

**Helsetjenesteforsknings-
konferansen 2022**

ABSTRACTBOK





Velkommen til

Helsetjenesteforskningskonferansen 2022!

Vi har samlet alle 85 abstracts fra parallellsesjonene i denne abstractboken, som vi håper du får nytte av.

Abstractene er inndelt i sju tema:

1. Styring, ledelse, organisering og finansiering
2. Pasientforløp, pakkeforløp, samhandling og helsefellesskap
3. Pasientbehandling og praksisvariasjon
4. Teknologi, e-helse, digitalisering og innovasjon
5. Randomiserte og kvasieksperimentelle studier
6. Forskning etter covid-19
7. Pågående prosjekter og kvalitetssikring av kunnskapsbaserte tjenester

Vi har i abstractboken brukt denne tematiske rekkefølgen, slik at alle abstract fra tema 1 kommer først og abstract fra tema 7 kommer sist.

Tema 1. STYRING, LEDELSE, ORGANISERING OG FINANSIERING

Sesjon 2A ENGELSK

Forfatter	Tittel	Side
Jonas Minet Kinge	Disease specific health spending by age, sex and type of care in Norway, 2019	12
Jørn Heggelund	Service characteristics and treatment utilisation of guided internet delivered treatment at four hospitals - A descriptive comparative study	13
Harald Braut	Distributed Leadership in Integrated Care: A qualitative interview study with elderly multimorbid patients and their GPs	14
Silje L. Kaspersen	A national effort to reduce sickness absence in Norway: The Rapid Return to Work programme in specialist health services (2007-2017) and consequences of the reform that followed	15
Helge Skirbekk	Systematisk review av tillitens betydning for ledelse på sykehus	16

Sesjon 2B

Forfatter	Tittel	Side
Mathias Barra/ Stenmark	A severely fragmented concept: a Q methodological study of subjective accounts of severity of malady	17
Borgar Jølstad	Do population views on illness severity correspond to theories on health, well-being, and justice?	18
Sindre August Horn	Aversjon mot ulikhet i helse i et representativt utvalg av befolkningen i Norge	19
Anne Werner	Forskerrollen – mellom idealer om fri forskning og offentlige føringer for brukermedvirkning	20
John-Arne Skolbekken	Hvem bestemmer helsetjenestens historie? Observasjoner og refleksjoner fra en sosiologisk-historisk studie om Nyfødtscreeningen i Norge	21

Sesjon 2C

Forfatter	Tittel	Side
Ellen Tvetter Deilkås	Deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid - Legers interesse og mulighet: en tverrsnittundersøkelse	22
Marte Bale	«Helsetenester for eldre med psykisk lidning i Oslo og Sogn og Fjordane – kvalitativ analyse av helsetenester»	23
Gørill Birkeli	The Green Cross method in a postanaesthetic care unit. A qualitative study of health professionals' experiences three years after the implementation	24
Villy Angelsen	Institusjonelle logikker som ligger under ressursfordeling i helsetjenesten – en litteraturstudie	25

Sesjon 3A

Forfatter	Tittel	Side
Beate Hauglann	Geografisk variasjon i valg av behandlingssted ved innsetting av kne- og hofteproteser	26
Ann Katrin Blø Pedersen	Allocation of services to the elderly: Priorities in Norwegian community long-term care	27
Lars Mathisen	Økning av intensivkapasitet med akselerert utdanningsløp til intensivsykepleier	28
Nils Arne Lindaas	Breddefordeler og breddeulempen i norske helseforetak	29

Sesjon 4A

Forfatter	Tittel	Side
Kari Sand og Kirsti Sarheim Anthun	Fire kommuners erfaringer fra forsøk med Statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester	30
Jorunn Hoås Rødal	Resource scarcity and local variation in nursing home coverage levels: Evidence from the Norwegian primary healthcare sector	31
Torunn Kitty Vatnøy	Kompetanseutvikling og ledelse i sykepleietjenesten i KAD	32

2. PASIENTFORLØP, PAKKEFORLØP, SAMHANDLING OG HELSEFELLESKAP

Sesjon 1A ENGELSK

Forfatter	Tittel	Side
Jon Helgheim Holte	Modelling long term trajectories for primary and secondary health care utilization in COPD patients: A population-based study using Norwegian registry data	33
Tron Anders Moger	Predicting risk of future hospital episodes for COPD patients – Associations to outpatient care, patient comorbidities, socioeconomic and –demographic factors	34
Olav Amundsen	Is future disability benefit associated with specific combinations of health care use for musculoskeletal disorders?	35
Jorid Kalseth	Implementing national care coordination guidelines for people with complex care needs: evidence from a pilot study	36
Morten Løhaug-Næss	Older high-utilization patients in Norwegian somatic hospitals – a national register-based study	37

Sesjon 2D

Forfatter	Tittel	Side
Jorun Rugkåsa	What is care quality? The perspectives of family caregivers	38
Erna Håland og Line Melby	Kreativ koordinering; pakkeforløpskoordinatorers arbeid med pakkeforløp for kreft	39
Kristel Guldhaugen	Ventetid til nyretransplantasjon med avdød donor - en retrospektiv registerstudie	40
Marianne Sivertsen	The precarious patient participation – a qualitative interview study of experiences from the acute stroke and rehabilitation journey	41
Ewa A. Szyszko Hovden	Tannhelsetjenester til hjemmeboende eldre - samhandling med hjemmetjenester og pårørende	42

Sesjon 3B

Forfatter	Tittel	Side
Silje Karin Sjøseth Askeland	Health care for children with cerebral palsy: multidisciplinary collaboration and complexity of stakeholders	43
Hustoft Merethe	Opplevd kontinuitet i tjenestetilbudet til barn og unge med psykisk utviklingshemming i Helse Vest	44
Ida Bakke	Barriers to and facilitators for making emergency calls – a qualitative interview study of stroke patients and witnesses	45

Sesjon 4B

Forfatter	Tittel	Side
Jill-Marit Moholt	Helsepersonells erfaringer med ytelse av kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre stormottakere av somatiske sykehustjenester	46
Hilde Marie Hunsbedt Fjellså	Eldre multimorbides opplevelser om deltagelse og samhandling i primærhelsetjenesten: en kvalitativ studie	47
Line Melby	Hva er viktig for meg? Kreftpasienters opplevelse av kommunikasjon, informasjonsflyt og organisering gjennom et pasientforløp	48
Rannei Hosar	Prospective association between Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups risk assessment scores and self-reported outcome measures among individuals with complex or long-term conditions	49

3. PASIENTBEHANDLING OG PRAKSISVARIASJON

Sesjon 1B

Forfatter	Tittel	Side
Ingvild Rosenlund	Helseangst, livskvalitet og forbruk av helsetjenester etter påvisning av hjerneaneurisme ved screening	50
Anja Davis Norbye	Health anxiety is an important driver of healthcare use	51
Ana Sanchez	Patterns of health behavior and socioeconomic status: a longitudinal multiple correspondence analysis of a middle-aged general population, 2007-2016	52
Frank Olsen	Barn med diabetes - sosioøkonomi og oppfølging i spesialisthelsetjenesten	53

Sesjon 2E

Forfatter	Tittel	Side
Haji Kedir Bedane	Geographic variation in utilization of specialist healthcare for patients with severe mental illness in Norway: a population-based registry study	54
Olav Nytingnes	For lite tvang i områder med lave tvangsreter? En longitudinell registerstudie av geografisk variasjon	55
Olav Nytingnes	Protokoll: Controversies in Psychiatry – praksisvariasjon, instrumentvariasjoner og kausale slutninger om antipsykotisk behandling	56
Arnstein Mykletun	Kontroverser i psykisk helsevern: Registerstudier av praksisvariasjon i tvangsinnleggelser som alternativ til RCT. En protokollpublikasjon.	57
Arnstein Mykletun	Kontroverser i psykisk helsevern: ADHD-prosjektet	58

Sesjon 2F

Forfatter	Tittel	Side
Bård Uleberg	Geografisk variasjon i reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt	59
Elin Gustavsen	Geographic variation in treatment of elderly prostate cancer patients	60
Bjørn Morten Hofmann	Hvorfor er det så galt med geografiske variasjoner? Etske aspekter ved geografiske variasjoner i helsetjenestene	61
Katrine D. Skyrud	Historical and future impact of musculoskeletal disorder in Norway: a population-based study with projection to year 2040	62
Maria Holsen	Geographical variation in orthopedic procedures in Norway: Cross-sectional population-based study	63

Sesjon 3C

Forfatter	Tittel	Side
Jennifer Gerwing	Taking responsibility for patients' understanding: Clinician corrections of patient misconceptions about medication	64
Ann Helen Jakobsen	Development of Quality Indicators for Community Pharmacies; A Qualitative Study	65
Ina Heiberg	Inklusjon i pakkeforløp for kreft for personer med tidligere psykose- eller ruslidelse	66

Sesjon 3D

Forfatter	Tittel	Side
Kjartan Sarheim Anthun	Use of somatic hospital care services by immigrants in Norway, a retrospective population study	67
Kirsti Wahlberg	Use of general practitioner among youth and young adults in Norway	68
Ellen Rabben Svedahl	The impact of altering referral threshold from out of hours primary care to hospital on patient safety and further health service use: a cohort study	69

Sesjon 3E

Forfatter	Tittel	Side
Marianne Sivertsen	Felles meningsskaping i fysioterapi etter hjerneslag. En kvalitativ studie fra pasientperspektivet	70
Bente Hamre Larsen	A scoping review: Exploring training approaches for healthcare professionals in assessment of health determinants in older adults living at home. (Preliminary results)	71
Martin Altreuther	Enhetlig behandling av claudicatio intermittens i Norge	72
Monica Isabel Olsen	Bruk av helse- og tannlegetjenester for voksne med psykisk utviklingshemming, relatert til alder og grad av utviklingshemming	73

Sesjon 4C

Forfatter	Tittel	Side
Elin Kjelle	Lavverdi bildediagnostikk på barn	74
Ingrid Øfsti Brandsæter	Drivere for bruk av lav-verdi radiologi i Norge, en intervjustudie	75
Eivind Richter Andersen	Utvikling av en kunnskapsbasert og kontekstsensitiv intervensjon for å redusere bruk av lavverdi radiologi i Norge	76
Ellen Rabben Svedahl	Effects of GP characteristics on unplanned hospital admissions and patient safety. A 9-year follow-up of all Norwegian out-of-hours contacts	77

Sesjon 4D

Forfatter	Tittel	Side
Monika Dybdahl Jakobsen og Martin Sollund Krane	Scoping review om helse- og omsorgstjenester til skeive eldre	78
Ingvild Lilleheie	Usual Care for Inpatient Stroke Rehabilitation in norway: IS IT "Usual?"	79
Tor Ingebrigtsen	Decompressive hemicraniectomy for space-occupying brain infarction: Nationwide population-based registry study	80

Tema 4. TEKNOLOGI, E-HELSE, DIGITALISERING OG INNOVASJON

Sesjon 1C

Forfatter	Tittel	Side
Kjersti Mevik	Predictive validity of risk indexes for the incidence of surgical site infections compared to a logistic regression model	81
Tor Ingebrigtsen	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi: Integrasjon av registrering og kunstig intelligens-basert beslutningsstøtte i elektronisk pasientjournal	82
Marianne Storm	eHealth@Hospital-2-Home: digital, sykepleierassistert hjemmeoppfølging etter utskrivelse fra sykehus – en mulighetsstudie	83
Marian Ådnanes	Bruk av videokonferanse i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern – kunnskapsstatus og erfaringer blant behandlere og brukere	84

Tema 5. RANDOMISERTE OG KVASIEKSPERIMENTELLE STUDIER

Sesjon 4E

Forfatter	Tittel	Side
Kristin Hestmann Vinjerui	How ending of general practitioners' practices affects patients' health care utilization and mortality	85
Andreas Asheim	Effekt av volum og reisetid på fødselsutfall i Norge fra 1999 til 2016	86
Johan Håkon Bjørngaard	How do busy hospital circumstances affect mortality and readmission within 60 days: a cohort study of 680 000 acute admissions in Norway	87
Marianne Sivertsen	Effect of Innovative versus Usual Care Physical Therapy in Subacute Rehabilitation after stroke: A Multicenter Randomized Controlled Trial	88

Tema 6. FORSKNING ETTER COVID-19

Sesjon 1D

Forfatter	Tittel	Side
Bjørn Morten Hofmann et al	Praktisk prioritering av bildediagnostikk under den første fasen av SARS-COV-2-pandemien	89
Mari Grøslund	The health of health care workers during the COVID-19 pandemic	90
Fredrik Methi	Medical complaints after 3 vs 2 doses SARS-CoV-2 mRNA vaccination	91
Gunnhild Skjold	Perspektiv på covid-19 i samiske samfunn i Noreg	92
Kari Krizak Halle	Hospitalization rates for acute myocardial infarction during the Covid-19 pandemic – national data from the Norwegian Myocardial Infarction Register	93

Tema 7. PÅGÅENDE PROSJEKTER OG KVALITETSSIKRING AV KUNNSKAPSBASERTE TJENESTER

Sesjon 1E

Forfatter	Tittel	Side
Ole Tjomsland	Erfaringer med «Klinisk dashboard» etablert for å monitorer «sørge-for» ansvaret i Helse SørØst regionale helseforetak (HSØ RHF).	94
Anne Regine Lager	How to conquer time and variation: Combining shared decision making and patient rights to participate with time-limiting patient pathways.	95
Robert Wiik og Ailin Falkmo Hansen	Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser	96

Disease specific health spending by age, sex and type of care in Norway, 2019

Jonas Minet Klinge, (Dieleman, Karlstad, Knudsen, Klitkou & Vollset)

Background

Norway has a high GDP, universal tax-financed health care and among the highest per capita health spending in the world. This study estimates Norwegian health care expenditures by age, sex and health condition, and compares disease specific spending with disability-adjusted life-years (DALYs).

Methods

Government budgets, government documents, reimbursement databases, patient registries and prescription databases were combined to estimate spending for 142 conditions (including cancer, which was disaggregated into 29 conditions), 38 groups for age and sex, 5 types of care (ambulatory, inpatient, nursing care facility, home-based care, and prescribed pharmaceuticals purchased in a retail setting). The spending estimates were adjusted to reflect the comorbidities in addition to the primary diagnosis and were based on categories used in the Global Burden of Disease study. DALYs were from the Global Burden of Disease Study 2019.

Findings

Norway spent 375 bill NOK (38 bill EUR) on health in 2019, and 83.6 % of this spending was included in this study. Mental disorders alone accounted for more than 20% of the spending, of which the majority was due to schizophrenia, depression, anxiety, intellectual disabilities and substance use disorders, in specialist health care. Spending increased sharply by age, especially due to neurological disorders like Alzheimer's in long-term care. However, cardiovascular diseases, diabetes, injuries and other NCDs also drove this age gradient. The most expensive health conditions were generally also those accounting for most DALYs. Though, the correlation of health spending, with health loss was more pronounced than the correlation of health spending with mortality.

Interpretation

Spending increased substantially with age, in both men and women, and a large proportion of this spending was for LTC. Thus, the burden of diseases like Alzheimer, threaten to become overwhelming as more people live into old age. Spending on other non-fatal diseases, like mental, neurological, and musculoskeletal disorders, was also high, especially in ambulatory and in inpatient services.

Service characteristics and treatment utilisation of guided internet delivered treatment at four hospitals- A descriptive comparative study

Jørn Heggelund, (Khan ZA., Kidholm K., Halsteinli V.)

Background

Digital health interventions (DHI) have the potential to improve hospital resource utilization, contain costs and improve quality and access to health care, but their success rely on the organisational implementation. The operational, organisational and service delivery characteristics that leads to successful implementation of DHI are poorly understood.

Objectives

This ongoing study will A) describe similarities and differences of organisational and service delivery characteristics of guided Internet-delivered treatment (eMeistring) at four Norwegian Health Enterprises, B) Analyse and compare referrals, patients and efficiency metrics across four Health Enterprises, and C) Discuss how organisation and implementation characteristics may support treatment utilisation and efficiency aspects of eMeistring.

Methods

This is a naturalistic, descriptive comparative study of four Health Enterprises. Organisational and service delivery characteristics will be collected by questionnaires and interviews with leaders and staff. Efficiency characteristics include treatment utilisation (number of referrals and patients and adherence to treatment), self registered use of working hours by therapists and number of patients treated per therapist. Data will be presented and analysed primarily by descriptive statistics and comparison of the four centres.

Results and conclusion

The study will present ideas on how to achieve an effective operation and organisation of guided Internet-delivered treatment. Preliminary result will be presented orally.

Distributed Leadership in Integrated Care: A qualitative interview study with elderly multimorbid patients and their GPs

Harald Braut, (Marianne Storm, Aslaug Mikkelsen)

Background

Distributed Leadership (DL) refers to the capacity of individuals and organizations to share responsibility and competence in a given situation. DL is suggested to improve collaboration and benefit patients in Integrated Care (IC).

Purpose

To explore how collaboration between health care professionals contributes to a patient experience of IC in the municipality and to investigate if the integrative mechanisms involved in creating IC in the municipality can be understood as DL.

Methods

This qualitative study uses semi-structured interviews with twenty elderly multimorbid patients and their corresponding GPs to explore the experience of IC in a primary health care setting in Norway.

Results

Analysis of patients' and GPs' experience of health care service characterized by collective efforts identified four themes: 1) an experience of collective processes as hard to access and influence for patients, 2) that the location of leadership is shifting and depending on the patient's health situation, 3) that collective implementation of health care services are separated in time, geography and between organizations, and 4) that patients experience individual health care workers as specialized and unable to support the multiple goals residing in the collective. The DAC framework is employed to investigate the ability of the overall collective to produce Direction, Alignment and Commitment (DAC). To promote DL in collective processes and create a patient experience of IC in the municipality, healthcare organizations and workers must aim to develop digital tools further or explore alternative ways of enabling patient participation and influence in collective processes. In the municipality, GPs should strive to play a central role in assisting patients with acute and semi-acute health care needs and home care nursing services to provide services adjusted to the needs of individual patients.

A national effort to reduce sickness absence in Norway: The Rapid Return to Work programme in specialist health services (2007-2017) and consequences of the reform that followed

Silje L. Kaspersen, (Gunn Hege Marchand, Jorid Kalseth, Karen Walseth Hara, Sigmund Gismervik, Solveig O. Ose)

Background

In 2007 a tripartite cooperation between the Norwegian government, labour unions and employer organisations initiated a comprehensive national return-to-work programme called "Rapid Return to Work" (RRTW). The aim was to reduce sickness absence and time to RTW through reduced waiting time for treatment in the specialist health services. A structural reform of the programme in 2018 called for more cooperation between health and welfare services, between somatic and mental health services, and encouraged an increased work-focus and focus on interdisciplinary assessment and integrated care. In this study we present the results from a national evaluation of the RRTW reform in 2018.

Aim

The aim of this study was to describe the role specialist health services in Norway have had in a national RTW-programme aiming to reduce sick leave, and to discuss consequences of a recent reform of these services.

Methods

We took a mixed methods approach using person-level register data from the Norwegian Patient Registry linked to welfare data and demographic data, combined with surveys, focus groups and individual interviews with health professionals.

Result/conclusion

Early in the programme period (2007-2017) RRTW services popped up randomly across the country, with few common content specific requirements. The economic incentives to produce health services within the RRTW scheme were strong; RRTW triggered double refund compared to regular services. Towards the end of the programme period surgical treatment was phased out and registry data show that the RRTW services were targeted at musculoskeletal disorders and common mental disorders. In 2017 the RRTW programme was terminated as a project but developed into work-focused health services provided by all hospital trusts. Due to severe deterioration of coding practice on the RRTW-patients in the Norwegian patient registry after the reform, the potential for registry-based analyses on these patients are hampered.

Systematisk review av tillitens betydning for ledelse på sykehus/Trustworthy management in hospital settings. A systematic review

Helge Skirbekk, (Andreea Varga, Ivan Spehar)

Background

Trustful relationships play a vital role in successful organisations and well-functioning hospitals. While this relationship between patients and providers has been widely studied, trust relations between healthcare professionals and their supervisors have not been emphasized.

Methods

We searched 10 databases up until Aug 9, 2021. Empirical studies written in English, undertaken in a hospital or similar setting, and addressing trust relationships between healthcare professionals and their superiors were included, without date restrictions. Records were independently screened for eligibility by two researchers. A narrative approach, which involves textual and tabular summaries of findings, was undertaken in synthesizing and analysing the data. Risk of bias was assessed independently by two researchers using two critical appraisal tools. Most of the included studies were assessed as acceptable, with some associated risk of bias.

Results

Of 7414 records identified, 18 were included. 12 were quantitative papers and 6 were qualitative. The findings were conceptualized in two categories that were associated with trust in management, namely leadership behaviours and organizational factors. Most studies (N=15) explored the former, while the rest (N=3) additionally explored the latter. Leadership behaviours most commonly associated with employee's trust in their supervisors include a) different facets of ethical leadership, such as integrity, moral leadership and fairness; b) caring for employee's well-being conceptualized as benevolence, supportiveness and showing concern and c) the manager's availability measured as being accessible and approachable.

Conclusions

Ethical leadership, caring for employees' well-being, manager's availability, competence and an empowering work environment are characteristics associated with trustworthy management.

A severely fragmented concept: a Q methodological study of subjective accounts of severity of malady

Mathias Barra, (Mille Sofie Stenmarck, Borgar Jølstad, Rachel Baker)

Background

Universal healthcare is restrained by national governments' finite health resources, giving rise to complex priority setting dilemmas. In several universal healthcare systems, the notion of severity is a cornerstone of priority setting: treatments for more severe illnesses may be prioritised even when they are not the most cost-effective ones. Severity is thus central in health resource allocation. Yet, severity is a multifaceted and poorly defined concept, and there is no consensus on what severity means.

Aim

To ensure efficient and ethically sound decision-making in the healthcare services, we depend on a democratically legitimate interpretation of severity. We aim to uncover population views on what severity means in the context of malady.

Methods

In this study, we present an exploratory analysis of views on severity amongst general public informants in Norway. With the mixed-methods approach of Q-methodology, we explore subjective accounts of severity through focus groups interviews with the general population, combined with Q-sorting and factor analysis.

Results

We uncovered four underlying understandings of severity: (I) "Natural lifespan"; (II) "Severity is subjective"; (III) "Objective measures and triage"; (IV) "Functioning and quality of life". We demonstrate that views on severity are fragmented and significantly varying and argue that this should be taken into account when applying the severity criterion to priority-setting decisions. Further, we argue that there is need for further research on how views on severity are distributed, which could help to foster consensus and compromise about severity in the context of priority setting.

Do population views on illness severity correspond to theories on health, well-being, and justice?

Borgar Jølstad, (Mille Sofie Stenmarch, Mathias Barra)

Severity is a priority setting criterion in several countries, but the meaning of the term “severity” is not fully clear. Assuming that health care priority setting should reflect the values of the constituency, knowing what the public thinks about severity is important.

Our paper aims to extract the explicit and implicit philosophical views and ethical tensions in a previously collected data set on public views on severity. We will attempt to make sense of the public views using theories of ethics and well-being. This is an important exercise because it is possible that the current theoretical discourse fails to address what matters to people.

