

Helsetjenesteforskningsskonferansen 2026

Abstractbok

3.-4. november 2026



Sesjoner med individuelle presentasjoner



Organiserte sesjoner

Foreløpig versjon – endringer i programmet kan forekomme.

Innhold

Tirsdag 3. november

3

13:15–14:45 • Parallelle sesjoner

3

Aud 2 – Integrerte tjenester for skrøpelige eldre

3

HS Sem 017 – **Sesjon 1:** Pandemi – Fra forskning til beredskap: Norge rustet for neste helsekrise?

6

Sem 8 – Apotek og farmasøytiske tjenester

8

Møterom HELED – Helseøkonomisk evaluering og HTA

11

Møterom Helsefag – **Sesjon 2:** From Pregnancy to Parental Leave: Institutional Context and Equity in Health Service Use

14

15:00–16:30 • Parallelle sesjoner

17

Aud 1 – Finansiering, styring og prioritering

17

Aud 2 – Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

20

Aud 3 – Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

23

HS Sem 017 – Munnhelse

27

Sem 8 – **Sesjon 3:** Apotekets rolle i fremtidens helsetjeneste: Evaluering og utvikling av farmasøytiske tjenester

30

17:00–18:00 • Parallelle sesjoner

33

Aud 1 – Akuttmedisin og prehospitale tjenester

33

Aud 2 – Tjenester for barn, unge og personer med CP

35

Aud 3 – Kommunelegen, pandemi og beredskap

38

Sem 3 – Legemiddel- og pasientsikkerhet

40

Sem 4 – **Sesjon 4:** Robotteknologi i kommunal helse- og omsorgstjeneste

43

Onsdag 4. november

46

09:00–10:45 • Parallelle sesjoner

46

Aud 1 – Overganger, helsetjenestebruk og arbeid

46

Aud 2 – Pasientforløp

50

Aud 3 – **Sesjon 5:** SIKRE: Sosial innovasjon for å gi bedre sosial støtte til enslige kreftsyke i kommunen

54

Sem 6 – Kvinnehelse, familie og psykisk helse

55

HS Sem 017 – Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

58

Møterom Helsefag – **Sesjon 6:** Nye metoder for å styrke pasientstemmen: maskinlæring, longitudinelle metoder og kontinuerlig måling av pasientrapporterte data

63

Navneregister

65

Tirsdag 3. november

13:15–14:45 · Parallelle sesjoner

AUD 2

Integrerte tjenester for skrøpelige eldre

Tirsdag 3. nov kl. 13:15–14:45 · Chair: Christine Råheim Borge / Marijke Veenstra

13:15 Christine Råheim Borge

13:30 Marijke Veenstra

13:45 Kristin Mork Hamre

14:00 Marianne Lomheim Tang

14:15 Ingeborg Johannessen

14:30 Stine Hellum Braathen

Tirsdag 3. nov kl. 13:15 · Aud 2 · Integrerte tjenester for skrøpelige eldre

HighHealthCare (HøyHelseOmsorg)-studien

Christine Råheim Borge

Førsteamanuensis og seniorforsker, Avdeling for folkehelsevitenskap og tverrfaglig helsevitenskap, UiO og Lovisenberg Diakonale Sykehus

Bakgrunn

HighHealthCare (HøyHelseOmsorg)-studien skal styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester ved å utvikle og teste en digital hjemmeoppfølgingsintervensjon tilpasset personer med høy helsetjenestebruk. Antallet personer med komplekse behov øker, med hyppige sykehusinnleggelser og omfattende hjemmetjenestebehov, ofte med fragmentert oppfølging på tvers av omsorgsnivå. Lav helsekompetanse og begrensede digitale ferdigheter kan hindre egenmestring og livskvalitet. Det er behov for mer forskning som kan bidra til sømløse, tilpassede helsetjenester for denne pasientgruppen.

Formål

Målet er å utvikle og teste en digital hjemmeoppfølgingsintervensjon som kan bidra til økt helsekompetanse, egenmestring, livskvalitet og brukertilfredshet, samtidig som ressursbruken i helsetjenestene blir mer bærekraftig. Kjernen i studien er å skape helhetlige og sømløse pasientforløp gjennom tett samarbeid mellom brukere, kommuner, helseforetak og forskningsmiljøer, for å utvikle tilpassede og gjennomførbare løsninger.

Metode

Prosjektet gjennomføres i tre arbeidspakker

1. Kartlegge og utforske erfaringer med bruk av helsetjenester, helsekompetanse (inkludert digitale ferdigheter), helse, mestring, livskvalitet og brukertilfredshet blant personer som bruker mange helsetjenester.
2. Samskaping der brukere (pasienter og pårørende), tverrfaglig helsepersonell og forskere sammen utvikler innhold og løsninger til den digitale hjemmeoppfølgingsintervensjonen og som kombineres med andre helsetiltak basert på funn fra arbeidspakke 1.
3. Teste intervensjonen i en randomisert kontrollert studie, med helsetjenestebruk og kostnader som primære utfall, og helsekompetanse, mestring, helse, livskvalitet og brukertilfredshet som sekundære utfall.

Studien bygger på et etablert og nært samarbeid mellom bydelene Gamle Oslo, St. Hanshaugen, Grünerløkka og Sagene, Bodø kommune, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nordlandssykehuset, Universitet i oslo, VID vitenskapelige høyskole, Lovisenberg Diakonale Høgskole, og La Trobe University i Australia.

Receiving care through a new model for integrated healthcare (IHC-frail): does it contribute to goal attainment among frail older adults?

Marijke Veenstra

Dr., Akershus Universitetssykehus, HØKH

Background: A new model for integrated and person-centred healthcare (IHC) services was developed to improve coordination of care across providers, settings and sectors for frail older adults with complex care needs. The new model includes a personalized goal-centred treatment plan established together with the older person and an interdisciplinary team during a baseline home visit.

Aim: This study investigates the impact of the IHC-model on goal attainment in 97 care recipients at 6 months follow-up, accounting for changes in physical functioning.

Methods: Although each older person has identified their own specific goals at baseline, standardized scoring using Goal Attainment Scaling (GAS) enables statistical analyses of goal attainment. Physical functioning is assessed with the Short Physical Performance Battery (SPPB). Longitudinal data are analysed with Linear mixed methods and Analysis of variance.

Results: All in all, 45 per cent of the participants attained their first goal. Achievement was more likely in goals reflecting the domains of Activity – less likely for goals involving Social Participation. Overall GAS scores (T-scores) showed a modest improvement in goal attainment over time. Improvement in GAS scores is associated with stable and improved SPPB over time.

Conclusion: Findings are discussed according to the two-tier function of Integrated Care, which targets managing advanced chronic conditions and supporting capacity enhancing behaviours.

Hvordan bidrar et helsefelleskap til integrerte helsetjenester for hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov? En kvalitativ studie

Kristin Mork Hamre

Stipendiat, Akershus Universitetssykehus, HØKH

Bakgrunn: Lite er kjent om hvordan strukturelle betingelser på makronivå påvirker integreringen av helsetjenester på tvers av organisasjonsnivåer, slik som i et todelt helsevesen som i Norge. Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan fra 2020 ble helsefelleskapene innført som et nasjonalt virkemiddel for å bedre samhandlingen mellom sykehus og kommuner rundt særlig utsatte pasientgrupper.

Formål: Denne studien belyser erfaringene fra representanter på ledernivå i et Helsefelleskap med hvordan Helsefelleskapet bidrar til å skape sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner for eldre med skrøpelighet.

Metode: Vi har brukt en induktiv kvalitativ tilnærming basert på semistrukturerte intervjuer. Totalt 14 intervjuer ble gjennomført i perioden oktober 2025 til januar 2026. Informanter var ledere fra sykehus (n=4) og fra kommuner i ulike geografiske regioner (n=5), samt øvrige representanter (n=5). Intervjudata ble transkribert verbatim, kodet ved bruk av programvaren NVivo og videre analysert ved hjelp av tematisk analyse etter Braun og Clarke.

Resultat: Opplevelsen av å ville hverandre vel underveis i dialog og samarbeid var gjennomgående. Følgende foreløpige temaer gjenspeiler informantenes oppfatning av hva ved Helsefelleskapet som underbygger dette: å skape gjensidig forståelse for utfordringer og forsøke å finne løsninger i felleskap, å skape gjennomslagskraft ved å få satt tjenester ut i praksis med gevinster for begge parter («suksesshistorier»), å kompensere for maktforskjeller og polyfoni i organisering og å håndtere grensene til Helsefelleskapets beslutningsmyndighet.

Konklusjon: Representantene ser sin rolle inn i Helsefelleskapet som en del av et større system som forutsetter at de arbeider sammen om felles målsetninger over tid, og slik forsøker å forbedre tjenesteforløp, inkludert integrerte helsetjenester for hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov.

Subjektiv omsorgsbelastning hos pårørende til hjemmeboende eldre med omfattende tjenestebehov som mottar integrerte helsetjenester – en longitudinell studie

Marianne Lomheim Tang

Stipendiat, Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH), Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Pårørende til hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov kan oppleve betydelig omsorgsbelastning, ettersom kortere liggetid i sykehus og et fokus på aldring i eget hjem medfører et større ansvar på uformelle omsorgsgivere. Nye tilnærminger til integrerte helsetjenester for eldre med sammensatte behov, deriblant IHT-modellen utviklet av Akershus universitetssykehus og kommuner i opptaksområdet, sikter på å levere personsentrerte og helhetlige helse- og omsorgstjenester, i tett samarbeid mellom sykehus, kommune, fastlege og uformelle omsorgsgivere. Hvorvidt integrerte helsetjenester bidrar til å redusere subjektiv omsorgsbelastning blant pårørende er fortsatt uklart.

Formål: Å analysere endring i subjektiv omsorgsbelastning blant uformelle omsorgsgivere til tjenestemottakere av IHT, samt undersøke sammenhengen mellom subjektiv omsorgsbelastning og karakteristikk hos både den pårørende selv og den de gir omsorg til.

Metode: Longitudinell oppfølging av 124 pårørende-pasient-dyader ved baseline, 6, og 12 måneder. Data analyseres ved bruk av lineære mixed-effekt modeller. Utfallsvariabelen er pårørendes subjektive omsorgsbelastning (skala fra 8-40). Kovariater er omsorgsgivers kjønn og relasjon til pasient (ektefelle versus annen nær familie). Inkluderte tidsavhengige kovariater er ytelse av personlig omsorg (ADL), pårørendes selvrapporterte helse og pasientens grad av skrøpeligheit (Clinical Frailty Scale).

Resultater: Foreløpige resultater viser at subjektiv omsorgsbelastning hos uformelle omsorgsgivere avtok signifikant i de 12 månedene pasienten mottok tjenester gjennom IHT ($\beta = -1.58$, 95% CI -2.52; -0.63). Endringen var uavhengig av kjennetegn ved de uformelle omsorgsgivere og av tjenestemottakerens skrøpeligheit. Ektefeller rapporterte lavere subjektiv omsorgsbelastning enn øvrig nær familie ($\beta = -2.35$, 95% CI -3.77; -0.93), og menn rapporterte en lavere subjektiv belastning enn kvinner ($\beta = -2.11$, 95% CI -3.59; -0.63). Ytelse av personlig pleie var ikke signifikant assosiert med subjektiv belastning ($\beta = 0.77$, 95% CI -0.44; 1.97), mens dårligere egenrapportert helse blant uformelle omsorgsgivere ($\beta = -0.04$, 95% CI -0.07; -0.01), og høyere skrøpeligheit hos pasienten ($\beta = 0.91$, 95% CI 0.43; 1.40) var signifikant assosiert med en høyere subjektiv belastning.

