksjon?

Borgar Jølstad (Akershus Universitetssykehus), Mille Sofie Stenmarck, Mathias Barra

Prinsipper for prioritering i helsevesenet blir vanligvis utformet av eksperter som er påvirket av den normative litteraturen om prioritering. Samtidig er implementeringen av disse prinsippene underlagt demokratisk drøfting, politisk press, og byråkrati. Noen ganger blir ekspertforslag demokratisk avvist. Dette peker mot et dilemma: på den ene siden kan ikke et prinsipp moralske status bestemmes av hvorvidt flertallet er for eller imot det. På den andre siden kan vi ikke forvare et prinsipp ovenfor andre uten å ta deres moralske overbevisninger på alvor. I dette arbeidet undersøker vi muligheten for å inkludere befolkningsperspektiver i moralfilosofisk refleksjon. Når vi benytter oss av metoden refleksiv likevekt, den vanligste formen for moralsk rettferdiggjørelse, er vi vanligvis interessert i gjennomtenkte vurderinger heller enn ugjennomtenkte intuisjoner. Moralske synspunkter samlet fra befolkningen møter ofte ikke denne standarden. For å avhjelpe dette foreslår vi å styrke populære synspunkter ved å koble dem med teoretiske rammeverk som gjenspeiler lignende moralske perspektiver. Vi bruker sykdommens alvorlighetsgrad som en casestudy og viser at et sett med populære oppfatninger kan knyttes til teoretiske perspektiver, og på den måten styrkes. Dette er en vei fremover i søket etter prinsipper for prioritering som er både normativt robuste og akseptable for befolkningen. Vår metode gir et generelt rammeverk for raffinering av tilgjengelige data om populære syn på moralske spørsmål, også når vi er usikre på i hvilken grad synspunktene er veloverveide.

Dette arbeidet er en del av prosjektet Severity and Priority Setting in Health Care (SEVPRI) (prosjektnummer 303724).

Alvorlighet eller helsegevinst – Hva prioriterer befolkningen?

Marius L Torjusen (Akershus Universitetssykehus), Kim Rand, David GH Whitehurst, Knut Stavem, Mathias Barra

Bakgrunn: De formelle prioriteringskriteriene i norsk helsevesen er alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og ressurskriteriet. Alvorlighetskriteriet åpner for å akseptere at en behandling har mindre helsegevinst og høyere kostnad enn man ellers ville akseptert hvis det dreier seg om en spesielt alvorlig sykdom. Denne praksisen legitimeres blant annet av flere empiriske preferansestudier internasjonalt. Disse studiene har imidlertid metodiske begrensninger som kompliserer vurderingen av alvorlighetens vekt mot andre faktorer.

Formål: Vi ønsket å undersøke hvordan den norske befolkningen veier hensynet om å hjelpe de med mest alvorlig sykdom opp mot størst helsegevinst i ulike prioriteringsscenarier. Vi presenterer her foreløpige resultater fra den første delen av studien.

Metode: Vi gjennomførte 625 digitale intervjuer i den generelle befolkningen. Deltakerne kunne enten velge å prioritere en pasientgruppe med en alvorlig tilstand hvor behandling ledet til en mindre helsegevinst og en pasientgruppe med en mindre alvorlig tilstand hvor behandlingen ledet til en større helsegevinst. Oppgavene var tilpasset hver enkelt deltaker basert på hvor alvorlige de vurderte ulike helsetilstander, ved hjelp av måleinstrumentet EQ-5D-5L.

Resultat: Ut av fire oppgaver valgte 13% av deltakerne å alltid prioritere størst alvorlighet, mens 34 % av deltakerne alltid prioriterte størst helsegevinst. Tendensen til å prioritere størst helsegevinst økte med økende forskjell i gevinst. Ingen tilsvarende tendens ble funnet ved økende alvorlighet. Kvinner og religiøse valgte i større grad å prioritere pasientene med størst alvorlighet. Det var også en svak assosiasjon til å prioritere alvorlighet ved selvrapportert uhelse og i de yngste og eldste aldersgruppene. Det var ingen assosiasjon knyttet til utdanning og konsekvensetiske holdninger. Funnene antyder at folk ikke har en intuisjon om at mer alvorlige tilstander er viktigere å prioritere. Likevel valgte en mange å prioritere den mest alvorlige helsetilstanden foran størst helsegevinst. Disse resultatene har implikasjoner på hvordan prioriteringsprosesser best kan utformes.

Aversjon mot ulikhet i helse i et representativt utvalg av befolkningen i Norge

Sindre A. Horn (Universitetet i Bergen), Ole Frithjof Norheim, Mathias Barra

Bakgrunn: Studier tyder på at respondenter er villige til å gi avkall på noe total helsegevinst i befolkningen i bytte mot at helse blir likere fordelt. Denne avveiningen kan kvantifiseres med metoder utviklet i forskning på inntektsulikhet, slik som Atkinson og Kolm-Pollak sosiale velferdsfunksjoner. Imidlertid krever disse en eksplisitt parametrisering av ulikhetsaversjon eller relativ prioritet til de verre stilte. Til dags dato har ingen større studier som estimerer ulikhetsaversjon i helse blitt gjort i Norge.

Metode: Vi har gjennomført en spørreundersøkelse med n=1405 respondenter som er bedt om å angi preferanse for et av to hypotetiske helsetiltak i to sett med oppgaver som vil øke forventet kvalitetsjustert levealder i ulike kvintiler av befolkningen. Data om forventet kvalitetsjustert levealder for Norge er hentet fra Statistisk sentralbyrå og vektet med data fra studier om norske populasjonsnormer for livskvalitet for å estimere forventet kvalitetsjustert levealder. Mål: Atkinsons og Kolms ulikhetsparametre kan utledes fra hvilket punkt respondentene uttrykker indifferens for resultatfordelingen av helse i hvert oppgavesett. Dette parameteret kan informere distribusjonelle kostnadseffektivitetsanalyser som bruker ulikhetsaversjonsparametre for å utforske implikasjonen av

helseprioriteringer som involverer avveininger mellom å øke total helse i befolkningen og redusere ulikhet i helse.

Resultat/konklusjon: Våre resultater kan tolkes som at vår studiepopulasjon har lavere aversjon mot ulikhet i helse enn tidligere publiserte studier på samme tema med lignende metodikk. Imidlertid tyder resultatene på at graden av ulikhetsaversjon er sensitiv for hvilke helsefordelinger respondentene får valget mellom, og at respondentene ikke svarer med en gitt grad av ulikhetsaversjon i alle fordelinger som det underliggende teoretiske rammeverket skulle tilsi. Vi har identifisert rom for forbedringer i studiedesign til senere studier på temaet.

Fredag 3. november 2023 08:30-11:00

Plenumsal 1 HEIME

Hjemmets betydning i alderdommen

Grethe Eilertsen (Universitetet i Sørøst-Norge)

De langvarige, demografiske endringene vi står overfor fremover er særlig knyttet til at andelen eldre over 70 år vil øke. Myndighetene understreker at det skal legges til rette for at eldre kan bo trygt hjemme lengst mulig. Flertallet eldre ønsker selv å bo i egne hjem, selv når de blir skrøpelige og trenger omfattende profesjonell omsorg. Studier viser at med økende alder blir hjemmet en mer avgjørende faktor for opplevelse av uavhengighet og kontinuitet i livet. Hjemmet støtter selvet når en blir eldre; det minner om fortiden, bidrar til å opprettholde et positivt selvbilde, kan gi nærhet til familie og opplevelse av tilhørighet i et nabolag. Fysisk og psykisk aktivitet opprettholdes gjennom ivaretagelse av hverdagsaktiviteter i hjemmet, bidrar til å beholde en opplevelse av kontroll og til å støtte en opplevelse av å være deltakende og opprettholde kompetanse. Samtidig har forskning også vist at hvorvidt eldre vil fortsette å bo hjemme eller ikke, henger sammen med boligens tilstand og beliggenhet, transporttilbud, egen helse, omsorg fra pårørende og sosiale relasjoner.

For å bidra til at eldre kan få flere gode dager hjemme, kreves et bærekraftig helsevesen, økt kompetanse hos helsepersonell og styrking av et systematisk samarbeid med de pårørende. I forskningsprosjektet «Flere gode dager hjemme – HEIME» studerer vi eldre mottakere av hjemmesykepleie og deres familier om hva de anser som viktige helsefremmende faktorer og utforsker betydningen av hjemmet som en helsefremmende arena. Mange aspekter ved personens hjemmesituasjon må systematisk vurderes, slik som personens helsetilstand, skrøpelighet og kognitive og sensoriske funksjoner. For å styrke kompetansen blant ansatte i kommunehelsetjenesten i å gjennomføre systematiske vurderinger blant eldre mottakere av tjenester i hjemmet er det gjennomført tverrprofesjonell opplæring og simulering. Videre undersøkes om denne systematiske kartleggingen og vurderingen bidrar til å initiere iverksetting av tiltak som bidrar til å fremme helsen og flere gode dager hjemme, samt styrker og begrensninger ved denne tilnærmingen. I løpet av symposiet vil resultater fra den pågående studien presenteres.

AUTONOMI OG DELTAKELSE: Balansert deltagelse – helsefremmende tjenester til eldre hjemmeboende

Anette Hansen (Universitetet i Sørøst Norge) og Siri Tønnessen

Med utgangspunkt i menneskers egenverd og selvråderett argumenterer vi i dette innlegget for at deltagelse og mulighet til å være aktør i eget liv er en nødvendig premis for helsefremmende tjenesteyting også når evner, krefter og kunnskap svikter, noe som er særlig aktuelt for eldre som blir avhengig av hjemmetjenester. Vi løfter fram betydningen av å være oppmerksom på en balansert deltagelse blant skrøpelige hjemmeboende eldre. En balansert deltagelse vil oppleves positivt, mens en ubalansert deltagelse kan påføre de eldre og deres pårørende følelser av stress, skyld og skam. For å få til en helsefremmende deltagelse er det sentralt at helsepersonell har bevissthet og følsomhet både overfor den eldre og de pårørendes ønsker, ressurser og krav.