While our work is still in process, some interesting findings have already emerged. Our previous work has uncovered a variety of views on illness severity, and it is clear that these different views will have to be interpreted using different theories of ethics and well-being. Regarding well-being and who are worse off when it comes to health, both objective views and subjective views are needed to make sense of the variety in our data. It is also clear that views on specific topics such as death and age vary, in ways that correspond to different theories of aggregation and distributive justice. The extent to which these different views can be combined with current priority setting practices varies. While some are neatly in line with current practice, some require modification, and others seem like poor candidates for priority setting purposes.

The paper is part of the larger SEVPRI (Severity and Priority Setting in Health) project.

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

Sindre A. Horn, Ole Frithjof Norheim, Mathias Barra

Bakgrunn

Studier viser at respondenter er villig til å gi avkall på noe total helsegevinst befolkningen i bytte mot at helse blir likere fordelt. Denne avveiningen kan kvantifiseres med metoder utviklet i forskning på inntektsulikhet. Et eksempel er Atkinsons ulikhetsindeks, som krever eksplisitt parametrisering av aversjon mot ulikhet. Til dags dato har ingen større studier som estimerer ulikhetsaversjon i helse blitt gjort i Norge.

Metode

Befolkningen inndeles i kvintiler etter forventet kvalitetsjustert levealder. Data om forventet kvalitetsjustert levealder for Norge hentes fra Statistisk sentralbyrå og studier om norske populasjonsnormer for livskvalitet. Dette er en empirisk studie som ber respondentene om å uttrykke preferanse mellom to helseprogrammer i suksessiv rekkefølge som enten øker total helse i befolkningen eller reduserer ulikhet i helse.

Mål

Atkinsons ulikhetsparameter kan utledes fra hvilket punkt respondentene uttrykker indifferens mellom de to programmene. 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.

Konklusjon/resultat

Formålet med presentasjonen er å presentere designet på studien som utføres i oktober/november. Preliminære resultat vil presenteres om disse er tilgjengelige.

Forskerrollen – mellom idealer om fri forskning og offentlige føringer for brukermedvirkning

Anne Werner og Anne-Kari Johannessen

Bakgrunn

Brukermedvirkning er en forutsetning for finansiering av forskningsprosjekter. Forventningen er at forskningen skal bli mer nyttig og bidra til reell innflytelse for dem forskningen angår. Det er utviklet mange retningslinjer for hvordan brukere kan involveres i forskningsprosessen. En av disse er James Lind Alliances metodologi (JLA) for behovsidentifisert forskning, som innebærer at forskningsspørsmålene utvikles i samarbeid med brukere eller utøvere av tjenesten. Tidligere studier basert på JLA har identifisert og dokumentert kunnskapshull på helserelaterte områder, og såkalte topp 10 prioriteringslister for forskningsbehov er publisert. Studier av brukermedvirkning tyder på at både brukere og forskere opplever utfordringer i samarbeidet der bruker involveres i hele forskningsprosessen. Forskere har stilt spørsmål ved om brukerinvolvering blir et mål i seg selv, og hvorvidt dette kan gå på bekostning av kunnskapsutviklingen. Det synes å være begrenset kunnskap om erfaringer knyttet til prosessen med brukermedvirkning i forskning fra et forskerperspektiv, spesielt erfaringer fra prosessen med å utarbeide forskningsbehov hvor brukerne er eksperter i form av profesjonsutøvere, helseledere eller helseforskere. Vi tar utgangspunkt i erfaringer fra et doktorgradsprosjekt om pasientsikkerhet i sykehus hvor forskningstemaer i prosjektet er utviklet i samarbeid med det kliniske praksisfeltet, inspirert av JLA.

Formål

Formålet med studien er å undersøke og reflektere over hvilke betydninger det kan ha for forskerrollen å benytte metodikken JLA for å utvikle forskningsspørsmål når brukerne er eksperter fra praksisfeltet i form av profesjonsutøvere og helseledere, hvorav noen også helseforskere.

Metode

Vi benytter (kollektiv) autoetnografisk metode. Basert på minner og referat fra brukermøter, reflekterer vi over personlige erfaringer fra prosessen med utvikling av forskningsspørsmål.

Resultat

Vi diskuterer implikasjoner for forskerrollen av brukermedvirkning med særlig fokus på betydninger av at brukerne i studien er eksperter fra praksisfeltet. I lys av Lipskys teori om bakkebyråkratenes rolle og dilemmaer vil studien gi innsikt i kompleksiteten knyttet til brukermedvirkning i forskning.

Hvem bestemmer helsetjenestens historie? Observasjoner og refleksjoner fra en sosiologisk-historisk studie om Nyfødtscreeningen i Norge

John-Arne Skolbekken og Sarah Evans-Jordan

Bakgrunn

Forvaltningens arkiver kan være betydningsfulle kilder når historien om styringen og organiseringen av helsetjenesten i Norge skal fortelles. Offentleglova gir forskere og andre borgere tilgang til helseforvaltningens dokumenter, med noen viktige unntak. Defineringen av disse unntakene er avgjørende for hvilken framstilling det er mulig å forske fram om helsetjenestens historiske utvikling. Denne definisjonsmakten gir forvaltningen mulighet til å påvirke fortellingen om helsetjenestens fortid, i tillegg til å være en sentral bidragsyter til helsetjenestens utforming i samtiden.

Formål

Formålet med denne presentasjonen er å fortelle om en kamp for tilgang til sentrale dokumenter fra en viktig fase i utviklingen av og organiseringen av Nyfødtscreeningen i Norge. Videre gis en kritisk og prinsipiell drøfting av erfaringene fra en 18 måneders prosess som endte på Sivilombudets bord.

Metode

Nyfødtscreening er et helsetjenestetilbud til alle nyfødte i Norge, hvor formålet er tidlig identifisering og behandling av potensielt dødelige og invalidiserende sykdommer. Screeningen har gjennomgått store endringer i nyere tid, primært gjennom en betydelig økning i antall tilstander det screenes for og varig lagring av blodprøvene fra screeningen. Sistnevnte åpner for anvendelse av prøvematerialet til generelle forskningsformål og fordrer nye rutiner for innhenting av samtykke. Screeningen har imidlertid en lengre forhistorie, preget av teknologisk utvikling, endret sykdomsforståelse, og en helsetjeneste som til ut på 1990-tallet ikke var gjenstand for en egen lovregulering, men primært styrt av legeprofesjonen.

Resultat

Gjennom studien forsøker vi å forstå hvordan kloke medisinske initiativ blir til helsetjenestetilbud i velferdsstaten Norge. Til dette formålet gjennomfører vi en sosiologisk-historisk studie ved hjelp av Situational Analysis. Studien består av dokumentanalyse supplert med intervjuer med sentrale aktører. Forskningsprosessen påvirkes imidlertid av interessekonflikten mellom forvaltningens uttalte behov for skjerming og offentlighetens behov for innsyn. Sentrale aspekter ved interessekonflikten og dens begrensning av fri forskning drøftes i lys av erfaringene vi har høstet.

Deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid- Legers interesse og mulighet: en tverrsnittsundersøkelse.

Ellen Tveter Deilkås, Judith Rosta, Fredrik Baathe, Eirik Søfteland, Åse Stavland Lexberg, Olav Røise, Karin Isaksson Rø

Bakgrunn

Mangel på legeinvolvering truer suksess og bærekraft til kvalitetsforbedrende tiltak.

Formål

Å undersøke omfang av legers interesse og muligheter til å delta i kvalitetsforbedring og deres erfaringer med slik deltakelse, både i sykehus og allmennpraksis.

Metode

Vi gjennomførte en spørreundersøkelse på et representativt utvalg leger i ulike stillingstyper i Norge i 2019.

Resultat

Svarprosenten var 72,6 % (1513 av 2085). En stor andel ønsket å delta i kvalitetsforbedring, og hadde aktivt gjort det det siste året. Legers interesse for kvalitetsforbedring og deres aktive deltakelse var knyttet til om de hadde dedikert tid for kvalitetsforbedring i arbeidsplanen. Få leger hadde dedikert tid til kvalitetsforbedring i arbeidsplanen. Blant legene med dedikert tid rapporterte en høyere andel at de hadde deltatt i kvalitetsforbedringsarbeid det siste året, sammenlignet med legene som ikke hadde dedikert tid til dette.

Konklusjon

Denne studien viser at leger ønsker å delta i kvalitetsforbedring, men bare noen få har dedikert tid i arbeidsplanen til dette. Leger med dedikert tid deltar mer. Fremtidige kvalitetsprogrammer bør involvere leger mer aktivt ved å planlegge tid i arbeidsplanen til kvalitetsforbedringsarbeid. Vi trenger flere studier som utforsker hvordan ledere kan legge til rette for legers deltakelse i kvalitetsforbedring.

Helsetenester for eldre med psykisk lidning i Oslo og Sogn og Fjordane – kvalitativ analyse av helsetenester.

Marte Bale, Gunilla Kulla, Maria Holsen

Bakgrunn

Likeverdige helsetenester uansett kvar ein bur, er eit uttalt mål i Noreg. Samtidig viser analysar gjennom mellom anna helseatlas, at dette ikkje alltid er tilfellet. Gjennom analysane i «Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling» (www.helseatlas.no) fann vi at eldre (65 år og meir) frå Oslo hadde ein meir omfattande bruk av spesialisthelsetenester innan psykisk helsevern og rusbehandling enn eldre i andre delar av landet. Sogn og Fjordane er blant områda med relativt lågt forbruk. Skilnaden var særleg tydeleg når det gjeld bruk av poliklinikk (inkludert avtalespesialistar), og mindre uttalt for døgnopphald.

Føremål

Gjennom studien vil vi søke etter auka forståing av eksisterande helsetenester for heimebuande eldre (65 år og meir) med psykisk lidning eller-plager - eit område det er viktig å få meir kunnskap om, slik at tenestene blir best mogleg ut frå eldre sine behov.

Vi vil søke etter auka forståing for korleis heimebuande eldre sitt tilbod om psykisk helsehjelp er og fungerer, ut frå tilsette sitt perspektiv, og om det er sider ved helsetenestene som fører til ulik bruk hos eldre.

Metode

Studien har eit kvalitativt studiedesign med semistrukturerte intervju.

For å forstå tilbodet til dei eldre betre, vil vi intervjuje tilsette i både kommune- og spesialisthelsetenesta i Oslo og Sogn og Fjordane, om tilboda for eldre med psykiske lidningar eller-plager. Tilsette som er godt kjent med tenestetilboda, og samhandlinga mellom kommune- og spesialisthelsetenesta, blir rekrutterte som informantar.

Intervju blir gjennomført hausten 2022, og analysane i 2023.

Konklusjon/resultat

Prosjektet er i startfasen, og det føreligg ikkje nok materiale til å presentere førebelse resultat.

The Green Cross method in a postanaesthetic care unit. A qualitative study of health professionals' experiences three years after the implementation

Gørill Birkeli, Randi Ballangrud, Ellen Deilkås, Hilde Jacobsen, Anne Karin Lindahl

Background

To improve patient safety, a postanaesthetic care unit (PACU) wanted to increase incident reporting and work on quality improvement. The Green Cross (GC) method is a method to support health professionals in daily patient safety work.

Aim

The current study aimed to explore health professionals' experiences with the GC method three years after implementation in a PACU.

Methods

Five semi-structured focus group interviews were conducted, from March-April 2022, with healthcare professionals (n=23), of whom most were nurses (n=19), in addition to a nursing assistant, physicians and a pharmacist (n=4), in a PACU in a university hospital in Southeast of Norway. The data was analysed using qualitative content analysis.

Results

The theme "Still alive but ready for an update", emerged, describing a culture where the GC method was seen as an important tool for improvement work three years after its implementation. Especially the improvement meetings were perceived as useful. However, more interprofessional collaboration on improvement was wanted. The collective view that not everything should be reported, and the lack of visible measures, had led to a perceived reduction in reporting. They believed that the GC method gave a one-sided negative focus. Despite this and the scaling down of improvement work through the pandemic, the GC method was still alive but in need of an upgrade.

Conclusion

The GC method was considered useful for reporting patient safety incidents and facilitate awareness for patient safety. The method laid a good fundament for further work on improvement. However, interprofessional collaboration on improvement work could be enhanced as well as knowledge on how to systematically work on improvements. Lack of visible measures, had led to a perceived reduction in reporting. They believed that the GC method gave a one-sided negative focus. Despite this and the scaling down of improvement work through the pandemic, the GC method was still alive but in need of an upgrade.

Institusjonelle logikker som ligger under ressursfordeling i helsetjenesten – en litteraturstudie

Villy Angelsen og Solrun Holm

Bakgrunn

Helsetjenesten preges av faglig utvikling, økende behov og trange rammer. En god fordeling av både finansielle, menneskelige og materielle ressurser er derfor avgjørende, både på systemnivå og på individnivå.

Formål

Gjennom en litteraturstudie avdekke hvilke institusjonelle logikker som ligger under ressursfordeling i helsetjenesten, og hvordan logikkene påvirker design og implementering av ulike praksiser for ressursfordeling. Institusjonelle logikker er definert som *“the socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality”* (Thornton & Ocasio, 2008, s. 101).

Metode

Systematisk litteraturgjennomgang av empirisk forskning på praksiser relatert til ressursallokering, med helsetjenesten som kontekst, og institusjonelle logikker som teoretisk ramme. 43 kvalitative studier fra perioden 2005-2022 er inkludert, og dekker praksiser som iverksetting av reformer, pasientforløp, kvalitetsforbedring, budsjettering, og prioritering blant fagfolk «på gulvet».

Konklusjon/resultat

Tidlig forskning vektla skillet mellom profesjonslogikk fra fagfolk, og markedsløgg fra ledere. Senere forskning har avdekket en «mosaikk» av logikker, eksempelvis logikk for evidensbasert praksis, logikk for kvalitetsforbedring, pasientmedvirkningslogikk, omsorgsløgg, konsultasjonslogikk, tverrfaglig logikk, og partnerskapslogikk.

Design av praksiser for ressursfordeling er påvirket av styringsparadigmer innenfor offentlig sektor. Public Administration (PA) var tidligere dominerende, med logikker fra profesjoner og byråkrati, og ressursfordeling styrt av rammebudsjett og medisinsk-faglige prioriteringer. New Public Management (NPM) utfordret dette, med logikker fra marked og ledelse, og incentivbasert ressursfordeling med stykkpris, resultatmålinger og fritt brukervalg. Blandede erfaringer her ga framvekst av New Public Governance (NPG), med logikker fra demokratiet, og ressursfordeling basert på nettverk, involvering og samskaping, eksempelvis med «tillitsmodeller».

Logikkene påvirker sterkt implementering av vedtatte praksiser for ressursfordeling, og kan i noen tilfeller blokkere gjennomføring. Uten bevissthet på hvordan logikker rivaliserer og samspiller, kan intensjoner i sentrale reformer svekkes eller endres i «oversetting» til annen kontekst og annet nivå.

Geografisk variasjon i valg av behandlingssted ved innsetting av kne- og hofteproteser

Beate Hauglann

Bakgrunn

Helse Nord RHF har som mål at befolkningen skal få de beste spesialisthelsetjenestene i landsdelen der de bor. Samtidig har pasientene mulighet til å velge behandlingssted utenfor eget helseforetak og egen region gjennom ordningen med fritt behandlingsvalg. Stor geografisk variasjon i pasientmobilitet ved innsetting av kne- og hofteproteser er observert. Pasientstrømmene går ut av Helse Nord og Helse Midt, og innad i Helse Vest og Helse Sør-Øst.

Formål

Formålet med studien er å avdekke mulige forklaringer til geografisk variasjon i valg av behandlingssted ved innsetting av kne- eller hofteprotese mellom helseforetakenes opptaksområder.

Metode

Studien inkluderer alle elektive pasienter over 18 år i Norge som i perioden 2014-2018 fikk satt inn kne- eller hofteprotese. Sannsynligheten for å reise ut av egen helseregion for behandling og sannsynligheten for å velge privat behandling uten offentlig finansiering, analyseres med logistisk regresjon og bruk av koblete data fra Norsk kvalitetsregister for leddproteser, Norsk pasientregister og Statistisk sentralbyrå. Demografi, sykелighet og sosioøkonomiske forhold på pasientnivå vil inngå i flernivåmodellene, i tillegg til kontekstuelle faktorer som bosted, reisetid til behandlingssted, sykehusenes ventetider og organisering av kirurgisk virksomhet. Denne studien er en del av et forskningsprosjekt som også omfatter kvalitative studier av pasientpreferanser og henvisningspraksis ved leddprotesekirurgi.

Konklusjon/resultat

Over 96 % av pasientene bosatt i Helse Sør-Øst ble operert innenfor egen helseregion. I nord reiste 27 % av pasientene ut av regionen for behandling. På pasientnivå var kjønn, alder, sykелighet og sosioøkonomiske forhold signifikant assosiert med behandling utenfor egen helseregion. Vel halvparten av variasjonen i pasientmobilitet var imidlertid knyttet til helseforetakenes opptaksområder og kommuner. Som en mulig proxyvariabel for behandlingsskapasitet og tilgjengelighet, forklarte reisetid til nærmeste ideelle sykehus en betydelig del av denne variasjonen. Betydningen av sykehusenes ventetider på valg av behandlingssted vil bli tatt inn i videre analyser av pasientmobilitet ved innsetting av kne- eller hofteproteser.

Allocation of services to the elderly: Priorities in Norwegian community long-term care

Ann Katrin Blø Pedersen, Maren Sogstad og Marianne Skinner

Bakgrunn

Helse- og omsorgstjenester til eldre preges av økende behov og knappe ressurser. Politiske føringer har ført til reorganisering av kommunale helse- og omsorgstjenester, med økt fokus på «ageing in place» strategier og effektiv bruk av ressursene. Det er variasjon fra kommune til kommune hvilke vurderinger og beslutninger som gjøres ved tildeling av tjenester til eldre. Det er foreløpig lite forskning på tildelingsprosesser og hvordan prioritering ved tildeling av kommunehelsetjenester til eldre utføres.

Formål

Prosjektets formål er å utvikle kunnskap om tildeling av tjenester til eldre over 67 år i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Studien utforsker hvordan tre politiske prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; nytte-, ressurs og alvorlighet uttrykkes i tildelingsprosessen av tjenester til eldre.

Metode

Prosjektet er en kvalitativ studie hvor dataene består av semistrukturerte individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer, og observasjoner av kommunalt ansatte som vurderer og tildeler helse- og omsorgstjenester til eldre. Dataene er supplert med enkeltvedtak hvor kommunale tjenester innvilges eller avslås av kommunalt ansatte. Prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet ble brukt som deduktivt rammeverk i analysen. Tematisk analyse ble deretter brukt for å utforske mønster på tvers av dataene innad i de tre prioriteringskriteriene.

Konklusjon/resultat

Resultatene beskriver hvordan prioriteringsprinsippene nytte-, ressurs- og alvorlighet kommer til uttrykk i tildeling av tjenester til eldre. De tre prinsippene samvirker når kommunalt ansatte vurderer og tildeler tjenester. Ressursprinsippet fremkommer tydelig gjennom en utstrakt bruk av «lavest effektive omsorgsnivå» som kriteriet for tildeling av tjenester i kommunen. I tilfeller der det vurderes at tildeling av tjenester vil føre til gjenvinning av funksjon gjør nytteprinsippet seg gjeldende. Alvorlighetsprinsippet kommer frem som førende når eldre skal prioriteres for tjenester i institusjon.

Økning av intensivkapasitet med akselerert utdanningsløp til intensivsykepleier.

Lars Mathisen, Mons Sjøberg, Camilla Finsand, Linn Christina Aalefjær, Anne Lene Sørensen

Bakgrunn

En økning av kapasiteten for intensivbehandling i Norge forutsetter effektiv utdanning og bibehold av et tilstrekkelig antall nøkkelpersonell, samt tjenesteutvikling i sykehusenes intensivenheter. Covid-19 situasjonen har aktualisert behovet for å øke utdanningstakten av intensivsykepleiere, kompensere for aldersavhengig avgang, og redusere sårbarheter i samfunnets beredskap. Tiltak for å avlaste og beholde spisskompetanse kan med fordel skje integrert med spesialistutdanning.

Med ny, nasjonal retningslinje for utdanning av intensivsykepleiere er det tidligere kravet til to års relevant forpraksis fjernet fra 2023. Etter ny forskrift definerer den enkelte utdanningsinstitusjon sine opptakskrav. Akuttklinikken ved Oslo universitetssykehus og Lovisenberg diakonale høyskole samarbeider nå tverrsektorielt om en mulighetsstudie der to-års kravet erstattes av ett års målrettet forpraksis for nyutdannede sykepleiere, før opptak til masterstudiet. Vellykket forsøk vil korte ned det totale utdanningsløpet fra 7 til 6 år og tilføre intensiv-/overvåkingsavsnitt kompetanse til å løse omfordelte oppgaver innen enhetene.

Formål

Gjennomføre en mulighetsstudie med kortere og målrettet forpraksis, før spesialistutdanning som intensivsykepleier.

Metode

Beskrive strukturelle og økonomiske forutsetninger for det akselererte utdanningsløpet. Følgforskning av deltakererfaringer med rekrutteringsprosess, introduksjonsprogram, klinisk veiledning og oppdragsfordeling i perioden høst 2022/vår 2023.

Konklusjon/resultat

Det er finansiert 12 tidsavgrensede, ettårige rekrutteringsårsverk i intensiv/overvåkingsavdeling for kommende studenter i intensivsykepleie, med bruk av eksisterende stillingsmidler. Fra en landsomfattende søkermasse i 2022 med 44 kvalifiserte søkere, ble 24 kandidater invitert til første gangs intervju og 16 til andregangsintervju, resulterende i ansettelse i alle 12 stillinger. Akuttklinikken har mobilisert 19 kliniske veiledere, og partene samarbeider om metaveiledning i prosjektperioden fra 09/2022-08/2023. Tiltaket tilfører en ressurs i form av autoriserte sykepleiere, uten spesialistkompetanse, til intensiv/overvåkingsenheter for å øke kapasiteten for pasientbehandling. Mulighetsstudien vil bidra med empiri til å berike debatten om kompetansesammensetning, spesialistutdanning og nødvendige forkunnskaper, på et område av helsepolitisk og samfunnsøkonomisk betydning.

Breddefordeler og breddeulemper i norske helseforetak

Nils Arne Lindaas, Kjartan Sarheim Anthun, Sverre A. C. Kittelsen & Jon Magnussen

Bakgrunn

Reformer knyttet til New Public Management (NPM) i norske helseforetak har gitt ledere mer operasjonell frihet, samt forsøkt å introdusere en form for konkurranse inn i sektoren. Reformene har tillatt – og til en viss grad gitt insentiver til – en viss grad av spesialisering for å øke effektiviteten. En slik spesialisering kan på en annen side også redusere effektiviteten, fordi den kan komme på bekostning av den bredden av tjenester som helseforetaket må tilby.

Formål

Formålet med denne studien er å undersøke om det er forskjeller i effektivitet mellom helseforetak som er spesialiserte og sykehus som er diversifiserte i aktiviteten. Vi ser dermed etter om vi kan finne indikasjoner på såkalte breddefordeler og eventuelle breddeulemper.

Metode

Basert på aktivitetsdata fra alle norske helseforetak i perioden 2011-2019, estimerer vi effektivitetsfronter ved bruk av data envelopment analysis (DEA). Vi splitter aktivitetsdataen opp i to dimensjoner: (1) elektiv behandling versus akutt behandling, og (2) innleggelse versus poliklinikk. Helseforetakene deles opp i fem like store grupper etter andelen aktivitet langs disse dimensjonene, hvor de spesialiserte gruppene er i hver sin ende, mens de diversifiserte er i midten. Vi estimerer effektivitetsfronter for en samlet spesialisert gruppe og en samlet diversifisert gruppe. Frontene blir deretter sammenliknet for å undersøke om breddefordeler eller breddeulemper er til stede.