Barriers and facilitators for providing holistic care for home-dwelling frail elderly patients

Ingeborg Johannessen

Ph.d.-kandidat, Universitetet i Oslo og Drammen kommune

Introduction

Reorientation of healthcare systems is needed to provide good and cost-effective healthcare to frail elderly people in an ageing population. There is good evidence for a holistic approach, where care is planned according to individual needs and well-coordinated between services. This is often not achieved in practice.

Aim

Our aim was to identify barriers and facilitators for providing evidence based holistic care pathways within ordinary primary healthcare services in Drammen municipality, Norway.

Methods

Firstly, we used Soft Systems Methodology (SSM), an action research approach well suited for structuring complex problems. Through dialog with home care nurses and general practitioners (GPs), problem situations in the current care pathways and possible solutions to these problems have been identified and documented. Solutions broadly considered feasible have been piloted by a selection of home care nurses and GPs.

Secondly, we performed semi-structured interviews of GPs, nurses and patients involved in the pilot. These interviews are analysed using systematic text-condensation.

Preliminary results and conclusion

Perceived usefulness of the piloted solutions was an important facilitator of holistic care pathways provided by home care services and GPs. Barriers included: 1) cooperation was not part of ordinary workflow and had low priority, 2) the main tool for cooperation, electronic messages, is not suited for complex problems, 3) the patient and the service-providers have unclear and differing aims for the care and treatment provided and 4) the major quality indicator in home care services (face-to-face time with the patients) were negatively impacted when spending more time in dialogue with GPs.

Face- to- face interprofessional interaction and the creation of shared goal- based treatment plans must be prioritized in daily workflow and recognised in quality indicators to achieve more evidence- based, holistic care for frail elderly patients.

Tirsdag 3. nov kl. 14:30 • Aud 2 • Integreerte tjenester for skrøpelige eldre

Utforming av det bygde miljø for sosial deltakelse i demensomsorgen: En casestudie av en norsk demenslandsby

Stine Hellum Braathen

Seniorforsker, SINTEF Digital

Bakgrunn: Sosial deltakelse er grunnleggende for menneskers helse og livskvalitet gjennom hele livsløpet. Forskning viser at sosial deltakelse er knyttet til helsefremmende atferd og positive helseutfall (Choi et al., 2025; Levasseur et al., 2022), som for eksempel redusert risiko for å utvikle demens (Joyce et al., 2022; Penninkilampi et al., 2018; Sommerlad et al., 2023). Sosial deltakelse er også av stor betydning for personer som lever med demens, og er assosiert med økt trivsel, bedre funksjonsevne og høyere livskvalitet (Choi et al., 2025; Hackett et al., 2019). Samtidig viser forskning at sosial deltakelse ofte avtar etter at en demensdiagnose er stilt (Choi et al., 2025; Wang et al., 2023). Det finnes begrenset kunnskap om hva meningsfull deltakelse faktisk innebærer for denne gruppen, og hvilke tiltak som kan bidra til å styrke sosial deltakelse blant personer med demens (Wang et al., 2026).

Formål: I denne presentasjonen utforsker vi hvordan det bygde miljøet kan støtte sosial deltakelse blant eldre personer med demens som bor på institusjon.

Metode: Dette gjøres gjennom en kvalitativ casestudie av en demenslandsby i Norge.

Resultat: Demenslandsbyen ble planlagt, utformet og bygget med tydelige ambisjoner om å forbedre beboernes livskvalitet gjennom å fremme autonomi, mestring av eget liv, fysisk aktivitet og sosial deltakelse. I denne presentasjonen retter vi særlig oppmerksomheten mot sosial deltakelse. Vi utforsker hva meningsfull sosial deltagelse er for beboerne, og hvordan det bygde miljøet påvirker sosial deltagelse.

HS SEM 017

Sesjon 1 • Pandemi – Fra forskning til beredskap: Norge rustet for neste helsekrise?

Tirsdag 3. nov kl. 13:15–14:45 • Chair: Tonje Sande Laird (FHI)

Presentasjoner ved: Tonje S. Laird; Gunnstein Norheim; Guro H. Fossum; Aleksander R. Holten; Karin Nygård; Bjørn Iversen

Introduksjon til temaet

Helsekriser som pandemier, utbrudd av smittsomme sykdommer og andre alvorlige hendelser stiller store krav til rask kunnskapsutvikling og evidensbaserte beslutninger. Erfaringene fra COVID-19 viste at Norge har sterke forskningsmiljøer og gode dataressurser, men også utfordringer knyttet til koordinering, prioritering og rask mobilisering av forskning på tvers av sektorer og fagområder. For å styrke nasjonal forskningsberedskap er det behov for bedre samordning mellom forskningsmiljøer, helsetjenesten og myndighetene, samt mer målrettede mekanismer for finansiering og samarbeid i krisesituasjoner. PandemiNett er etablert som et nasjonalt forskningsnettverk for pandemiberedskap og skal bidra til økt koordinering, sterkere samarbeid nasjonalt og internasjonalt og raskere kunnskapsproduksjon. Sesjonen vil belyse hvordan ulike deler av forskningssystemet kan bidra til en mer robust og samordnet beredskap.

1.1 PandemiNett – nasjonal koordinering av forskningsberedskap

Tonje S. Laird, seniorrådgiver, FHI

PandemiNett er etablert som et nasjonalt forskningsnettverk for pandemiberedskap med mål om å styrke koordinering, samarbeid og rask mobilisering av forskning ved helsekriser. Nettverket samler sentrale aktører på tvers av forskningsinstitusjoner og helsetjenesten for å redusere fragmentering og legge til rette for mer samordnet kunnskapsutvikling.

Innlegget vil gi en introduksjon til PandemiNetts rolle i det norske beredskapslandskapet, med særlig vekt på hvordan nasjonal koordinering, prioritering og samspill mellom fagområder kan styrke forskningsresponsen ved fremtidige kriser. Det vil også belyse hvordan PandemiNett kan fungere som et bindeledd mellom nasjonale initiativer og internasjonale forskningssamarbeid.

1.2 Basal- og preklinisk forskning

Gunnstein Norheim, seniorrådgiver, FHI

Basal- og preklinisk forskning er avgjørende for å forstå sykdomsmekanismer, identifisere nye patogener og utvikle diagnostikk, vaksiner og behandling. Under helsekriser må denne forskningen kunne mobiliseres raskt og kobles tett til kliniske og epidemiologiske miljøer. Innlegget vil belyse hvordan en slik respons i praksis skjer med eksempler fra Hantavirus- og Bundibugyo-utbruddene i 2026, og erfaring fra tidligere utbrudd og pandemier. Innlegget vil vise hvilke behov som har prioritet i ulike deler av en responsfase av et utbrudd av økende omfang, hvordan man kan dekke kunnskapsgapene ved hjelp av forskergrupper og laboratorieforskning i Norge og internasjonalt samarbeid. Innlegget vil også peke på slagsider med respons og improvisasjon og hvordan man kan være bedre forberedt gjennom forskning og samarbeid i «ikke-pandemiske» tider.

1.3 Forskning i primærhelsetjenesten

Guro H. Fossum, overlege, FHI

Primærhelsetjenesten er ofte første, og mange ganger største (og noen ganger eneste) kontaktpunkt for befolkningen under helsekriser. Helsetjenesten i kommunene spiller en sentral rolle i tidlig oppdagelse, håndtering og oppfølging av sykdom og utbrudd. Samtidig er forskning i primærhelsetjenesten ofte underrepresentert i beredskapsarbeidet. Infrastrukturen for forskning utenfor sykehus er fragmentert og delvis fraværende. Det er mange aktører som ønsker å bidra, men lite felles koordinering. Vi erfarte under Covid-19-pandemien at helsetjenesten i kommunene adapterte raskt til den nye situasjonen, og helsehjelpen som ble gitt var god, og alt i alt kom Norge ganske godt ut av krisen. Likevel sitter vi igjen med fragmentert forskning, og lite var på plass i forkant. Innlegget vil belyse eksempler fra forskning i denne sektoren i Covid-19-pandemien, og hva som kan og bør forbedres i kommende kriser.

1.4 Forskning i spesialisthelsetjenesten

Aleksander R. Holten, overlege, FHI og OUS

Spesialisthelsetjenesten er sentral for behandling av alvorlig sykdom og for klinisk forskning under helsekriser. Det vil i en krise være behov for rask etablering og samkjøring av store studier, samtidig som klinisk drift opprettholdes i en situasjon med pressede ressurser. Innlegget vil belyse behovet for samkjørte observasjons- og intervensjonsstudier, samt å ha en oppegående infrastruktur før krisen inntreffer. Spesialisttjenesten må raskt kunne komme i gang med studier av sykdomsforløp, pasienthåndtering, diagnostikk og behandling. Samtidig vil innsamlede pasientprøver kombinert med kliniske opplysninger være nødvendig for å forstå biologien i en ny sykdom. Innlegget vil trekke erfaringer fra COVID-epidemien, og beskrive hvordan kliniske forskningsnettverk kan muliggjøre rask oppstart av studier og mer effektiv kunnskapsutvikling i krisesituasjoner.

1.5 Folkehelse- og samfunnsforskning

Karin Nygård, spesialrådgiver, FHI

Effektiv håndtering av helsekriser krever kunnskap som favner både epidemiologiske, samfunnsmessige og atferdsrelaterte perspektiver, samt bruk av registerdata som gir viktig innsikt i sykdomsutvikling og helseeffekter i befolkningen. Folkehelse- og samfunnsforskning bidrar med innsikt i smittespredning, befolkningsatferd, tillit, samt effekt og konsekvenser av tiltak. Innlegget vil gi eksempler på hvordan overvåkingsdata og epidemietterretning, både nasjonalt og gjennom internasjonalt samarbeid, bidrar til å oppdage, utrede og oppklare større og mindre utbrudd, og bruk av dette til systematisk kunnskapsgenerering for krisehåndtering, inkludert forskning. Videre vil innlegget belyse hvordan samfunns- og atferdsforskning kan bidra til økt forståelse av befolkningens risikopersepsjon, respons på råd og tiltak, og hvordan helsekriser kan påvirke ulike grupper ulikt, særlig utsatte og sårbare grupper.

1.6 Internasjonalt samarbeid – Be Ready-partnerskapet

Bjørn Iversen, fagdirektør, FHI

Helsekriser krysser landegrenser, og forskningsberedskap må derfor også ha en internasjonal dimensjon. Europeisk samarbeid gir tilgang til større datasett, komplementær ekspertise og raskere kunnskapsutvikling. Innlegget vil presentere Be Ready-partnerskapet, et europeisk initiativ for å styrke pandemirelatert forskningsberedskap. Det vil belyse hvordan internasjonale forskningsnettverk kan bidra til harmonisering av metoder, bedre datadeling og koordinert kunnskapsproduksjon, og hvordan norsk deltakelse styrker både nasjonal og europeisk beredskap.