Å bu heime - eldre sine opplevingar av heimens betydning for å oppretthalde og fremme trivsel og helse

Therese Hugøy (Universitetet i Sørøst Norge), Grethe Eilertsen, Helle K. Falkenberg og Anette Hansen

Bakgrunn: Mange eldre ønsker å bu heime så lenge som mogleg. Dette er også eit helsepolitisk mål. Kva meiner dei eldre sjølv skal til for å få fleire gode dagar heime?

Formål: I denne studien har vi utforska betydninga av å bu i eigen heim i eit helsefremmande perspektiv.

Metode: Dette er ei kvalitativ studie der vi har gjennomført individuelle narrative intervju med 10 eldre personar. Inklusjonskriteria var at dei måtte vere 75 år eller eldre, bu heime og motta heimesjukepleie. Deltakarane blei rekrutterte av heimetenesta noko som har gitt unikt innpass hos deltakarar som elles hadde vore vanskeleg å nå. Det er gjennomført ei tematisk analyse av narrativa.

Resultat: Å bu i eigen heim er ein ressurs i seg sjølv og det motiverer til å handle på eigne vegne. Det styrker autonomi og uavhengigheit. Det motiverer til å vere aktiv og kvardagsaktiviteten er viktig. Samtidig var mange einsame og sakna eit meir sosialt liv. Det kunne også vere problematisk å få tilstrekkeleg hjelp til praktiske oppgåver. Dei må leve med ein kropp som blir skrøpelegare og ei helse som blir verre. Dette må heile tida balanserast og tilpassast i kvardagen.

Konklusjon: Å bu i eigen heim motiverer til helsefremmande aktivitet, men balansegangen for mange var skjør. For å få fleire gode dagar i eigen heim treng eldre meir hjelp til oppgåver, som går utover det heimetenesta sørger for, som praktiske oppgåver, transport og hjelp til å sosialisere.

Eldre pårørendes fortellinger om hva som fremmer egen helse når ektefelle bor hjemme og mottar hjemmesykepleie

Hege Stokmo Melilla (Universitetet i Sørøst Norge), Beate Lie Sverre, Grethe Eilertsen og Siri Tønnessen

Bakgrunn: Eldre pårørende som tar vare på sine ektefeller hjemme yter omfattende omsorgsoppgaver, og mange står i fare for å bli syke selv. Pårørendes opplevelser er godt beskrevet i forskning, men vi mangler kunnskap om deres erfaringer om hva som fremmer egen helse.

Formål: Å få kunnskap om hva som fremmer pårørendes helse slik at både den pårørende og den eldre mottaker av hjemmesykepleie kan få flere gode dager hjemme.

Metode: Kvalitativ metode med et undersøkende narrativt design. Ti narrative intervjuer med

pårørende, seks hustruer og fire ektemenn. Narrativ tematisk- og strukturell analyse.

Resultat: Hovedfunnet (plottet) i pårørendes fortellinger handlet om mange forandringer i livet etter at ektefellen ble syk, og om hvordan de mestret sin nye tilværelse. Analysen viste kjønnsforskjeller og fortellingene presenteres derfor i et kjønnsperspektiv. Ektemennenes fortellinger handlet om: 1) Å fortsette hverdagslivet – «Det er viktig for meg å holde på rutiner og tradisjoner». 2) Støtte i hverdagslivet – «Jeg gjør det jeg kan selv, og får hjelp til resten, så er det fint». Hustruenes fortellinger handlet om: 1) Tid for meg selv – «Jeg trenger en pause for å komme i balanse igjen». 2) Å bli sett, hørt og inkludert av hjemmesykepleien – «Jeg skulle ønske de forsøkte litt hardere å overtale han, men de er jo ikke her for meg». Den strukturelle analysen viste at ektemennene snakket mye om fortiden, mens hustruene var opptatt av situasjonen i nåtid.

Konklusjon: Resultatene i denne studien viser at eldre menn og kvinner som pårørende til sine ektefeller har ulike opplevelser av hva som fremmer egen helse. Hjemmetjenesten må derfor tilpasse tjenestene individuelt for å støtte eldre menn og kvinner til å mestre pårørendearbeid og samtidig ta vare på egen helse. Ytterligere forskning om pårørendes erfaringer om hva som fremmer egen helse, i et kjønnsperspektiv, er nødvendig.

Simulering: en læringsmetode for helsefremming i kommunale helse- og omsorgstjenester

Dagrunn Nåden Dyrstad (Universitetet i Stavanger) og Marianne Storm

Bakgrunn: Simulering er en interaktiv læringsmetode, hensiktsmessig for trening på ferdigheter og samhandling i team. Deltakeren er aktiv i egen læring ved å anvende teoretisk kunnskap, tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Dette samspillet av kunnskap og ferdigheter kan bidra til læring og kompetanse innen et emne eller tema (Dieckmann, 2009; Issenberg et al., 1999). Læring gjennom aktiv deltakelse i simulering har bakgrunn i det sosiokulturelle læringsperspektivet, hvor læring oppstår i sosial samhandling ved hjelp av språk og handling; kommunikasjon mellom to individer som lærer av hverandre (Säljö, 2006). Simulering har hatt stor anvendelse i trening på akuttmedisinske ferdigheter og samhandling i team i sykehus, i mindre grad anvendt i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Formål og metode: Belyse simulering som en hensiktsmessig måte for helsearbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester å øke sin kompetanse om helsefremming. Det kan bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet når eldre mottar helsetjenester i hjemmet. Helsepersonell kan i simulering trene på tiltak for forebygging av uheldige hendelser som fall hos eldre forårsaket av generelle aldersforandringer eller ved forverring av helsetilstand. Simulering kan også involvere pasienter og tjenestebrukere.

Norske helsemyndigheter framhever at det er best å bo hjemme lengst mulig når man blir eldre (HOD, 2018) og støtter opp om et skifte fra institusjonspleie i sykehjem til hjemmesykepleie og helsetjenester i hjemmet (Statistisk Sentralbyrå, 2003-2004). For den eldre kan det være helsefremmende å bo hjemme ved at det opprettholder integritet og deltakelse i dagliglivet. Helsefremming omfatter personens egen mulighet til å ivareta fysisk, sosial og mental helse (WHO, 1986).

Konklusjon: I denne presentasjonen vil simulering som læringsmetode bli utdypet. Ved hjelp av aktuell forskning vil vi illustrere hvordan simulering med helsefremming i fokus kan gjennomføres og bidra til læring både for helsepersonell og tjenestebrukere. Det vektlegges hvordan simulering kan bidra til helsefremming for den hjemmeboende eldre pasienten.

Tverrprofesjonell simuleringstrening for systematisk og helsefremmende kartlegging av eldre hjemmeboende

Bente Hamre-Larsen (Universitetet i Stavanger), Dagrunn Nåden Dyrstad, Peter Dieckmann, Helle K. Falkenberg og Marianne Storm

BAKGRUNN: Befolkningsvekst fører til økt antall hjemmeboende sårbare eldre med helseproblemer og fallrisiko. Prioritering av forebyggende tiltak og involvering av den eldre blir viktig for å bevare en bærekraftig eldreomsorg. Kommunalt ansatte har potensial til å oppdage endringer og fremme Eldres helse, men det krever økt kompetanse i bruk av kartleggingsverktøy for å avdekke funksjonssvikt tidlig.

HENSIKT: Utforske bruk av webinar og simulering for å trene kommunalt ansatte i å utføre systematiske, tverrfaglige kartlegginger av hjemmeboende Eldres helse.

METODE: Etter en webinar-rekke fikk 4 tverrprofesjonelle team (sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter) trene på systematisk kartleggingspraksis. Simuleringen inneholdt briefing med presentasjon av målsetning og innhold, samt tildeling av roller som pasient, pårørende, helsepersonell og observatører. Simuleringsdelen var et hjemmebesøk-scenarie, hvor helsepersonellet gjennomførte helhetlig og systematisk kartlegging av den Eldres helse. Avslutningsvis var det debriefing med strukturerte refleksjoner om hendelsesforløpet. Anvendt forskningsmetodologi er delvis deltakende observasjon, og tematisk innholdsanalyse for å identifisere erfaringer og læringsutbytte.

RESULTAT: Alle deltakerne opplevde webinar og simuleringstrening som nødvendig og lærerikt, flere ble positivt overrasket. En sa at dette lærte jeg mye mer av enn vanlig forelesing. Enkelte syntes det var utfordrende og stressende å innta roller og bli observert, men trening i små grupper ga trygghet. Etter simuleringen var noen fortsatt usikre på enkelte kartleggingsverktøy, men trodde at ytterligere praktisk bruk av dem ville bidra til større trygghet og forståelse. Deltakerne opplevde at den systematiske kartleggingspraksisen bidro til rik innsikt i den Eldres helse og behov. Refleksjon i debrief-fasen ble beskrevet som nyttig, og erfaringer fra simuleringen ble brukt i videre utbedring av kartleggingspakken.

KONKLUSJON: Webinar og tverrprofesjonell simuleringstrening kan styrke helsepersonells kartleggingskompetanse og gjøre dem i bedre stand til å identifisere faktorer som kan påvirke Eldres helse. Dette kan bidra til at hjemmeboende eldre opprettholder helse og funksjon og kan ha flere gode dager hjemme

Exploring Recruitment Feasibility: Healthcare Professionals' Views on Engaging Older Adults in an Observational Study

Fifi Tjan Kvalsvik (University of Stavanger), Bente Hamre Larsen og Marianne Storm

Background: Participant recruitment is a crucial yet challenging aspect of health research. The process includes not only identifying the appropriate sample but also ensuring an adequate number of participants. Often, researchers collaborate with healthcare professionals who act as gatekeepers to facilitate access for eligible participants. Although this collaboration is widely viewed as a comprehensive solution to successful recruitment, the specific challenges faced by healthcare professionals in this role remain unclear. A deeper understanding of these challenges is essential to improving the effectiveness of the recruitment process.