Resultat

Innledende analyser tyder på det er signifikant høyere effektivitet blant helseforetakene med størst andel av aktiviteten innen enten akutt eller elektiv behandling, sammenliknet med helseforetakene som er diversifisert i midten med relativ lik fordeling i aktiviteten mellom elektiv og akutt. Dette indikerer at det er en viss grad av breddeulemper knyttet til diversifisering i denne dimensjonen. For innleggelse versus poliklinikk finner vi ingen signifikant forskjell mellom de spesialiserte og diversifiserte foretakene. I denne dimensjonen finner vi dermed ingen indikasjoner på hverken breddefordeler eller breddeulemper.

Fire kommuners erfaringer fra forsøk med Statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester

Kari Sand og Kirsti Sarheim Anthun

Bakgrunn

Forsøksordningen med Statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester (SIO) ble gjennomført i et utvalg kommuner i perioden 2016–2021, for å teste ut om statlig finansiering og statlige kriterier for tildeling av omsorgstjeneste bidro til økt likebehandling på tvers av kommuner og riktigere behovsdekning. Det foreligger per nå ingen vitenskapelige publikasjoner av SIO-forsøket utover evalueringsrapportene.

Formål

Studien er basert på data fra to kommuner som har deltatt i forsøket fra starten av, og to kommuner som kom inn i forsøket mot slutten. Formålet er å vise hvilke erfaringer og forventninger kommunene har til SIOs muligheter til å ensrette tjenestetildelingen, og hva de beskriver som konsekvenser og læringseffekter.

Metode

Strukturerte intervju ble gjennomført med politikere, ordførere, kommunedirektører, enhets- og virksomhetsledere, kommunenes prosjektledere for SIO og saksbehandlere fra kommunenes forvaltningskontor (n=60). Samtlige var rekruttert på bakgrunn av at de hadde en tilknytning til gjennomføringen av forsøksordningen i kommunen. Intervjuene ble utført i første halvdel av 2021.

Resultat

Studien viser at samtlige kommuner verdsatte rammene og virkemidlene i forsøket fordi det gav mulighet til å få ”ryddet opp” gjennom å effektivisere en (bedre) funksjons- og arbeidsdeling mellom tildeling- og utfører-leddet (organisering), få styrket faglig kompetanse på tildeling og brukerkartlegging (kompetanseheving), og få innført en mer systematisk evaluering av tildelte tjenester opp mot behov (kostnadskontroll). Kommunene som hadde vært med fra starten, viste også til økonomisk pusterom og mulighet til oppgradering av bygningsmasse. Det kom dessuten frem at kommunene gjennom forsøket øynet mulighet til å gjøre seg sammenlignbare med andre kommuner og derigjennom få avklart ”riktig tildelingsnivå”.

Konklusjon

Norske kommuner er i omstilling for å møte fremtidens behov innen helse- og omsorg. Kommunene i studien viser til virkemidler og tiltak fra forsøket som har gjort dem bedre stand til å iverksette prosesser som kan bidra til å realisere nasjonale ambisjoner.

Resource scarcity and local variation in nursing home coverage levels: Evidence from the Norwegian primary healthcare sector

Jorunn Hoås Røddal

Bakgrunn

Både antall eldre og andre med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester vil øke fremover. Dette kan legge ytterligere press på kommunenes prioriteringer av knappe ressurser, som sykehjemsplasser. Kommunene står fritt til å organisere helse- og omsorgstjenestene som de ønsker, i henhold til lovverk og overordnede føringer. Kommunene er også svært ulike både når det gjelder befolkningssammensetning og geografi, som kan gi ulike inntekstgrunnlag og kostnadsnivå.

Formål

Studien har som formål å undersøke hvordan variasjon i kommunenes ressurser og aggregert behov innvirker på andelen eldre som bor på sykehjem, på tvers av og innad i kommunene.

Metode

Studien reiser 14 hypoteser bygget på empiri, om hvordan ulik ressurstilgang og behov påvirker andelen av befolkningen over 80 år som bor på sykehjem. Hypotesene testes statistisk ved bruk av registerdata fra SSB. Statistisk benyttes «random effects within-between» (REWB)-modellering, som lar oss skille mellom kommuneinterne og mellomkommunale sammenhenger

Resultat/konklusjon

Datamaterialet gir støtte til seks av hypotesene, mens de statistiske sammenhengene er for usikre til å understøtte de resterende åtte. Antallet institusjonsplasser forklarer mye av forskjellen i andelen eldre på sykehjem mellom kommunene. Innad i kommunene vil en økning i kostnadene til eldreomsorg være assosiert med en lavere andel eldre som bor på sykehjem. Det finnes ikke dekning for å konkludere om en slik sammenheng mellom kommunene. Hjemmetjenester og kommunale boliger kan fungere som substitutter til sykehjemsplass, og analysene gir støtte til at en større andel eldre i kommunale boliger vil gi lavere andel eldre på sykehjem. En økning i andelen eldre menn og eldre generelt (>80), fører til en betydelig økning i andelen eldre på sykehjem innad i kommunene. Det ser også ut til at kommuner med sterk politisk ledelse, har en lavere andel av sine eldre på sykehjem, muligens fordi en sterk politisk ledelse er assosiert med tøffere budsjettbetingelser.

Kompetanseutvikling og ledelse i sykepleietjenesten i KAD

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

Bakgrunn

Som en konsekvens av samhandlingsreformen har kommunene etablert kommunale akutte døgnenheter (KAD) som et intermediært tilbud til befolkningen. Disse etableringene skaper behov for økt fokus på kompetanseutvikling og ledelse i enhetene.

Formål

Identifisere lederstil til førstelinjeledere i KAD og å undersøke hvorvidt lederstil er assosiert med kompetanseplanlegging.

Metode

En nettbasert survey ble distribuert til førstelinjeledere ved alle landets KAD (n=229) i 2019, og 80,5 % (n=182) ble inkludert i analysene. Lederstil ble målt gjennom Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ). Instrumentet inkluderer faktorene relasjonsorientert ledelse (14 spørsmål), oppgaveorientert ledelse (7 spørsmål), og selvrapportert effektivitet (9 spørsmål). Korrelasjonsanalyse (Spearman's rho) ble brukt for å identifisere følgende konfunderende strukturelle variabler: langtidsenhet/korttidsenhet, antall sykepleiere pr. pasientplass og stilling for fagutviklingssykepleier i enheten.

Resultat

Førstelinjelederne viste noe høyere grad av relasjonsorientert lederstil [gj.sn (SA) 3(0,35) poeng] sammenlignet med oppgaveorientert lederstil [gj.sn (SA) 2,6(0,55) poeng]. Samtidig var det høy korrelasjon mellom de to lederstilene ($r=.490$ $p<.001$).

Korrelasjonsanalyse viste positive assosiasjoner mellom strategisk planlegging for sykepleiekompetanseutvikling i tjenesten, korttidsenhet, andelen sykepleier i personalgruppen og det å ha en fagutviklingssykepleier tilknyttet enheten. Lederstil og leders selvrapportert effektivitet viste ingen signifikant assosiasjon med plan for kompetanseutvikling. Regresjonsmodellen forklarte variasjon i kompetanseutvikling med 9-12 %, og bare fagutviklingssykepleier viste signifikant predikasjonsverdi ($B = ,89$ $p= .007$, $Exp(B)$ 2,44).

Konklusjon

Ledere i KAD utøver både relasjonsorientert og oppgaveorientert ledelse, og ofte i kombinasjon. Kompetanseutvikling bør være sentralt i effektivt lederskap i KAD. Det å ha fagutviklingssykepleier i lederstaben i KAD-enheter framstår som viktig, blant annet for å bistå førstelinjeleder i ansvaret med kompetanseutvikling i sykepleietjenesten i enhetene.

Modelling long term trajectories for primary and secondary health care utilization in COPD patients: A population-based study using Norwegian registry data

Jon Helgheim Holte

Background

Few studies examine how the use of health services for COPD patients develops over time.

Objective

This study aims to identify care trajectories- combinations of primary and secondary health services use – for COPD patients over a period of five years. We also seek to identify determinants for variations in care trajectories.

Methods

We use data from a wide range of administrative registers. This provides us with nearly complete information on health- and social service utilization, coupled with data on social background, for all COPD patients in Trondheim and Oslo in the period from 2008-2019. The data was analyzed using a group-based multi trajectory model (GBMT) on a sample of 13 467 individuals who are followed from the time of first contact with COPD and five years onwards.

Results

Six distinct care trajectories for COPD-related health services use emerged in our analysis. The most common trajectory involves consistent (yearly) use of GP services with little use of other services (38%). The second most common trajectory involves little use of health services apart from contact in the first year, which usually take place in general practice (28%). Furthermore, two trajectories involves consistent use of GP services accompanied with either some use of hospital and physiotherapist services (21%) or consistent use of contract specialist (6%). The two last trajectories both involves consultations with specialist contractor, of which one involves consistent contact with a specialist contractor and little use of other services (4%), while the second only involves contact with specialist contractor in the first year and inconsistent use of GP services throughout the five years.

Conclusion

This study shows that COPD patients constitute a highly heterogeneous group in terms of health care services utilization. It seems that the current guidelines for COPD treatment is not complied with for many patients. More research on the effects of different types of care pathways is warranted.

Predicting risk of future hospital episodes for COPD patients – Associations to outpatient care, patient comorbidities, socioeconomic and –demographic factors

Tron Anders Moger

Background

Although chronic obstructive pulmonary disorder (COPD) admissions puts a substantial burden on hospitals, most of the patients' contacts with health services are in primary care. Traditionally, primary care has been difficult to capture in population-based samples.

Aim

The aim is to assess associations between hospitalizations with a respiratory or COPD diagnosis and previous primary care/outpatient contacts, continuity and compliance to recommendations in guidelines. In addition, associations to comorbidities and sociodemographic and –economic variables are studied.

Methods

Patients were identified from the Norwegian Patient Register (in- and outpatient contacts, rehabilitation) and the KUHR register (consultations with GPs, contract specialists and physiotherapists), 2010-2019. Data also included the Regular General Practitioner register (characteristics of the GP and practice), long-term care data from Oslo and Trondheim (e.g. home nursing, nursing homes, need for assistance), socioeconomic and –demographic data from Statistics Norway and the Cause of Death register. At least three COPD consultations with GP or contract specialists in Oslo and Trondheim and a follow-up of one year was required. This resulted in a sample of 17,431 individuals.

Results

The number of current year primary and outpatient contacts was strongly associated to next year hospitalizations with COPD or respiratory diagnoses (10-60% more hospitalizations for categories with increasing contact numbers). Effects were relatively large compared to most comorbidities and socio-demographic and –economic variables. Fees indicating interaction between providers, regular spirometries, greater continuity of care with GP, and rehabilitation within a month of previous hospitalizations as opposed to later, were associated with lower numbers of next year hospitalizations, although these effects were modest.

Conclusion

In a population-based sample of COPD patients, a huge variation in number of primary and specialist health care contacts is evident. An increasing number of contacts with any type of primary care provider was strongly associated with future hospitalizations, thus stressing the need for communication and coordination of care between providers for these patients.

Status: Work in progress.

Is future disability benefit associated with specific combinations of health care use for musculoskeletal disorders?

Olav Amundsen, Tron Anders Moger, Jon Helgheim Holte, Trond Tjerbo, Nina Kjøpke Vøllestad

Background

Musculoskeletal disorders (MSD) are one of the highest contributors to disability benefit in Norway and other OECD-countries. This is an increasing problem in most OECD countries and is a major challenge for welfare states. To be able to prevent people from falling out of the work force it is important to identify combinations of care associated with poorer outcomes and increased risk of future disability pension.

Objective

Examine how combinations of health care use relate to future disability benefit, controlling for demographic, socioeconomic and clinical factors.

Methods

The study combines Norwegian data registers with information on health care use, diagnosis, comorbidities, demographic, education, socioeconomic factors and disability benefits. Patients are included at the time of their first health care visit for MSD in 2013-2015 and are followed until end of 2020. Patients between 18-62 years and registered in the work force at index are included. The outcome is being registered with disability benefit minimum 12 months after index. Multivariable regression analysis is used with combinations of health care use for the first 12 months as the main explanatory variables. Combinations of health care use are identified by variables for having used GP, physiotherapy and specialist health care for MSD and creating combinations of these dichotomous variables. Other variables were included as covariates.

Results/conclusion

Using specialist health care for MSD in combination with GP (OR 1.91, 95%CI 1.36-2.68) or in combination with both GP and physiotherapy services (OR 2.38, 95%CI 1.53-3.71) was associated with increased risk of future disability pension compared to seeing GP alone. Seeing physiotherapist only or in combination with GP was not associated with increased risk of future disability pension. Reasons for these associations remain to be explored.

Implementing national care coordination guidelines for people with complex care needs: evidence from a pilot study

Jorid Kalseth, Line Melby, Marian Ådnanes og Silje Kaspersen

Background

In 2018, The Norwegian Directorate of Health launched an integrated care pilot project aiming to implement national guidelines for the follow-up of people with complex care needs in six municipalities. Core measures of the pilot are implementing structures and systems for identifying persons in need of interdisciplinary and intersectoral follow-up, implementing structured interdisciplinary follow-up teams as care approach in all services, strengthening the role of care coordinators, and strengthening user involvement and adaption to user needs. The national guidelines are generic and target all services for people with complex care needs independent of age and diagnosis. Initially the pilot was planned to last until 2021 but has been extended until 2023. Two of the six municipalities did not apply for continuation of the pilot.

Objectives

To evaluate the implementation of the pilot project and to identify barriers and facilitators for implementing national guidelines on the follow-up of persons with complex care needs.

Methods

The evaluation takes a mixed-methods approach, comprising qualitative interviews and survey data with managers, care coordinators, other municipal employees, as well as service users in the target group. The experiences in putting the national guidelines into practice are discussed based on integrated care models and implementation theory.

Conclusion/results

The implementation has taken considerably longer time than first planned, and the complexity of the intervention (in terms of variety of user groups, services/sectors involved, system change requirements etc.) seems to have been underestimated. To implement new guidelines, structures and work approaches for follow-up of persons with complex care needs constitute a complex intervention that requires thorough preparation, anchoring, understanding and commitment among managers and municipal employees of the services involved. Employees' and leaders' understanding of the usefulness of the intervention and how it differs from existing practice is an important success criterion in the implementation process.

Older high-utilization patients in Norwegian somatic hospitals – a national register-based study

Morten Lønhaug-Næss, Monika D. Jakobsen, Bodil H. Blix, Trine Bergmo, and Jill-Marit Moholt

Background

Previous studies have shown that a small proportion of patients use most of the resources in Norwegian somatic hospitals. These patients, who are described as ‘high-utilization patients’ (HUP), have more acute hospital admissions, longer hospital stays, and higher readmission rates than other patients. In addition, the majority are older adults and have chronic and long-term healthcare needs. Certain sociodemographic characteristics have in previous research been found to increase the probability of becoming HUP.

Aim

This study aims to examine 1) individual characteristics of older HUP in Norwegian hospitals and 2) associations between the characteristics and in-hospital resource use. We further aim to examine if individual characteristics increase the probability of becoming HUP.

Method

We conducted a registry-based observational study using data from the Norwegian Patient Registry, and Statistics Norway. We examined data for 211 738 older adults (≥ 65 years) with at least one acute somatic hospital contact during 2019. The HUP were identified by the 90th percentile ($n = 21179$) of those with the highest generated DRG points (diagnosis-related groups) among the study population. Associations between individual characteristics and the probability of becoming a HUP were examined through logistic regression analysis.

Results/Conclusion

We found that the probability of becoming HUP decreases with higher age, and among those with a higher level of education. Patients who died during 2019 had an increased probability of becoming HUP prior to death. However, most individual sociodemographic characteristics do not contribute to the probability of becoming HUP.

Study status: In process.

What is care quality? The perspectives of family caregivers

Jorun Rugkåsa, Anne-Kari Johannesen, Beret Bråten, Kristin Häikiö

Background

The democratisation of health care has seen increasing emphasis on the rights of users of health services, including family caregivers, to be informed and involved in all aspects of care. Importance is attached to the value of such involvement for care quality. Health care delivery is also increasingly reliant on the contribution of family caregivers. If family carers are to work “in partnership” with services to enhance service quality in the ways envisaged in policy, their views of what constitutes care quality is important to capture, as it might shape these interactions and thereby the overall care provided.

Aim

To explore fundamental features of care quality from the perspectives of family caregivers in different clinical settings

Methods

Secondary qualitative analysis of three sets of qualitative interviews with family carers of people (i) living with dementia (ii) in the last phase of life and (iii) in Municipal Acute Unites (“KAD”). Data consist of verbatim transcripts of 48 interviews.

Results

From the perspective of our participants, care quality depends on how services (i) recognise carers and patients for who they are as whole people and (ii) recognise family carers’ knowledge, abilities and limitations. Both types of recognition were seen as affected by the way in which services are organised, and distributions of labour were often largely unspoken or unilaterally imposed by health professionals. Based on findings, the presentation will discuss whether current approaches for carer involvement and frameworks for assessing care quality fail to recognise the epistemic value of carers’ positions and knowledge, and as such constitute examples of Mirinda Fricker calls *epistemic injustice*.

Kreativ koordinering; pakkeforløpskoordinatorers arbeid med pakkeforløp for kreft

Erna Håland og Line Melby

Bakgrunn

Pakkeforløp for kreft, som ble innført i Norge i 2015, er standardiserte pasientforløp som har som målsetning å minimere ventetid og gjøre kreftbehandling mer forutsigbar og trygg for pasientene. Med pakkeforløpene ble det også innført en ny rolle i pasientforløpet; pakkeforløpskoordinatorer. Koordinatorene har en sentral rolle i gjennomføringen av pakkeforløpene. Målsetningen har vært at pasientene skal ha én kontakt å forholde seg til, men rolle og arbeidsoppgaver tolkes og utføres på en rekke ulike måter. Koordinatorene er som oftest sykepleiere eller sekretærer, og har ansvar for koordinering og oppfølging av pasienter og helsepersonell på tvers av ulike lokasjoner, inkludert på tvers av sykehus.

Formål

Undersøke det arbeidet pakkeforløpskoordinatorene gjør for å definere og utføre sine arbeidsoppgaver i pakkeforløpene.

Metode

Med bakgrunn i et prosjekt finansiert av Norges forskningsråd for å evaluere innføringen av pakkeforløp for kreft i Norge, tar vi i denne delen av prosjektet utgangspunkt i kvalitative intervjuer med 15 pakkeforløpskoordinatorer fra fire ulike sykehus, både universitetssykehus og mindre, lokale sykehus.

Konklusjon/resultat

Vi har utviklet tre foreløpige kategorier som beskriver koordinatorenes arbeid: 1) Kreativ koordinering i nettverk, 2) Forhandlinger om rolle, arbeidsoppgaver og ansvarsområder, 3) Diskré kvalitetssikring. Med utgangspunkt i særlig Strauss' begreper om synlig og usynlig arbeid, 'negotiation' og 'articulation work', peker vi på hvordan mye av koordinatorenes arbeid er usynlig, selv om det er helt sentralt arbeid for at pakkeforløpene skal kunne gjennomføres. Avslutningsvis stiller vi spørsmål om koordinatorene utfører sitt arbeid så godt, kreativt og fleksibelt, at det faktisk kan medvirke til at det blir usynlig – og dermed mindre verdsatt.

Ventetid til nyretransplantasjon med avdød donor- en retrospektiv registerstudie

Kristel Guldhaugen, Eva Stensland, Anders Åsberg, Anna Varberg Reisæter, Kjersti Lønning, Bjarne Jacobsen, Yohannes Tesfay

Bakgrunn

Kronisk alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CKD stadium 5), er definert som terminal nyresvikt hvor nyrene har mindre enn 15 % av normal nyrefunksjon. Slike pasienter er avhengig av dialyse eller nyretransplantasjon for å overleve. Transplantasjon er generelt en bedre behandling, både med tanke på livskvalitet og overlevelse, men behovet for organer er i dag større enn antall organer tilgjengelig for transplantasjon. Ifølge Norsk nyreregister venter dobbelt så mange pasienter på nyretransplantasjon i dag, sammenlignet med for 10 år siden, og ventetiden blir stadig lengre.

Helsetjenester skal være likeverdig fordelt, og det er en målsetning i Norge å tilby alle medisinsk egnede pasienter som ønsker det, uavhengig av alder, en nyretransplantasjon. Internasjonale studier har funnet at lav sosioøkonomisk status, rural bosetting, høy alder og minoritetsbakgrunn var forbundet med lengre ventetid til nyretransplantasjon

Formål

Hensikten med denne studien er å undersøke om pasienter med kronisk alvorlig nyresykdom har likeverdig tilgang til nyretransplantasjon med avdød donor i Norge. Formålet med studien er å undersøke om ulike behandlende nyresenter, ulik sosioøkonomisk status eller migrantbakgrunn påvirker tid til påmelding på transplantasjonslisten, og om disse faktorene i tillegg til alder påvirker tiden det tar fra påmelding på transplantasjonslisten til nyretransplantasjon med avdød donor.

Metode

Prosjektet er en retrospektiv registerstudie. Studien benytter data fra tre datakilder:

- Norsk nyreregister (NNR)
- Statistisk sentralbyrå (SSB)
- Orpheus (Journalssystem)

Utvalget består av pasienter registrert i NNR som oppfyller minst ett av følgende kriterier i perioden 01.01.2005–31.12.2020:

- Påmeldt transplantasjonsliste
- Nyretransplantasjon med avdød donor
- I dialysebehandling

Prosjektet har to endepunkter:

1. Påmelding på transplantasjonsliste
2. Nyretransplantasjon med nyre fra avdød donor

I prosjektet beregnes hazard ratio for påmelding på transplantasjonslisten og for nyretransplantasjon for pasienter tilknyttet ulike nyresentre, for ulike aldersgrupper, ulik sosioøkonomisk status og for personer med/uten migrantbakgrunn. Data analyseres hovedsakelig ved bruk av Cox multipl regresjon.

Resultat

Prosjektet er i oppstartsfasen, vi har ikke mottatt alle data.

The precarious patient participation – a qualitative interview study of experiences from the acute stroke and rehabilitation journey

Marianne Sivertsen, Hanne De Jaegher, Karl Bjørnar Alstadhaug, Ellen Christin Arntzen, Britt Normann

Bakgrunn

Aktiv deltakelse fra pasienten er viktig for å optimalisere gjenvinning av funksjon etter et hjerneslag men er ofte redusert uavhengig av hjerneslagets alvorlighetsgrad. Deltakelse er komplekst, og de bak-enforliggende årsakene bak den rapporterte reduksjonen hos denne gruppen er uklare.

Formål

Hensikten med denne studien er å framskaffe kunnskap om hvordan hjerneslagoverlevende erfarer overgangen fra å være et selvstendig individ til å ha et hjelpebehov. I tillegg ønsker vi å utforske grunnleggende miljømessige og personlige aspekter ved rehabiliteringsforløpet som kan påvirke aktiv deltakelse.

Metode

Kvalitative forskningsintervjuer med 17 deltakere som nylig hadde gjennomgått hjerneslag. Data ble analysert med systematisk tekstkondensering og tolket i lys av enactive teori.