Apotek og farmasøytiske tjenester

Tirsdag 3. nov kl. 13:15–14:45 • Chair: Tove Klæboe Nilsen / Hilde Lurås

13:15 Hilde Ariansen

13:30 Hedda Kleppe

13:45 Janne Smedberg

14:00 Marianne Lea

14:15 Liv Mathiesen

14:30 Anne Gerd Granås

Tirsdag 3. nov kl. 13:15 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

Apotekbaserte tjenester for bedre legemiddelbruk: Medisinstart og inhalasjonsveiledning

Hilde Ariansen

Seniorrådgiver, Apotekforeningen

Bakgrunn

Riktig legemiddelbruk og god etterlevelse er avgjørende for behandlingseffekt, men mange pasienter opplever utfordringer, særlig ved oppstart av ny legemiddelbehandling og ved bruk av inhalasjonslegemidler. Studier viser utbredt feilbruk av inhalatorer og lav etterlevelse av legemiddelbehandling for kroniske sykdommer. Dette kan påvirke sykdomskontroll og helseutfall.

Formål

Å undersøke om strukturerte, farmasøytledede tjenester i apotek kan bidra til identifisering og håndtering av legemiddelrelaterte problemer, samt bedre etterlevelse og riktigere legemiddelbruk hos pasienter.

Metode

Medisinstart er undersøkt i randomisert kontrollert studie og observasjonsstudier, hvor effekten på etterlevelse og legemiddelrelaterte problemer ved oppstart av behandling er undersøkt.

Inhalasjonsveiledning er evaluert i en pre-post-studie, hvor pasienters inhalasjonsteknikk er målt før veiledning, umiddelbart etter, og ved oppfølging etter tre måneder, for å vurdere både umiddelbar og mer varig effekt av intervensjonen.

Konklusjon/resultat

Medisinstart og inhalasjonsveiledning er kunnskapsbaserte tjenester som bidrar til riktigere legemiddelbruk. Økt kjennskap blant helsepersonell er nødvendig for at flere pasienter får nytte av tilbudene, og aktiv henvisning og informasjon til pasienter bør styrkes.

Tirsdag 3. nov kl. 13:30 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

Apotekfarmasøytens samhandling med primærhelsetjenesten

Hedda Kleppe

Ph.d.-stipendiat, Universitetet i Bergen

Bakgrunn

Det norske helsevesenet står i dag overfor et betydelig press, drevet av både demografiske og strukturelle utfordringer. Primærapotek er i dag ikke ansett som en integrert del av primærhelsetjenesten, men likevel er apotekene viktige bidragsyttere i den norske helsetjenesten da de er essensielle for tilgangen på legemidler i befolkningen. Apotekfarmasøyt er helsepersonell med en lovpålagt plikt til å sikre forsvarlig ekspedering og utlevering av legemidler, samt veilede pasienter til riktig legemiddelbruk.

Formål

Kartlegge apotekfarmasøytens rolle i helsetjenesten for å identifisere potensialet for tjenesteutvikling ved å beskrive farmasifaglige vurderinger utøvd av farmasøyt i primærapotek og i hvilke tilfeller og hvorfor apotekfarmasøyt henviser videre i primærhelsetjenesten.

Metode

Teoridrevet, kvalitativ observasjonsstudie gjennomført ved direkte, ikke-deltakende observasjon i primærapotek i Bergen og omegn i perioden mai-juni 2026. Et semi-strukturert observasjonsskjema ble utarbeidet og brukt til datainnsamlingen. Feltnotater ble transkribert etter hver observasjonsøkt, og analysert ved hjelp av tematisk analyse. Funn fra den tematiske analysen ble deretter kartlagt til domeneene i «Theoretical Domains Framework» (TDF) for å identifisere barrierer og drivere for

apotekfarmasøyters samhandling med primærhelsetjenesten.

Resultat

Det ble gjennomført 30 observasjonsøkter á 2 timer, fordelt på dag, kveld og helg fra 10 apotek i Bergen og omegn i perioden mai-juni 2026. Kundeenvendelser og de tilhørende farmasifaglige vurderingene beskrives og barrierer og drivere for apotekfarmasøyters samhandling med primærhelsetjenesten blir presentert.

Tirsdag 3. nov kl. 13:45 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

Legemiddelmangel i primærhelsetjenesten i Norge: omfang, konsekvenser og tiltak

Janne Smedberg

MSc Pharm, PhD, Apotekforeningen

Bakgrunn

Legemiddelmangel er en global utfordring som berører pasienter og apotek i Norge i stadig større grad. Inntil Apotekforeningen gjorde sine kartlegginger var det lite kunnskap om hvor omfattende legemiddelmangelen er i primærhelsetjenesten og hvordan det rammer pasientene.

Formål

Å undersøke omfanget av og tidsforbruket ved håndtering av legemiddelmangel i primærapotek og publikumsavdelingen i sykehusapotek, inkludert konsekvensen for pasientene.

Metode

I 2019, 2022 og 2024 rapporterte i en fireukers periode apotek via et elektronisk spørreskjema hver gang legemidlet på resepten ikke var tilgjengelig for direkteekspedering.

Konklusjon

De fleste pasienter får umiddelbart utlevert forskrevet legemiddel. I 2024 gjaldt dette ikke 3,0 % av pasientene. Av disse fikk 1,3 % legemidlet dagen etter og 0,5 % et godt alternativ med én gang. For de resterende 1,2 % ble 0,3 % henvist til annet apotek, 0,5 % sto uten umiddelbar løsning, og for 0,4 % var utfallet uklart. Totalt fikk 0,5–0,9 % verken forskrevet legemiddel eller et godt alternativ. Disse tilfellene har potensielt størst klinisk betydning for pasienten, og utgjør opptil 600 000 reseptekspedisjoner dersom man ekstrapolerer resultatet til hele markedet.

I alle tre kartleggingene sto noen få legemidler for mesteparten av manglene, derfor er det mulig å målrette tiltak som kan ha stor effekt. Videre var det for de legemidlene som manglet, fortsatt noen pakninger i apotekene, men ikke nok. Derfor kan rasjonering ha stor effekt.

Tirsdag 3. nov kl. 14:00 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

Right diagnoses, Right medications

Marianne Lea

Førsteamanuensis i klinisk farmasi, klinisk farmasøyt, Universitetet i Oslo & Sykehusapotekene Oslo, Sykehusapotekene HF

Background

Overuse in healthcare, that is, healthcare that is more likely to cause harm than benefit, has negative consequences for both patients (e.g., adverse reactions) and society (e.g., increased use of resources and costs). Overuse in healthcare includes both overuse of medications and diagnoses. While medication reconciliation and deprescribing have been widely explored, minimal research has been conducted on reconciling diagnosis lists between settings, and on dediasnosing defined as “the removal of diagnoses that do not contribute to reducing a person’s suffering”

Aim

To explore the concepts diagnosis reconciliation and dediasnosing related to medication reconciliation, medication reviews and deprescribing.

Method

We have finalized a study on diagnosis reconciliation, medication reconciliation and medication reviews in 15 persons in community care-facilities. In an ongoing explorative qualitative study, we are investigating general practitioners’ (GPs’) perceptions and use of dediasnosing through individual semi-structured interviews.

Conclusion/Results

Discrepancies were revealed through diagnosis reconciliation (7 persons, 47%) and medication reconciliation (12 persons, 80%). Medication reviews revealed drug-related problems in all patients. Preliminary interpretation of the qualitative data suggests variation in how diagnosing is perceived and practiced. Some GPs described diagnosing as a useful approach, others expressed concern that it may compromise overview of care. In some cases, GPs considered diagnosing as a natural extension of deprescribing. Some barriers were also highlighted, including time constraints, patient concordance, challenges related to medical records, and the structural organization and legislation of the healthcare system. Our findings may inform future strategies to reduce the overuse of both diagnoses and medicines, support the development of clinical tools and guidelines, and contribute to a broader debate on the role of diagnoses.

Tirsdag 3. nov kl. 14:15 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

“PatientPower” – a sustainable patient centred tool for optimized and seamless medication use across health care levels

Liv Mathiesen

Professor, Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo

Background

Transitions in healthcare constitute a medication safety challenge. Contributing factors include inadequate medication reconciliation, lack of shared decision making, and disorganized discharge processes. Persons living with multiple long-term conditions (MLTCs), using multiple medications are at particular high risk. Current interventions lack focus on patient empowerment, thus limiting their value for patients who manage their medications themselves at home.

Aim

The aim of this study was to co-design a person-centred digital tool to optimize medication management use across healthcare levels by empowering and strengthening the self-management capabilities of patients with MLTCs

Method

We used the design thinking framework. Participants, comprising patients with MLTCs, care givers, healthcare personnel and other stakeholders engaged in all steps of design thinking, i.e. empathy, define, ideation, prototyping and testing. Through iterative rounds and workshops, we sought to understand patients' needs, define problem statements and create prototypes for tools. Lastly the prototypes were tested in simulated and real-world environments. The selected prototype “PatientPower” will be tested in pharmacies as a tool for communication around medication use.

Conclusion

“PatientPower” is a patient-centred medication list which has the potential to strengthen patients' self-management of medications.

Tirsdag 3. nov kl. 14:30 • Sem 8 • Apotek og farmasøytiske tjenester

Co-creating an evidence informed framework for medication management in municipal intellectual disability services

Anne Gerd Granås

Professor og fagdirektør, UiT Norges arktiske universitet

Background: Safe and effective medication management for individuals with intellectual disabilities remains a persistent challenge in municipal health and social care services. Fragmented communication, unclear responsibilities, and limited integration of digital solutions challenge safe and person-centred care.

Aim: The aim is to co-create an interdisciplinary, evidence-informed framework focuses on aligning routines, procedures, and workflows to establish a coherent system for medication management and continuity of care in municipal intellectual disability services.

Method: Using Design Thinking Methodology, intellectual disability nurses, registered nurses, health care workers, pharmacists, general practitioners, carers, and people with intellectual disabilities collaborate closely to codesign a framework for safer medication management. Key focus areas included medication reconciliation, medication review, and digital communication across care levels. Interviews, focus groups, observations, and health care records were among data sources. Furthermore, insights from the project will inform the design of medicine rooms in new housing units under construction in the municipality.

Results: The project develops a structured, digitally supported framework that aligns medication management processes across services. Key components include: (1) standardised procedures for medication reconciliation and regular medication reviews, (2) improved digital communication pathways between care providers, (3) integration of adherence-enhancing technologies, and (4) alignment of physical infrastructure and workflows to support safe medication practices. The framework strengthens coordination between healthcare professionals and enhanced collaboration with the people with intellectual disabilities and their families. It also supports more transparent responsibilities and improved continuity of care.

Conclusion: This interprofessional, design driven approach is expected to improve patient safety, increase staff competence and confidence, and strengthen collaboration with the people with intellectual disabilities receiving care and their families. By bridging organisational, professional, and digital gaps, this model holds potential for broader application in municipalities seeking to enhance quality, safety and transparency in medication management for individuals with intellectual disabilities.

MØTEROM HELED

Helseøkonomisk evaluering og HTA

Tirsdag 3. nov kl. 13:15–14:45 • Chair: Eline Aas / Kim Rand

13:15 Annalena Horst

13:30 Pia Henkel

13:45 Rebecca Lana

14:00 Beate Kvist

14:15 Lieke Fleur Heupink

14:30 Kim Rand

Tirsdag 3. nov kl. 13:15 • Møterom HELED • Helseøkonomisk evaluering og HTA

Cost-effectiveness and equity implications of ctDNA-guided adjuvant chemotherapy in stage II colon cancer in Norway

Annalena Horst

Research Assistant, University of Oslo

Background: Adjuvant chemotherapy (ACT) provides only a modest survival benefit in stage II colon cancer, as many patients are cured by resection alone. ACT is therefore reserved for patients at higher recurrence risk, but current risk stratification remains imperfect. ACT effectiveness also depends on timely initiation, with Norwegian evidence suggesting greater delays among patients with lower socioeconomic status (SES). Circulating tumour DNA (ctDNA), a blood-based biomarker of residual disease, may improve ACT decisions, but its value depends on cost-effectiveness and equitable implementation.