Aim: The aim of this study is to explore the views of healthcare professionals on recruiting home-

living older adults to an observational study focused on functional status assessment, particularly highlighting the challenges they encountered.

Method: Mini-group interviews were conducted with 9 healthcare professionals from three district research teams. Each team consisted of registered nurses, physiotherapists, and occupational therapists. The interviews were audio recorded, transcribed verbatim, and analyzed using thematic analysis.

Results: Three primary themes were identified as barriers to recruitment: recruiting team challenges, potential participant concerns, and study-specific barriers. Recruiting team challenges include time constraints, demographic and geographic diversity, high workload, staffing shortages, and inconsistent participants. Potential participant barriers include a) cognitive and emotional barriers (research overload, overwhelm, exhaustion, and reluctance) b) time, health, and relevance barriers and c) trust and familiarity concern (perceived intrusiveness, accuracy concern, and familiarity with research). Study-specific barriers include rigid sampling criteria and concerns about adaptability.

Conclusion: Recruitment in health research presents multiple challenges for healthcare professionals. A robust, ongoing strategy is essential, beginning with initial rapport-building and extending through sustained engagement. Clear, transparent communication can address common concerns among gatekeepers and potential participants, making a multi-faceted approach crucial for successful recruitment.

Plenumsal 2 Primærhelseteam

Evaluering av forsøket med primærhelseteam

Birgit Abelsen (Universitetet i Oslo), Tor Iversen, Hanna I. Løyland, Anette Fosse, Øyvind Snilsberg, Emilie Aandahl, Erik Magnus Sæther

Bakgrunn: Primærhelseteam (PHT) er en teambasert arbeidsform i fastlegetjenesten som de siste fem årene er prøvd ut på 17 legekantor i ni kommuner, i et forsøk initiert av Helsedirektoratet. Forsøkets overordnede mål er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud enn den vanlige fastlegetjenesten. Målgruppene for forsøket er listeinnbyggere med kronisk sykdom, psykiske lidelser og rusavhengighet, utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt skrøpelige eldre. Blant disse er det viktig å nå svake etterspørrere med udekte behov.

Formål: Forsøket er følgeevaluert av et faglig bredt sammensatt evalueringsteam med forskere fra UiO, UiT og Oslo Economics. De har benyttet ulike datakilder og analyser i sitt arbeid. Teamet har siden 2018 dokumentert følgeevalueringen med årlige statusrapporter. I desember 2023 kommer sluttrapporten. Underveis, og særlig i slutfasen, har teamet arbeidet med både spissede og helhetlige analyser for publisering i fagfelleverderte tidsskrift nasjonalt og internasjonalt.

Dette presenteres i en sesjon sammensatt av seks deler:

1. Hva er PHT? Hvem har fått tjenester fra PHT?
2. Forsøksdesign og evalueringsdesign: Om seleksjonsutfordringer, pandemi og metodetriangulering
3. Effekter av PHT (se eget tilleggsabstract)
4. Pasienterfaringer med PHT (se eget tilleggsabstract)
5. Utviklingen av teamarbeid og teameffektivitet på fastlegekantor (se eget tilleggsabstract)

6. Den samfunnsøkonomiske nytten av PHT (se eget tilleggsabstract)

7. Forsøket er over – hva nå?

Effekter av PHT belyst med registerdata

Tor Iversen, Øyvind Snilsberg

Bakgrunn: PHT forventes å bidra til bedre oppfølging på legekantoret av pasienter i målgruppen for forsøket.

Formål: Vi undersøker ved hjelp av registerdata om pasienter i målgruppen for PHT får bedre oppfølging i form av anbefalte tjenester på legekantoret. Vi undersøker også om oppfølging fra PHT har effekter på bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester.

Metode: Vi bruker koblede registerdata på individnivå for å undersøke om PHT bidrar til endring i helsetjenestebruk og helseutfall for fastlegenes listeinnbyggere, med særlig vekt på målgruppene for forsøket. I analyser av registerdata veksler vi mellom å bruke alle legekantor i Norge, unntatt PHT-kantorene, som kontrollgruppe, og en kontrollgruppe med legekantor som ligner mest mulig på PHT-kantorene. Vi bruker koblede individ-data fra NPR, KPR, KUHR, Fastlegeregisteret, Dødsårsaksregisteret og SSB i perioden 2012-2022. For å undersøke problemstillingene bruker vi i hovedsak forskjell-i-forskjeller analyse med faste effekter for individ og tid.

Resultater/Konklusjon: Oppsummert viser analysene av registerdata at PHT-legekantor gir mer oppfølging til listeinnbyggere i målgruppene etter at forsøket startet, sammenlignet med legekantor utenfor forsøket. Vi finner for eksempel at PHT-sykepleieren har medført betydelig økning i konsultasjoner og hjemmebesøk for pasienter i målgruppene. For flere grupper har det vært mer enn fordobling av antallet hjemmebesøk. Vi finner også en betydelig økning av årskontroll for pasienter med diabetes type 2. Legekantor og fastleger med stor grad av teamarbeid gir mer oppfølging av listeinnbyggere i målgruppene enn legekantor og fastleger med mindre grad av teamarbeid. Om disse forskjellene har blitt større eller mindre etter at forsøket startet, er mindre klart. Effektene vi finner, er på tjenester på legekantoret. Vi finner ingen statistisk signifikante effekter på bruk av legevakt og spesialisthelsetjenester. Kanskje har forsøket pågått for kort tid til at vi kan forvente dette. I tillegg skaper pandemien forstyrrelser fra tilbudssiden som kan gjøre det vanskeligere å identifisere effekter.

Pasienterfaringer med PHT

Birgit Abelsen, Kine Pedersen, Hanna I. Løyland, Emilie Aandahl

Bakgrunn: Sammenlignet med den vanlige fastlegetjenesten, forventes primærhelseteam (PHT) å ha økt kapasitet til en stadig mer kompleks pasientpopulasjon.

Formål: Studien utforsker pasienters erfaringer med PHT.

Metode: Kvalitative og kvantitative data ble samlet inn gjennom henholdsvis en dybdeintervjustudie og en spørreundersøkelse blant pasienter som har fått tjenester fra PHT som del av PHT-forsøket. Intervjuene ble gjennomført i 2020 og inkluderte ti pasienter (fem kvinner og fem menn) i alderen 28 til 89 år, og fire pårørende (alle kvinner). Den kvalitative analysen ble utført ved bruk av et kontinuitetsrammeverk og tematisk analyse. Funnene ble brukt i utformingen av en spørreundersøkelse gjennomført i 2022 som inkluderte svar fra 287 pasienter, 58 prosent kvinner og 42 prosent menn som var 18 år og eldre. De kvalitative og kvantitative funnene ble syntetisert i analysen.

Resultater/Konklusjon: Informantene beskrev den teambaserte omsorgen som mer passende og bedre koordinert. Den inkludert mer tid og mer læring enn det de var vant med fra den vanlige fastlegetjenesten. De fleste respondentene i spørreundersøkelsen opplevde forbedringer i å forstå og mestre helseproblemene sine. De multisyke eldre informantene og informanter med psykiske lidelser delte erfaringer om forbedret informasjonskontinuitet. De opplevde at viktige bekymringer de hadde tatt opp med sykepleieren var kjent for fastlegen og omvendt. Ingen av informantene uttrykte noen form for misnøye med at en sykepleier nå jobbet i team med fastlegen. Tvert imot bemerket flere informanter at de opplevde forbedret tilgang til tjenester og sykepleieren ble sett på som en styrkende kobling til fastlegen. Respondentene i spørreundersøkelsen uttrykte stor enighet i påstanden om at de ønsket å bli fulgt opp av sykepleier. Sett fra pasientens perspektiv, er det mulig å oppnå bedre behandlingskontinuitet, informasjonskontinuitet og relasjonell kontinuitet med PHT. En forutsetning ser imidlertid ut til å være at fastlegen har en tydelig tilstedeværelse i teamarbeidet.

Utviklingen av teamarbeid og teameffektivitet på fastlegekontor

Birgit Abelsen, Anette Fosse

Bakgrunn: Teamarbeid fremmes som nødvendig i moderne, komplekse helsetjenester. Implementeringen kan imidlertid være utfordrende. Det er kjent at teameffektivitet varierer med kontekst.

Formål: Denne casestudien gir innsikt i teameffektiviteten ved legekontor som prøver ut PHT.

Metode: For å vurdere teameffektivitet, ble fem av de 17 legekontorene i PHT-forsøket skjønnsmessig valgt ut. Det ble gjennomført 41 individuelle intervju og gruppeintervjuer ved hjelp av en strukturert intervjuguide på de fem legekontorene. Dataproduksjonen og den tematiske analysen hentet inspirasjon fra Hackmans teameffektivitetsmodell.