Resultat

Resultatene danner to kategorier. Den første kategorien beskriver hvordan hjerneslaget og påfølgende innleggelse på sykehuset forårsaker en endring fra å være en autonom person til å bli «et objekt på et samlebånd». På sykehuset dominerer protokoll-baserte undersøkelser, inaktivitet, mangel på rehabiliteringsfokus og deltakelse i viktige avgjørelser. Den andre kategorien belyser pasientenes passive tilpassning til sykehussystemet i kontrast til aktiv deltakelse etter utskrivning. De av deltakerne som hadde hatt en periode med døgnerhabilitering med tverrfaglig oppfølging var mer forberedt på å komme hjem. Vansker som fatigue og kognitive problemer kom ofte først til overflaten etter hjemkomst hvilket gjorde overgangen utfordrende for mange. For de fleste var fysioterapi eneste oppfølging i hjemkommunen. Erfarte kroppslige endringer i fysioterapi var viktig og fasiliterte til deltakelse.

Konklusjon

Deltakelse er sårbart og påvirkes av endringer i autonomi. Kombinasjonen av de kroppslige endringene etter hjerneslaget samt endringer i rolle og kontekst på sykehus har gjensidig forsterkende effekt på reduksjon i autonomi som vedvarer ut over sykehusoppholdet. Å styrke autonomi gjennom partnerskap og likeverd i interaksjoner med helsepersonell, aktivitet og tverrfaglig støtte i kommunehelsetjenesten kan fremme deltakelse.

Tannhelsetjenester til hjemmeboende eldre- samhandling med hjemmetjenester og pårørende

E.A. Szyszko Hovden, M.M Uhlen-Strand, R. Skudutyte-Rysstad, R. Hellesø, V. E. Ansteinsson.

Bakgrunn og formål

Det er stort politisk fokus på tilgjengelige, pasientsentrerte helsetjenester for eldre. Det krever godt tverrfaglig samarbeid å kunne ivareta helsen til hjemmeboende eldre, men samhandling mellom ulike tjenester er ofte utfordrende i praksis. Eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester har rettigheter til vederlagsfrie tannhelsetjenester, men få benytter seg av tilbudet. Formålet med denne studien var å kartlegge tannhelsepersonells erfaringer med samhandling med hjemmetjenester og pårørende i forbindelse med tannbehandling av hjemmeboende eldre.

Metode

En elektronisk spørreundersøkelse ble distribuert til tannhelsepersonell i Norge i november 2021. Skjemaet inkluderte bakgrunnsdata, samt 14 samhandlingsrelaterte spørsmål og utsagn skåret ved hjelp av en fempunkts Likert-skala. Deskriptiv statistikk ble brukt for å beskrive resultatene.

Resultat

Totalt responderte 466 tannleger, 244 tannpleiere og 394 tannhelsesekretærer, som alle behandlet eldre pasienter som mottar hjemmetjenester, på spørreundersøkelsen. De fleste var kvinner (92%) og jobbet i den offentlige tannhelsetjenesten (91%). Flertallet var enige i at det er helt avgjørende for behandlingen og oppfølgingen av eldre som mottar hjemmetjenester at pårørende (68%) og hjemmetjenesten (88%) er involvert. Bare halvparten (52%) var fornøyd med kommunikasjonen med hjemmetjenesten slik den er i dag og rundt halvparten var alltid/ofte i kontakt med pasientens pårørende (48%) eller hjemmetjenesten (56%) i forbindelse med tannbehandling. Kun 8% var alltid/ofte i kontakt med pasientens fastlege. Halvparten av respondentene ga alltid/ofte postoperativ informasjon til både pårørende (50%) og hjemmetjenesten (51%), mens kun 1% var alltid/ofte i kontakt med pasientens fastlege etter utført tannbehandling. Tretti prosent av respondentene mente at klinikken ikke hadde klare rutiner for å gi informasjon til hjemmetjenesten når en bruker har vært til tannbehandling, mens 14% visste ikke om rutinene.

Konklusjon

Tannhelsepersonell opplever samhandling med pårørende og hjemmetjenesten som viktig ved tannbehandling av eldre pasienter. Likevel preges samarbeidet av lite kommunikasjon, samt uklare rutiner rundt informasjonsdeling.

Health care for children with cerebral palsy: multidisciplinary collaboration and complexity of stakeholders

Silje Karin Sjøseth Askeland

Background

Cerebral palsy (CP) is the leading cause of childhood disability with an estimated prevalence in Norway of 2.4 per 1000 live births. Children with CP experience a considerable higher burden of disease accounting for the permanent development disorders of motor impairment that often are associated with several other comorbidities. Accounting for the complexity caused by a combination of disabilities that changes through a lifespan, children with CP and their family is in need of coordinated care over time, delivered by several specialists within different care units and levels. Research has shown unmet care needs and coordination challenges for these children and their families. More knowledge of the stakeholders involved and the collaboration between them is important in facilitating high quality care for this patient group.

Objective

The article aims to answer the following research questions:

- Who are the stakeholders involved in health care and follow-up for children with cerebral palsy?
- How can the different stakeholders' behaviour, intentions, responsibilities and interrelations in health care and follow-up be described?

Methods

The article poses a qualitative explorative embedded case study design, following six children with CP and their families over the period of one year. In order to answer the research questions a stakeholder analysis combining interviews with families, interviews with health care personnel, observations in meetings where treatment and care are discussed and decided and analysis of document describing health care and follow-up services are implemented.

Results/conclusion

Preliminary results shows a complex care pathway with involvement of several stakeholders at different national and international care units and levels. Health care and follow-up services are concerned with complex issues where the responsibilities can be unclear and involve stakeholders operating under different context and regulations that do not address gaps in the patient follow-up. The offered health care and follow-up services also depends on the families approaches and effort.

Opplevd kontinuitet i tjenestetilbudet til barn og unge med psykisk utviklingshemming i helse vest

Merethe Hustoft, Hanne Marit Bjørngaas og Marianne Storm

Bakgrunn

Psykisk utviklingshemming er en funksjonsdiagnose som beskriver generelle kognitive vansker, utfordringer med å mestre dagliglivet selvstendig, og er en tilstand som skal ha oppstått i utviklingsperioden (før 18 år). Tilstanden kan ha ulike årsaker, medfødte eller tidlig ervervet. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD) estimerer en forekomst for psykisk utviklingshemming i Norge på mellom 0,95 % og 1,23 %, noe som tilsvarer mellom 47.000 og 61.500 personer (HDir 2019). I Hordaland fylke var det registrert 2055 personer over 16 år med diagnosen psykisk utviklingshemming i 2019 (HDir 2019).

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke hvordan pårørende til barn og unge med psykisk utviklingshemming opplever samhandling i og kontinuiteten av tjenester og mellom spesialisthelsetjenesten (HABU) og kommunehelsetjenesten. I tillegg vil vi undersøke hvilke faktorer som kan påvirke kontinuitet og samhandling.

Metode

For prosjektet planlegges det for å benytte metodetriangulering ved å benytte både tverrsnitt, longitudinell og intervju studiedesign. I disse dager planlegges en digital spørreundersøkelse hvor vi vil inkludere følgende spørreskjema: Measure of Process of Care (MPOC-20), Nijmegen Continuity Questionnaire, Norsk versjon; NCQ-N, Parental Account of children's Symptoms spørreskjema og integrate. I tillegg inkluderes sosiodemografiske spørsmål både om barnet, pårørende og eventuelle søsken. Vi vil videre utvikle en longitudinell studie for å undersøke eventuelle endringer i pasient/pårørende opplevelse av samhandling og kontinuitet over tid. I tillegg til spørreundersøkelsen planlegges bruk av dybdeintervju fra et strategisk utvalg av pårørende for å undersøke deres erfaring med samhandling og kontinuitet.

Konklusjon/resultat

Prosjektet er i planleggingsfasen, en konklusjon eller resultater vil derfor ikke presenteres her

Barriers to and facilitators for making emergency calls – a qualitative interview study of stroke patients and witnesses

Ida Bakke, Christian Georg Lund, Maria Carlsson, Rolf Salvesen og Britt Normann

Background

Early access to hospital for diagnosis and treatment is strongly recommended for patients with acute stroke. Unfortunately, prehospital delay frequently occurs.

Objective

The aim of the current study was to gain in-depth insight into both patient and witness experience and behavior in the prehospital phase of a stroke.

Methods

We conducted qualitative interviews with a purposive sample of 11 patients and six witnesses within four weeks post stroke. The participants were recruited from a stroke ward located in Northern Norway. The interviews were audio recorded, transcribed, and analyzed utilizing Systematic Text Condensation.

Results

The material was classified according to two main categories each containing three subgroups. The first category contained the diversity of sudden changes that all participants noticed. The subgroups were confusing functional changes, distinct bodily changes and witnesses' observations of abnormal behavior or signs.

The second category was delaying and facilitating factors. To trivialize or deny stroke symptoms, or having a high threshold for contacting emergency services, led to time delay. Factors facilitating early contact were severe stroke symptoms, awareness of the consequences of stroke or a witness present when the stroke occurred.

Conclusions

Prehospital delays involved interrelated elements: (1) Difficulties in recognition of a stroke when symptoms were mild, odd and/or puzzling; (2) Recognition of a stroke or need for medical assistance were facilitated by interaction/communication; (3) High threshold for calling emergency medical services, except when symptoms were severe. The findings may be helpful in planning future public stroke campaigns and in education and training programs for health personell.

Published by Elsevier Inc, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26th August 2022. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106734>

Helsepersonells erfaringer med ytelse av kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre stormottakere av somatiske sykehustjenester

Jill-Marit Moholt, Audhild Høyem, Bodil H. Blix og Cathrine Arntzen

Bakgrunn

Undersøkelser viser at flertallet av pasientene som bruker størstedelen av ressursene i somatiske sykehus, såkalte "stormottakere", er eldre personer med sammensatt sykdomsbilde. Denne gruppen har hyppigere sykehusinnleggelser, lengre liggetid og høyere reinnleggsrate enn andre pasienter. For å sikre god samhandling og helhetlige pasientforløp er det behov for mer kunnskap om hvordan denne gruppen ivaretas i kommunene.

Formål

Å undersøke hvordan helsepersonell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 1) beskriver eldre stormottakere av somatiske sykehustjenester og 2) hvordan tjenesteutøverne forstår og håndterer pasientenes behov.

Metode

Studien er en kvalitativ intervjustudie basert på seks fokusgruppeintervju med totalt 26 ansatte i hjemmebaserte tjenester eller rehabiliterings-/korttidsavdelinger i fire nordnorske kommuner. Intervjudata er analysert med tematisk analyse.

Resultat/konklusjon

Helsepersonellet brukte ikke begrepet stormottakere, men beskrev at de hadde mange eldre pasienter med hyppige sykehusinnleggelser. Pasientene de snakket om kan identifiseres i tre hovedkategorier: 1) eldre med alvorlig, progredierende sykdomsbilde som krever regelmessige observasjoner, akutt behandling og lindring av symptomer, 2) skrøpelige eldre med nedsatt funksjonsnivå og 3) pasienter som utskrives fra sykehus med avanserte prosedyrer og/eller medisinskteknisk utstyr.

Helsepersonell i kommunene beskriver eldre stormottakere som en uensartet gruppe som trenger persontilpassede tiltak og tjenester, samt tverrfaglig og tverrsektoriell oppfølging. Også innenfor hver av de tre kategoriene beskriver de behov for ulike tilnærminger. For eksempel har noen alvorlige og kroniske sykdommer som må monitoreres regelmessig etter fastsatte prosedyrer (for eksempel pasienter med alvorlig KOLS og/eller hjertesvikt), mens skrøpelige eldre ofte trenger hyppige tilsyn og høyere omsorgsnivå i kommunen.

I studien argumenterer vi for at et felles begrepsrammeverk for å uttrykke pasientenes ulike tjenestebehov vil øke presisjonen i kommunikasjonen på tvers av tjenestenivå, samt bidra til bedre samhandling og mer helhetlige pasientforløp.

Status: nesten ferdig/resultater.

Eldre multimorbides opplevelser om deltagelse og samhandling i primærhelsetjenesten: en kvalitativ studie

Hilde Marie Hunsbedt Fjellså og Marianne Storm

Bakgrunn

Et skifte i den demografiske populasjonen av eldre medfører av flere eldre lever med multimorbiditet og kroniske sykdommer når de bor hjemme. Det forventes at primær- og spesialisthelsetjenesten må samhandle for å håndtere disse kronisk og komplekse sykdommene. Tilstrekkelig informasjon, og være en aktiv deltager i valg om egen helse er et viktig aspekt for samhandling og helsefremming. Digitale verktøy som pasient portaler, nettsider og sensorteknologi kan gi eldre personer informasjon, og bidra til at eldre er aktivt deltagende i avgjørelser om egen helse.

Formål

Hensikt med denne studien er å undersøke hva som påvirker at eldre personer med multimorbiditet deltar i oppfølging av egen helse og samhandling, og undersøke betydningen av digitale verktøy for samhandling og deltagelse.

Metode

En kvalitativ longitudinell studie som ble gjennomført i en norsk kommune vinter 2019- sommer 2020. Det ble gjennomført 20 semistrukturelle kvalitative intervju med eldre multimorbide hjemmeboende personer. Intervjuene ble transkribert og analysert med utgangspunkt i systematisk tekstkondensering.

Konklusjon/resultat

Preliminære funn viser at en gruppe eldre kan sees på som aktiv deltagende i egen helse og samhandlingen. Disse eldre innhenter informasjon enten via fastlegen eller ved hjelp av digitale verktøy som HelseNorge. De opplevde eller tok initiativ til samhandling med helsepersonell, og hadde et ønske om å ha regien i eget liv og helse. En annen gruppe eldre var mindre deltagende i egen helse. Denne gruppen eldre var veldig syke, hadde nylig akutt sykdom eller en forverring av kronisk sykdom. De klarte ikke å motta eller ha oversikt over all informasjon angående egen helse. Pårørende hadde en viktig rolle for å hjelpe denne gruppen, og samhandlet med helsepersonell og hjalp til med praktiske gjøremål. Gjelden for begge gruppene var at de eldre opplevde at telefonsamtaler eller fysiske møter med helsepersonell som den viktigste arenaen for å få og dele informasjon.

Hva er viktig for meg? Kreftpasienters opplevelse av kommunikasjon, informasjonsflyt og organisering gjennom et pasientforløp

Line Melby, Kristine Gjermestad, Ingrid K. L. Solem, Ragnhild Halvorsrud

Bakgrunn

Studier tyder på at kreftpasienter er fornøyde med den medisinske behandlingen og oppfølgingen, og måten forløpet er organisert gjennom pakkeforløp på sykehus. Samtidig er pasientforløpet mye lengre og mer omfattende enn det som skjer internt på sykehus. Samarbeid på tvers av nivåer og sektorer, koordinering og rett og relevant informasjon til pasienten kan svikte i løpet av et lengre pasientforløp. Dette kan gi dårlige pasientopplevelser, og i verste fall påvirke helseutfall.

Formål

Få kunnskap om hva kreftpasienter og pårørende opplever som kritiske faktorer i pasientforløpet - knyttet til kommunikasjon, informasjonsflyt og organisering.

Metode

Workshops og individuelle intervjuer med til sammen 41 kreftpasienter og/eller pårørende. Vi har brukt metoden Critical incident technique, der informantene har beskrevet positive og negative kritiske hendelser i forløpet. I analysen har vi kategorisert hendelsene tematisk.

Resultat

Hendelsene er kategorisert i to hovedkategorier: (1) informasjon og kommunikasjon og (2) organisering av tjenesten og personell. Sub-kategoriene består av aktiviteter og praksiser som kan resultere i positive eller negative resultater for pasienten ut ifra gjennomføringen av dem. Informasjon og kommunikasjon handler om tilgang til informasjon, koordinering av ulike mer eller mindre samsvarende informasjonskilder, måten informasjonen formidles på og mer overordnet relasjonen mellom pasient/pårørende og helsepersonell. Organisering omfatter tilgjengelighet til tjenester og organisatoriske rutiner.

Konklusjon

Resultatene støtter inntrykket av at selve behandlingsregimet på sykehus er effektivt og godt gjennomført. Tiden etter at pasienter er ferdigbehandlet er mer utfordrende, med både mangel på informasjon og videre tilbud. Relasjonen mellom helsepersonell, og måten informasjonen formidles på, er svært avgjørende for om forløpet oppleves godt eller dårlig.

Prospective association between Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups risk assessment scores and self-reported outcome measures among individuals with complex or long-term conditions.

Rannei Hosar, Aslak Steinsbekk

Background

Self-reported outcome measures have been proposed to turn patient-centred care from rhetoric to reality for individuals with complex or long-term conditions. Still, the lack of mechanisms for routine collection and aggregation of these data on a large scale is halting its application on a population level. However, administrative data such as claims data is easily accessible and widely applied for population level risk assessment of individuals with complex or long-term conditions. It is conceivable that there are associations between administrative data and self-reported outcome measures, which could imply a potential to pivot the usage of current risk assessment systems to identify individuals with poor self-perceived outcomes.

Objective

Investigate the prospective association between Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG) risk assessment scores and low scores in self-reported outcome measures among individuals with complex or long-term conditions.

Methods

A health registry- and survey-based prospective cohort study among 2 944 adults with complex or long-term conditions in Central Norway who visited a general practitioner in 2013. Risk assessment was carried out using the ACG system based on diagnoses registered by any GP in 2013. Self-reported outcome scores were measured by EQ-5D, Patient Activation Measure and overall self-rated health in a survey in April 2014. The prospective association was explored by three logistic regression models: One with each respective self-reported outcome measure as the dependent variable and a selection of ACG variables as independent variables.

Conclusions/results

Bivariable analyses showed a clear gradient of increasing ACG risk scores in individuals with low self-reported outcomes scores in near all relevant variables. In the multivariable analyses, four of the five ACG variables were prospectively associated with one or more self-reported outcomes. The three self-reported outcome measures identified mostly three separate groups of individuals with low scores.

Helseangst, livskvalitet og forbruk av helsetjenester etter påvisning av hjerneaneurisme ved screening

Ingvild Rosenlund, J Isaksen, LH Johnsen, E Mathiesen, T Ingebrigtsen

Bakgrunn

Hjerneaneurismer er utposinger på hjernens pulsårer. Aneurismene kan bryte og gi hjernehinneblødning (subaraknoidalblødning), en alvorlig form for hjerneslag med høy dødelighet og høy sykkelighet blant dem som overlever. Blødningsrisikoen er lav (<1 % per år) og forebyggende behandling med mikrokirurgisk eller endovaskulær lukking medfører prosedyrerelatert risiko for alvorlige komplikasjoner på om lag 5 %.

Hjerneaneurismer blir i økende grad påvist tilfeldig etter bildeundersøkelse, f. eks. på grunn av hodepine eller skader. Internasjonalt har noen fagmiljøer foreslått screening for å redusere forekomsten av subaraknoidalblødning. De fleste som får påvist aneurismer i Norge blir imidlertid ikke behandlet, fordi behandlingen oftest vurderes å medføre større risiko enn det naturlige forløpet.

Vi undersøkte 1 862 deltakere i Tromsø 7 med magnetisk resonans angiografi av hjernens pulsårer, og påvist ett eller flere aneurismer hos 122 (7 %). Oppfølging av denne kohorten gir mulighet for å undersøke eventuelle negative helseeffekter av å gjennomgå screening med positive funn som ikke skal behandles.

Formål

Å undersøke om funn av hjerneaneurisme i Tromsø 7 påvirket helseangst, livskvalitet og helsetjenesteforbruk.

Metode

Vi har gjennomført en kasus-kontrollstudie der de 122 kasusene sammenlignes med kjønns- og alders-matched deltakere i Tromsø 7 som ikke ble undersøkt med MRA. Deltakerne fylte ut spørreskjemaer om helseangst (Whitely index) og livskvalitet (EQ-5D), og har nå fylt ut de samme skjemaene på ny i en tverrsnittundersøkelse, slik at vi kan kvantifisere grad av helseangst og livskvalitet før og etter påvisning av aneurismet. Vi har også koplet data fra Tromsø 7, Norsk pasientregister og Kontroll- og utbetaling av helserefusjoner-databasen og målt forbruket av tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten før og etter påvisning av aneurismet.

Resultater og konklusjon

Analysen pågår og resultatene vil bli presentert på konferansen.

Health anxiety is an important driver of healthcare use

Anja Davis Norbye, Birgit Abelsen, Olav Helge Førde, Unni Ringberg

Background

Healthcare use is increasing, and health anxiety (HA) is recognised as an important associated factor. Previous research on the association between HA and healthcare use has mostly explored HA as a dichotomous construct, which contrasts the understanding of HA as a continuous construct, and compared healthcare use to non-use. There is a need for studies that examine the association between healthcare use and the continuum of HA in a general population.

Aim

To explore the association between HA and primary, somatic specialist and mental specialist healthcare use and any differences in the association by level of healthcare use.

Methods

This study used cross-sectional data from the seventh Tromsø study. 18 967 participants aged 40 years or older self-reported their primary, somatic specialist and mental specialist healthcare use over the past 12 months. Each health service was categorized into 5 groups according to the level of use. HA was measured using the Whiteley Index-6 (WI-6). Analyses were conducted using unconstrained continuation-ratio logistic regression, in which each level of healthcare use was compared with all lower levels. Morbidity, demographic- and social variables were included as confounders.

Results/conclusion

In an adult general population, HA, as a continuous construct, was significantly and positively associated with primary, somatic specialist and mental healthcare use where each one-point increase in WI-6 score yielded a progressively increased odds ratio (OR) of a higher level of use compared to all lower levels. A small increase in HA was associated with progressively increased healthcare use, where the ORs ranged from 1.06 to 1.15 and 1.05 to 1.14 for primary and somatic specialist healthcare, respectively, indicating that the impact of HA is more prominent with higher healthcare use. For mental specialist healthcare use, the OR was more constant across levels of use, ranging between 1.06 and 1.08.

Patterns of health behavior and socioeconomic status: a longitudinal multiple correspondence analysis of a middle-aged general population, 2007-2016

Ana Silvia Ibarra-Sanchez, Birgit Abelsen, Gang Chen, Torbjørn Wisløff

Socioeconomic differences in health behaviors are a major challenge for public health. The uneven distribution of unhealthy behaviors such as smoking, physical inactivity, high body mass index and harmful alcohol consumption have been shown to mediate social inequalities in chronic diseases. While differential exposures to diverse health behaviors have been investigated, the extent to which multiple health behaviors vary over people's life course and their relationship with socioeconomic status is not well understood. This study examines patterns of multiple health behaviors and their association with socioeconomic status among adults living in Northern Norway. This article presents findings from a longitudinal Multiple Correspondence Analysis of the Tromsø Study. Data from 8 906 adults aged 32-87 years were retrieved from the sixth (2007-2008) and seventh (2015-2016) waves of the survey; with complete information regarding four health behaviors (smoking, alcohol consumption, healthy eating and physical activity) for both time points. Level of education was used as an indicator of socioeconomic status. The findings suggest persistent adherence to the same health behaviors at both time points among most of the study population, with the largest percentage of unchanged behavior observed in alcohol consumption and daily smoking. A clear educational gradient was found in the patterns of health behaviors, where a positive change and maintained healthy behaviors were associated with the highest levels of education. Estimating differential exposures to mediators of health inequalities could benefit the priority setting for tackling inequalities in health.