Objective: To evaluate the cost-effectiveness and distributional consequences of ctDNA-guided ACT compared with standard of care (SoC) in Norway.

Methods: We conducted a model-based Distributional Cost-Effectiveness Analysis (DCEA) combining a decision tree and Markov model. ctDNA-guided ACT was compared with SoC from a Norwegian healthcare perspective over a lifetime horizon. Outcomes included costs, quality-adjusted life years (QALYs), incremental cost-effectiveness ratios (ICERs) and net monetary benefit. Results were estimated overall and by SES, incorporating SES-specific differences in timely ACT initiation and consequences of delayed treatment. Distributional impacts were assessed using relative and absolute inequality measures, and implementation scenarios explored equity-improving and equity-worsening pathways.

Results: In the base case, ctDNA-guided ACT was more effective and more costly than SoC, with an ICER of NOK 388,238 per QALY. ICERs ranged from NOK 370,104 per QALY in higher SES groups to NOK 426,864 per QALY in lower SES groups, mainly due to differences in timely ACT initiation and treatment consequences. Distributional impacts were modest, with slightly lower relative inequality and slightly higher absolute inequality. Implementation scenarios influenced how health gains were distributed across SES groups.

Conclusion: DCEA can inform equitable ctDNA implementation by identifying whether testing and treatment pathways reinforce or reduce SES-related differences in timely ACT access, and by highlighting the need to monitor ctDNA uptake and ACT initiation by SES.

Trade-Offs in Comprehensive Genomic Profiling for Therapy Selection in Advanced Cancer: A Cost-Effectiveness Analysis of Circulating Tumor DNA versus Tissue Profiling

Pia Henkel

PhD Research Fellow, University of Oslo

PURPOSE: Genomic profiling of circulating tumor DNA (ctDNA) has emerged as an alternative to tumor tissue profiling to guide treatment selection in advanced cancer. However, uncertainties remain regarding the optimal testing strategy, particularly when balancing diagnostic and resource use outcomes.

PATIENTS AND METHODS: We developed a decision-tree model to compare five testing strategies: tissue only, tissue first, ctDNA only, ctDNA first, and combined profiling. Diagnostic yield was informed by 489 patients with advanced cancer undergoing parallel ctDNA and tissue comprehensive genomic profiling (FoundationOne® Liquid CDx and TruSight Oncology 500, respectively) for actionable biomarker identification within the IMPRESS-Norway trial. We evaluated each strategy using several alternative cost-efficiency metrics by relating identified actionable biomarkers to required repeat biopsies, testing costs, and turnaround time across the pan-cancer population and selected tumor types.

RESULTS: The proportion of patients identified with actionable biomarkers ranged from 31% with ctDNA only to 48% with combined profiling. Testing costs were lowest with tissue only and highest with combined profiling. Tissue-based strategies identified more actionable biomarkers, while ctDNA-based strategies reduced turnaround time and the need for repeat biopsies. In colorectal cancer, ctDNA first was cost-efficient across all metrics, especially when assuming equal testing costs for tissue and ctDNA profiling. No strategy was optimal across all outcomes and patient groups.

CONCLUSION: Alternative genomic profiling strategies involve trade-offs between diagnostic yield, repeated biopsy requirements, testing costs, and turnaround time. Approaches with ctDNA first may be preferred when rapid results are prioritized and in selected populations with high ctDNA identification rates such as colorectal cancer. These findings support a context-specific selection of profiling strategy and inform implementation of ctDNA profiling in clinical practice.

Early health technology assessment in ultra-rare diseases: the case of fenfluramine for CDKL5 deficiency disorder in Norway

Rebecca Lana

University of Oslo

Background

Reimbursement decisions for orphan drugs in ultra-rare diseases often need to be made before robust long-term evidence is available. Small patient populations, short clinical follow-up and limited evidence on long-term outcomes create substantial uncertainty for health technology assessment (HTA). Delaying decisions may also impact patients with severe disease and limited treatment options.

Purpose

To illustrate how early HTA can inform reimbursement decision-making under uncertainty, we evaluated the cost-effectiveness of fenfluramine for CDKL5 deficiency disorder (CDD) compared with standard of care in Norway.

Method

We developed a state-transition Markov model reflecting disease progression and treatment response, comparing fenfluramine plus standard of care with standard of care alone in patients with CDD with a mean starting age of 6.5 years. Costs and quality-adjusted life-years (QALYs) were evaluated from a Norwegian healthcare payer perspective over a lifetime horizon and discounted at 3.5% annually. Cost-effectiveness was evaluated using the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) and a benchmark of NOK 825,000 per QALY. Phase III trial data informed treatment effects, while costs, utilities and mortality were derived from Norwegian sources and published literature. Uncertainty was explored through deterministic, probabilistic, threshold and scenario analyses.

Conclusion/Result

Fenfluramine was projected to provide 8.3 additional QALYs at an incremental cost of NOK 6.99 million, resulting in an ICER of NOK 845,362 per QALY. Results were sensitive to assumptions regarding treatment discontinuation, long-term treatment effects, treatment costs and productivity losses. A 1.8% reduction in maintenance treatment costs would bring the ICER below the benchmark. When long-term evidence is limited, economic modelling can make decision uncertainty explicit, identify assumptions that may alter reimbursement conclusions and indicate where further evidence generation could be most

Tirsdag 3. nov kl. 14:00 • Møterom HELED • Helseøkonomisk evaluering og HTA

Implementering av SYNCORAL: Kostnad-per-QALY analyse

Beate Kvist

Stipendiat, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Eldre (≥ 65 år), langtidssyke pasienter som mottar hjemmesykepleie fra kommunen har rett til kostnadsfri behandling i den offentlige tannhelsetjenesten. Imidlertid har denne gruppen høyere forekomst av orale helseproblemer enn den øvrige befolkningen i Norge. Den kommunale hjemmetjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er organisert på ulike forvaltningsnivåer og benytter separate elektroniske pasientjournalssystemer, noe som bidrar til fragmentert digital samhandling mellom tjenestene. Dette kan føre til sen identifisering av behov, mangelfull informasjonsflyt og økt bruk av akuttbehandlinger, som igjen kan medføre høye kostnader.

SYNCORAL innovasjonen er en digital plattform utviklet for integrering i elektroniske pasientjournalssystemer, med mål om å styrke informasjonsutveksling og koordinering mellom kommunal hjemmesykepleie og den offentlige tannhelsetjenesten. Løsningen bygger på standard meldingsutveksling som allerede brukes i andre tjenester. Effekter og kostnader knyttet til SYNCORAL er foreløpig usikre.

Formål: Å estimere hvordan ny informasjon kan bidra til å redusere beslutningsusikkerhet knyttet til SYNCORAL, og om investering i ytterligere forskning vil være samfunnsøkonomisk lønnsom.

Metode: En Markov modell med livsløpshorisont ble utviklet for personer ≥ 65 år som mottar hjemmesykepleie, med separate analyser for aldersgruppene '65–79' og ' ≥ 80 '. En probabilistisk sensitivitetsanalyse med 10 000 Monte Carlo simuleringer ble gjennomført for å kvantifisere parameterusikkerhet. Datagrunnlaget inkluderer epidemiologiske studier, nasjonale registre, refusjonsdata og ekspertvurderinger.

Foreløpige resultater: SYNCORAL fremstår foreløpig som kostnadseffektiv i om lag 60 % av simuleringene ved en terskel på 275 000 NOK/QALY. Parameterusikkerheten er betydelig, særlig når det gjelder effekten av SYNCORAL, siden de antatte gevinstene ennå ikke er testet i praksis.

Videre i studien skal vi estimere EVSI (forventet verdi av utvalgsinformasjon) og ENBS (forventet netto nytte av utvalgsinformasjon).

Tirsdag 3. nov kl. 14:15 • Møterom HELED • Helseøkonomisk evaluering og HTA

Disruption and prioritization in an orthopaedic department during COVID-19: a facility-level analysis across pandemic waves

Lieke Fleur Heupink

Stipendiat, Akershus University Hospital, Health Services Research Unit

Background: Orthopaedic departments were heavily impacted by COVID-19. However, most previous research focuses on early pandemic waves, specific procedures, or national trends, leaving limited facility-level evidence on affected activities and whether prioritization remained consistent throughout the pandemic.

Aim: To examine changes in the volume and type of orthopaedic activities across COVID-19 waves (Alpha, Delta, and Omicron) at a large Norwegian hospital, including prioritization patterns, telemedicine use, case complexity, and differences between pandemic and post-pandemic periods.

Methods: We used visit-level data on outpatient consultations, day procedures, and inpatient admissions at Akershus University Hospital from 2021–2023. Two pandemic waves were defined in 2021 and one in 2022. 2023 served as reference year. We examined whether trends in elective and acute activity aligned with COVID-19 admission patterns and assessed telemedicine use and case mix index across waves and years.

Results: Preliminary results showed that, compared to 2023, total activity was 5.8% lower in 2021 and 2.1% higher in 2022. Reductions were driven by decreases in acute outpatient and inpatient activity, while elective activity remained stable and day procedures increased slightly. Telemedicine use remained stable throughout the study period (3.6–3.9% of outpatient contacts). During Alpha and Delta waves, higher COVID-19 admissions during coincided with reduced orthopaedic activity, whereas activity remained stable during Omicron despite high COVID-19 admissions. Annual inpatient case mix index varied little per year (1.68, 1.66, 1.70). Wave-specific analyses indicated small shifts in complexity, with slight decreases during Alpha and Omicron waves and an increase during Delta wave (+0.31). The latter may reflect more severe winter conditions

compared to the other waves and reference year, rather than prioritization.

Conclusion: The orthopaedic department was initially disrupted but demonstrated overall resilience, with limited evidence for prioritization of more complex cases. Results should be interpreted cautiously given the post-pandemic reference year.

Tirsdag 3. nov kl. 14:30 • Møterom HELED • Helseøkonomisk evaluering og HTA

Parametric modeling of EQ-5D population norms: strengths, weaknesses, and comparison of approaches

Kim Rand

Seniorforsker, Ahus, HØKH (helsetjenesteforskning)

Background

Population norms for the EQ-5D are extensively used in benchmarking, burden-of-disease assessment, interpretation of clinical outcomes, HTA, and economic modeling. Norms have conventionally been reported as age and sex banded tables. The UK NICE Decision Support Unit has developed Adjusted Limited Dependent Variable Mixture Models (ALDVMM) to estimate index values parametrically by age. We propose eqnorms, which predicts the full distribution of health states rather than index values directly. ALDVMM and eqnorms were compared using a 2025 Norwegian norms dataset covering 53 000 respondents.

Methods

Prediction accuracy was assessed using cross-validation and resampling of sample sizes from 250 to 16 000, using the full sample as reference. ALDVMM was compared to eqnorms, which combines ordinal dimension models with natural splines in age were joined by a Gaussian copula. Accuracy was assessed using continuous ranked probability scores (CRPS) and the pinball loss at different sample sizes. Separate analyses considered precision for the oldest groups.

Results

Mean index values by age and sex are usable from around 1,000 respondents and comfortable at 4,000; dimension level distributions require 2,000. ALDVMM was most robust below 500 respondents but showed little improvement with larger samples, while eqnorms continued to improve. eqnorms produced more precise estimates of age-specific means, but the scale of difference was minimal. eqnorms better presented the observed range of index values, and additionally provided dimension-level predictions. ALDVMM is less precise in the older populations, where health problems rapidly accrue.