Resultater/Konklusjon: Fem overordnede temaer ble identifisert: teamarbeidets natur, eierskap til PHT, makro-team ledelse, individuell tilfredshet med PHT og resultater av PHT. Studien viser at det å bli reelle og effektive team innebærer omfattende, målrettet og tidkrevende utviklings- og endringsarbeid. I tillegg til tydelig lederskap, krever faktisk endring at medarbeidere tar eierskap til teamarbeidet og at det legges ned betydelig innsats knyttet til å strukturere det. Den organisatoriske konteksten for teamarbeid, som tydeligst gjenspeiles i informantenes historier om teamarbeidets natur, eierskap, lederskap og individuell tilfredshet, varierte mye mellom de fem legekontorene. To av legekontorene oppfylte i stor grad kriteriene, betingelsene og prosessene satt av Hackman for å skape teameffektivitet. De tre øvrige legekontorene hadde ikke lyktes like godt. Viktige årsaker til dette ser ut til å være turnover, særlig blant fastlegene, og manglende ledelse. Informantene ved fire av de fem legekontorene var imidlertid enige om at når teamarbeidet fungerte, ga det gode og relevante resultater, først og fremst for pasientene, men også i stor grad for dem selv i form av økt arbeidstrivsel. Resultatene reiser spørsmålet om det er fornuftig bruk av ressurser å skalere opp og spre PHT til alle fastlegekontorer i Norge. En lavterskeltilrettelegging med lederopplæring for alle fastleger slik at de kan tilegne seg kompetanse til å lede funksjonelle mikroteam rettet mot egne listeinnbyggere, kan være en alternativ retning.

Den samfunnsøkonomiske nytten av PHT

Hanna I. Løyland, Kine Pedersen, Emilie Aandahl, Erik Magnus Sæther

Bakgrunn: PHT-forsøket innebærer tettere oppfølging av pasienter i målgruppen basert på tverrfaglighet og proaktivitet. Modellen omfatter ansettelse av PHT-sykepleier, nye finansieringsmodeller, større vektlegging av ledelse og ledelsesutdanning, samt systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.

Formål: Formålet er å synliggjøre samfunnsøkonomiske kostnader- og nyttevirkinger, hvor virkningene oppstår, samt konsekvensene av en mulig nasjonal innføring av en teambasert primærhelsetjeneste, basert på erfaringene fra PHT-forsøket.

Metode: Analysen baserer seg på funn fra PHT-forsøket ved bruk av registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer, samt offentlig statistikk. Analysen følger stegene i veilederen (DFØ 2018, Finansdepartementet R-109/21). Fordi det er utfordrende å tallfeste nyttevirkningene av PHT, har vi utarbeidet en terskelanalyse der vi anslår hvor store helsegevinster som skal til for at PHT er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Resultater/Konklusjon: PHT følger opp enkeltpasienter med sammensatte behov og påvirker arbeidsformen og systematikken i hvordan legekantoret følger opp sine pasienter, herunder bedre koordinerte tjenester og sammenhengende oppfølging. Kostnaden per år per pasient varierer særlig avhengig av hvor mange listeinnbyggerne som får konsultasjoner fra PHT-sykepleier, og hvor tett pasientoppfølgingen er. Vi finner at PHT bidrar til økt kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen for PHT. Dette gir videre bedre livskvalitet og helse for disse pasientene. Andre gevinster av PHT inkluderer økt tilgjengelighet til fastlegetjenesten for pasienter i målgruppen, økt kvalitet i oppfølgingen av øvrige listeinnbyggere, økt stabilitet i fastlegetjenesten, bedre koordinering med øvrige tjenester og bedre samlet ressursbruk. Selv om vi ikke kan dokumentere nyttevirkningene med kvantitative data, kan PHT trolig bidra til å realisere helsegevinster som, sammen med øvrige gevinster, mer enn veier opp for kostnadene av tiltaket. Dette avhenger av at tilbudet rettes mot pasientene med størst nytte, at sykepleier og helsesekretær avlaster legene, samt at kontoret lykkes med teamarbeidet.

Rom Inspirasjon **Technology in healthcare**

(Presenting author in bold)

Health Professionals' Experiences and Perceived Obstacles in Managing Patients' Medication Information in Norway: Cross-Sectional Survey

Bo Wang (Universitetssykehus Nord Norge HF) and Unn Sollid Manskow

Background: Ensuring access to correct and up-to-date medication information is crucial for effective patient care. However, the lack of digital systems capable of sharing medication information can present a threat to patient safety and quality of care.

Aim: This study examines the experiences and challenges faced by Norwegian doctors and nurses when using current digital solutions in municipal and specialist healthcare services to manage patients' medication information.

Method: We conducted a cross-sectional descriptive analysis using quantitative survey data to explore how doctors and nurses handled patients' medication information across different services and levels

of care. Additionally, content analysis was used to examine free-text responses, focusing on the challenges encountered during the transfer of medication information, as well as factors deemed important by doctors and nurses for successful implementation of the shared medication list in Norway.

Results/conclusion: Health professionals, particularly general practitioners, frequently reported issues related to resource fragmentation and unclear responsibilities. These challenges were more pronounced when managing patients with polypharmacy and during care transitions. Compared to nurses, doctors voiced more concerns about the accuracy of patients' medication lists. Most doctors and nurses were supportive of the concept of a shared medication list. However, they called for a more equitable distribution of responsibilities regarding updating and management of patients' medication information, while ensuring compatibility with existing digital systems. To successfully implement a shared medication list, it requires proactive training initiatives, clearer role clarification, and engaging patients for ensuring correct and up-to-date medication list, as well as safer patient management.

Users' Experiences with Online Access to Electronic Health Records in Mental and Somatic Healthcare: A Cross-Sectional Study in Norway

Bo Wang (Universitetssykehus Nord Norge HF), Eli Kristiansen, Asbjørn Johansen Fagerlund, Paolo Zanaboni, Maria Hägglund, Annika Bärkås, Sari Kujala, Åsa Cajander, Charlotte Blease, Anna Kharko, Isto Huvila, Bridget Kane, Monika Alise Johansen

Background: Patient-accessible electronic health records (PAEHR) hold promises in empowering patients, but their impact may vary between mental and somatic healthcare. Medical professionals and ethicists have expressed concerns about the potential challenges of PAEHR on patients, especially those receiving mental healthcare.

Aim: This study aimed to investigate variations in the experiences of online access to electronic health records (EHR) among persons received mental and somatic healthcare, as well as to understand how these experiences and perceptions vary among those receiving mental healthcare in different levels of point-of-care.

Method: Using the Norwegian data from the NORDeHEALTH 2022 Patient Survey, we conducted a cross-sectional descriptive analysis of service use and perceptions of perceived mistakes, omissions, and offensive comments by mental and somatic healthcare respondents. Content analysis was used to analyze free-text responses to understand how respondents' experience the most serious errors in their EHR.

Results/conclusion: Among 9505 survey participants, we identified 2008 mental healthcare respondents and 7086 somatic healthcare respondents. Most mental and somatic healthcare respondents showed a positive attitude toward PAEHR. However, mental healthcare respondents, especially those who with severe and chronic complaints, demonstrated a significantly higher odds of detecting errors, omissions, and offensive comments in their EHR, compared to somatic healthcare respondents. The most serious errors reported by both patient groups are, among all, erroneous medical history, communication errors, and diagnostic-related errors. Giving patients online access to their EHR can provide valuable information and foster trust, but it requires careful attention to the use of clinical terminology and ensure accurate, non-judgmental documentation, especially for persons belonging to healthcare groups with unique sensitivities. Moreover, the transition towards EHR accessibility may present healthcare professionals with a unique opportunity to change how they think and write about patients.

Assembling the patient – medical secretaries' experiences from the implementation of a new Electronic Health Record

Kirsti Sarheim Anthun (SINTEF DIGITAL), Gunnar Ellingsen and Line Melby

Background: The implementation of electronic health records (EHR) has demanded substantial changes in clinical and clerical work in the health services. Over the last fifty years clerical personnel such as medical secretaries have been instrumental in accommodating for the growing need for documentation and coordination of patient data. Medical secretaries do a wide range of tasks that connect the clerical-administrative work with the clinical work as they maintain and record patient related activities. The EHR thus forms a backbone in their work, and therefore medical secretaries represent an interesting case for the examination of the implementation and adaptation of EHRs in healthcare services.

Aim: Investigate how the work of medical secretaries is impacted by, and impact, the implementation of a novel EHR.

Method: Interviews (N=10, and interviews are ongoing) with medical secretaries, administrative and healthcare personnel in secondary and primary healthcare services. The study is part of REAL, a project financed by the Research Council of Norway, where we among other topics investigate the interplay of workplace hierarchies, work practices and digital framing of work in relation to the implementation of an EHR.

Results/conclusions: One key preliminary finding is that secretaries experience significant changes in how they access patient information and document patient-related activities in the new EHR. Whereas they in the previous system could search for a patient and register any relevant information concerning that patient, they now must access each patient through the specific task being done to the patient (i.e., blood sample, tissue-test, x-ray). As a result, secretaries' report that work has become more time-consuming and bothersome, and grasping the "big picture" is difficult. We consider some implications of our findings when it comes to patient centred care and how professional hierarchies play into the digitalisation of healthcare services.

De vanskelige beslutningene i sykehus — samarbeid mellom Mobil Intensiv Gruppe og helsepersonell ved sengeposter om den akutt, kritisk syke pasienten

Astrid Marie Nysted Berg (OsloMet Helsevitenskap og Akershus Universitetssykehus), Anne Werner, Ingrid Ruud Knutsen og Anne- Kari M. Johannessen

Bakgrunn: Pasienter som legges inn i sykehus i dag er mer pleietrengende enn tidligere, og behandlingen som tilbys mer kompleks. De siste tiårene har det vært økt fokus på forbedringsarbeid og tiltak som kan styrke pasientsikkerheten, samt redusere uønskede hendelser og pasientskader i sykehus. Leger og sykepleieres arbeidshverdag anses å være så stressende og krevende at det kan true pasientsikkerheten. For å øke pasientsikkerheten og sikre et høyt faglig nivå, har flere sykehus i Norge og internasjonalt innført ulike tiltakspakker for tidlig oppdagelse av forverret tilstand hos pasienter. Respons fra Mobil Intensiv Gruppe er et viktig tiltak som bidrar til rask igangsettelse av behandling på sengepost for å forebygge ytterligere forverring og overflytning til overvåkningsavdelinger. Arbeidet med akutt og eller kritisk syke pasienter kan medføre ulike etiske utfordringer. Å være vitne til lidelse hos pasienter bærer i seg en sterk plikt og implisitt pliktfølelse til å hjelpe pasienten. Etiske utfordringer knyttet til hva som er det beste behandlingsforløpet for kritisk

syke pasienter er viktige diskusjoner rundt rasjonale for behandlingstiltak og beslutninger om behandlingsnivå for å forhindre overbehandling.