Barn med diabetes - sosioøkonomi og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Frank Olsen

Bakgrunn

I Norge får om lag 400 barn og ungdom under 18 år diabetes hvert år. Sykdommen kan starte i alle aldre, men den er sjelden i første leveåret. Nær alle nyoppståtte tilfeller av diabetes hos barn er diabetes type 1. Diabetes type 1 kan ikke forebygges og det er ikke påvist sosioøkonomiske forskjeller i forekomst, i motsetning til ved diabetes type 2. Alle barn med nyoppdaget diabetes type 1 legges inn på sykehus, og de skal følges opp på poliklinikk i sykehus.

Betydelig geografisk og sosioøkonomisk variasjon i barns bruk av spesialisthelsetjenester er dokumentert i land med universelle helsesystemer. I Norge er det vist at barn av foreldre med lavt utdanningsnivå i større grad legges inn på sykehus, har flere innleggelser pr barn og legges inn for mindre alvorlige tilstander.

Formål

Å undersøke om foreldrenes utdanningsnivå har betydning for oppfølgingen barn med diabetes får i den norske spesialisthelsetjenesten.

Metode

Studien er en nasjonal kohort med alle norske barn i alderen 1-16 år i perioden 2008-2016 og deres foreldre. Studiepopulasjonen er begrenset til barn med innleggelser for diabetes. Oppfølging måles som antall polikliniske kontakter i etterkant av innleggelsen. Studiepopulasjonen er definert med data fra Norsk Pasientregister, og koblet med opplysninger om mor og fars utdanningsnivå fra Statistisk sentralbyrå.

Konklusjon/resultat

I gjennomsnitt har norske barn med diabetes 6.5 polikliniske kontakter totalt og 5.6 polikliniske kontakter med hoveddiagnose diabetes det første året etter innleggelsen. Det er tilnærmet like mange polikliniske kontakter for barn med foreldre med lavt utdanningsnivå som for barn med foreldre med høyt utdanningsnivå. Oppfølging av barn med diabetes kan kategoriseres som en nødvendig helsetjeneste med klare retningslinjer. Studien er i oppstartsfasen og de foreløpige resultatene tyder på at barn med diabetes får lik oppfølging i den norske spesialisthelsetjenesten uavhengig av foreldrenes utdanningsnivå.

Geographic variation in utilization of specialist healthcare for patients with severe mental illness in Norway: a population-based registry study

Haji Kedir Bedane, Lars Lien, Maria Holsen, Marte Bale, Knut Ivar Osvoll, Christian Thoresen og Per Arne Holman

Purpose

This study aim to measure geographic variation in mental health healthcare utilization among patients with severe mental illness in Norway.

Method

We analyzed data from the Norwegian patient registry for 2014-2018 on outpatient visits and admissions for patients with severe mental illness. We calculated total contact for each Hospital Catchment Area as the sum of observed outpatient contacts plus admission bed days, and four outpatient contacts was equal to one admission bed day. Geographic variations were measured using extreme quotient (EQ), coefficient of variation (CV) and systematic component of variation (SCV). Maps, figures and tables were used to visualize geographic variation.

Results

Geographic variations were 6-fold and 3-fold increase in outpatient contact rate and admission rate between area with lowest rate and area with the highest rate. However, there was low geographic variation in calculated total contact rates (EQ5-95 =1.77). The low-level geographic variation in total calculated contact rate was also confirmed with SCV of under three.

Conclusion

The main finding from this study was that high level of geographic variation in utilization of outpatient and inpatient mental healthcare services among patients with severe mental illness are reduced when the two service modalities are calculated together. This may reflect that relatively equal performance of hospital catchment areas in terms of resource utilization regardless of which service modality they prioritize. Factors contributing to high geographic variation in individual service modalities need further investigation.

Keywords: Geographic variation, mental healthcare, severe mental illness (SMI), service utilization.

For lite tvang i områder med lave tvangsrater? En longitudinell registerstudie av geografisk variasjon

Olav Nytingnes

Tvungent psykisk helsevern skal brukes når det er nødvendig for pasientens helbredelse, for å hindre forverring, og å sikre pasientens (og andres) liv og helse. DPS-områdene har stor variasjon i bruk av tvang. Tiltak for redusert bruk av tvang er blitt ledsaget av advarsler om at dette kan gå utover personer med alvorlige psykiske lidelser (APL). Vi vil undersøke hvorvidt pasienter med APL viser tegn på mindre helbredelse og mer forverring og død i områder som bruker tvunget psykisk helsevern sjeldnere enn forventet (NFR 273546).

Vi tok utgangspunkt i formål og kriterier i psykisk helsevernloven og utledet fem mulige negative virkninger av lite tvang som kunne belyses av data fra Norsk pasientregister. Analysene var forhåndsregistrert i clinicaltrials.com. Vi standardiserte tvangsrater etter alder, kjønn, urbanitet og sosial deprivasjon. Deretter undersøkte vi om følgende var tilfelle for pasienter med APL i DPS-områder med relativt lave standardiserte tvangsrater i 2015:

- Hadde de høyere dødsrisiko fra 2015-2018?
- For pasienter med APL i 2015 og som ikke kom under tvungent psykisk helsevern dette året:
 - hadde de dårligere utvikling i form av relativt flere liggedøgn i psykisk helsevern i 2016 og 2017, sammenlignet med 2015?
 - hadde de kortere tid i frivillig behandling, fram til første tvungne behandlingsepisode i 2016 eller 2017?
- Hadde opptaksområder med lave standardiserte tvangsrater i 2015 en større økning i antall personer diagnostisert med APL i 2016 og 2017?
- Hadde områder med lave standardiserte tvangsrater i 2014-2017 flere selvmord i 2014-2018?

Vi så etter både lineære og diskontinuerlige sammenhenger, og brukte overlevelsesanalyser, regresjonsmodeller og korrelasjonsanalyse til å belyse de 5 forskningsspørsmålene. Ingen av modellene viste negative effekter for pasienter i områder med lave standardiserte tvangsrater.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse i områder med lave tvangsrater har omtrent samme risiko for forverring og død som pasienter i andre områder.

Protokoll: Controversies in Psychiatry – praksisvariasjon, instrumentvariabler og kausale slutninger om antipsykotisk behandling

Olav Nytingnes, Eóin Killackey, Linda Gröning, Stål Bjørkly, Tom Palmstierna, David McDaid, Simen Markussen, Miles Rinaldi, Erik Johnsen, Kevin Douglas, Tarjei Widding-Havnerås, Tore Hofstad, Knut Rypdal, Arnstein Mykletun

Det er omfattende evidens rundt kort og mellomlang virkning av antipsykotisk behandling ved akutt psykose, mens det er kontroverser rundt behandlingsvarighet og langtidsvirkninger. En del pasienter med psykose misliker antipsykotisk medikasjon, og krever rett til medisinfri behandling, mens en del psykiatere har advart mot dette i en langvarig avisdebatt. Det er svak evidens rundt det langsiktige forløpet for psykose uten antipsykotisk behandling, siden randomisering fra langsiktig behandling har liten aksept hos klinikere, pasienter og etikkomiteer.

Controversies in Psychiatry tar tak i slike tema, og vil bruke praksisvariasjon til å utføre studier med ambisjon om å trekke kausale slutninger om deler av kontroversene. Reseptregistre omfatter som regel ikke pasientopplysninger om medikasjon under innleggelser / tvang uten døgnopphold – dette har gitt utfordringer med å avgrense en medisinfri pasientkohort. Fra midten av 2010-tallet ble det vanligere i enkelte helseforetak at nysyke pasienter med psykose ble behandlet uten innleggelse. Innenfor rammen av norske registerdata bør det derfor nå være mulig å identifisere en kohort av unge pasienter diagnostisert med psykoselidelse og uten innleggelse i 2015-16, med dekkende oversikt over antipsykotikabehandlingen.

Vi vil beskrive det naturalistiske langtidsforløpet for disse pasientene, som trolig vil være selektert ut fra mild lidelse, motvilje mot antipsykotisk medikasjon og eventuelt motivasjon og ressurser hos pårørende. Klinikker, og forskrivende psykiatere og fastleger vil trolig variere i hvilken grad de er åpne for slik medisinfri behandling. Dette kan, etter nærmere forutsetninger, legge til rette for bruk av forskriver som instrumentvariabel, der vi vil forsøke å emulere et kvasiekperimentelt studie av effekten av medikasjon vs medisinfri behandling ved hjelp av data fra Norsk pasientregister, Legemiddelregisteret og utvalgte SSB-registre.

Andre arbeidspakker om medikasjon omhandler sammenligning av tre medikamenter i vedlikeholdsbehandling, varighet av antipsykotisk medikasjon, og spørsmålet om nedtrapping til lav dose vs stabil dosering nær nivået rundt utskrivningstidspunktet.

Kontroverser i psykisk helsevern: Registerstudier av praksisvariasjon i tvangsinnleggelser som alternativ til RCT. En protokollpublikasjon

Arnstein Mykletun, Tore Hofstad, Olav Nytingnes, Eóin Killackey, Linda Gröning, Stål Bjørkly, Tom Palmstierna, David Mcdaid, Simen Markussen, Miles Rinaldi, Erik Johnsen, Kevin Douglas, Tarjei Widding-Havnerås, Knut Rypdal

Bakgrunn

Tvungent psykisk helsevern (TPH) skal være siste utvei. Det er påvist store, vedvarende geografiske forskjeller mellom DPS-områder; forskjeller som ikke kan forklares på bakgrunn av pasientulikhet. Ethiske, juridiske og praktiske årsaker utelukker å randomisere pasienter til TPH. Det er derfor uklart om bruk av TPH fungerer i tråd med psykisk helsevernlovens formål.

Dette usikre kunnskapsgrunnlaget gir stort rom for klinisk skjønn. Stabile variasjoner over tid antyder at terskelen for å bruke tvang er lavere i noen områder. For pasienter hvor det er uklart om TPH er indisert fremstår denne naturlige variasjonen som en lotterilignende situasjon. Dersom ulike preferanser for bruk av TPH påvirker pasientutfall vil dette etterlate seg spor i registerdata. Vi vil bruke denne variasjonen som del av kunnskapsproduksjon for å se hvordan TPH påvirker pasientenes utdanningsforløp, arbeidsevne, kriminalitet, komorbiditet og mortalitet.

Formål

Å undersøke om høy eller lav bruk av TPH i et område fører til bedre pasientforløp på kort og lang sikt.

Metode

Vi vil bruke helsetjenesteleverandørenes preferanse for bruk av TPH som instrumentvariabel for å undersøke kausaleffekter av TPH.

Konklusjon

Bruk av registerdata kan gi kunnskap om hvorvidt en høy eller lav bruk av TPH gir best pasientutfall.

Kontroverser i psykisk helsevern: ADHD-prosjektet

*Arnstein Mykletun, Tarjei Widding-Havnerås, Ashmita Chaulagain, Ingvild Lyhmann, Ingvar Bjelland
Anne Halmøy, Tore Hofstad, Olav Nytingnes, Henrik Zachrisson, Simen Markussen, Knut Rypdal*

Bakgrunn

Det er betydelig variasjon i diagnostisering og medisinerings av ADHD mellom BUP-regioner i Norge. Vi mener praksisvariasjonen skjer mellom to motstridende posisjoner:

Den restriktive posisjonen er bekymret for overbehandling, medikalisering, unødvendig medisinerings og eventuelle bivirkninger av medisinerings, samt stigma. Konsekvensen av den restriktive posisjonen er relativt lavere rater av ADHD-diagnostiserte.

Den liberale posisjonen er bekymret for at ADHD innebærer en betydelig økt risiko for kriminalitet, ulykker, skoleproblemer, andre psykiske lidelser, og eventuelt tidlig død. Den liberale posisjonen inntar en optimistisk holdning til at diagnostisering av ADHD og medisinerings kan bidra til å forebygge slike negative livshendelser. Konsekvensen av den liberale posisjonen er relativt høyere rater av ADHD-diagnostiserte.

Blant de mange RCTene på ADHD-behandling finnes det ingen studie som besvarer om den liberale eller restriktive posisjonen gir best prognose, eller om det er hipp som happ.

Formål

Å undersøke om den liberale eller restriktive posisjonen gir best prognose for pasienter.

Metode

Praksisvariasjon identifiseres i Pasientregisteret og Norsk legemiddeldatabase i data fra 2009 til 2011 for barn og ungdom i aldersgruppen 5 til 17 år. Endepunkter identifiseres også i offentlige registre som dekker nevnte endepunkter. Det anvendes instrumentvariabelmetode for kausal modellering.

Konklusjon

Vi har identifisert en betydelig variasjon i ADHD-diagnose mellom BUPenes opptaksområder. Dette NFR FRIPRO-finansierte prosjektet er fortsett i analysefase, og vi vil presentere eksempler på analyser på konferansen.

Geografisk variasjon i reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt

Bård Uleberg

Bakgrunn

Gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, kjønn, alder, økonomi og etnisitet er en sentral målsetning for norsk spesialisthelsetjeneste. Ved et STEMI hjerteinfarkt er en koronararterie helt tett. I slike tilfeller er det viktig å åpne blodåren snarest mulig, enten ved PCI eller trombolysebehandling. Hjerteinfarktregisteret har, basert på europeiske retningslinjer, etablert en indikator for å måle om behandlingen gis innen anbefalt tid (30 minutter ved trombolyse eller 120 minutter ved PCI målt fra første medisinske kontakt). Måloppnåelsen har over år vært moderat for Norge sett under ett og hatt stor variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hvilke faktorer som er assosiert med geografisk variasjon mellom helseforetakenes opptaksområder for reperfusjonsbehandling ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tid i Norge.

Metode

Sannsynligheten for å motta reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid undersøkes ved bruk av individdata for alle nordmenn med STEMI hjerteinfarkt rapportert til hjerteinfarktregisteret i perioden 2015 – 2018. Dataene er koblet med opplysninger om sykdomshistorikk fra Norsk pasientregister og opplysninger om husholdstype, utdanningsnivå og husholdsinntekt fra Statistisk sentralbyrå. Logistiske flernivåmodeller anvendes for å undersøke assosiasjoner mellom sannsynligheten for å motta reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid og reisetid til PCI-senter og lokalsykehus, kjønn, alder, komorbiditet, år for hjerteinfarkt, utdanningsnivå, husholdstype, utdanningsnivå, husholdsinntekt og bosted (kommuner og opptaksområder).

Konklusjon/resultat

De individuelle faktorene alder, kjønn, komorbiditet, år for hjerteinfarkt og utdanningsnivå var signifikant assosiert til sannsynligheten for å motta reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid. 29 prosent av variasjonen i sannsynlighet for tidsriktig behandling lå på opptaksområder og kommuner, og reisetid til PCI-senter forklarte store deler av denne variasjonen. Nesten 75 prosent av alle pasienter som fikk reperfusjonsbehandling fikk PCI, hvilket influerer betydningen av reisetid til PCI-senter. Tidsoptimisme i forhold til å nå PCI-behandling synes å være et hinder får at flere pasienter får behandling innen anbefalt tid, og utvidet bruk av trombolysebehandling vil være viktig for å oppnå raskere reperfusjonsbehandling.

Geographic variation in treatment of elderly prostate cancer patients

Elin Gustavsen med prosjektgruppe

Background

Prostate cancer is the most common type of cancer in Norway. In 2016, 49% of the Norwegian men diagnosed with prostate cancer, were 70 years or older. With an ever-aging population, the number of men 70 years or older is predicted to double by 2040. This entails a major challenge for the Norwegian cancer care and sets standards for capacity and competence in both primary and specialist health care services.

Purpose

This study examines geographic variations in treatment of elderly prostate cancer patients.

Methods

Our study sample consists of 13438 patients diagnosed with prostate cancer in the period 2011-2016, and who were 70 years or older at the time of diagnosis. Data were obtained from the Cancer Registry of Norway, Norwegian Patient Registry and Statistics Norway. Multilevel regressions were applied to explore the association between radical prostatectomy (surgery) and place of residence, age, prostate cancer risk level, comorbidity, income, education, household type, and travel distance to hospital.

Results

The study shows significant geographic variation in radical prostatectomy treatment of elderly prostate cancer patients. The multilevel analysis estimates that 11.5 % of the variation in prostatectomy is explained by place of residence. On the individual level, higher age and comorbidity are associated with lower odds of surgery, while more severe cancer risk levels have higher odds of surgery. In addition, patients with a higher income, higher education and not living alone, were more frequently having surgery. No association was found between travel distance and surgery.

Resultat

The analysis shows significant geographic variation in prostatectomy that can not be explained by age, health status, socioeconomic factors or distance to hospital. Further analysis is needed in order to see if radiotherapy, another curative treatment of prostate cancer, can explain some or all of the geographic variation seen in this study.

Hvorfor er det så galt med geografiske variasjoner? Etiske aspekter ved geografiske variasjoner i helsetjenestene

Bjørn Morten Hofmann

Bakgrunn og formål

Det er påvist store geografiske variasjoner for en rekke helsetjenester. Mange av disse kan ikke begrunnes med befolkningsmessige forskjeller. Det er et uttalt mål å redusere geografiske variasjoner, men grunnene til dette blir sjelden diskutert eksplisitt.

Metode

Analyse av de etiske argumentene som kommer frem i artikler og rapporter som presenterer og drøfter geografiske variasjoner i helsetjenestene.

Resultat og konklusjon

Analysen identifiserer og drøfter fire spesifikke etiske aspekter: urettferdighet, skade, mangel på velgjørenhet og paternalisme. Deretter undersøker drøftes det normative spranget fra beskrivelsen av geografiske variasjoner til foreskrivingen av riktig bruk av helsetjenester. Selv om profesjonelle tilnærminger som retningslinjer, sjekklister og berettigelseskriterier er viktige, bør slike tiltak følges og støttes av etisk analyse for å håndtere dette utfordrende problemet i helsetjenestene.

Historical and future impact of musculoskeletal disorder in Norway: a population-based study with projection to year 2040

Katrine Skyrud, Jonas Kinge, Karin Magnusson

Background

The total global burden of musculoskeletal conditions is high and is expected to increase with an ageing population and an increasingly sedentary lifestyle.

Aim

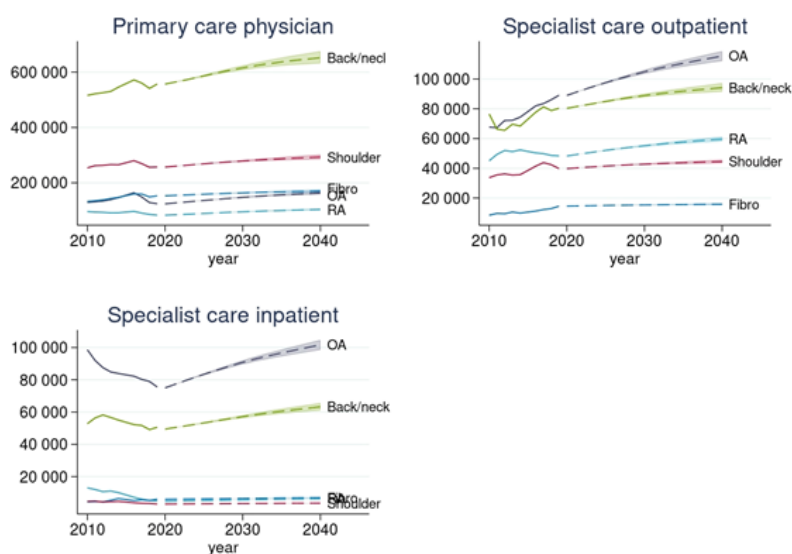
To describe the historical impact and estimate the future impact of musculoskeletal disorders on the use and costs of primary and specialist health care services in Norway, from 2010 to 2040.

Method

We included all Norwegian residents who were aged 35 years or older. First, we calculated the yearly number of cause-specific health care consultations (for low back and neck pain, osteoarthritis (OA), shoulder complaints, rheumatoid arthritis (RA) and fibromyalgia) from 2010 to 2019 (primary care (KUHR) and specialist care (NPR)). Secondly, we used the historic data (2010-2019) to project the yearly number of cause-specific visits at each care level up to year 2040. Projections will follow the expected (age and sex) growth in population as well as the same trends in rates of healthcare use as observed for years 2010 to 2019.

Results

Overall, in the period from 2010-2019 we observe a reduction in specialist inpatient care. Especially for OA patients, who went from close to 100 000 hospital days to less than 80 000 days in 2019, even though the number of patients has increased from about 14 500 to 17 700). Use of primary care and specialist outpatient care were rather constant or had a small increase. In primary care we project an increase in the number of visits to physician for OA from 124 416 visits in 2019 to 163 411 [CI: 158 120, 168 752] visits in 2040, relative increase of 23.9 %. In specialist care, both in- and outpatient care we project the largest increase for OA patients (relative increase from 2019 to 2040 by 25.7 % in inpatient care and relative increase of 22.8 % in outpatient care).



Geographical variation in orthopedic procedures in Norway: Cross-sectional population-based study

Maria Holsen, Veronica Hovind, Haji K. Bedane, Knut I. Osvoll, Jan-Erik Gjertsen, Ove N. Furnes, Mary E. Walsh, Tor Ingebrigtsen

Background

Standardized surgery rates for common orthopedic procedures vary across geographical areas in Norway. We explored whether area-level factors related to demand and supply in publicly funded health-care are associated with geographical variation in surgery rates for six common orthopedic procedures.

Methods

The present study is a cross-sectional population-based study of hospital referral areas in Norway. We included adult admissions for arthroscopy for degenerative knee disease, arthroplasty for osteoarthritis of the knee and hip, surgical treatment for hip fracture, and decompression with/without fusion for lumbar disk herniation and lumbar spinal stenosis in 2012–2016. Variation in age and sex standardized rates was estimated using extremal quotients, coefficients of variation, and systematic components of variance. Associations between surgery rates and the socioeconomic factors urbanity, unemployment, low-income, high level of education, mortality, and number of surgeons and hospitals were explored with linear regression analyses.

Results

Knee arthroscopy showed highest level of variation (SCV 10.3) and decreased in numbers. Variation was considerable for spine surgery (SCV 3.8–4.9), moderate to low for arthroplasty procedures (SCV 0.8–2.6), and small for hip fracture surgery (SCV 0.2). Higher rates of knee arthroscopy were associated with more orthopedic surgeons (adjusted coefficient 24.8, 95% confidence interval (CI): 2.7–47.0), and less urban population (adjusted coefficient –13.3, 95% CI: –25.4 to –1.2). Higher spine surgery rates were associated with more hospitals (adjusted coefficient 22.4, 95% CI: 4.6–40.2), more urban population (adjusted coefficient 2.1, 95% CI: 0.4–3.8), and lower mortality (adjusted coefficient –192.6, 95% CI: –384.2 to –1.1). Rates for arthroplasty and hip fracture surgery were not associated with supply/demand factors included.

Conclusions

Arthroscopy for degenerative knee disease decreased in line with guidelines, but showed high variation of surgery rates. Socioeconomic factors included in this study did not explain geographical variation in orthopedic surgery.

Taking responsibility for patients' understanding: Clinician corrections of patient misconceptions about medication

Jennifer Gerwing, Anne EC White, Stephen Henry

Background

Patients need an accurate understanding of their diagnoses, prognoses, and treatment plans to participate effectively in medical decision-making and remain engaged in their care. However, patient misconceptions are common and can pertain to the etiology of their illnesses, navigating the health care system, or how to take their medicines. When patients reveal such misconceptions during the clinic visit, physicians can correct them.

Purpose

The purpose of this study was to investigate how often clinicians correct misconceptions about medication that patients reveal during the clinic visit and to specify what these misconceptions were about.