Conclusion

Samples of 1,000 to 4,000 adults supports modeled population norms. While both approaches can predict mean index values, eqnorms better captures the score distributions, provides dimension-level predictions, and performs better at older ages.

MØTEROM
HELSEFAG

Sesjon 2 • From Pregnancy to Parental Leave: Institutional Context and Equity in Health Service Use

Tirsdag 3. nov kl. 13:15–14:45 • Chair: Rannveig Hart (UiO og FHI)

Presentasjoner ved: Lema Hussaini; Torill Alise Rotevatn; Chiara Persico; Astrid deLinde; Rannveig K. Hart

Introduksjon til temaet

The perinatal period is a critical window for women's health, yet care use and outcomes vary systematically across families. This session brings together register-based studies from Norway and Italy, ranging from nationwide descriptive analyses to quasi-experimental policy evaluations. The papers examine health service use from pregnancy through parental leave. Topics include antenatal and postpartum care among mothers with immigrant background, the reorganisation of midwife-led care, and how parental leave policies shape maternal and infant health. Together, the studies show how institutional design, not just formal entitlement, determines equitable access. They also point to family policy as health policy for women.

2.1 Barseltid eller det fjerde trimesteret? Bruk av helsetjenester etter fødsel blant mødre med innvandrerbakgrunn i Norge

Lema Hussaini, forsker, Folkehelseinstituttet og ph.d.-stipendiat, HELED, UiO

Bakgrunn: Barseltiden er viktig for tilknytning mellom foreldre og barn og for nyfødtes helse gjennom livet. Mødre med innvandrerbakgrunn møter ofte barrierer i tilgangen til helsetjenester.

Formål: Å utforske bruk av helsetjenester i barseltiden (åtte uker etter fødsel) blant mødre med og uten innvandrerbakgrunn, og variasjon etter fødeland og sosiodemografiske faktorer.

Metode: Denne registerbaserte kohortstudien benyttet nasjonale registerdata for mødre (≥ 18 år) som fødte i Norge i 2008–2018. Regresjonsmodeller estimerte sannsynligheten for minst én konsultasjon med fastlege eller jordmor, med fødeland som eksponeringsvariabel.

Foreløpige resultater/konklusjon: Av 705 558 nyfødte hadde 23,7 % innvandremødre. Totalt hadde 50,7 % minst én konsultasjon (47,2 % blant innvandremødre mot 51,8 % blant norskfødte mødre). Etter justering hadde mødre fra flere opprinnelsesland signifikant høyere sannsynlighet for helsetjenestebruk. Selv om nasjonale retningslinjer er mindre fremtredende enn for svangerskapsomsorgen, og mødre selv må oppsøke tjenestene, tyder funnene på behov for helsetjenester. Studien er pågående, og tidsserien vil utvides til 2023.

2.2 Antenatal care among women with gestational diabetes: timing of entry, diagnosis and follow-up by region of origin and length of residence in Norway

Torill Alise Rotevatn, forsker, Folkehelseinstituttet

Background: One in four children in Norway has an immigrant mother, and women from Asia, Africa and the Middle East carry a disproportionate gestational diabetes (GDM) burden. Detection depends on timely antenatal care entry. Immigrant women enter later, but whether this delays GDM identification or affects care use is unknown.

Aim: To examine whether antenatal care entry, GDM identification, and primary and specialist care use differ by region of origin and length of residence.

Methods: In this register-based cohort study, women with GDM giving birth in Norway 2018–2023 ($n=20,000$) were identified through the Medical Birth Registry and KUHR (W85) and linked to the Norwegian Patient Registry. Exposure combined region of origin and length of residence (<5 vs ≥ 5 years), with Norwegian-born women as reference. Outcomes were analysed using Cox, linear and negative binomial regression.

Results/Conclusion: Preliminary results will be presented. Findings may indicate where equitable access could be improved.

2.3 Antenatal care in Lombardy: Causal evidence on neonatal outcomes and inequalities between Italian and migrant mothers

Chiara Persico, ph.d.-stipendiat, HELED, UiO

Universal healthcare coverage does not guarantee equal effective access to care. In Italy, despite formal entitlement to free antenatal care (ANC), migrant mothers persistently show worse neonatal outcomes than Italian mothers, reflecting organisational and informational barriers rather than clinical discrimination. In June 2018, the Lombardy region approved a reform formalising a midwife-led care pathway for low-risk pregnancies. We exploit the reform's implementation using a regression discontinuity design (RDD) on population-level Birth Assistance Certificates for Lombardy (2010–2023), with estimated conception date as the running variable. The reform is associated with a significant reduction in low birth weight, concentrated among migrant mothers, with a non-significant effect for Italian mothers; the subgroup difference is not statistically significant. Evidence on preterm birth is positive but less stable, and no robust effect emerges for Apgar scores. These findings suggest that reorganising ANC, not just its volume, can improve neonatal health and narrow citizenship-based inequalities.

2.4 The Effect of Extended Parental Leave for Preterm Births on Health and Labor

Astrid de Linde, ph.d.-stipendiat, HELED, UiO, og DMP

We use a recent reform in Norway to examine the effects of extended parental leave for premature newborns, who often face unique health challenges at birth. Starting in July 2019, entitlement increased by at least seven weeks for children born before 32 completed weeks gestation. In our preliminary analysis, we find that parents make use of additional leave, taking approximately three more weeks in the case of a singleton birth. Among our indicators of infant health, we find that between the ages of 12 and 24 months, there are 0.5 fewer total respiratory infections at the cutoff. For mothers, we find no statistically significant effects. In next stages of the analysis we will incorporate cost and labor market outcomes, as well as monthly measures of health care use and diagnoses.

2.5 Paternity quotas and family health: Evidence from a policy expansion in Norway

Rannveig K. Hart, førsteamanuensis, HELED, UiO, og forsker, Folkehelseinstituttet

Compensated parental leave is a core component of family policy in the Nordic countries, but little is known about how reserving leave for fathers affects family health. We assess a 2009 Norwegian reform that expanded the paternity quota from six to ten weeks, using full-population register data and a difference-in-discontinuity design. The reform increased fathers' leave by close to four work weeks, reduced mothers' leave by about one and a half weeks, and shifted households toward the shorter, fully compensated leave scheme. Over the following decade, mothers' primary care consultations declined by about four percent – a broad reduction across diagnosis groups, with musculoskeletal conditions the largest identifiable component, robust to excluding frequent users of health services. We find no effects on fathers' health, no robust effects on children's health, and no evidence that shorter maternal leave harmed mothers. Reallocating leave toward fathers appears, if anything, to benefit maternal health.

AUD 1

Finansiering, styring og prioritering

Tirsdag 3. nov kl. 15:00–16:30 · Chair: Johan Håkon Bjørngård / Terje Hagen

15:00 Maja Grøttingen

15:15 Geir Godager

15:30 Tor Iversen

15:45 Terje P. Hagen

16:00 Henning Øien

16:15 Eline Aas

Tirsdag 3. nov kl. 15:00 · Aud 1 · Finansiering, styring og prioritering

Who Becomes a Victim? Family Background, Life Trajectories and Health Histories of Victims of Violence in Norway, 2004–2024

Maja Grøttingen

Background: Register-based research on violence has concentrated on its consequences for earnings, health and victims' children. Far less is known about who victims are before the event. Existing studies identify victims through either hospitals or the police, describe them by means rather than across the distribution, and rarely observe health-service use before victimisation. In Norway, register evidence on victims is limited to domestic violence and to annual statistics by age and residence.

Aim: To describe, for the whole Norwegian population, where victims of police-reported violence and sexual offences come from in the distributions of parental income, own income, education and pre-victimisation health-care use; how this varies by offence type, sex, age and over time; how police-reported and hospital-treated victims differ; and how far victims and offenders are the same people.

Methods: All persons registered as victims of violence, maltreatment or sexual offences in Norwegian police records 2004–2024 are linked at the person level to health, prescription, income, education, employment, welfare, immigration and family registers. Cohorts are defined by first recorded victimisation, and every characteristic is measured before that year. Following Dal Bó et al. (2017), we report victims' representation relative to the population by decile of parental income at age 15–16 and of own income two years before the event, by offence type and five-year period. Health-service use is followed from five to one year before victimisation and compared with matched non-victims. Hospital-treated assault injuries are contrasted with police records on the same population, and the charges register identifies victims' own prior and subsequent offending.

Results and conclusion: Analysis is ongoing. The presentation will report the first population-wide description of victims' pre-victimisation characteristics and health histories, the overlap between police and hospital victim populations, and the victim–offender overlap, with implications for how victim samples in health and labour-market research should be interpreted.

Tirsdag 3. nov kl. 15:15 · Aud 1 · Finansiering, styring og prioritering

Velferdskonsekvenser av variasjon i medisinsk praksis

Geir Godager

Professor, HELED

Formål: Denne artikkelen undersøker hvordan ordninger for betaling av helsetjenesteleverandører påvirker variasjon i medisinsk praksis. Standard teori tilsier at kostnadsdeling på tilbudssiden kan forbedre kostnadseffektiviteten ved å gi behandlerne insentiver til kostnadskontroll. Vi studerer en ofte oversett konsekvens: Betalingsordninger påvirker også forventet variasjonen i medisinsk praksis, for eksempel målt som variasjon i antall konsultasjoner pasientene mottar.

Data og metode: Vi utvikler en teoretisk modell for legers atferd, der legene har ulike grader av pasientorienterte preferanser. Vi utleder tilstrekkelige betingelser for at betalingsordninger med høye satser for stykkprisfinansiering gir mindre variasjon i praksis enn ordninger med lave stykkprissatser, uavhengig av fordelingen av legenes preferanser. Vi tester modellens prediksjoner med norske registerdata fra primærhelsetjenesten, der fastleger med spesialisering i allmennmedisin mottar større stykkprisbetaling enn fastleger uten spesialiststatus. I tillegg utvikler vi en protokoll for et forhåndsregistrert laboratorieeksperiment som systematisk varierer graden av kostnadsdeling på tilbudssiden.

Resultater: Den teoretiske analysen viser at sterkere finansielle insentiver presser fordelingen av behandlingsintensitet sammen ved å redusere betydningen av forskjeller i legenes altruisme. Den empiriske analysen bekrefter de teoretiske prediksjonene: Variasjonen i praksis er lavere for pasientgrupper som har fastleger som mottar høyere stykkpriskompensasjon.

Konklusjoner: Økt kostnadsdeling på tilbudssiden flytter ikke bare finansiell risiko fra betalere til behandlere; den øker også usikkerheten pasientene møter om omfang av helsehjelpen de vil motta. Politikktutforming som overser denne ekstra kilden til pasientrisiko, kan føre til innføring av betalingsystemer med for lav aktivitetsavhengig betaling. Utformingen av betalingsordninger for behandlere innebærer derfor en avveining som har fått begrenset oppmerksomhet: Kostnadsdeling på tilbudssiden kan forbedre kostnadseffektiviteten, men øker samtidig variasjonen i behandlingen pasientene mottar.