Formål: Å bidra med kunnskap om hvilke etiske utfordringer helsepersonell i sykehus erfarer i tilknytning til behandling og oppfølging av den akutt, kritisk syke pasienten og hvordan helsepersonell håndterer dette arbeidet.

Metode: En kvalitativ intervjustudie med 21 sykepleiere og leger fra medisinske og kirurgiske sengeposter, hvorav 9 av deltakerne var del av sykehusets Mobil Intensiv Gruppe. Datamaterialet analyseres med systematisk tekstkondensering, en metode for tematisk analyse.

Konklusjon/resultat: Foreløpige resultater tyder på at helsepersonell måtte ta stilling til mange komplekse beslutninger. Leger og sykepleiere erfarte flere utfordringer knyttet til behandlingsbeslutninger og ansvar, samt vurderinger rundt overflytting fra sengepost til høyere behandlingsnivå. For Mobil Intensiv Gruppe ble dessuten sengepostenes manglende behandlingsplaner og uavklarte behandlingsbegrensninger en etisk utfordring de måtte håndtere når pasientens tilstand ble forverret.

Enabling patient empowerment through digital symptom monitoring

Ellinor Haukland (Nordlandssykehuset HF), Siv Gyda Aanes, Vesa Katja and Laura Lang

Background: Patient reported outcomes (PROs) are the golden standard for monitoring symptoms in cancer care and have shown great clinical benefits to patients. New technology enables electronic PROs to be used in clinical practice, with an intent to empower patients and involve them actively in their treatment.

Aim: The aim was to pilot a questionnaire for investigating the ability of ePRO monitoring to empower patients receiving anticancer treatment.

Method: Based on the validated Cancer Patient Empowerment Questionnaire we developed a shorter and more practical questionnaire with eleven questions including intrapersonal, interactional, and behavioural components of patient empowerment. Responses were scored on a Likert scale from 1-5.

Results: Response rates were 79 % (46/58) in the first round, and 67 % in the second round two weeks later. The mean total scores were 3.7 and 3.8, respectively. The patients reported that it was important for them to be in control, manage their challenges and actively participate in decisions, treatment and follow-up of their treatment to a high degree (mean score 4.2). E-PRO monitoring provides patients with a feeling of being listened to, taken seriously (mean 4.1) and supported their ability to contact healthcare professionals when in doubt, having questions or concerns (mean 4.2). There were no significant differences in scores due to age, gender, cancer type, treatment, or length of using the program. A Cronbach Alpha of 0.9 and an interclass correlation coefficient of 0.87 indicates good internal consistency. Test-retest shows good reliability with Pearson's correlation of 0.66.

Conclusion: Cancer patients report that it is very important to them to be in control and actively participate in matters concerning their illness and treatment. Digital monitoring with ePRO enables empowerment by providing a channel to contact healthcare professionals when needed, and a feeling of being listened to and taken seriously.

Role of Anticipated Emotions in the technology acceptance of digital health applications among elderly users – the case of Norway

Tatyana Iakovleva (University of Stavanger), Chunayn X, Shuili, Du and Oftedal, E

Background, aim, method, results/conclusion: This paper investigates the impact of anticipated emotions on elderly consumers' adoption of digital health technologies. Elderly individuals possess distinct socio-cognitive attributes, differing considerably from younger generations. The integration of eHealth technology for their holistic well-being is vital for an inclusive society. The technology acceptance model, frequently used in tech adoption studies (Bagozzi 2007), often neglects emotional decision-making aspects. However, recent works highlight the central role of emotions in technology responses, especially in elderly healthcare contexts (Bagozzi et al. 2016; Cave, Coughlan, and Dihal 2019). Our study identifies core emotions like anxiety and hope linked to digital health tech usage and assesses the impact of societal norms through interviews with 20 elderly users.

Using a longitudinal survey of 425 respondents, we validate an enhanced tech adoption model incorporating socio-emotional aspects. We introduced an eHealth app targeting malnutrition—a prevalent elderly concern—and showcased the influence of socio-emotional elements on technology perception and adoption. Findings indicate that the app's perceived impact on caregiver ties and expected positive emotions significantly drive its download and use by seniors. In conclusion, this research enriches the nexus between elderly consumers and modern tech, elucidating how this often-overlooked demographic navigates eHealth app adoption. The insights are instrumental for tech providers, governments, and public health entities.

Nursing home caregivers' acceptance of, and experiences with, a new digital intervention for oral healthcare: a qualitative feasibility study

Elisabeth Lind Melbye (Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland) and Hannah Haewon Lee

Background: Poor oral health is common in nursing home residents, and healthcare professionals report numerous barriers when it comes to provision of oral care for care-dependent older adults, e.g.: lack of oral health knowledge/skills, care resistant behaviors, lack of adequate oral care routines, insufficient systems for documentation of issues related to oral health, a high workload and unclear responsibilities. To overcome these barriers, an intervention named SmartJournal has been developed to assist health personnel in preserving the older patient's oral health. SmartJournal is a digital tool with three components: one for documentation of oral hygiene routines, one for monthly oral health assessment and one for learning about geriatric oral care.

Objectives: The objectives of the present study were to qualitatively investigate nursing home caregivers' acceptance of, and experiences with, SmartJournal after a period of real-life testing in three nursing homes located in Rogaland county, Norway.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with selected caregivers (n=12) taking part in SmartJournal testing. A theory-driven thematic analysis based on Technology Acceptance Model was conducted.

Results/conclusions: SmartJournal was generally described as a user-friendly and useful tool. Although the tool was well accepted, as demonstrated with study participants' willingness to use it in the future, they had several suggestions for improvements to further adapt it to a nursing home setting. Both barriers and facilitating factors for SmartJournal usage were revealed. Interestingly, the usage gradually changed from norm-based to routine-based behavior during the test-period. Results from the present study provide valuable information on questions about SmartJournal acceptability and

intervention delivery, thereby preparing the ground for a larger scale evaluation study assessing measurable effects of SmartJournal usage in nursing homes. The results may also inform development and implementation of other digital tools aiming to enhance healthcare services offered to care-dependent people.

Long night's journey into day: a qualitative study of the implementation of a shared electronic health record

Line Melby (SINTEF)

Background: Digital solutions, like health information systems, are implemented in healthcare for improving care delivery. However, the implementation of such solutions is not straightforward. Factors related to technical, social, organizational, and wider socio-political environment affect the implementation process, and several implementations have failed. Currently, the largest implementation project in Norwegian healthcare is taking place in Central Norway (Helseplattformen). Here, a shared electronic health record for hospitals, municipalities, and general practitioners is being implemented stepwise throughout the region. The system is complex and demands extensive local preparation and adaptations to the various implementation sites. The implementation has been met with loud criticism and was postponed in the largest hospital. They now use the system. This paper discusses the implementation of the system, within the framework of Normalization Process Theory (NPT).

Objective: To identify some of the most critical factors that can explain the criticism and resistance to the system among healthcare workers.

Methods: The paper draws on material collected in an ongoing research project (2021-2025) that studies the implementation process. Interviews with frontline staff in the largest hospital in the region and with local implementation managers and members of the implementation team make up the data, as well as documents describing the implementation set up.

Results/conclusion: The four constructs that constitute the implementation mechanisms in NPT; coherence, cognitive participation, collective action, and reflexive monitoring guide the analysis. The constructs represent different kinds of work that people do facing innovations and new practices, e.g., the introduction of new technology. Preliminary findings show that there are shortcomings related to all four constructs: For example, there is a lacking understanding of the benefits of new practices (sensemaking) and struggles with carrying out new workflows (collective action). Stories from the implementation team compliment and shed light on why this has happened.

The HUNT Lung Cancer Model outperforms the current European (NELSON) criteria for detecting lung cancer.

Olav Toai Duc Nguyen (Norwegian University of Technology and Science, Levanger Sykehus), Yannis Fotopoulos, Maria Markaki, Vincenzo Lagani, Ioannis Tsamardinos and Oluf Dimitri Røe

Background: Lung cancer (LC) screening by computer tomography (CT) saves lives. However, one major challenge is how to select high risk people to screening. The European NELSON screening study used fixed criteria based on age and smoking history to select eligible smokers. Risk models have so far shown superior to fixed criteria, but there is no consensus which model to use in screening setting. Our HUNT Lung Cancer Model (HUNT LCM) is the only Nordic LC risk prediction model

validated so far. It predicts 6-year risk of LC with a C-index of 0.879. The model is valid for ever-smokers and is based on eight variables: sex, age, BMI, pack-years, smoking intensity, quit time, daily cough and daily indoors smoke exposure.

Purpose: The HUNT LCM was previously shown to outperform the US NLST criteria. In the present study we compared the HUNT LCM against the NELSON criteria in ten prospective Norwegian population-based studies (CONOR).

Methods: An analysis of the CONOR population with complete variables (n>44 000) and LC diagnosed within six years was performed. The performance of the HUNT LCM was compared against the performance of the NELSON by selecting equal number of subjects detected through the NELSON criteria.

Results: When applying the NELSON criteria in the CONOR population 3275 subjects were identified as high risk for LC. In this population, 37.4% of lung cancer were detected. When the same numbers of high-risk individuals were selected according to the HUNT LCM model, 52.7% (P<0.05) of lung cancers were diagnosed.