Method

Data were 86 videorecordings between clinicians and patients in 2 academic primary care clinics in the US. We used Microanalysis of Clinical Interaction to identify, define, and characterize patient-misconception-clinician-correction episodes. These were sequences of interaction when (1) the clinician refuted something the patient had said, (2) which the patient had presented without uncertainty, and (3) which contained a proposition that was factually incorrect. Patient misconceptions about medication were defined as relating to prescription drugs and over-the-counter drugs, including all modes of administration. We are currently examining medication misconceptions for specific themes.

Conclusion/results

We found an average of 2.33 patient-misconception-clinician-correction episodes per visit (min 0; max 9). Of these, 38% were about medications. Preliminary results suggest that the majority of patient misconceptions pertained to reasoning about options, including characteristics of medications and relative risks. Clinicians also corrected patient misconceptions about what intended (and unintended) effects to expect, how to access prescriptions and refills, and how to interpret dosage instructions. If the physicians had not corrected these misconceptions, patients would have struggled with some practical issues and may have taken their prescriptions incorrectly. The majority of misconceptions, however, had implications for how patients could reason with making decisions and be engaged in how they manage their health.

Development of Quality Indicators for Community Pharmacies; A Qualitative Study

Ann Helen Jakobsen, Lars Småbrekke, Kjell H. Halvorsen

Introduction

New pharmacy services are constantly being designed and implemented in Norwegian pharmacies. Monitoring and evaluating these services are critical for continuous quality improvement. To measure quality and change in quality, different stakeholders have developed quality indicators (QIs) for several areas in health care. However, in Norway, QIs are yet to be developed for community and hospital pharmacies. Qualitative research is necessary to identify how different key stakeholders perceive good quality in pharmacies and use this to create QIs.

Aims

To explore pharmacy professionals' and customers' experiences and perceptions about what constitutes good quality in community pharmacies and potential means to measure this quality.

Methods

We applied a purposively sampling approach to recruit for five homogenous semi-structured focus groups. All interviews with 27 participants were conducted via Teams. The interviews were transcribed verbatim, and an inductive thematic analysis with a reflexive approach was used. The study followed the Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) checklist.

Results

We identified four main themes from the analysis; 1. good communication skills and relationships with the pharmacy professionals, 2. sufficient and substantively suitable information to cover individual needs, 3. customer satisfaction with knowledgeable employees and conveniently located pharmacies, and 4. factors affecting the working environment in the pharmacies. According to the informants, these themes significantly impacted their perception of the quality of pharmacy services.

Discussion

This study has identified areas that pharmacy professionals and pharmacy customers consider as essential to define what constitutes good quality in pharmacies. Several of these informants' perceptions can guide the development of QIs to be used in Norwegian pharmacies.

Inklusjon i pakkeforløp for kreft for personer med tidligere psykose- eller ruslidelse

Ina Heiberg, Anne Høy, Lise Balteskard, Bjarne K. Jacobsen

Bakgrunn

Personer med psykiske lidelser eller ruslidelser har økt dødelighet etter kreft, og nyere studier antyder at dette dødelighetsgapet øker. Sykdomsrelaterte faktorer, livsstilsfaktorer, multimorbiditet og sosioøkonomisk ulempe bidrar til dette. Økt risiko for avansert tumorstadium ved presentasjon og/eller dårligere behandlingskvalitet etter diagnostisert kreft bidrar trolig også. En sen kreftdiagnose er assosiert med dårligere overlevelse for vanlige kreftformer som brystkreft, kolorektalkreft og lungekreft. Et av formålene med pakkeforløp for kreft har vært å redusere uberettiget forsinkelse i kreftdiagnostikk og kreftbehandling. Innføring av pakkeforløp gir dermed en unik mulighet til å undersøke om standardisering av utrednings- og behandlingsforløp kan bidra til å redusere ulikhet i helse for utsatte grupper.

Formål

Å undersøke om pasienter med bryst-, lunge- eller kolorektalkreft og tidligere diagnostiserte psykose- eller ruslidelser blir inkludert i pakkeforløp for kreft på lik linje med andre kreftpasienter.

Metode

Vi inkluderte 28 763 pasienter i alderen 18-79 år med førstegangs diagnose for brystkreft (kvinner), kolorektalkreft eller lungekreft i perioden 2015-2018. Av disse hadde 653 personer en tidligere diagnostisert psykoselidelse (herav 438 med schizofrenispektrumlidelse) og 1 145 personer en tidligere ruslidelse registrert i NPR, KUHR, NAV eller Reseptregisteret. Log-binomial regresjon ble brukt for å undersøke assosiasjonen mellom tidligere psykose- eller ruslidelse og manglende inklusjon i pakkeforløp for kreft. Analysene ble justert for sosiodemografi og komorbiditet.

Konklusjon/resultat

Kreftpasienter med og uten historikk for psykoselidelser eller ruslidelser hadde samme sannsynlighet for inklusjon i pakkeforløp for kreft, med unntak av kvinner med psykoselidelser. Kvinner med psykose- eller ruslidelser hadde hhv 87% og 56% økt sannsynlighet for ikke å bli inkludert i pakkeforløp for kreft i forkant av brystkreft og kolorektalkreft, mens kvinner med schizofrenispektrumlidelse hadde 62% økt sannsynlighet for ikke å bli inkludert i pakkeforløp for kreft i forkant av lungekreft.

Det kreves styrket innsats for å forebygge, gjenkjenne og behandle kreft hos kvinner med psykose- eller ruslidelser.

Status for arbeidet: Tidlig/innledende fase.

Use of somatic hospital care services by immigrants in Norway, a retrospective population study

Kjartan Sarheim Anthun og Jon Magnussen

Background

Norway has a formally universal health coverage that is mostly free or with only small out of pocket payments. In Norway, currently 18.2% of the population is either immigrants or born in Norway to immigrated parents. Across many countries immigrants underuse specialized care services. Earlier Norwegian studies have found underuse of hospital services but using mostly crude measures of activity.

Aim

The purpose of this paper is to shed new light on the use of health care services by immigrants in Norway.

Methods

This paper analyses health care utilization of the entire Norwegian population (2016-2017) by exploiting complete national registry data. Statistical regression methods measure the utilization of somatic hospital services at the individual level, testing if immigration variables have an effect.

Results

Immigrants use only about half of average hospital care use. After controlling for individual characteristics and mortality, we estimate immigrants' utilization to be 79.5% relative to average (CI 78,6-80,2, $p < 0.0001$) somatic hospital care usage.

Earlier studies have suggested that the cause for underuse of hospital care may be healthy migrant effect (selection on who migrates). This effect is intrinsically difficult to measure and separate from other effects. The present study finds clear evidence of underuse among immigrants in Norway for all types of specialized hospital care. A large part of the underuse can be statistically explained, remaining causes of underuse are likely to be complex and related to cultural issues, language barriers, perceived cost, accessibility, and trust.

Use of general practitioner among youth and young adults in Norway

Kirsti Wahlberg, Kristine Pape, Bjarne Austad, Gunnhild Åberge Vie

Background

Use of general practitioners is increasing among Norwegian youth and young adults. Although overall in good health, this population suffers amongst other injuries, psychiatric illness and migraine.

Aim

To describe general practice use among the youth and young adults, particularly considering time trends, different contact types, sex and age.

Methods

Data were extracted from KUHR (Norway Control and Payment of Health Reimbursement) and Statistics Norway for the ages 13-25, in the period 2006-2017. We used Poisson regression for rates and GEE for binary outcomes by age groups, sex and years, adjusted for immigration status.

Results

Preliminary analyses showed an increase in simple contacts and interdisciplinary activity among all age groups from 2006-2017. In consultations the increase was most markedly among 13-15 (0.46, 95% CI 0.45-0.46 to 0.67, 95% CI 0.66-0.67 per half year) and 16-19 (0.65, 95% CI 0.64-0.65 to 1.07, 95% CI 1.07-1.08 per half year) age groups. In comparison, 20-25-year-olds' consultation rates increased from 0.93 (95% CI 0.93-0.94) to 1.03 (95% CI 1.02-1.03). GP consultations and simple contacts increased more rapidly with age for girls compared to boys. However, this sex difference was less obvious for interdisciplinary activity. Even though chlamydia testing and contraceptive guidance are frequently performed, conversational therapy is more frequently used.

Additional analyses will be performed.

The impact of altering referral threshold from out of hours primary care to hospital on patient safety and further health service use: a cohort study

Ellen Rabben Svedahl, Kristine Pape, Bjarne Austad, Gunnhild Åberge Vie, Kjartan Sarheim Anthun, Fredrik Carlsen, Neil Martin Davies, Johan Håkon Bjørngaard

Objectives

To estimate the impact of altering referral thresholds from out-of-hours services on older patients' further use of health services and risk of death.

Design

Cohort study using patient data from primary and specialised health services and demographic data from Statistics Norway and the Norwegian Cause of Death Registry.

Participants

491,653 patients aged 65 years and older contacting Norwegian out-of-hours services between 2008-2016.

Analysis

Multivariable adjusted and instrumental variable associations between referrals to hospital from out-of-hours services and further health services use and death for up to six months. Physicians' proportions of acute referrals of older, unknown patients from out-of-hours work were used as an instrumental variable ('physician referral preference') for their threshold of referral for such patients whose clinical presentations were less clear cut.

Results

For older patients, whose referrals could be attributed to their physicians' threshold for referral, mean length of stay in hospital increased 3.30 days (95% CI 3.13 to 3.27) within the first ten days, compared with non-referred patients. Such referrals also increased six months use of outpatient specialist clinics and primary care physicians. Importantly, patients with referrals attributable to their physicians' threshold had a substantially reduced risk of death the first ten days (HR 0.53, 95% CI 0.31 to 0.91), an effect sustaining through the six-month follow-up period (HR 0.72, 95% CI 0.54 to 0.97).

Conclusions

Out-of-hours patients whose referrals are affected by physician referral threshold contribute substantially to the use of health services. However, the referral seems protective by reducing the risk of death in the first six months after the referral. Thus, raising the threshold for referral to lower pressure on overcrowded emergency departments and hospitals should not be encouraged without ensuring the accuracy of the referral decisions, ideally through high-quality RCT evidence.

Felles meningsskaping i fysioterapi etter hjerneslag. En kvalitativ studie fra pasientperspektivet

Marianne Sivertsen, Hanne De Jaegher, Ellen Christin Arntzen, Karl Bjørnar Alstadhaug, Britt Normann

Bakgrunn

Individuelt tilpasset fysioterapi med fokus på høy intensitet er viktig i gjenvinning av funksjon etter hjerneslag men kunnskapsgrunnlaget er usikkert når det gjelder hvilke spesifikke tilnærminger som er best. I tillegg er det begrenset kunnskap om pasienterfaringer fra undersøkelse, målsetningsarbeid og behandling i fysioterapi hos denne pasientgruppen. I denne studien ønsker vi å identifisere pasienterfaringer fra deltakelse i både I-CoreDIST, en ny tilnærming som retter seg mot gjenvinning av funksjon, og fra standard oppfølging.

Formål

Hensikten er å undersøke erfaringer med kroppslige og interaktive aspekter ved fysioterapi etter hjerneslag samt erfaringer om brukers egen og fysioterapeutens rolle i rehabiliteringen.

Metode

Kvalitativ intervjustudie, bestående av semi-strukturerte intervjuer med 19 deltakere som var deltakere i en randomiser kontrollert studie og hadde erfart oppfølging enten med I-CoreDIST eller standard oppfølging. Data ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering tolket i lys av enactive teori.

Resultat

Samhandlingen mellom pasient og fysioterapeut hadde ulike former og fluktuerte mellom formell og eksplisitt samt taus og implisitt, guidet av opplevde kroppslige endringer. Deltakerne i intervensjonsgruppen og standard oppfølgingsgruppen hadde ulike erfaringer med innhold i fysioterapi og på hvilken måte framgang ble målt eller omtalt. Å oppleve kroppslige endringer, tilpasset vanskelighetsgrad og intensitet i trening var aspekter som ble framhevet som viktige på tvers av gruppene og som essensielle for meningsskaping. Deltakerne var i stor grad tilfreds med behandlingen. En tilnærming i fysioterapi som vektlegger kroppen som sentrum for erfaringer fremmer meningsskaping i treningssituasjonen. Tillit og engasjement var trekk ved interaksjonen mellom deltakerne og fysioterapeuten som ble løftet fram som spesielt viktig, både på et personlig og profesjonelt nivå.

Diskusjon/konklusjon

Fysioterapiens kroppslige natur er en kilde til meningsskaping rehabilitering etter et hjerneslag. Tillit til fysioterapeuten samt emosjonell støtte er essensielle aspekter i samhandlingen. Erfart framgang og individuell tilpasning er svært viktig for å opprettholde motivasjon over tid

A scoping review: Exploring training approaches for healthcare professionals in assessment of health determinants in older adults living at home (Preliminary results)

Bente Hamre Larsen, Marianne Storm

Background

There is a rapidly growing aging population, which will affect the sustainability of the healthcare system. Early detection of health determinants (i.e frailty, cognitive impairment, sensory loss, and mental/social health issues) and effective interventions to promote health is important for delaying future impairment of physical and mental function for older adults. Healthcare professionals in municipalities needs increased competencies and training in assessing health determinants.

Aim

The current study aims to provide an overview of approaches for training healthcare professionals in assessing health determinants (i.e frailty, cognitive impairment, sensory loss, and mental/social health issues) in older adults living at home. Our research questions are 1) what didactics are used when training healthcare professionals in performing assessments of health determinants in older adults living at home 2) what is the content of the training approaches applied in the studies and 3) what outcomes are reported for healthcare professionals and the older adults living at home.

Method

A systematic literature search in the databases CINAHL (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), Academic search ultimate (EBSCO), Scopus (Elsevier), Embase (OVID), British Nursing Index (ProQuest), and Idunn (Universitetsforlaget) were performed. Google scholar were searched to consider grey literature. We will use the following inclusion criteria: 1) Publication year between 2002 and 2022 2) In English or Nordic language 3) Empirical studies 4) Primary studies (peer-reviewed studies) of various study designs and methods used.

Results

The scoping review will map out the status of research about training for healthcare professionals in assessing health determinants in older adults living at home. The study is in progress, and preliminary results will be presented at the conference.

Enhetlig behandling av claudicatio intermittens i Norge

Martin Altreuther, E M Pettersen, E Bø, K Vikan, L H Nilsen

Bakgrunn

Norsk karkirurgisk register (NORKAR) har over flere år vist at det er store forskjeller i andelen pasienter med gangrelaterte smerter grunnet redusert blodtilførsel til beina- claudicatio intermittens- ved de forskjellige behandlingsstedene. Det er videre vist at kun få pasienter med claudicatio får veiledet trening, som er anbefalt behandling etter retningslinjene. Derfor er det igangsatt et initiativ fra Karavdelingen ved Sørlandet sykehus, bl.a i samarbeid med Kompetansetjenesten for Trening som Medisin og NORKAR.

Formål

Hovedmålet er å bedre behandlingstilbudet og tilgjengeligheten for veiledet trening og livsstilsendringer for pasienter med intermitterende klaudikasjon.

Metode og gjennomføring

Sammen med strategiske samarbeidspartnere vil man utvikle et desentralisert fysioterapi-nettverk og en digital plattform for livsstilsendringsråd og strukturert veiledet trening. En vil gå i tettere dialog med det etablerte tilbudet i Nederland (Chronische ZorgNet), og identifisere eksisterende nasjonale nettverk og behandlingstilbud, som kan overføres, tilpasses eller tas i bruk. Man vil fortløpende evaluere brukervennligheten og benytte identifiserte motivasjonsfaktorer til å tilpasse behandlingstilbudet. En database for registrering av deltagelse og resultater i form av endring i gangdistanse og livskvalitet (VascuQOL-6D) vil opprettes for å evaluere nytteeffekten. Man forventer at nettverket og den digitale plattformen kan være klar for nasjonal lansering etter ca 2 år.

Konklusjon

Det er store forskjeller i behandlingen av pasienter med claudicatio intermittens i Norge, og kun et fåtall får anbefalt behandling. Derfor er det viktig å etablere et opplæringsprogram og en infrastruktur som sørger for at alle pasienter med denne tilstanden får tilbud om anbefalt behandling etter retningslinjene.

Bruk av helse- og tannlegetjenester for voksne med psykisk utviklingshemming, relatert til alder og grad av utviklingshemming

Monica Isabel Olsen, Erik Søndena, Ellen Melbye Langballe, Marianne Berg Halvorsen, Per Wilhelmsen, Erik Bautz-Holter og Audny Anke

Bakgrunn

Voksne med psykisk utviklingshemming har dårligere fysisk helse enn generell befolkning, og sannsynligvis mindre tilgang til helsetjenester enn anbefalt. Dette har vært lite undersøkt i Norge.

Formål

Å undersøke bruken av helse- og tannlegetjenester de siste 12 månedene i en populasjon voksne med psykisk utviklingshemming, i forhold til retningslinjer fra Helsedirektoratet om årlige helsekontroller, og relatert til alder og grad av utviklingshemming. Et sekundært mål var å undersøke bruken av tannlegetjenester i relasjon til erfart tilgang på tannlegetjenester, smerte i munn, og erfart god eller dårlig tannhelse.

Metode

Multisenter tverrsnittstudie med bruk av POMONA helseindikatorer. Spørreskjema, fylt inn ved intervju. Studien foregikk i kommunene Tromsø, Balsfjord, Narvik og deler av Trondheim kommune i perioden 2017-2019.

Resultat

Det deltok 214 personer med en gjennomsnittsalder på 36 år, 56% menn. Årlig helsekontroll ble gjennomført hos 57%. Flere deltakere med lett utviklingshemming enn med alvorlig grad hadde fått utført en generell helsekontroll og vært i kontakt med fastlege. Sykehusinnleggelser var uavhengig av alder. I løpet av de siste tre årene hadde 18% av kvinnene gjennomført screening for livmorhalskreft. Få (13%) hadde en fungerende individuell plan. Selv om 94% rapporterte at de hadde mottatt tannlegetjenester de siste 12 månedene, opplevde 39% at de hadde dårlig tannhelse.

Konklusjon

Helsekontroller gjennomføres sjeldnere hos voksne med psykisk utviklingshemming enn anbefalt i nasjonale retningslinjer. Dette gjelder spesielt personer med alvorligere grad av utviklingshemming. Tannhelsetjenester bør forbedres med bruk av konkrete tiltak basert på eksisterende kunnskap. Bruken av individuell plan fungerer ikke etter hensikten, til tross for at den er rettighetsbasert. Det bør arbeides med løsninger for bedre oppfølging og koordinering av tjenester.

Lavverdi bildediagnostikk på barn

Elin Kjelle, Eivind R. Andersen, Arne M. Krokeide, Lesley J.J. Soril, Leti von Bodegom- Vos, Fiona M. Clement, Bjørn M. Hofmann

Bakgrunn og formål

Bildedagnostikk er en viktig ressurs i dagens helsevesen og er uunnværlig i mange sammenhenger. Det gjøres årlig nesten én bildediagnostisk undersøkelse per innbygger, som utgjør en kostnad på >800 millioner kroner per år. Internasjonal litteratur rapporterer at opp mot 50% av all bildediagnostikk ikke har betydning for pasientens videre behandling- altså lavverdi bildediagnostikk. Om man kan hindre bruk av lavverdi undersøkelser vil det være mulig å bruke ressursene bedre og redusere risiko for blant annet overbehandling og ved unødig strålebruk.

Målet med denne studien var å identifisere, karakterisere og kvantifisere bruk av lavverdi bildediagnostikk på barn.

Metode

Det ble søkt i Medline, Embase, Scopus, and Cochrane Library etter artikler fra 2010-September 2020. Søkestrategien inneholdt MESH-termer og nøkkelord i følgende kategorier: Diagnostic imaging/Radiology ELLER Health service misuse/Medical overuse ELLER Procedures and Techniques Utilization/Facilities OG Services Utilization. Artikler skrevet på engelsk, tysk, nederlandsk, svensk, dansk, eller norsk kunne inkluderes. Søket inkluderte alle aldersgrupper, men for denne delstudien ble kun studier om undersøkelser på barn trukket ut og analysert for seg.

Resultat og konklusjon

Totalt ble 39,986 oppføringer funnet. 62 studier inkluderte undersøkelser på barn og ble inkludert i syntetiseringen. 30 undersøkelser som kan være av lav verdi innen pediatri ble identifisert. De vanligste undersøkelsene med lav verdi var CT av hodet ved lette hodeskader, MR av hodet ved hodepine, CT/røntgen ved traumer, rutinebruk av røntgen thorax og ved frakturkontroller. Andelen lavverdiundersøkelser varierte fra 3,6-94%. Undersøkelsene med høyeste andel var CT abdomen ved stump traume og CT ved traumer før pasienten sendes videre til spesialisert sykehus. Denne litteraturgjennomgangen gir en oversikt over bruk av lavverdi bildediagnostikk på barn. Ved å redusere bruken av disse vil man kunne utnytte samfunnets ressurser på en bedre måte, samt redusere risiko ved bruk av stråling på barn.

Drivere for bruk av lav-verdi radiologi i Norge, en intervjustudie

Ingrid Øfsti Brandsæter, Eivind Richter Andersen, Bjørn Morten Hofmann, Elin Kjelle

Bakgrunn

Bruken av helsetjenester generelt og radiologiske tjenester spesielt har økt betraktelig de siste årene. Både internasjonalt, og nasjonalt er det dokumentert store geografiske variasjoner i bruk, noe som kan skyldes et over- og underforbruk. Disse variasjonene kan være et resultat av lav-verdi-tjenester, altså tjenester som ikke endrer pasientforløpet eller diagnosen. Lav-verdi radiologi er estimert til å utgjøre 25-50% av radiologiske undersøkelser. Disse undersøkelsen øker også køene og forsinker undersøkelser med høy verdi for pasienten. Til tross for et betydelig omfang og økt søkelys på lavverdi-tjenester, gjennomføres slike undersøkelser hyppig. Denne praksisen er det viktig å undersøke nærmere.

Formål

Formålet med denne studien var å identifisere drivere for radiologiske lav-verdi-undersøkelser i det norske helsevesenet.

Metode

Semistrukturerte intervju ble utført blant radiologer, radiografer, fastleger, legespesialister, ledere ved radiologiske avdelinger og representanter fra helsemyndighetene. Intervjuguiden inneholdt tema som: erfaringer med bruk og drivere av lavverdi radiologi i dagens helsevesen, og hvilke forbedringer man kan se for seg i fremtiden. Dataanalyse ble gjort ved hjelp av kvalitativ rammeverk-analyse.

Resultat

27 deltakere med arbeidssted ved regionale eller lokale sykehus, legekantor, private røntgeninstitutt, dermed både henvisere og mottakere av henvisninger, og helsemyndigheter ble intervjuet. Overordnet organisering av helsetjenesten ble identifisert som en viktig driver for bruk av lav-verdi radiologi. Spesifikke drivere ble identifisert som tilgjengelighet til radiologiske tjenester, økonomiske insentiver som belønner høy aktivitet, retningslinjer og hensyn til standardiserte pasientforløp, silotankegang, manglende kommunikasjonsmuligheter og ulikhet i kompetanse. Bruken av lav-verdi radiologiske undersøkelser ser ut til å være drevet frem av helsetjenestenes organisering, finansiering og tanken om at pasienter skal passe inn i et standardisert forløp.