Tirsdag 3. nov kl. 15:30 • Aud 1 • Finansiering, styring og prioritering

Virkninger av å investere i primærhelseteam

Tor Iversen

Professor emeritus, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Forsøk med frivillig deltakelse går ofte forut for helsereformer. Frivillighet tiltrekker deltakere som er positivt innstilt til den nye modellen, og denne seleksjonen kan forsterkes underveis når deltakerne investerer i de anbefalte arbeidsmåtene. Slike investeringer kan gi høyere avkastning enn hva tilfeldig utvalgte aktører ville oppnådd. En viktig implikasjon er at resultater fra forsøk som rekrutterer motiverte deltakere, er nyttige dersom også påfølgende reformer baseres på frivillighet.

Formål: Studien undersøker hvordan seleksjon og investeringer gjort under forsøksperioden påvirker praksismønstre under forsøket og etter at forsøket er avsluttet. Rammeverket illustreres med Forsøket med Primærhelseteam (PHT), som innførte teambaserte fastlegekontor fra april 2018 til mars 2023. Flertallet av fastlegekontorene fortsatte med PHT etter at forsøket var avsluttet.

Metode: Ved hjelp av forskjeller-i-forskjeller analyse og landsdekkende registerdata på pasient- og fastlegenivå undersøkes hvordan praksismønstre utvikler seg før, under og etter forsøket. Fastlegekontor som deltok i forsøket, sammenlignes med fastlegekontor som ikke deltok. Fastlegekontor som deltok i forsøket og fortsatte med teambasert praksis etter forsøket, sammenlignes med fastlegekontor som avviklet teambasert praksis etter forsøkets avslutning.

Resultat: PHT-kontor leverte flere anbefalte tjenester enn ikke-deltakende fastlegekontor både under og etter forsøket. Investeringer i teambasert praksis økte disse forskjellene. Legekontor med større investeringer i forsøksperioden fortsatte oftere med PHT etter forsøksperioden og oppnådde produktivitetsgevinster også i ettertid. De større investeringene gjenspeiler vedvarende bruk av sykepleiere i delegerte oppgaver.

Konklusjon: Forsøk med frivillig deltakelse stimulerer til investering i teamarbeid som fortsetter å gi avkastning etter forsøkets avslutning. Samtidig øker variasjonen i potensial for produktivt teamarbeid mellom legekontor som deltok i forsøket og andre legekontor. En reform med frivillig innføring av primærhelseteam på landsbasis vil dermed tiltrekke seg samme type legekontor som i forsøket. Resultatene fra frivillige forsøk har dermed relevans for å forutsi resultatene av en reform så lenge også reformen baseres på frivillig deltakelse av legekontor.

Tirsdag 3. nov kl. 15:45 • Aud 1 • Finansiering, styring og prioritering

Hvor mange PCI-sentre trenger vi i Norge?

Terje P. Hagen

Professor, Universitetet i Oslo

Bakgrunn: I løpet av 1990-årene ble det etablert seks PCI-sentre i Norge – Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Arendal sykehus, Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Trondheim og Regionsykehuset i Tromsø. Senere er det etablert ytterligere tre – Akershus universitetssykehus, Stavanger universitetssykehus og Nordlandssykehuset i Bodø – der sistnevnte kun har dagtilbud på hverdager. PCI ved akutt hjerteinfarkt [STEMI] er tidskritisk behandling der rask reperfusjon er avgjørende, og avstand til nærmeste senter kan derfor påvirke prognosen. Spørsmålet om hvor mange sentre Norge bør ha, innebærer en avveining mellom reisetid/tilgjengelighet og fordelene ved sentralisering.

Formål: Å analysere hvordan dødeligheten etter hjerteinfarkt varierer med avstand til nærmeste PCI-senter. Vi gjennomfører to komplementære analyser: (1) dødelighet blant pasienter som når fram til sykehus og får behandling, og (2) total infarktdødelighet i befolkningen (kommuner) etter avstand til senteret. Den andre analysen fanger også opp dødsfall før pasienten når fram til behandling, og gir dermed et mer fullstendig bilde av avstandens betydning.

Metode: Analyse 1 baseres på data fra Norsk pasientregister (NPR) og Dødsårsaksregisteret, analyse 2 på data fra Dødsårsaksregisteret og Folkeregisteret. Studieperioden er 2010-2024, og utfallet er 30-dagers og ettårs dødelighet. Eksponeringen er bostedsavstand til nærmeste PCI-senter, gruppert i fem kategorier: under 30 km, 30–59 km, 60–89 km, 90–109 km og 110 km eller mer. Gruppen under 30 km utgjør referansekategori, og hver av de mer fjerntliggende gruppene matches parvis mot denne slik at gruppene balanseres på risikoprofil (alder, kjønn, komorbiditeter, tidligere helsetjenestebruk, m.m.). Forskjeller i dødelighet mellom avstandsgruppene kan dermed tolkes som effekter av avstand snarere enn av ulik pasientsammensetning.

Resultater: Resultatene presenteres på konferansen.

Konklusjon: På grunnlag av analysene diskuteres framtidig organisering av PCI-tilbudet i Norge, herunder antall sentre og avveiningen mellom reiseavstand og sentralisering. Eventuelle null-funn diskuteres med utgangspunkt i bruken av luftambulanse.

Tirsdag 3. nov kl. 16:00 • Aud 1 • Finansiering, styring og prioritering

Post-Overdose Treatment and Medication Use: Evidence from the United States and Norway

Henning Øien

Førsteamanuensis, UiO og FHI

Objectives

Nonfatal opioid overdose is a critical intervention point, yet uptake of medications for opioid use disorder (MOUD) remains low. This study examines post-overdose treatment patterns across the United States and Norway, focusing on MOUD and high-risk medications, and assesses how real-world care aligns with evidence on overdose risk and mortality.

Data and Methods

We use two data sources: U.S. commercial claims and Norwegian national registries. Adults with a nonfatal opioid overdose are identified using diagnosis codes from emergency, outpatient, or inpatient encounters. Individuals are followed in event time, with monthly outcomes measured before and after overdose.

Outcomes include receipt of MOUD (buprenorphine, methadone, naltrexone) and high-risk medications (opioid analgesics and benzodiazepines). We construct comparable measures across datasets using NDC (U.S.) and ATC (Norway) coding systems and describe treatment patterns in the six months before and after overdose.

Results

MOUD uptake after overdose is low across all settings. In U.S. data, only a small share of patients initiate treatment following overdose, consistent with prior evidence. Preliminary results from Optum and NC Medicaid suggest similarly low short-term uptake. In Norway, MOUD use is higher but remains incomplete.

At the same time, exposure to high-risk medications remains common, particularly continued opioid prescribing and benzodiazepine use. These patterns contrast with evidence that MOUD reduces mortality, while continued opioid use increases the risk of repeated overdose.

Conclusions

Nonfatal overdose represents a missed opportunity for effective treatment in both the United States and Norway. Despite strong evidence supporting MOUD, uptake remains low and high-risk prescribing persists. Improving post-overdose care is a shared policy challenge, with potential to substantially reduce preventable harm.

Tirsdag 3. nov kl. 16:15 • Aud 1 • Finansiering, styring og prioritering

Negative consequences of screening on health behavior and health equity

Eline Aas

Professor, Universitetet i Oslo

We hypothesize that misinterpretation of health screening results occurs more frequently among individuals with lower education than among individuals with higher education. Misinterpretation affects health behavior and lifestyle-related disease. To test the hypothesis, we use data from a randomized controlled screening trial with sigmoidoscopy in Norway. We find that for individuals with primary and high school education, the incidence of lifestyle-related diseases in the screening group is greater than in the control group after screening. We do not find a similar result for individuals with university education. A policy implication is that evaluations of health screening programs should include negative consequences of screening in terms of health loss, costs of medical care, and lost production.

Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

Tirsdag 3. nov kl. 15:00–16:30 • Chair: Frode F Jacobsen / Lisbeth Thoresen

15:00 Maria Bjerk

15:15 Karina Egeland

15:30 Gunn Hilde Rotvold

15:45 Ruth-Ellen Slåtsveen

16:00 Kirsti Sarheim Anthun

16:15 Kirsten Danielsen og Nina Berggaard

Tirsdag 3. nov kl. 15:00 • Aud 2 • Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

Barrierer og fasilitatorer for bruk av forskningsbasert kunnskap i kommunale helse- og omsorgstjenester – en kvalitativ studie av førstelinjelederes perspektiver**Maria Bjerk***Forsker, Folkehelseinstituttet*

Bakgrunn: Forskningsbasert kunnskap (FBK), sammen med brukernes preferanser og ansattes erfaring og kompetanse, utgjør grunnlaget for kunnskapsbasert praksis i helsetjenestene. Kommunene har en sentral rolle som leverandører av helse- og omsorgstjenester, men møter betydelige utfordringer knyttet til tilgang til og anvendelse av forskning. Førstelinjeledere er nøkkelaktører i å legge til rette for bruk av FBK.

Formål: Studien har som mål å utforske barrierer og fasilitatorer for bruk av FBK i kommunale helse- og omsorgstjenester basert på førstelinjeledernes erfaringer.

Metode: Studien er basert på individuelle, semistrukturerte intervjuer med tolv førstelinjeledere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ rammeverksanalyse.

Resultater: Analysen resulterte i fire hovedtemaer knyttet til barrierer og fasilitatorer: (1) organisering for FBK, inkludert utfordringer og visjoner for bedre tilrettelegging, (2) kultur for FBK, både intern kultur og påvirkning fra eksterne aktører, (3) motivasjon for FBK blant ledere og ansatte, og (4) kompetanse knyttet til FBK på individ- og systemnivå. Lederne beskrev et gap mellom forventninger om bruk av FBK og deres faktiske handlingsrom. Tilgang til forskningsbasert informasjon og støttende nettverk på regionalt og nasjonalt nivå ble fremhevet som viktige fasilitatorer. Lokalt ble forankring i strategiske dokumenter, planlagt kompetanseutvikling og støttefunksjoner identifisert som sentrale faktorer.

Konklusjon

Studien tyder på at utfordringen ikke først og fremst handler om mangel på forskning, men om mangel på gode systemer, tid og kompetanse til å ta i bruk forskning. Førstelinjeledere arbeider under ressursknapphet og krysspress og opplever ofte at de må prioritere drift fremfor utvikling.

Tirsdag 3. nov kl. 15:15 • Aud 2 • Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

Ledere som døråpnere for implementering av kunnskapsbasert praksis**Karina Egeland***Forsker, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)***Bakgrunn**

Å ta i bruk kunnskapsbaserte behandlingsmetoder i helsetjenestene forutsetter målrettede implementeringsstrategier og aktivt lederengasjement. Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) er en implementeringsstrategi som skal styrke førstelinjelederes kapasitet til å støtte og lede innføring av evidensbasert praksis (EBP). Studien undersøkte om lederes deltakelse i LOCI påvirket terapeuters bruk av evidensbasert traumekartlegging og -behandling.

Metode

Studien benyttet et stepped wedge-klyngerandomisert design i 43 barne- og voksenklinikker i spesialisthelsetjenesten (2018–2020). Alle terapeuter (n = 790) fikk opplæring i kartleggingsverktøy for traumer og PTSD, og et underutvalg (n = 301) fikk opplæring i en av tre traumefokuserte EBP'er (TF-CBT, CT-PTSD eller EMDR). Førstelinjeledere (n = 47) deltok i LOCI over ett år, fordelt på tre kohorter som startet ved 0, 4 og 8 måneder etter EBP-opplæring. Bruk av EBP ble målt som terapeuters intensjoner om å bruke kartleggingsverktøy og traumebehandling, samt rekruttering av pasienter til traumebehandling. Effekter av LOCI på intensjoner ble analysert med lineære mixed-effects modeller, mens forskjeller i pasientrekruttering mellom kohorter med logistisk regresjon og negativ binomisk regresjon.