Conclusions: This preliminary validation study shows, for the first time, a Nordic model that is significantly more effective compared to the NELSON criteria in LC detection within 6 years. The full analysis will be published soon. The model can have great impact on cost-effectiveness and should be used in prospective screening programs.

Optimalisering av pasientflyt og ressursbruk gjennom datasimulering og problemstrukturerende metode. Et eksempel fra Avansert Hjemmesykehus for barn ved Ahus

Lene Berge Holm (Akershus Universitetssykehus) og **Tone Breines Simonsen**

Bakgrunn: Mange enheter, både innenfor og utenfor sykehus, opplever utfordringer med ventetider, ressursbruk og pasientflyt. Eksperimentering med ressursbruk direkte i klinikken med formål om å optimalisere prosesser kan være kostbart, tidkrevende, og risikofylt. Datasimulering kan tilby en virtuell, enkel, rask og risikofri tilnærming for eksperimentering med systemet med formål om å optimalisere pasientflyt og ressursutnyttelse. Avansert Hjemmesykehus for barn ved Akershus Universitetssykehus (AHS) tilbyr sykehusbehandling i hjemmet til barn. Sykehusbehandling i hjemmet gir en rekke fordeler for sykehus og samfunn, men kanskje aller mest for barnet og familien, som et komfortabelt og trygt behandlingsmiljø, mindre stress, og mer stabil daglig rutine for hele familien. AHS er per i dag en relativt liten avdeling med et stort potensiale.

Formål: Formålet med denne studien var å bruke den problemstrukturerende metoden Soft Systems Methodology (SSM) for å kartlegge ulike perspektiver i og rundt systemet AHS, samt å bruke datasimulering (DES) for å estimere effekter av potensielle forbedringer.

Metode: Å forstå problemsituasjonen før man begir seg ut på forsøket med datasimulering som verktøy for problemløsning er viktig. Mens SSM er en metodologi som på en vitenskapelig og systematisk måte kartlegger ulike perspektiver og potensielle utfordringer i og rundt et system, er DES-modellering en god metode for å analysere «hva-hvis»-scenarier. I dette prosjektet ble SSM og DES brukt i kombinasjon for å identifisere perspektiver og utfordringsområder i AHS, og deretter simulere effekten av mulige løsninger.

Konklusjon: Ulike perspektiver på systemet AHS fra forskjellige aktører viste seg å ha både forskjellige, og noen sammenfattende utfordringsbilder. Forslag til løsninger ble diskutert med aktørene i systemet, og disse ble deretter analysert i simuleringsscenarioer. Kombinasjonen av SSM og DES viste seg å være et vellykket beslutningsstøtteverktøy for AHS for optimalisering av pasientflyt og ressursbruk, og resulterte i forslag til løsninger som potensielt kan forbedre systemet betydelig

Rom Aroma Kvalitet og pasientsikkerhet

Inter-organizational learning and innovation in healthcare: strategies and practices supporting improvement of integrated care

Rachel Lørum (Sykehuset Østfold HF/Chalmers University, Göteborg) og Frida Smith,

Background: The rising number of elderly patients with multiple illnesses is an important future challenge of healthcare in most high-income countries (Mc Nabney, 2022, Engeström and Pyörälä, 2020). Even though integrated care is a favored strategy by policymakers and healthcare organizations, research reveals disappointing results (Hughes et al, 2021). The structures of integrated care have difficulties compensating for deterioration in patient` health, there is little improvement of the patients` experiences, and admissions in hospital are hard to avoid (Hughes et al, 2021). Professionals involved in integrated healthcare report little knowledge about each other`s work settings, and deficient experience with inter-organizational collaboration (Bängsbo et al, 2022). They also report limitations related to psychosocial elements, such as insufficient work environments or interpersonal chemistry to be important barriers for inter-organizational. When planning and designing for integrated care, building infrastructure for learning is not far from absent (Lalani, 2020).

Purpose: The purpose of this research is to identify important strategies and practices supporting inter-organizational learning (IOL) in integrated care. The research questions ask how organizational network architectures can help involved organizations to overcome the barriers of IOL in integrated care (RQ1), and what design recommendations can strengthen processes of IOL in integrated care (RQ2).

Design: The design of choice is quality design using inductive thematic analysis.

Findings: The identified characteristics of the organizational network architectures supporting IOL in integrated care in the case of study, was a. equality of the involved parties, b. shared goals, recognition of expertise, c. abilities to coordinate, and d. ability to design IOL processes and make joint decisions (RQ1). The categories of practices supporting the process of IOL where a. insight in complex realities, b. contradictions, c. iteration, d. motivate, and e. prototypes (RQ2).

What is needed to make follow-up of children with obesity resilient in times of crisis such as pandemics? – Public health nurses` experiences

Kirsten Gudbjørg Øen (Universitetet i Stavanger) og Kjersti Førland Sjøvold,

Background/Aims: Covid-19 increased the risk of developing obesity and worsening of the severity of existing obesity in children. The purpose of this study is to explore public health nurses` (PHN) experiences with the follow-up of obese children in the school health service during the Covid-19 pandemic.

Methods: Seven individual in-depth telephone interviews with school health nurses were analyzed with qualitative content analysis.

Results: Two main themes emerged: 1) The important but burdensome responsibility of providing services to children with obesity during the Covid-19 pandemic, 2) Responsibility for the quality-of-service provision must rest with the municipality. Public health nurses observed that children with obesity needed increased support. However, pandemic preparedness took necessary resources from the school health service. PHNs were reassigned to infection tracking and Covid-19 vaccination. The

gap between the need for help and the opportunity to help had widened. PHNs felt alone in the responsibility for the follow-up, and requested cooperation with GPs, increased educational efforts targeting the children with obesity, greater competence in lifestyle change methods, and the time required to carry out time-consuming, deeply sensitive conversations on obesity.

Conclusion: During the pandemic, vulnerable children with obesity were sacrificed while healthcare resources were reallocated to people in other stages of life. To develop a sustainable, robust, and professionally sound health service for children with obesity, the municipality's top management must provide the necessary resources. Public health nurses must be provided skills development and time resources to pursue the requirements of national guidelines for the follow-up of children with obesity. They must be equipped with skills in knowledge-based methods for lifestyle change, coordination of teams and operationalization of individual plans. The municipality management, and not the individual nurse, must take the responsibility of prioritizing tasks that must be de-prioritized in times of systemic healthcare crisis such as pandemics.

Public health nurses' experiences following up children with overweight and obesity according to national guidelines. A qualitative study.

Hanna Skjelbred Nygaard og **Kirsten Gudbjørg Øen** (Universitetet i Stavanger)

Purpose: This study aimed to develop knowledge of how the follow-up regarding overweight and obesity among children in primary school is experienced by the PHN and how the guidelines may be used to improve health services in this follow-up.

Methods: We analyzed semi-structured interviews of 9 PHNs using qualitative content analysis.

Results: Two themes emerged: Following up with children with overweight and obesity is an important but challenging duty; The PHNs call for clearer guidelines. Following five sub-themes: PHNs strive to adhere to the guidelines, show compassion in the follow-up, have difficulty handling parents' feelings and reactions, feel alone with the responsibility, and have suggestions for clearer guidelines.

Conclusions: PHNs call for enough resources to communicate the results of the child's weight in a sufficient form. PHNs and families should establish common goals. The PHN should avoid one-way communication but meet the parents' concerns and needs. This requires the PHN to focus on building a secure relation to the child and the families, as described by Peplau. Guidelines must include instructions and tools on how to communicate and meet the family's concerns. Political action and increased funding could strengthen the follow-up and thereby prevent more obesity among children, which can be a predictor of poorer health outcomes later in life.

ADHD: Kan vi forebygge kriminalitet og ulykker hos barn og unge med ADHD ved å bruke mer medisiner?

Arnstein Mykletun (Helse Bergen HF), Tarjei Widding-Havneraas, Ashmita Chaulagain, Ingvild Lyhmann, Anne Halmøy, Ingvar Bjelland

Background: ADHD is associated with an increased risk of crime and injuries. Medication rates in ADHD vary between clinics within Norway.

Aim: To estimate if a liberal approach to ADHD medication has merit to prevent adverse long-term outcomes like crime and injuries in children diagnosed with ADHD.

Methods: We estimated effects of ADHD medication on crime and injuries using variation in provider preference as an instrumental variable (IV). Using Norwegian registry data, we followed 8051 patients who were diagnosed with ADHD aged 5 to 18 between 2009 and 2011 and recorded their ADHD medication, crime and injury rates for 4 years follow up diagnosis.

Results and conclusion: Persons with ADHD had an increased risk of both injuries and crime compared to the general population. The between-clinics variation in provider preference for ADHD medication was considerable at baseline and faded off after four years follow up. There was no causal evidence for protective effects of pharmacological treatment on injuries. There was evidence for an effect of medication on crime prevention for violence and public order related crimes, but the effect was modest. Causal modelling in observational data has merit to inform clinical decision making, treatment planning, and strategies for prevention.

Post-covid blant vaksinerte og uvaksinerte barn i Norge

Fredrik Methi (Folkehelseinstituttet), Henning Øien, Hege Marie Gjefsen, Maja Weemes Grøtting, Karin Magnusson

Bakgrunn: Høsten 2021 åpnet myndighetene i Norge for at personer ned til 12 år kunne motta vaksine mot SARS-CoV-2. For å kunne motta vaksinen måtte man ha fylt 12 år på tidspunktet. Det medførte at personer i samme årskull, født i 2009, hadde ulik tilgang på vaksine. De som var født i 2010 fikk ikke tilbud om vaksine med mindre de hadde risikotilstander, mens personer født i 2008 fikk tilbud om vaksiner. Da omikronbølgen traff Norge sent 2021 var det derfor betydelige forskjeller i vaksinegraden for 10-, 11- og 12-åringer.