Utvikling av en kunnskapsbasert og kontekstsensitiv intervensjon for å redusere bruk av lavverdi radiologi i Norge

Eivind R. Andersen, Bjørn M. Hofmann, Elin Kjelle

Bakgrunn og formål

Store variasjoner innen bruk av radiologiske tjenester er vel dokumentert, både i norsk og internasjonal litteratur. Flere radiologiske tjenester er i litteraturen definert som «lavverdiundersøkelser» ettersom de ikke fører til endring av diagnose eller behandling. Lavverdiundersøkelsene har altså minimal, klinisk nytteverdi for den enkelte pasient. I internasjonal litteratur anslås det at opp mot 50% av radiologiske undersøkelser kan regnes som lavverdi.

Studiens hensikt var å utvikle en kunnskapsbasert og konteksttilpasset intervensjon for å redusere bruk av radiologiske lavverdiundersøkelser i Norge.

Metode

Flere metoder ble brukt for å utvikle intervensjon 1) Systematiske kunnskapsoppsummeringer, 2) intervjuer med sentrale aktører, 3) Statistiske analyser av geografiske variasjoner for polikliniske pasienter, samt analyser av bruk av radiologiske tjenester under pandemiens tre første måneder, 4) Rådslaging og diskusjon i ekspertgrupper.

Resultat og konklusjon

Identifisering av lavverdiundersøkelser: En systematisk kunnskapsoppsummering identifiserte 84 potensielle radiologiske lavverditjenester. I intervjuene ble erfaringer vedrørende slike undersøkelser undersøkt blant henvisere, radiologer, radiografer, ledere og representanter fra myndighetene. Statistiske analyser fra pandemiens første tre måneder identifiserte noen nye potensielle lavverdiundersøkelser, samt bekreftet funn fra kunnskapsoppsummeringene. Sentrale funn fra disse metodene resulterte i en tabell med 29 mulige undersøkelser til å inngå i intervensjonen i en norsk kontekst.

Identifisering av mulige intervensjoner: En kunnskapsoppsummering identifiserte mulige tiltak og intervjuene identifiserte sentrale personers oppfatning av muligheter for endring.

Rådslaging og diskusjon: Potensielle lavverdiundersøkelser og mulige tiltak ble diskutert i et ekspert-gruppemøte.

Studien presenterer en systematisk tilnærming for utvikling av en intervensjon som sikret et solid empirisk fundament fra litteraturen, samt praktisk og kontekstuelle erfaringer fra alle nivå i helsetjenesten. Kombinasjon av empiri, praktiske erfaringer og diskusjon rundt kontekstuelle faktorer antas å øke sannsynligheten for en vellykket, kunnskapsbasert intervensjon i praksis. Arbeidet dannet grunnlaget for videreutvikling av en spesifikk intervensjon rettet mot henvisere til radiologi for utvalgte lavverdiundersøkelser, tilpasset en norsk kontekst.

Effects of GP characteristics on unplanned hospital admissions and patient safety. A 9-year follow-up of all Norwegian out-of-hours contacts

Ellen Rabben Svedahl, Kristine Pape, Bjarne Austad, Gunnhild Åberge Vie, Kjartan Sarheim Anthun, Fredrik Carlsen, Johan Håkon Bjørngaard

Background

There are substantial differences in hospital referrals between general practitioners (GPs); however, there is little research on the consequences for patient safety and further healthcare use.

Objective

To investigate associations between out-of-hours GP characteristics, unplanned hospital admissions, and patient safety.

Methods

This cohort study included all Norwegian out-of-hours services contacts from 2008 to 2016, linked to registry data on patient characteristics, healthcare use and death, and GP age, sex, specialist status, out-of-hours service experience, and prior admission proportion. We estimated the impact from GP characteristics on (i) immediate unplanned hospital admissions for “all conditions,” (ii) immediate unplanned hospital admissions for “critical conditions,” (iii) 30-day unplanned hospital admissions, (iv) 30-day hospital costs, and (v) 30-day risk of death. To limit confounding, we matched patients in groups by age, time, and location, with an assumption of random assignment of GPs to patients with this design.

Results

Patients under the care of older and male GPs had fewer immediate unplanned hospital admissions, but the effects on cumulative 30-day unplanned hospital admissions and costs were small. The GPs' prior admission proportion was strongly associated with both immediate and 30-day unplanned hospital admissions. Higher prior admission proportion was also associated with admitting more patients with critical conditions. There was little evidence of any associations between GP characteristics and 30-day risk of death.

Conclusions

GPs' prior admission proportion was strongly associated with unplanned hospital admissions. We found little effects on 30-day mortality, but more restrictive referral practices may threaten patient safety through missing out on critical cases.

Scoping review om helse- og omsorgstjenester til skeive eldre

Monika Dybdahl Jakobsen og Martin Sollund Krane

Forskning fra andre land tyder på at eldre skeive (lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønns-personer) opplever helse- og omsorgstjenestene som lite inkluderende. Skeive eldre opplever at tjenesteytere har bestemte normer og forventninger til kjønn og at heteroseksualitet blir tatt for gitt. Noen opplever også negative holdninger og diskriminering i kontakt med tjenesteytere, og disse negative holdningene, samt redsel for å møte negative holdninger, fører til at personer skjuler sin seksuelle orientering og/eller kjønnsidentitet i kontakt med tjenestene. Også personer som tidligere har vært åpne om sin seksuelle orientering og/eller kjønnsidentitet kan komme «inn i skapet» igjen i kontakt med helse- og omsorgstjenestene. Negative holdninger og diskriminering kan også føre til at utredninger og tjenester blir utsatt eller avbrutt, og det kan føre til personer unnlater å bruke tjenester, noe som kan ha negative helsekonsekvenser. I tillegg opplever noen skeive eldre at deres partnere og valgte familier ikke anerkjennes av tjenesteytere.

Det finnes så langt begrenset kunnskap fra Norden om skeive eldre sine møter med helse- og omsorgstjenestene. Vi vil derfor gjennomføre en kunnskapskartlegging i form av en scoping review for å undersøke hva som fins av kunnskap fra Norden om dette temaet. Vi ønsker også identifisere forskning og tiltak som bør prioriteres for å kunne forbedre tilbudet til skeive eldre.

I arbeidet med scoping reviewen vil vi støtte oss på et rammeverk utviklet av Arksey and O'Malles, Levac mfl. og Peters mfl. Vi vil gjennomføre søk etter fagfellevurderte studier i relevante databaser, og inklusjonskriteriene er at studiene skal omhandle skeive, eldre, og helse- og omsorgstjenester i de nordiske landene. Arbeidet er i tidlig fase, men våre foreløpigesøk tyder på at det finnes svært få fagfellevurderte studier fra Norden.

Usual care for inpatient stroke rehabilitation in Norway: is it "usual"?

Ingvild Lilleheie, Jennifer L Moore, Mari Klokkeud, Stein Arne Rimehaug, Simen Lundberg, Pia Krøll, Inge Ringheim, Anders Oprana, Kristine Lie Killi, Joakim Moestue, Ingild Rosseland, Elisabeth Bø for the FIRST Norway Project Team

Background

The Norwegian healthcare system aims to provide equal access to high-quality rehabilitation. In stroke rehabilitation, comprehensive assessments of current rehabilitation, including patient characteristics, treatment interventions, and outcomes across facilities are needed to identify practice variations and opportunities for improvement. This presentation will describe usual physiotherapy (PT) offered at six Norwegian inpatient facilities for patients who have a goal to recover walking.

Method

We observed inpatient stroke rehabilitation in the public (n=4), private (n=1), and primary care (n=1) settings. Patient demographics and length of stay were collected. Standardized assessments of gait speed (10 Meter Walk Test), walking distance (6 Minute Walk Test), and balance (Berg Balance Scale) were collected at admission, weekly, and discharge. Stepping activity and heart rates achieved during PT characterized PT interventions. Descriptive statistics were used to describe the demographics, patient characteristics, and measurement results for each site. To compare the clinical sites, Chi-squared, Kruskal-Wallis, and ANOVAs were conducted.

Results/conclusion

Data from 208 patients undergoing stroke rehabilitation identified significant differences ($p < 0.05$) in patient age, days post-stroke, and length of stay. While the patients' level of gait and balance function was not significantly different across sites, steps per day, steps per PT session, and minutes of stepping significantly varied. On average, < 1 minute was spent at > 70% of maximum heart rate during PT sessions. Changes in walking distance were significantly different among sites. Of note, the functional level of patients admitted to inpatient rehabilitation was substantially higher than patients described in similar studies in the United States.

This study identified variations in patient demographics, treatment characteristics, and outcomes of stroke rehabilitation in Norway. Further research is needed to identify methods to minimize this variation and ensure patients are provided evidence-based treatments to improve walking after stroke.

Decompressive hemicraniectomy for space-occupying brain infarction: Nationwide population-based registry study

Tor Ingebrigtsen, Anke P., Pedersen LK., Mathiesen EB.

Background and aim

We analysed data from the Norwegian Stroke Registry (NSR) to study access to and outcomes of decompressive hemicraniectomy for brain infarction in a nationwide routine clinical setting. We also discretionary assessed whether the outcomes are comparable with those achieved in randomized controlled trials (RCTs), and whether the use is in accordance with guidelines.

Methods

The NSR is a nationwide (population 5.3 million) clinical quality registry. We included all stroke-cases operated in 2017 through 2019, and retrieved data on baseline characteristics, treatment and functional outcome after three months (dichotomized modified Rankin Scale score; favourable (0-3) or unfavourable (4-6)). Crude treatment rates and the expected proportion of patients transferred from a local hospital to a stroke-centre for the operation were estimated, based on the total population's distribution of residency.

Results

The 68 cases were 17 (25%) women and 51 (75%) men with a median National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) score on admission of 14.0 (inter-quartile range (IQR) 11.0) and a median time from onset to hemicraniectomy of 34.3 (IQR 40.9) hours. The crude treatment rate varied between regions from 0.29 to 1.40 operations per 100,000 population per year, and the proportion transferred from a local hospital (50%) was lower than expected (68%). A favourable outcome was achieved in 20/52 (38.5%) cases.

Conclusion

The findings indicate gender- and geographic-inequalities in access. Among operated cases, outcomes were comparable with those reported from RCTs, and the use in accordance with recommendations in the current guidelines from the American Stroke Association.

Predictive validity of risk indexes for the incidence of surgical site infections compared to a logistic regression model

Kjersti Mevik, Ashenafi Zebene Woldaregay, Karl Øyvind Mikalsen

Background

Surgical site infection (SSI) affects up to every 10th patient undergoing surgery and increases the risk of extended hospital stay, readmission, reoperation and postoperative death. Risk indexes have the intention to predict the risk of SSI of each patient but are not in widespread use. Lack of evaluation of such tools may contribute to their minimal use.

Objective

To assess the predictive validity of National nosocomial infection surveillance (NNIS), Surgical site infection risk score (SSIRS) and JSS-SSI risk scoring tool (JSS-SSI) for the risk of SSI compared to a logistic regression model.

Methods

110 patients identified with SSI by the record review method Global Trigger Tool (GTT) were matched with 110 patients with no SSI identified. Main outcome was the risk score of the NNIS, SSIRS and JSS-SSI for all 220 patients. Variables in the indexes included demographical data (e.g., BMI, ASA score) and procedure related variables (e.g., surgical time, contamination of wound and procedure type). The secondary outcome was the result of a logistic regression model based on all variables in the three risk indexes.

Results and conclusion

The NNIS and SSIRS risk score were significantly higher in patients with SSI ($p=0.004$, 95 % KI 0.1-0.5, $p<0.001$, 95% KI 7-14) than in patients without SSI. The risk score of JSS-SSI was not significantly higher in patients with SSI compared to those without ($p=0.324$, 95 % KI 2-7). The logistic regression model produced comparable performance in assessing SSI achieving an AUC of 76% compared to the well-validated SSIRS (77%) and superior performance compared to the two other risk indexes: NNIS (59%) and JSS-SSI (52%). Although this model is trained on few patients we believe that with the use of this model, based on patients and procedure characteristics, health personnel can intervene early upon high risk patients and prevent SSI.

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi: Integrasjon av registrering og kunstig intelligens-basert beslutningsstøtte i elektronisk pasientjournal

Tor Ingebrigtsen, Mikalsen KØ, Johansen H, Holtet M, Bollvåg L, Hauglid MK, Solberg T

Bakgrunn

Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR) registrerer ryggoperasjoner (63 000 ved utgangen av 2021) ved alle norske sykehus. Dekningsgraden er 80 % og oppfølgingsraten etter 12 måneder 70 %. Økt dekningsgrad og oppfølgingsrate kan forbedre komplettheten.

Det er geografisk variasjon i behandlingsratene og resultatene. 30 % av pasientene rapporterer liten/ingen bedring eller forverring etter 12 måneder, og 25 % gjennomgår reoperasjoner. De fleste prediktorer for dårlig utfall er pasientrelaterte faktorer som er til stede før operasjonen. Beslutningsstøtte basert på data i registeret antas derfor å kunne forbedre pasientutvelgelsen og behandlingsresultatene.

Formål

1) Å øke dekningsgraden ved å integrere registrering til registeret i arbeidsflaten i elektronisk pasientjournal (EPJ) og 2) Å forbedre pasientutvelgelsen ved å anvende kunstig intelligens (KI)-basert analyse av dataene for prediksjon av utfall, og å integrere beslutningsstøtte basert på dette i EPJ.

Metode

Dette er et innovasjonsprosjekt som kombinerer KI-basert algoritmeutvikling, teknisk IT-utvikling, arbeidsprosessinnovasjon og juridiske vurderinger i fem arbeidspakker: 1) Utvikling og validering av en KI-basert algoritme for prediksjon av utfall, 2) Utvikling av skjema-løsninger og arbeidsflyt for integrasjon mellom NKR og EPJ-systemet DIPS, 3) Utvikling og etablering/drift av en skyløsning for fortløpende datautveksling og analyse mellom NKR og DIPS, 4) Utvikling av brukergrensesnitt for registrering av data til NKR i DIPS og for beslutningsstøtteverktøyet og 5) Håndtering av juridiske utfordringer.

Resultat

Foreløpige resultater fra algoritmeutviklingen viser nøyaktighet i prediksjonen med areal under kurven (AUC) >0,8. Arbeidet i de øvrige arbeidspakkene er pågående og status vil bli presentert.

Konklusjon

Prosjektet utvikler en løsning for integrasjon mellom et nasjonalt kvalitetsregister og EPJ, og implementering av beslutningsstøtte basert på denne integrasjonen. Hvis løsningen blir vellykket kan den utvides til flere nasjonale kvalitetsregistre. Innovasjonsprosjektet må følges opp med prospektive kliniske studier for å vurdere om det oppnås forbedring av registerets dekningsgrad og behandlingsresultatene.

eHealth@Hospital-2-Home: digital, sykepleierassistert hjemmeoppfølging etter utskrivelse fra sykehus – en mulighetsstudie

Marianne Storm, Ingvild Morken, Kristin H. Urstad, Hege Wathne, Bjørg Karlsen, Anne Marie Lunde Husebø

Bakgrunn

Hjertesvikt og tarmkreft representerer to store pasientpopulasjoner med ikke-smittsomme kroniske sykdommer (NCD) i Norge. Pasienter i begge gruppene rapporterer hyppige reinnleggelser, behandlingsbyrde og forringet livskvalitet. Særlig overgangen mellom sykehus og hjem kan oppleves sårbar, uten regelmessige kontaktpunkter med helsetjenesten. Forskning viser at disse pasientgruppene har tilsvarende utfordringer etter sykehusutskrivelse i form av omfattende informasjonsbehov, behov for kontakt med helsetjenesten, og behov for trygghet og støtte til egenomsorg. Oppfølgingsbehov som ikke blir møtt påfører pasientene vanskeligheter med å navigere i helsetjenesten, og kan ha negativ påvirkning på egenomsorg og livskvalitet. eHelse kan bidra til effektiv informasjonsflyt, og god og trygg oppfølging av pasienter i helserelaterte overganger.

Formål

Å teste digital hjemmeoppfølging til pasienter med hjertesvikt og pasienter kirurgisk behandlet for tarmkreft i overgangen mellom sykehus og hjem.

Metode

Mulighetsstudie av sykepleierassistert digital hjemmeoppfølging basert på eksisterende teknologi (DignioConnectedCare), med sykdomsspesifikt design, innhold, og funksjoner utviklet via samskaping med sluttbrukere. Tretti pasienter ble fulgt opp digitalt, assistert av en sykehusansatt Oppfølgingssykepleier i 30 dager etter sykehusutskrivelse, med monitorering av vitale mål og symptomer. Prosjektet er finansiert av Norges Forskningsråd i perioden 2020-2024.

Resultat

Pasienter og helsepersonell (HP) vurderte en fremtidig eHelsetjeneste som hensiktsmessig, og stilte krav om at den burde være brukervennlig med relevant informasjon og fasilitere kommunikasjon med HP. Funn fra Mulighetsstudien viser at pasientene er positive til digital hjemmeoppfølging, og opplever seg trygge i samhandling med Oppfølgingssykepleier. Oppfølgingstiden synes tilstrekkelig, og få pasienter hadde problem med å bruke teknologien til rapportering av vitale mål og symptomer. Oppfølgings-sykepleierne rapporterer stor variasjon i tidsbruk ved digital hjemmeoppfølging, og at tidsbruken er relatert til komplikasjoner og forverring av pasientens tilstand.

Konklusjon

Pasienttilpasset, digital hjemmeoppfølging i tiden etter sykehusinnleggelse er mulig og hensiktsmessig for pasienter med NCD. Utprøvingen har bidratt til å skreddersy en planlagt randomisert, kontrollert studie.

Bruk av videokonferanse i psykologisk behandling og oppfølging av barn i barnevern – kunnskapsstatus og erfaringer blant behandlere og brukere

Marian Ådnanes, Silje L. Kaspersen, Vibeke Krane, Jannike Kaasbøll

Bakgrunn

Covid-19-pandemien har endret landskapet for tjenestelevering gjennom økt bruk av videokonferanse i stedet for fysiske møter i helse- og velferdstjenestene. Det er lite systematisert kunnskap om fordeler og ulemper når det gjelder behandling og samhandling i tjenester rettet mot barn og unge i barnevernet.

Formål

Målet med studien er å få kunnskap basert på tidligere forskning, samt undersøke erfaringer med videokonsultasjon i psykologisk behandling og oppfølging (i BUP) av barn og unge som er i kontakt barnevern, og hvordan digitale samarbeidsmøter virker på samarbeid og samhandling mellom BUP og barnevern.

Metode

Vi gjennomførte et scoping review der vi gjennomgikk sju databaser for internasjonal vitenskapelig litteratur samt «grålitteratur» som beskriver norske studier. Egen datainnsamling inkluderte intervjuer blant ungdom i barnevern som får behandling i BUP (n=24) og intervju med behandlere i BUP (n=5).

Resultat (preliminære)

Litteratursøket i internasjonal litteratur ga 2110 unike treff- 14 originalartikler ble inkludert, hvorav 10 var kvalitative, 4 var kvantitative. Søk i grålitteratur med norske studier er ikke avsluttet enda, og intervjuene er ikke ferdig analyserte.

Forskningen viser til praktiske fordeler med videokonferanse i behandling og samhandling, først og fremst at aktørene unngår reisebelastning, som sparer tid og penger. Ulemper er at videokonferanse delvis er betinget av teknologisk kompetanse og at man har tilgang til utstyr, internettilgang samt plass/fysisk rom og at personvern ivaretas. Fordeler ved bruk av videokonsultasjon i psykologisk behandling er faktorer som opplevelse av tilgjengelighet og kontinuitet i tilbudet. Enkeltstudier blant ungdom (generelt) i BUP tyder på økt pasienttilfredshet ved videokonsultasjon. En rekke studier påpeker utfordringer når det gjelder terapeutisk relasjon, og det å få god kontakt i den digitale samtalen. Dette bekreftes i våre intervjuer med behandlere i BUP og blant ungdom selv. Forskningslitteraturen ytrer bekymring knyttet til bruk og utbytte av videokonferanse for de mest sårbare gruppene, og behov for mer forskning særlig rettet mot disse.

How ending of general practitioners' practices affects patients' health care utilization and mortality

Kristin Hestmann Vinjerui, Kjartan Sarheim Anthun, Andreas Asheim, Sara Marie Nilsen, Johan Håkon Bjørngaard

Background

Since 2001, every Norwegian citizen is entitled a regular general practitioner (GP) who serves a list of patients. This facilitates personal continuity in primary care, associated with lower acute and specialist health care utilization and mortality. There are few studies on consequences for the patients of a GP who stops practicing.

Aim

To study how an ending of a regular GP-patient relationship affects health care utilization and mortality. We also aimed to study differences in the time needed to establish a new regular relationship, between municipalities with different availability of GPs.

Methods

We used a difference-in-difference design, comparing patients whose GP retired or moved, with patients who had a continuous GP relationship. We compared outcomes starting 3 years prior to ending the practice to 3 years after. We only compared patients who were similar in age, sex, education and immigrant background, morbidity, and prior health care utilization. Their GPs were also required to have similar characteristics, including age, sex, and patient list length, and practicing in different municipalities. The main outcomes were ordinary and out-of-hours primary care visits, acute hospitalization, and mortality. We used information on all Norwegian citizens from 2006 to 2019, linking the National Population Register, Statistics Norway, the Norwegian GP Register, the Norwegian Patient Register, Control and Payment of Health Reimbursement register and The Causes of Death Registry.

Results/conclusions

Updated results will be presented. This study may inform on consequences of the current lack of GPs in Norway.

Effekt av volum og reisetid på fødselsutfall i Norge fra 1999 til 2016

Andreas Asheim, Sara Marie Nilsen†, Signe Opdahl, Kari Risnes, Elisabeth Balstad Magnussen, Fredrik Carlsen, Neil M Davies, Johan Håkon Bjørngaard

Bakgrunn

En trygg fødselsomsorg avhenger av tilgang til helsetjenester av høy kvalitet. Mellom 1974 og 2008 ble antallet fødselsinstitusjoner i Norge redusert fra 121 til 53. Økte kvalitetskrav, demografiske endringer og bedre kommunikasjon har drevet et mer spesialisert tilbud på større enheter. En slik sentralisering av fødetilbud må balanseres mot en mulig risiko ved at noen kvinner får lengre reisevei når de skal føde.

Formål

Formålet med studien var å undersøke hvordan fødselsutfall påvirkes av sykehusets volum av fødsler og reisetid til sykehuset. Hovedutfall var perinataldød, spedbarnsdød, Apgar-score og transportfødsel. Vi studerte også forskjeller i obstetrisk praksis, indikert ved ulik bruk av induksjon og keisersnitt.

Metode

Vi hadde tilgang til informasjon om alle fødsler i Norge mellom 1999 og 2016 fra Medisinsk fødselsregister. Kvinner som føder på forskjellige sykehus er ikke sammenlignbare, blant annet på grunn av sosioøkonomiske forskjeller og henvisning av risikable fødsler til større sykehus. For å estimere kausale effekter av sykehusvolum og reisetid utnyttet vi derfor ulike naturlige eksperimenter i dataene for å triangulere resultater. Analysene ble gjort ikke-lineært for å kunne estimere mulige terskeffekter av volum og reisetid.

Resultat

Resultater vil bli presentert på konferansen.