Resultater

Terapeutenes intensjoner om å bruke traumekartleggingsverktøy økte signifikant når LOCI ble introdusert. LOCI hadde ingen signifikant effekt på intensjoner om å bruke EBP, som var høye allerede ved baseline. Faktisk bruk av EBP'er varierte mellom kohorter: Terapeuter i kohort 3, hvor lederne startet i LOCI åtte måneder etter EBP-opplæring, rekrutterte signifikant færre pasienter enn terapeuter i kohort 1, der lederne startet LOCI samtidig med opplæringen.

Konklusjon

Lederes deltakelse i LOCI styrket terapeutenes intensjoner om å bruke traumekartleggingsverktøy, og var assosiert med høyere grad av EBP-bruk når lederne kom tidlig inn i implementeringsløpet. Funnene har implikasjoner for hvordan styring, ledelse og organisering av implementeringsarbeid planlegges og gjennomføres i helsetjenestene, og peker på behovet for systematisk lederstøtte i tidlige faser av implementeringen.

Tirsdag 3. nov kl. 15:30 • Aud 2 • Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

Ledelse av implementering av velferdsteknologi som økosystemarbeid: En studie av kommunale lederes rolle og engasjement

Gunn Hilde Rotvold

Avdelingsleder og ph.d.-student, Nasjonalt senter for e-helseforskning

Bakgrunn: Norske kommuner står overfor betydelige forventninger om å implementere velferdsteknologi for å møte fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester. Selv om ledelse trekkes frem som en sentral faktor for vellykket implementering, er det begrenset kunnskap om hvordan kommunale ledere faktisk engasjerer seg i endringsarbeidet i praksis.

Formål: Studien undersøker hvordan ledere på ulike nivåer i kommunal helse- og omsorgstjeneste engasjerer seg i implementering av velferdsteknologi, og hvilke implikasjoner dette har for forståelsen av ledelse i digitale omstillingsprosesser.

Metode: Studien bygger på et kvalitativt design med intervjuer av mellomledere på tre organisatoriske nivåer i 5 norske kommuner. Analysen er inspirert av forskning på endringsledelse, særlig Balogun's (2003) forståelse av mellomlederes rolle i endringsprosesser og Klemsdal et. al's (2022) perspektiv på situasjonsarbeid.

Resultater: Analysen identifiserte fire former for lederengasjement: mobilisering av ressurser, sikring av kvalitet og måloppnåelse, utvikling av medarbeideres motivasjon og forpliktelse og håndtering av digitale avhengigheter. Funnene viser at lederne kombinerer oppgaveorienterte aktiviteter knyttet til koordinering og administrasjon med relasjonelle aktiviteter knyttet til meningsskaping og motivasjon. Samtidig må de kontinuerlig tilpasse implementeringsarbeidet til situasjonsbestemte forhold som bemanningsutfordringer, opprettholdelse av daglig tjenesteutøvelse, regulatoriske forventninger og teknologiske begrensninger. Implementeringen fremstår dermed som et komplekst arbeid som retter seg både mot interne organisatoriske prosesser og eksterne aktører og rammebetingelser.

Konklusjon: Studien utfordrer forståelsen av digital implementering som et avgrenset organisatorisk prosjekt. Funnene tyder på at ledelse av velferdsteknologi krever en bredt orientert og situert lederpraksis der kommunale ledere navigerer mellom organisatoriske, profesjonelle og teknologiske avhengigheter. Vi argumenterer for at økosystemledelse representerer et lovende perspektiv for å forstå ledelse av digital transformasjon i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Balogun, J. (2003). From Blaming the Middle to Harnessing its Potential: Creating Change Intermediaries. *British journal of management*, 14(1), 69-83. doi:<https://doi.org/10.1111/1467-8551.00266>

Klemsdal, L., Andreassen, T. A., & Breit, E. (2022). Resisting or Facilitating Change? How Street-Level Managers' Situational Work Contributes to the Implementation of Public Reforms. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 32(4), 736-749. doi:10.1093/jopart/muac004

Behovsidentifisert forskning – hvordan involvere de det handler om i å utvikle og prioritere kunnskapsbehov?

Ruth-Ellen Slåtsveen

Spesialkonsulent, PhD, Oslo kommune / OsloMet

Bakgrunn

Forskning viser et gap mellom hva tjenestemottakere, pårørende og klinikere ønsker forskning om, og hva det faktisk forskes på. Brukerinvolvering i utvikling og prioritering av forskningsspørsmål benyttes for å redusere dette gapet og bidra til kunnskap som er relevant og nyttig for praksis. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om hvordan behovsidentifisering og brukerinvolvering i utforming av forskningsspørsmål og områder kan gjennomføres på en systematisk måte som sikrer reell innflytelse i utvikling og prioritering av forskningsspørsmål.

Hensikt

Hensikten med studien var å gjennomføre en behovsidentifiseringsprosess for å utvikle forskningsspørsmål knyttet til temaet «utøvelse av tillitsmodellen i kommunale hjemmebaserte helsetjenester», som var relevante og nyttige for kommunen, tjenestemottakere og pårørende.

Metode

Behovsidentifiseringsprosessen besto av fem trinn, der representanter for tjenestemottakere, pårørende og klinikere deltok i alle trinnene: 1) workshop for å diskutere og avgrense temaet; 2) styringsgruppe; 3) nettbasert spørreundersøkelse for å identifisere kunnskapsbehov; 4) gjennomgang av data og foreløpig prioritering av forskningsspørsmål; og 5) prioritering av topp 10 liste over de mest relevante forskningsspørsmålene.

Resultat

Ca 200 brukere var involvert i prosessen og 294 innspill ble mottatt. 35 deltakere bidro til prioriteringen av topp 10 listen.

Konklusjon

Studien demonstrerer hvordan brukerinvolvering kan gjennomføres for å utvikle kunnskapsbehov og forskningsspørsmål identifisert av dem det gjelder. Prosessens topp 10 liste over relevante forskningsspørsmål kan benyttes i fremtidig forskning.

Fra medvirkning til kunnskapsutvikling: et rammeverk for brukerinvolvering

Kirsti Sarheim Anthun

Seniorforsker, SINTEF

Bakgrunn

Brukerinvolvering har fått en sentral plass i helse- og velferdsforskning, men det er ofte uklart hvilken kunnskap involveringen skal bidra med utover representasjon og legitimitet. Brukeres erfaringer kommer ofte inn sent eller brukes til å bekrefte etablerte problemforståelser. Dette kan føre til at viktige erfaringer, perspektiver og problemforståelser forblir usynlige i forskning og tjenesteutvikling. Utfordringen kan være særlig stor i tjenester til barn og unge, hvor voksnes forståelser av behov og problemer ofte får forrang.

Formål

Formålet er å utvikle og beskrive et rammeverk for kunnskapsintensiv brukerinvolvering i forsknings- og tjenesteutvikling. Rammeverket bygger på en forståelse av brukerinvolvering som en kunnskapspraksis, der ulike erfaringer og perspektiver brukes aktivt til å identifisere kunnskapsmessige blindsoner og utfordre etablerte forståelser av problemer, behov og løsninger.

Metode

Rammeverket er utviklet i SEFYR-prosjektet, som skal utarbeide en modell for sømløs oppfølging av ungdom i risiko i samarbeid med barn og unge, deres familier, fagpersonell og forskere. Utviklingen av brukerinvolveringsstrategien bygger på forskning om brukerinvolvering og samskaping, samt teorier om epistemisk pluralisme, epistemisk urettferdighet og det antropologiske skillet mellom emiske og etiske perspektiver.

Konklusjon/resultat

Resultatet er et foreløpig rammeverk for kunnskapsintensiv brukerinvolvering gjennom hele forsknings- og utviklingsforløpet. Rammeverket tar utgangspunkt i at forskjeller mellom brukeres, tjenesters og forskeres forståelser ikke først og fremst skal reduseres eller harmoniseres bort, men brukes som en kunnskapsressurs. Ulike beskrivelser av de samme fenomenene

behandles som analytisk informasjon som kan synliggjøre kunnskapsmessige blindsoner, utfordre etablerte problemforståelser og styrke grunnlaget for forskning og tjenesteutvikling. Rammeverket beskriver også hvordan innsikter kan oversettes til forskningsspørsmål og utviklingstiltak på en transparent og sporbar måte.

Brukerinvolvering kan forstås som mer enn medvirkning. Rammeverket viser hvordan involvering kan brukes som en systematisk strategi for kunnskapsutvikling, der ulike erfaringer bidrar til å identifisere kunnskapsmessige blindsoner og styrke kunnskapsgrunnlaget for forskning, tjenesteutvikling og implementering i komplekse systemer.

Tirsdag 3. nov kl. 16:15 • Aud 2 • Kunnskapsbasert praksis, implementering og medvirkning

Pasienters erfaring med kommunal legevakt - en nasjonal brukerundersøkelse

Kirsten Danielsen og Nina Berggaard

Seniorrådgivere, Helsedirektoratet

I Norge har kommunene ansvar for å tilby en legevakttjeneste som ivaretar befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp. Stortingsmelding 23 (2024-2025) om akuttmedisinske tjenester løftet frem viktigheten av en tilgjengelig og sammenhengende akuttmedisinsk kjede. I forbindelse med meldingen ble det fremmet en rekke tiltak. Ett av tiltakene var å gjennomføre en brukererfaringsundersøkelse blant pasienter som hadde vært i kontakt med kommunale legevakter i løpet av 2025. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennomførte Helsedirektoratet (Hdir) en brukererfaringsundersøkelse blant legevaktpasienter i 2025. Formålet med undersøkelsen er å få kunnskap om hvordan tilbudet oppleves ved ulike legevakter, og danne grunnlag for systematisk kvalitetsarbeid i legevakttjenesten. Undersøkelsen har blitt gjennomført med støtte fra Folkehelseinstituttet (FHI).

AUD 3

Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

Tirsdag 3. nov kl. 15:00–16:30 • Chair: Eva Stensland / Konstantinos Antypas

15:00 Elise Rosenvinge Syse

15:15 Jorunn Nærland Skjærpe

15:30 Kristine Husøy Onarheim

15:45 Ingebrigt Meisingset

16:00 Konstantinos Antypas

16:15 Sissel Pettersen

Tirsdag 3. nov kl. 15:00 • Aud 3 • Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

Samskaping av en tverrprofesjonell helsebehovskartlegging for hjemmeboende eldre

Elise Rosenvinge Syse

Stipendiat, UiS

Bakgrunn

Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, og før vedtak treffes skal saken være så godt opplyst som mulig [1–3]. Ved nye vedtak skal funksjon vurderes, blant annet gjennom IPLOS-funksjonsvariablene som rapporteres til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) [4]. For hjemmeboende eldre med sammensatte behov er det behov for kartlegging som både favner bredt og fungerer i kommunal praksis.

Formål

Formålet med WP1 i HelseKart-prosjektet er å samskape en tverrprofesjonell kartleggingspakke for hjemmeboende eldre som søker kommunale helse- og omsorgstjenester, i samarbeid med ansatte, ledere, brukerrepresentanter og forskere, samt å undersøke kartleggingspakkens gjennomførbarhet og utviklingen av eierskap til den.

Metode

Delstudien har et kvalitativt design og bygger på fem samskapingsverksteder i to norske kommuner. Verkstedene varte 3–5 timer og hadde 45 deltakere fra tjenestetildeling, fysio- og ergoterapitjenester, ledelse, brukerrepresentanter og forskning. Datamaterialet består av møtenotater, verkstedmateriale og dokumentasjon fra diskusjoner og praktisk utprøving. Materialet ble kodet induktivt og analysert med refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2022).