Formål: I denne studien bruker vi data fra Folkeregisteret og flere ulike helseregistre, herunder SYSVAK, KUHR og NPR, for å undersøke om barn og ungdommer som ble vaksinert høsten 2021 i mindre grad har opplevd langtidsplager etter covid-19 (post-covid) sammenlignet med barn og unge som forble uvaksinert.

Metode: Ved å sammenligne en rekke post-covid-relaterte plager for alderskohortene 2008 og 2010 i 2021 og 2022 forsøker vi å estimere den kausale effekten av vaksinen på langtidsplager etter covid-19. Vi bruker et difference-in-differences-rammeverk hvor vi justerer for bakenforliggende faktorer som bosted, sosioøkonomisk bakgrunn, risikofaktorer og tidligere helsetjenestebruk, samt at vi justerer for prevalens i lignende plager mellom gruppene i tidsperioden 2017 til 2019.

Konklusjon: Resultatene, som enda ikke er klare, vil kunne si noe om hvorvidt vaksine har redusert eller ikke redusert covid-relaterte plager blant barn og unge. Resultatene vil være særdeles viktige i diskusjonen rundt vaksinasjon i fremtiden, samt for kunnskapsgrunnlaget rundt post-covid.

Kan vi ha ambisjoner om at tiltakene våre skal virke og vare? Konsentrert, kunnskapsbasert rehabilitering av kroniske helseplager

Gerd Kvale (Helse Bergen HF, Helse Hardanger) og Eirik Sjøfteland

Med utgangspunkt i etablerte faglige retningslinjer har Helse i Hardanger siden 2019 sammen med Helse Bergen utviklet et konsentrert format for levering av rehabiliteringstjenester til pasienter med sammensatte, komplekse helseutfordringer som har behov for tverrfaglig innsats. I løpet av en kort uke fikk pasientene kunnskapsbasert hjelp med målsetning å øke funksjonsnivå, minske sykemeldinger og minske bruk av helsetjenester der det er relevant. Prosjektet fokuserte på følgende pasientgrupper: Kroniske ryggplager med mer enn 3 mnd. sykemelding siste år; diabetes type 2;

sammensatt depresjon og angst; kols og pasienter med senplager etter Covid-19 infeksjon. Samtlige hadde en alvorlighetsgrad av lidelsen som ga dem rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen var en kombinasjon av 'ansikt-til-ansikt' når det var nødvendig, og digitalt når det var mulig. Det ble lagt til rette for å kunne systematisk oppsummere resultatene, i såkalt følgeforskning.

Resultatene viser at mer enn 90% av dem som falt innenfor målgruppen tok imot tilbudet, og så godt som alle gjennomførte. Fornøydheten med kvalitet, omfang og nytte var gjennomgående svært stor. Innen samtlige pasientgrupper så vi en signifikant økning av funksjonsnivå både umiddelbart etter intervensjonen, og bedringen ble til dels styrket ved 3 måneder og 12 måneder oppfølging. Der det var relevant økte deltakelse i arbeidsliv og pasientenes selvrapporterte bruk av helsetjenester ble redusert. Resultatene er publisert eller er under publisering i anerkjente internasjonale fagtidsskrift. Tilnærmingen vil la seg integrere som en ordinær del av rehabiliteringstjenester for de store og svært utfordrende pasientgruppene. Den har vekket betydelig interesse både nasjonalt og internasjonalt.

Young people's experiences of being involved in quality improvement of youth mental health services

Stig Bjønness (Universitetet i Stavanger), Charlotte Leidland, Louise A. Ellis, Eline Ree,

Background: There is a worldwide concern regarding young people's mental health and the complexities of designing mental health services to meet these challenges. By integrating user knowledge in the design of mental health services, the services will be better suited to meet the distinctive requirements of youth, as well as uphold their entitlement to participate and influence. Yet, a dearth of knowledge exists concerning the experiences of young people engaged in organizational-level user involvement.

Objective: This study delves into the viewpoints of young people with experience from mental health services, exploring their perceived advantages and challenges related to their involvement in the enhancement of mental health services' quality.

Methods: A qualitative study with in-depth interviews and thematic analysis were conducted. Ten young, experienced users participated in the study.

Results: Youth user involvement in quality improvement of mental health services yielded notable benefits experienced as fostering personal recovery. Simultaneously, this involvement entailed challenging responsibilities. The participants experienced challenges associated with navigating their personal memories and expressing concern for their peers. The success of user involvement was closely associated with open-minded cooperative healthcare professionals, facilitation within the services, and provision of support for the young participants.

Conclusions: This study elucidates perceived benefits and challenges related to user involvement at an organizational level. It identifies pivotal conditions to success and underscores the value of incorporating user experience in the improvement of services, not only to create services tailored to the needs of youth but also to instill a positive self-identity and empower those participating. As young people engaged as experienced users also encounter challenges, it holds significant importance that healthcare services aiming to adhere to directives and recommendations for user involvement recognize the attendant responsibilities this endeavor entails.

Rom Stemning **Organisering og samhandling**

Bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester for utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus

Silje Mortensen (Helsedirektoratet) og Tone Rian Myrli

Bakgrunn og formål: Utskrivningsklare pasienter er per definisjon samhandlingspasienter, da dette er pasienter som er vurdert til å ha behov for en kommunal tjeneste etter utskrivning fra sykehus. Godt samarbeid mellom spesialistog primærhelsetjenesten om forebygging av sykdomsforverring og tidlig innsats, samt en god utskrivningsprosess kan bidra til bedre pasientforløp, færre øyeblikkelig hjelpinnleggelser og uønskede reinnleggelser, og riktigere ressursbruk (NHSP). I dette prosjektet har vi som mål å beskrive utvikling og geografiske variasjoner i antall utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus, samt hvilke helse- og omsorgstjenester de mottar i kommunene. I dette inngår beskrivelse av pasientpopulasjonen, og om det er geografiske variasjoner i årsak til innleggelse, antall opphold, antall overliggerdøgn og andel reinnleggelser. Videre ønsker vi å se nærmere på de pasientene som ikke hadde vedtakspliktige tjenester i kommunene før sykehusoppholdet. Vi ønsker å undersøke om disse skiller seg fra øvrige utskrivningsklare pasienter, blant annet med tanke på hvor lenge de oppholder seg i sykehus og årsak til innleggelse, i tillegg til å se på hvilke tjenester de skrives ut til.

Metode: Deskriptiv analyse, hvor utvalget er utskrivningsklare pasienter i NPR i perioden 2018 til 2022. Alle episoder i spesialisthelsetjenesten for disse pasientene inngår i datagrunnlaget. I tillegg kobles utvalget med data fra KPR.

Foreløpige resultater: Det var totalt om lag 94 000 utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus i 2022. Det er det høyeste antallet i perioden 2018 til 2022. Korrigert for befolkningsendringer, per 1 000 innbyggere, var antallet stabilt i perioden 2018 til 2021, men en vekst fra 2021 til 2022. Befolkningen i Midt-Norge og Nord hadde i hele perioden flere opphold med overliggerdøgn per innbyggere enn befolkningen i Vest og Sør-Øst. Omtrent en fjerdedel av pasientene som ble meldt utskrivningsklar mottok ikke en vedtakspliktig tjeneste i kommunen i perioden før de ble innlagt på sykehus.

Samhandling og kommunikasjon på tvers av fag og helsetjenestenivå i rehabiliteringsforløp - en pågående offentlig sektor Ph.D.-studie

Randi Skumsnes (Stavanger kommune og VID vitenskapelige høgskole), Hilde Thygesen, Karen Synne Groven

Bakgrunn Rehabiliteringstjenester til personer med nedsatt funksjon etter skade eller sykdom er et delt ansvar mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og involverer mange ulike aktører. Samhandlingen er kompleks, og kommunikasjon og koordinering i disse forløpene er stadig utfordrende. Et interkommunalt tverrfaglig rehabiliteringsteam ble etablert i en region i Sør-Norge i 2019 for å supplere de tradisjonelle tjenestene, og for å bidra til mer sømløse overganger fra sykehus til hjemkommune. Teamet har bidratt til utviklingen av nye samhandlings- og kommunikasjonsstrukturer, samtidig som en slik ny aktør potensielt vil kunne øke kompleksiteten i samhandlingen ytterligere. Det var derfor behov for en praksisnær studie for å utforske hvordan de involverte i rehabiliteringsforløp i denne settingen utveksler informasjon.

Formål Formålet med studien er å få større innsikt i fasilitatorer og barrierer for utveksling av nødvendig og relevant pasientinformasjon for å kunne videreutvikle et sammenhengende tjenestetilbud på tvers av fag og helsetjenestenivå.

Metode Foreløpig er det gjennomført en kvalitativ case studie, der datamaterialet er innhentet ved deltakende observasjon og gjennomgang av elektronisk pasientjournal. Materialet er analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse.

Konklusjon/resultat Rehabiliteringsforløpene til fire pasienter fra tre forskjellige kommuner ble fulgt. Flere av forløpene involverte et stort antall aktører. Manglende felles forståelse og kultur for rehabilitering, dårlig tilgang på skriftlig informasjon, og uklar ansvarsfordeling for informasjonsdeling og koordinering var barrierer for kommunikasjon mellom aktørene. Felles møter, bruk av felles verktøy og språk, samt etablering av uformelle kommunikasjonskanaler fasiliterte informasjonsutveksling. Det nye interkommunale teamet tilførte kompleksitet til samhandlingen, men gjennom å promotere fasiliterende måter å jobbe på, både formelle og uformelle metoder for å utveksle informasjon, bidro de også positivt i forløpene. Organisatoriske hindringer og uklare ansvarsforhold gir likevel fremdeles store utfordringer for informasjonsutveksling. Derfor er det behov for å utvikle en koordinerende tjeneste på tvers av helsetjenestenivåene.