How do busy hospital circumstances affect mortality and readmission within 60 days: a cohort study of 680 000 acute admissions in Norway

Johan Håkon Bjørngaard, Sara Marie Nilsen, Andreas Asheim, Fredrik Carlsen, Kjartan Sarheim Anthun, Lars Johan Vatten, Stina Aam, Neil M Davies

Bakgrunn

Å legges inn i en periode hvor sykehuset er travelt kan være ekstra stressende for eldre pasienter. Dette er pasienter som ofte er sårbare på grunn av høy alder og generell skrøpelighet. Travle perioder kan oppstå siden sykehusene må håndtere alle pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, og disse pasientene er vanskelig å planlegge for.

Formål

Å studere om travelhet har en effekt på dødelighet og reinnleggelser blant eldre akuttinnlagte pasienter.

Metode

Kohortstudie hvor vi matchet pasienter som var innlagt for øyeblikkelig hjelp ved samme sykehus, og i løpet av samme måned og ukedag. En pasient som ble innlagt ved et gitt sykehus en mandag i november 2016 ble for eksempel kun sammenlignet med andre pasienter som ble lagt inn ved det samme sykehuset en av de tre andre mandagene i november 2016. Vi definerte to indikatorer for travelhet, nye akuttinnleggelser og belegg av akuttpasienter. Indikatorene er standardisert slik at de har et gjennomsnitt på 0, og en enhets endring tilsvarer en interkvartil-endring av variasjon innen samme sykehus, måned og ukedag. Dødelighet og reinnleggelser ble analysert ved bruk av stratifisert Cox-regresjon med de matchede gruppene som strata.

Resultat

Blant 294 653 pasienter over 80 år med 685 197 innleggelser mellom 2008 og 2016 var gjennomsnittsalderen 86 år (standardavvik 5). Totalt var 13% døde innen 60 dager. Vi fant lite eller ingen effekt i dødelighet av endring i nye akuttinnleggelser eller belegg av akuttpasienter. Det var heller ingen særlige endringer i reinnleggelser i travle perioder, men høyere risiko for å skrives ut på kveld og natt.

Konklusjon

Vi fant små eller ingen effekt av travelhet på dødelighet og reinnleggelser. Sykehusene responderte imidlertid med å skrive ut flere eldre pasienter på kveld og natt.

Effect of Innovative versus Usual Care Physical Therapy in Subacute Rehabilitation after stroke: A Multicenter Randomized Controlled Trial

Marianne Sivertsen, Ellen Christin Arntzen, Karl Bjørnar Alstadhaug, Britt Normann

Background

Research on stroke rehabilitation often addresses common difficulties such as gait, balance or physical activity separately, a fragmentation contrasting the complexity in clinical practice. Interventions aiming for recovery are needed.

Purpose

The purpose of this study was to investigate effects of a comprehensive low-cost physical therapy intervention, I-CoreDIST, versus usual care on postural control, balance, physical activity, gait and health related quality of life during the first 12 weeks post-stroke.

Methods

This prospective, assessor-masked randomized controlled trial included 60 participants from two stroke units in Norway. Participants were randomized to I-CoreDIST (n=29) or usual care physical therapy (n=31), received 5 sessions/week when in-patient or 3 sessions/week as out-patients. Primary outcomes were the Trunk Impairment Scale-modified Norwegian version (TISmodNV) and activity monitoring (ActiGraphsWgt3X-BT). Secondary outcomes were the Postural Assessment Scale for Stroke, MiniBe-sTEST, 10-meter walk test, 2-minute walk test, force-platform measurements and EQ5D-3L. Stroke specific quality of life scale was administered at 12 weeks. Linear regression and non-parametric tests were used for statistical analysis.

Results

Five participants were excluded and seven lost to follow-up, leaving 48 participants in the intent-to-treat analysis. There were no significant between-group effects for primary outcomes: TIS-mod-NV ($p=0,857$); daily average minutes of sedative, ($p=0.662$), light ($p=0.544$), moderate activity ($p=0.239$) and steps $p=0.288$ or secondary outcomes at 12 weeks except for significant improvements on EQ5D-3L in the usual care group. Within-group changes were significant for all outcomes in both groups except for activity levels that were low, EQ5D-3L favoring the usual care group and force-platform data favoring the intervention group.

Conclusions

Physical therapy treatment with I-CoreDIST improved postural control, balance, physical activity and gait during the first 12 weeks after a stroke but is not superior to usual care.

Praktisk prioritering av bildediagnostikk under den første fasen av SARS-COV-2-pandemien

Bjørn M. Hofmann, Eivind R. Andersen, Elin Kjelle

Bakgrunn og formål

SARS-COV-2-pandemien gir en unik mulighet å undersøke prioritering av spesifikke helsetjenester i praksis. Norge egner seg særlig godt da vi hadde en svært lav smitterate og svært få tilfeller av COVID-19 de første månedene av pandemien. Målet med denne studien er derfor å bruke endringene i utførte polikliniske radiologiske undersøkelser i de første månedene av SARS-COV-2-pandemien til å vurdere den praktiske prioriteringen av polikliniske radiologiske undersøkelser i Norge.

Metode

Data ble innhentet fra Statens helseøkonomiforvaltning (HELFO) for årene 2015-2020. Data inkluderte antall utførte polikliniske bildediagnostiske undersøkelser ved offentlige sykehus og private bildesentre i Norge og ble delt inn i tre perioder basert på nivået på restriksjoner på elektive helsetjenester. Antall undersøkelser i de tre periodene i 2020 ble sammenlignet med gjennomsnitt for samme perioder 2015-2019. Data ble analysert med deskriptiv statistikk.

Resultat og konklusjon

I den første perioden av pandemien var det 45 % reduksjon i poliklinisk bildediagnostikk sammenlignet med samme tidsperiode i perioden 2015-2019, mens det i periode 2 og 3 var henholdsvis 25 % og 6 % reduksjon. Studien identifiserte en liste over bildeundersøkelser som potensielt er av lav verdi. Mens noen av disse er dekket av den norske og den internasjonale Kloke-valg-kampanjen, er andre ikke det.

Forbruket av bildediagnostiske undersøkelser i de første periodene av SARS-COV-2-pandemien viser prioritering av bildediagnostikk i praksis når helsetjenesten settes under press. Denne prioriteringen kan indikere hvilken verdi de ulike undersøkelsene er tillagt ved normal drift. Denne praktiske vurderingen stemmer bare delvis overens med vurderinger som kommer frem i kunnskapsbaserte vurderinger (slik som Kloke valg).

The health of health care workers during the COVID-19 pandemic

Mari Grøslund, Hege Mari Gjeffen, Maja W.Grøtting and Bjørn Atle Reme

Healthcare workers (HCWs) were exposed to high workloads throughout the COVID-19 pandemic. Prolonged periods of high workloads are widely recognized to be associated with health detrimental work-related stress. In this study we aimed to assess how work-related stress during the COVID-19 pandemic impacted healthcare workers' doctor certified sick leave, use primary care consultations and medication related to depression, anxiety and sleeping disturbances.

Using nation-wide individual-level data, we studied mental health consultations in primary care (data available from January 2017 to February 2022) and dispensed prescription drugs used to treat anxiety, depression, and sleep disturbances (data available from October 2018 to December 2021) for HCWs. We compared changes over time in health care use before and after the pandemic for HCWs to the same change for a group of public sector employees. Event study and difference-in-difference models allowed us to separate the impact of the high workloads during the pandemic, from secular and seasonal changes experienced by all workers. We also did separate estimations by occupational groups and the share of COVID-19 patients at the workplaces.

HCWs had elevated rates of doctor-certified sick leave during the pandemic. During the winter in 2021/2022, the level of mental health consultations increased by 0.4 percentage points (95% CI 0.24 to 0.56). We do not find strong effect for an increase in use of medication related to psychological problems. The increase in sick leave, mental health consultations was highest for HCWs with the lowest levels of formal (health) education. The share of COVID-19 patients in the workplace was not driving our results.

Medical complaints after 3 vs 2 doses SARS-CoV-2 mRNA vaccination

Fredrik Methi, Jon Michael Gran, Morten Valberg, Jonas Minet Kinge, Kjetil Telle, Karin Magnusson

Background

Numerous individuals have suffered from unexplainable complaints after going through COVID-19, often called 'long-covid'. An additional dose of mRNA SARS-CoV-2 vaccine may reduce the likelihood of experiencing long-covid. At the same time, otherwise healthy individuals may experience side effects from vaccines.

Aims

We therefore want to examine whether individuals vaccinated with three doses of mRNA SARS-CoV-2 vaccines have an altered incidence of medical complaints compared to individuals not vaccinated with three doses.

Methods

Using longitudinal exact 1:1 matching on days since 2nd dose, calendar month and a set of covariates, we obtained a matched sample with 138 581 individuals aged 18-70 years that had the 3rd dose at 20-30 weeks after the 2nd dose and an equally large control group that did not. Main outcomes were medical records of common complaints seen in primary care for up to 90 days after the treatment.

Results

Depending on type of complaint, the estimated 90-day cumulative incidence varied between 70 and 5000 per 100 000 individuals. Among individuals aged 18-44 years, the number of medical complaints was lower for individuals with three doses: Fatigue: 662 less, 95% confidence interval=473-850, shortness of breath: 160 less (90-230) and brain fog: 65 less (22-108) fewer per 100 000 vaccinated. No decrease in incidence was observed for musculoskeletal pain, cough or heart palpitations. When individuals were censored from the analysis from the date of positive SARS-CoV-2 test, these absolute differences were smaller. Similar analyses gave higher estimates among individuals aged 45-70 years, yet more ambiguous results when censored at positive test.

Conclusion

Individuals vaccinated with dose 3 had reduced incidence of complaints compared to matched controls with only 2 doses. Analyses with vs without censoring at positive test implied that this reduction might be explained by a reduced COVID-19 incidence among the 3-dose-vaccinated.

Perspektiv på covid-19 i samiske samfunn i Noreg

Gunnhild Skjold, Marie W. Lundblad, Inger Dagsvold, Susanna R.A. Siri, Bjarne K. Jacobsen, Ann Ragnhild Broderstad

Bakgrunn

Koronapandemien utfordra offentlege tenester på alle plan, og har ført til spørsmål rundt etnisk og geografisk diskriminering, helsejamstelling og balansen mellom folkehelseiltak og individuelle rettar. Urfolk er ei utsett gruppe, som har rett til å få tenester på språket sitt.

Formål

Prosjektet brukar konvergent parallelldesign, der resultat frå intervju, spørjeskjema og mediegjennomgang blir analysert saman for å danne eit bilete av samiske samfunn under pandemien.

Intervjua er individuelle intervju med 10 brukarar av Várdobáiki samiske senter og eit strukturert intervju med ein rådgjevar til sametingsrådet. Spørjeskjema er sendt til kommunar i det samiske språkforvaltingsområdet og kommunar med samarbeidsavtalar med Sametinget (12 av 17 har svart), samiske språk- og kultursenter (12 av 19 har svart), Helse Nord og samiske spesialisthelsetenester i Sámi Klinihkka og SANKS. I tillegg er det gjort tre mediesøk: eit usystematisk søk av artiklar om korona i NRK Sápmi, eit systematisk søk av norske avisartiklar som nemnar både koronapandemien og det samiske, og eit systematisk søk av artiklar samiske media som omhandlar korona.

Metode

Prosjektet brukar konvergent parallelldesign, der resultat frå intervju, spørjeskjema og mediegjennomgang blir analysert saman for å danne eit bilete av samiske samfunn under pandemien.

Konklusjon/resultat

Samane blei ikkje inkluderte i avgjersler, og som stengde grenser fekk store konsekvensar for desse samfunna. Informasjon frå myndigheitene var ikkje tilpassa samiske forhold og kom sjeldan på samiske språk. Dei samiske sentra var for det meste i stand til å oppretthalde aktiviteten. Dei samiske helsetenestene opplevde auka pågang.

Hospitalization rates for acute myocardial infarction during the Covid-19 pandemic – national data from the Norwegian Myocardial Infarction Register

Kari Krizak Halle, Ragna Elise Støre Govatsmark, Veronica Bendiktsen Berge, Ailin Falkmo Hansen, Kaare Harald Bønnaa

Background

The number of hospitalizations for acute myocardial infarction (AMI) have been decreasing over years. The COVID-19 pandemic led to a lockdown of the Norwegian society 12 of March 2020. Elective operations were cancelled, and acute conditions were prioritized.

Aim

Aim of the study was to investigate whether hospitalization rates for AMI differed during the Covid-19 pandemic compared with the previous years.

Methods

Norwegian hospitals are by law required to register clinical data for all patients treated for acute myocardial infarction in the Norwegian Myocardial Infarction Register (NORMI). The register includes 90% of eligible patients. The study included all patients with AMI registered in NORMI during the period 2015-2021. Hospitalization rates of AMI are each year adjusted for coverage in the register and the number of citizens. We compared hospitalization rates of AMI stratified for type (STEMI and NSTEMI), gender, and age (<70 and 70+ years). Estimated hospitalization rates are calculated by an assumption of linear reduction of 3.3 % annually in the period 2015-2019.

Results

- In 2020, there was a 9 % reduction in hospitalization rates compared to 2019 (STEMI:-9 %, NSTEMI:-10 %) with no gender differences
- The hospitalization rate in 2021 was about the same as the rate in 2020, and as expected based on long-term annual decrease of about 3 %
- The reduction of hospitalization rate in 2020 was greater for patients over 70 years than under 70 years compared to 2019, especially in first half of the year
- There were no differences in 30-day or 1-year case-fatality for patients hospitalized with AMI in 2020 and 2021 compared to 2019.

Conclusion

During the Covid-19 pandemic in 2020, the hospitalization rates for AMI decreased in Norway. The largest effect was for patients 70 years and older.

Erfaringer med «Klinisk dashboard» etablert for å monitorer «sørge-for» ansvaret i Helse Sørøst regionale helseforetak (HSØ RHF)

Ole Tjomsland og Christian Thoresen

HSØ RHF har etablert en modell utarbeidet for at regionale helseforetak skal kunne monitorere «sørge for ansvaret» ved helseforetakene i regionen. Prinsippene som er lagt til grunn for modellen er forankret hos brukerutvalget, konserntillitsvalgte samt i det regionale fagdirektørmøtet og er planlagt i 4 faser:

1. prosedyrerelatert behandling somatikk
2. ikke-prosedyre relatert behandling somatikk
3. psykisk helse (PH) og tverrspesialisert rusbehandling (TSB)
4. klinisk kjemi og billeddiagnostikk

Arbeidet er basert på kategorisering av helsetjenester beskrevet av *Wenneberg: (Tracking Medicine - A Researcher's Quest to Understand Health Care)* hvor helsetjenestene kategoriseres i nødvendige, preferanse- og tilbudsstyrte tjenester. Utfordringen i forhold til uønsket variasjon er antatt i stor grad å dreie seg om underforbruk av nødvendige helsetjenester samt overforbruk av preferanse- og tilbudsstyrte tjenester. Dette er lagt til grunn for valg av indikatorer hvor resultatindikatorer brukes til å monitorere nødvendige helsetjenester mens forbruksrater brukes for å følge preferanse- og tilbudsstyrte tjenester. Overlevelsesdata er hentes fra analyser fra Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret mens aktivitetsdata er basert på analyser av data fra Norsk Pasientregister.

Indikatorer for nødvendige helsetjenester:

- 30 dagers totaloverlevelse
- 30 dagers overlevelser for pasienter innlagt med hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd
- 5 års overlevelse for pasienter med kreft i tykk og endetarm, lunge, bukspyttkjertel, bryst og prostata.
- Forbruksrater for utvalgte prosedyre-basert behandling er valgt på bakgrunn av volum og kost (f.eks kirurgi for sykkelig overvekt)

30 dagers overlevelsesdata beregnes separat for pasienter som er utskrevet i live, dette er særlig relevant for pasienter med hjerneslag, hoftebrudd og totaloverlevelse hvor hhv 30%, 60% og 40 % av dødsfallene første 30 dagers etter innleggelsen rammer pasienter som ble utskrevet i live. Overlevelsesdata presenteres som relativ overlevelse sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt eventuelle avvik på individ-nivå er beregnet. Overlevelsesdata presenteres i Kaplan-Meier kurver som kan bidra til kunnskap om hvor i behandlingsskjeden avvikene oppstår.

Indikatorer for preferanse -og tilbudsstyrte tjenester

Forbruksrater per innbygger i sykehusområdet er beregnet på bakgrunn av data fra Norsk Pasientregister (NPR) som kategorisert på 3 nivåer. Forbruksrater for hvert foretak estimeres og sammenstilles med rater i de andre helseforetakene i regionen i tillegg til regionale og nasjonale data.

Data for trinn 1 (prosedyrerelatert behandling somatikk) er ferdigstilt og presentert for ledergruppen ved Helseforetakene i HSØ RHF: I første omgang vil dashboardet være utgangspunkt for årlig oppfølgingsmøte med HF-ene hvor det forventes at resultatene presenteres for de respektive HF-styrene og at det utarbeides en handlingsplan som adresserer de største utfordringene som rapporteres og følges opp av RHF-et.

Arbeidet med å etablere tilsvarende modell for å kunne monitorere ikke prosedyrerelatert behandling samt Psykisk Helse og TSB er startet og vil forhåpentligvis være klar til utprøving 2023.. Eksempler fra dashboardet vil bli presentert.

How to conquer time and variation: Combining shared decision making and patient rights to participate with time-limiting patient pathways

Anne Regine Lager, Ann Karin Tretten Moen, Elisabeth Sundkvist, Kenneth Johansen, Marla Clayman, Ole Hartvik Jensen, Tove Skjelbakken, Tore Knutsen

Background

Shared decision making (SDM) is a fundamental right for all patients in Norway. National standardized patient pathways are developed to ensure patients receive recommended care and avoid unnecessary delays. Unfortunately, pathways are most often not designed to include SDM, e.g. the 34-day deadline from general practitioner referral until treatment decision for patients with localized prostate cancer. The standardized pathway may interact with the system's ability to provide SDM.

Aim

The aim of this work was to visualise and define SDM within the standardized timeframe of the patient pathway for localized prostate cancer.

Methods

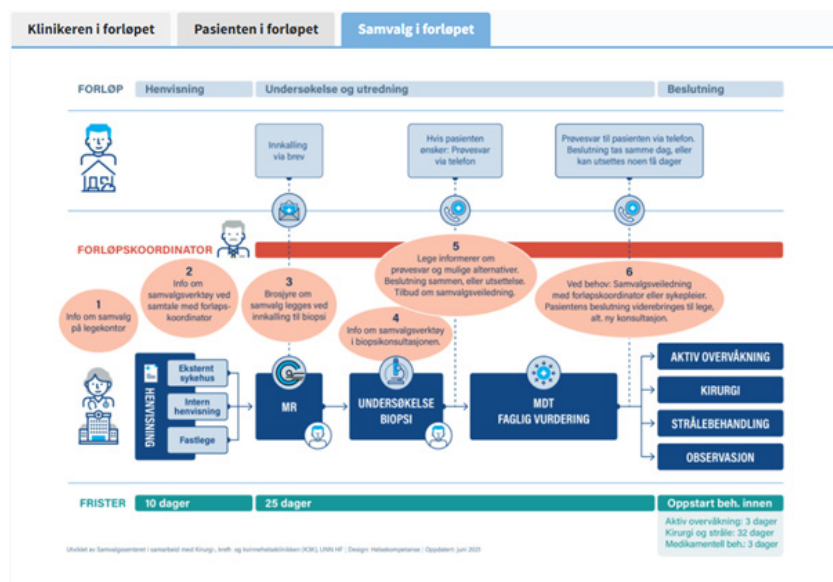
A urologist and an SDM expert made a draft visualisation of the pathway, looking at the information flow and communication between patient and clinicians throughout the timeline. Two urotherapists, a patient pathway coordinator, and a patient's representative were then included to provide different perspectives.

Results and conclusion

Within the nationally-defined timeframe, we specified 3 facets: which may be adjusted to any hospital or routine

- Healthcare personnel: clinical tasks
- Patient: clinical contact and waiting periods
- SDM as a process throughout the total timeframe, from GP until decision

The visualization demonstrates that the need to meet deadlines does not have to conflict with patients' rights to participate in care, thus supporting the clinician in believing that SDM is feasible. Information about SDM may be given at several points throughout the pathway, thus preparing the patient for the decision encounter. Thoughtfully implementing SDM as a process secures presenting options in an equal and structured manner, which may limit unwarranted variations in healthcare. Integrating SDM throughout the patient pathway is a crucial step in implementing SDM into clinical practice. Our example may also inspire other medical disciplines to consider how to integrate SDM into their patient pathways.



Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser

Robert Wiik, Ailin Falkmo Hansen, Knut Ivar Johansen

Bakgrunn

Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser ble etablert i 2013. Tjenesten er et samarbeid mellom Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF og Helsedirektoratets avdeling helseregistre. Avdelingen er databehandler for Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).

Formål

Formålet med tjenesten er å systematisk og rutinemessig estimere de medisinske kvalitetsregistrenes dekningsgrad. Et kvalitetsregisters dekningsgrad indikerer i hvilken grad opplysninger om pasienter innenfor målgruppen blir rapportert til kvalitetsregisteret. Det er et krav at dekningsgrad skal beregnes med utgangspunkt i en datakilde som er uavhengig av registeret. I Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyse beregnes dekningsgrad ved å sammenstille kvalitetsregisterets opplysninger med NPR/KPR ettersom det er obligatorisk for offentlig finansierte enheter i spesialist- og primærhelsetjenesten å rapportere til NPR og KPR.

Metode

For å identifisere samme pasientpopulasjon i NPR/KPR som i kvalitetsregisteret etableres inklusjons- og eksklusjonskriterier. Slike kriterier kan være tilstandskoder (ICD-10, ICPC-2), prosedyrekoder (NCSP/NCMP/NCRP), alder, kjønn og behandlingsenhet.

Data fra NPR/KPR sammenstilles med kvalitetsregisterets opplysninger gjennom pseudonyme fødselsnumre (diagnosebasert kobling), eller basert på en kombinasjon av flere kriterier, for eksempel pseudonymt fødselsnummer, institusjon og dato (prosedyrebasert kobling). NPR/KPR og kvalitetsregisterets opplysninger behandles som likeverdige, og man beregner andel som finnes i kvalitetsregisteret mot det totale antallet som finnes i begge registrene.

Resultat

Krav om dokumentert dekningsgrad har medført flere søknader og økt aktivitet i tjenesten. Siden oppstarten i 2013 har 26 ulike kvalitetsregistre fått utført individbasert dekningsgradsanalyse i den nasjonale tjenesten – mange av dem flere ganger. Selv om mange kvalitetsregistre har økt dekningsgraden, mangler flere av dem trolig en vesentlig andel av målpopulasjonen. Dekningsgradstjenesten gir kunnskap om kvalitetsregistrenes dekningsgrad, men også viktig innsikt i komplettethet og kodekvalitet i NPR/KPR. Kodevalidering mot journal med basis i resultatene fra dekningsgradsanalysen gir verdifull informasjon om kodepraksis- og kvalitet ved behandlingsenhetene.



VÅR VISJON - PASIENTENS BESTE

**VÅRT MÅL - BEDRE OG MER
LIKEVERDIGE HELSETJENESTER**

Konferansen arrangeres av

SKDE (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering)

i samarbeid med

Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning



Abstractboken er utarbeidet av
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Helse Nord RHF
Telefon 77 75 58 00 E-post post@skde.no

Forsidebilder: Shutterstock Trykk: Lundblad Media

SKDE publikasjon nr. 3/2022, oktober 2022
ISBN: 978-82-93141-54-9