Samhandling ved tverrfaglig rehabilitering i kommunehelsetjenesten.

Astrid Selland Kleppe (Stavanger Kommune)

Bakgrunn: Helsetjenesten står ovenfor utfordringer med mangel på helsepersonell, økt komorbiditet hos hjemmeboende tjenestebrukere og en fragmentert helse- og omsorgstjeneste. Koordinator kan bidra til at de kommunale helse- og omsorgstjenestene oppleves som helhetlige og koordinerte for hjemmeboende brukere. Individuell plan (IP) er et lovpålagt verktøy for brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Planens hensikt er å fremme samarbeid mellom tjenestene basert på brukers mål og behov. Forskning viser at IP i svært liten grad anvendes i tjenestene.

Formål: Hensikten med studien var å undersøke bruk av IP i en større bykommune, forhold som påvirker bruk av IP og hvordan koordinatorene jobber med å ivareta brukerens rett til helhetlige og koordinerte tjenester.

Metode: Studien har et mixed-methods design. Kvantitative data ble innhentet fra journalsystemet i en større bykommune i Sør-Norge for å undersøke registrerte IPer hos brukere som mottar tverrfaglig pleie- og rehabiliteringstjenester. Det ble gjennomført seks kvalitative individuelle dybdeintervjuer med koordinatorene og rådgiver i samme kommune.

Resultater: De kvantitative resultatene viste at hjemmeboende som mottar tverrfaglige pleie- og rehabiliteringstjenester har svært begrenset bruk av IP. Resultatene viser også at kommunens totale bruk av IP er synkende i perioden 2018-2022. De kvalitative resultatene er firedelt og beskriver den komplekse koordinatorrollen, kollektiv motstand og manglende eierskap til IP hos de ansatte, de tveeggede ansvarsgruppemøtene, og digitale utfordringer inkludert behov for innovasjon. Å bruke IP beskrives som tungvint og fremsnakkes ikke. Det fortelles også om utstrakt møtevirksomhet som er tid og ressurskrevende.

Konklusjon: Koordinatorrollen er viktig, men det er behov for avgrensning av arbeidsoppgaver for bedre å kunne nyttiggjøre seg samhandlingsverktøyet som IP er ment å være. Relasjonell koordinering og sosial innovasjon kan være mulige virkemidler for forbedringer, henholdsvis i form av effektivisering og kvalitetssikring av brukerforløp og prosessendringer som inkluderer både utførere og mottakere av tjenestene.

Det må være noen andres ansvar – om samhandling mellom hjemmetjenesten og tannhelsetjenesten

V. E. Ansteinsson (Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst) , L. Korzeniewska, E. A. Szyszko Hovden, S. H. Henni, R. Hellesø

BAKGRUNN: I dag er det slik at den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunen (tannhelsetjenesten) og helse - og omsorgstjenester i hjemmet i kommunen (hjemmetjenesten) jobber i organisatoriske og teknologiske siloer. Ivaretagelse av munnhelse i hjemmetjenesten er en forsømt oppgave og manglende adekvat ivaretagelse av munnhelsen og betydelige behandlingsbehov er realiteten. Dårlig munnhelse kan føre til store smerter, dårlig ernæring og psykososiale problemer og redusert evnen til å snakke og interagere sosialt. I verste fall fører forsømt tannhelse til alvorlig sykdom, økt behandlingsbehov, flere sykehusinnleggelses og tidlig død. Eldre i hjemmetjenesten har i dag rettigheter til gratis forebyggende oppfølging og behandling av tannhelsetjenesten, men mange eldre bruker ikke sine rettigheter. Tall fra SSB viser at på landsbasis er det kun 18,2 % av eldre i hjemmetjenesten som benytter seg av sine rettigheter. Når vi vet at helseregnskapet i Norge viser at bare 2,7 prosent av helsebudsjettet går til helsefremmende og forebyggende arbeid bør det prioriteres å flytte fokuset til forebygging for å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden.

FORMÅL: Formålet med studien er å undersøke organisatoriske utfordringer de ansatte i hjemmesykepleien møter i samhandlingen og hvilke faktorer som må hensynstas i samhandlingen mellom de to tjenestenivåene.

METODE: Studien hadde et utforskende design hvor data ble samlet inn i fokusgruppeintervjuer. Det ble gjennomført 6 fokusgruppeintervju med totalt 23 deltakere i tre kommuner på Østlandet.

RESULTAT. Det kom frem at materialet at det er begrenset samhandling slik det er i dag og det ble identifisert fire hovedtemaer i materialet: 1) fokus på behandling og ikke forebygging 2) stor avstand mellom tjenestene 3) uavklart ansvarsforhold og 4) en «oss og dem» tankegang.

KONKLUSJON: Det er behov for møteplasser for å utvikle en ny samhandlingskultur der de involverte får innsikt i hverandres tenkning, arbeid og hverdag hvor de arbeider med felles ståsted og å ta den andre sides perspektiv.

Involvering av ulike brukergrupper i utvikling av en helsetjenesteintervensjon. Erfaringer fra forskningsprosjektet Samhandling for bedre tannhelsetjeneste til eldre hjemmeboende pasienter (CORAL).

L. Korzeniewska (Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst), S. H. Henni, E. A. Sz. Hovden, V. E. Ansteinsson, R. Hellesø

BAKGRUNN: I utvikling av en helsetjenesteintervensjon anses samskaping som en viktig strategi for å utvide forståelsen av perspektiver og behov hos pasienter og helsepersonell. Ulike brukergrupper kan ha ulike meninger om hva de anser som viktig i utviklingen av helsetjenesten, og maktavstand mellom pasienter og helsepersonell kan utspille seg i samskapingsprosessen.

FORMÅL: Denne studien undersøker perspektiver og involvering av ulike brukergrupper i en workshopsbasert samskapingsprosess for å utvikle en helsetjenesteintervensjon.

METODE: Studien hadde et utforskende design hvor data ble samlet inn ved lydopptak av to workshops som var en del av samskapingsprosessen i CORAL-prosjektet hvor det utvikles en intervensjon rettet mot munnhelse hos eldre som mottar hjemmetjenester. Workshopene fant sted i desember 2021 og mars 2022 med tre ulike brukergrupper: representanter for eldre som mottar hjemmetjenesten og deres pårørende, representanter fra hjemmetjenesten og tannhelsetjenesten.

Analysen er inspirert av refleksiv tematisk analyse.

RESULTAT: Intervensjonen ble utviklet i tett samarbeid mellom alle brukergrupper og prosessen var fasilitert av forskere. Da brukergruppene jobbet hver for seg på den første workshopen, la de eldre voksne, hjemmetjenesten og tannhelsetjenesten generelt vekt på de samme perspektivene, men de ga uttrykk for ulike erfaringer, synspunkter og oppfatninger når de snakket om sine perspektiver. Da brukergruppene ble blandet på den andre workshopen, førte gruppesamtalen til at nye erfaringer, synspunkter og oppfatninger ble delt og dermed ble nye perspektiver samskapt gjennom felles kunnskapskaping. Alle deltakerne ble involvert i utviklingsprosessen på begge workshopene, og de benyttet anledningen til å dele sitt kompetanseområde og arbeidshverdag. Workshopene var planlagt nøye og basert på innovative metoder som tjenestereise for å sørge for inkluderende miljø som minsker maktavstand.

KONKLUSJON: Anvendt metode for å utvikle en helsetjenesteintervensjon førte til at vi fikk innsikt i de ulike brukergruppens perspektiver, og vi kan derved utforme en intervensjon som vi antar kan føre til vellykket opptak blant brukergruppene.

Helserom Helgeland – ny tjenestemodell for lokal helsehjelp med avstandsoppfølging

Kari Sand (SINTEF)

Bakgrunn: Helserom Helgeland er et innovasjonsprosjekt der sykehus og kommuner på Helgeland samarbeider om å utvikle en tjenestemodell for helsetjenester i rurale strøk. Kjernen i modellen er konseptet helserom, som er et konkret rom i et lokalsamfunn, f.eks. på legekantoret eller sykehjemmet, med medisinsk utstyr og teknologi som gir pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten mulighet for å samhandle på nye måter og fleksible løsninger for tilgang til kompetanse og utstyr.

Formål: Formålet er å sikre at alle pasienter på Helgeland får likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted og et større faglig nettverk for helsepersonell.

Metode: I innsiktsfasen er data samlet inn i individuelle intervju med helsepersonell i kommuner (n=10) og på sykehus (n=9), pasienter og pårørende (n=6). Intervjuene er tatt opp, transkribert og tematisk analysert for å identifisere aktørenes erfaringer med å gi eller få helsetjenester på Helgeland, barrierer for gode helsetjenester i dag og muligheter og betingelser for forbedringer i framtida.

Resultat/konklusjon: Lange avstander som fører til lange, belastende reiser for pasienter til helsetjenester, spesielt til sykehus, er den mest gjennomgående adresserte barrieren. Andre barrierer er utfordringer med å rekruttere helsepersonell, kommunikasjonsutfordringer i samhandling kommune–sykehus og at endringsarbeid kan være vanskelig å pga. kapasitetsutfordringer. Innsiktsarbeidet viser også store muligheter for og villighet til endring bl.a. ved at helsepersonell anser at mange sykehustjenester kan flyttes nærmere der folk bor, gjennom å flytte eller samarbeide mer om oppgaver, utstyr, kompetanse, folk og penger, samt at flere pasienter er positive til digital samhandlingsteknologi. For pasientene er trygghet i kontakten med helsevesenet helt avgjørende, noe helserommet kan bidra til. I helserommet møter pasientene lokalt helsepersonell som de kjenner, mens sykehuspersonell kan være til stede digitalt vha. kommunikasjonsteknologi. Basert på resultatene utvikler og tester vi nå nye former for samhandlingskonsultasjoner for at pasienter skal slippe å reise så langt.