Resultater og konklusjon

Foreløpig analyse identifiserte fire sammenvevde temaer. «Mellom systematikk og skjønn» viser hvordan standardisering ble forhandlet mot samtale, observasjon og profesjonelt skjønn. «Eierskap gjennom å gjøre» beskriver en bevegelse fra skepsis til eierskap gjennom påvirkning og praktisk øving. «Hvem kartlegges det for?» viser hvordan formålet ble forhandlet mellom den

eldres behov, kommunens forvalterrolle og tilgjengelige tjenester. «Gjennomførbarhet skapes i praksis» viser hvordan gjennomførbarhet ble skapt gjennom utprøving, arbeidsdeling, opplæring og tilpasning til eksisterende arbeidsprosesser. Samskapingen handlet dermed om mer enn utvikling av en kartleggingspakke. Reell påvirkning og praktisk utprøving fremsto som sentrale mekanismer for eierskap og gjennomførbarhet.

Studien inngår i «HelseKart – tverrfaglig kartlegging av helsebehov», finansiert av Norges Forskningsråd (prosjektnr. 355225, KSF-2024), i samarbeid mellom Stavanger kommune, Sandnes kommune og Universitetet i Stavanger.

Referanser

1. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1.
2. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1.
3. Forvaltningsloven § 17.
4. Helsedirektoratet. Registrering av IPLOS-data i kommunen – Om funksjonsvurdering og skårinndeling.

Tirsdag 3. nov kl. 15:15 • Aud 3 • Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

Strukturert kartlegging av helsebehov hos hjemmeboende eldre: en systematisk kunnskapsoppsummering av effekter på helserelatert livskvalitet og helsetjenestebruk

Jorunn Nærland Skjærpe

Stavanger kommune og Universitetet i Stavanger

Bakgrunn

Antallet eldre øker, og stadig flere bor hjemme med sammensatte helse- og omsorgsbehov. Kartlegging av helse og funksjon brukes for å identifisere behov og legge til rette for tjenester og oppfølging. Kartleggingene varierer i innhold og omfang, og det er behov for kunnskap om deres effekt på helserelatert livskvalitet og helsetjenestebruk hos hjemmeboende eldre.

Studiens formål

Å undersøke effekten av strukturerte kartlegginger av helsebehov på helserelatert livskvalitet og helsetjenestebruk hos hjemmeboende eldre.

Metode

Det gjennomføres en systematisk kunnskapsoppsummering i henhold til Cochrane-håndboka av randomiserte kontrollerte studier som undersøker strukturerte kartlegginger av helsebehov hos hjemmeboende personer ≥ 65 år. Intervensjonene består av strukturerte helsebehovskartlegginger basert på forhåndsdefinerte verktøy, rammeverk eller protokoller som dekker minst to helsedomener og kan informere videre oppfølging eller tjenesteyting. Kontrollgrupper omfatter vanlig oppfølging eller andre tiltak uten strukturerte helsebehovskartlegginger. Litteratursøk er gjennomført i MEDLINE, Embase, CENTRAL, CINAHL, APA PsycINFO, Scopus, ClinicalTrials.gov og World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (WHO ICTRP). Studier screenes uavhengig av to forskere. Risiko for systematiske skjevheter vurderes med Cochrane RoB 2, og tilliten til evidensen vurderes med Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Ved tilstrekkelig homogene studier vil resultatene sammenstilles i meta-analyser med random-effects-modeller.

Foreløpige resultater

Litteratursøk er fullført, og 11 453 referanser er identifisert. Tittel- og abstraktscreening pågår, og 87 referanser er foreløpig identifisert for fulltekstscreening. Studiene er publisert i perioden 1987 til 2025 og er gjennomført i Nord-Amerika, Europa, Australia og Asia. Utvalgsstørrelsene varierer fra rundt 50 til over 1700 deltakere. Intervensjonene inkluderer ulike typer geriatriske vurderinger, strukturerte helsevurderinger og forebyggende hjemmebesøk, ofte kombinert med individuell eller tverrfaglig oppfølging. Foreløpige resultater viser varierende effekter på helserelatert livskvalitet og helsetjenestebruk.

Konklusjon

Studien vil gi et oppdatert kunnskapsgrunnlag om effekten av strukturerte kartlegginger av helsebehov på helserelatert livskvalitet og helsetjenestebruk blant hjemmeboende eldre. Kunnskapen vil kunne bidra til utvikling, prioritering og organisering av kommunale helse- og omsorgstjenester.

Finansiering og samarbeid

Studien gjennomføres som del av «HelseKart – tverrfaglig kartlegging av helsebehov», finansiert av Norges forskningsråd (prosjektnr. 355225 – KSF-2024), i samarbeid mellom Stavanger kommune, Sandnes kommune og Universitetet i Stavanger.

Registrering

Protokollen er forhåndsregistrert i International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO; CRD420261392708).

Prioritering på tvers? Et rammeverk for å inkludere folkehelseiltak i helseprioriteringer

Kristine Husøy Onarheim

Universitetet i Bergen / Folkehelseinstituttet

Bakgrunn

Arbeidet med prioritering i helsetjenestene i Norge er kommet langt. Oppfølging og implementering av prioriteringskriterier og -veiledere skjer gjennom daglig praksis i sykehus og primærhelsetjenester. Samtidig peker «NOU 2025:8 Folkehelse – verdier, kunnskap og prioritering» på at prioriteringer innen folkehelsearbeid fått mindre fokus enn i spesialist- og primærhelsetjenestene. Dagens prioriteringsrammeverk, internasjonalt og i Norge, vektlegger i stor grad kliniske intervensjoner på individnivå og mot mer kortsiktige helseutfall. Dette står i kontrast til folkehelseiltak, som ofte rettes mot befolkningsnivå og implementeres på tvers av sektorer. Til tross for potensiale for langsiktige helsegevinster og samfunnseffekter av helsefremmende og forebyggende tiltak, er folkehelseiltak i liten grad systematisk integrert i etablert helseprioritering. Manglende kunnskap om disse tiltakene kan bidra til skjevprioritering og underinvestering i folkehelseiltak, og utfordrer ambisjonen i NOU 2025:8 om å anvende prioriteringskriterier på tvers av tiltak og sektorer.

Formål

Å utvikle et konseptuelt rammeverk for systematisk vurdering og inkludering av folkehelseiltak i helseprioriteringer. Rammeverket er utviklet tilknyttet FairChoices for prioriteringer i global helse, og med relevans for oppfølging av NOU 2025: 8.

Metode

Et konseptuelt rammeverk er utviklet basert på en flerdimensjonal klassifisering av folkehelseiltak. Rammeverket bygger på eksisterende litteratur om prioritering, folkehelse og folkehelsefunksjoner.

Resultat/konklusjon

Rammeverket synliggjør hvordan folkehelseiltak mer systematisk kan evalueres. Tiltak kategoriseres etter mekanisme (som regulatoriske, økonomiske, informasjonsbaserte), nivå for tiltak (individ, gruppe, befolkning, system), sykdom- eller risikodomene, livsløpsfase, effekt på fordeling, virkning (direkte og indirekte) og finansiering. Eksplisitt inkludering av folkehelseiltak i helseprioriteringer er nødvendig for å sikre rettferdige og helhetlig vurderinger av helse- og samfunnsnytte på tvers av tiltak. Med begrensede helseressurser, er rammeverket relevant for oppfølging av NOU 2025: 8 i Norge og internasjonalt.

COMMIT: Collaborative Musculoskeletal Management: Enhancing Primary Care through Interdisciplinary Team-based Care

Ingebrigt Meisingset

Seniorforsker, Trondheim kommune og NTNU

Bakgrunn

Muskel- og skjelettlidelser er den ledende årsaken til sykefravær og uførhet i Norge og står for nesten én av fem konsultasjoner hos fastlege. Dette legger et økende press på kommunale helsetjenester og understreker behovet for nye, bærekraftige omsorgsmodeller. Internasjonale studier og erfaring fra helsetjenester i andre land viser at helsepersonell med ekspertkompetanse innen muskelskjelettplager kan bidra som førstekontakter på fastlegekontoret med potensielt sparte kostnader for samfunnet og fornøyde pasienter. I Norge er fastlegekontoret hovedsakelig monofaglig. COMMIT-prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd og introduserer en team-basert tilnærming i allmennpraksis, der fysioterapeuter, manuellterapeuter og kiropraktorer fungerer som førstelinje-behandlere, samlokalisert og i team med fastleger.

Formål

COMMIT skal 1) utvikle en modell for teambasert behandling av muskelskjelettplager på fastlegekontoret, 2) evaluere effekten av denne sammenlignet med dagens praksis, 3) evaluere implementeringen av modellen.

Metode

Prosjektet er bygget rundt et hybrid type 2 design, der fokuset på måling av effekt og implementering er likeverdig. Prosjektet skal først utvikle en modell for teambasert behandling gjennom samskaping med mulige interessenter, blant annet fastleger, fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer, kommunale ledere, og beslutningstagerere i helsetjenesten på ulike nivå. Vi vil evaluere modellen i en kluster randomisert kontrollert studie på 18 fastlegekontor i Norge og inkludere 620 pasienter med muskelskjelettplager. Prosjektet gjennomfører samtidig en implementeringsevaluering ved hjelp av intervjuer av

pasienter og helsepersonell involvert i modellen.

Resultat/konklusjon

COMMIT startet 1.mai 2026 og vil pågå i 4 år. Prosjektet vil bidra med viktig kunnskap om nye modeller for teambasert behandling på fastlegekontoret. Foreløpig resultat fra workshoper og innspill viser at kommuner og fastlegekontor har varierende mulighet til å gjennomføre en ren samlokalisering med nye yrkesgrupper, og at finansieringssystemet med blant annet takstplakat for avtalepraksis for fastleger, fysioterapeuter og manuellterapeuter begrenser muligheten for tverrfaglighet på fastlegekontoret.

Tirsdag 3. nov kl. 16:00 • Aud 3 • Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

SFI DigiVita – Senter for persontilpasset digital helsefremming: et offentlig-privat forskningssamarbeid for bærekraftig folkehelsearbeid

Konstantinos Antypas

Seniorforsker, SINTEF & FHI

Bakgrunn

Ikke-smittsomme sykdommer står for 77 % av sykdomsbyrden i Europa, og om lag 80 % kan forebygges gjennom levevaner. Samtidig er helse- og omsorgstjenestene under press fra en aldrende befolkning og personellmangel. Norge har folkehelsestrategier som støtter helsefremming, men ressurs- og budsjettbegrensninger begrenser tilbudet i kommunene. Det er derfor behov for alternative modeller, som offentlig-private partnerskap, for å gjøre helsefremming mer tilgjengelig og bærekraftig. Mangel på persontilpasning er dessuten en barriere for tidlig engasjement og egenomsorg. KI-støttet digital helsefremming kan kombinere helsedata fra flere kilder med individuelle behov, preferanser og sosiokulturelle faktorer for å identifisere risikofaktorer og møte den enkeltes behov.

Formål

DigiVita, et senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI) finansiert av Forskningsrådet, skal utvikle, implementere og evaluere persontilpassede digitale løsninger for helsefremming som er tilgjengelige og økonomisk bærekraftige for offentlig og privat sektor. Målet er en mer proaktiv helsetjeneste, økt egenomsorg, flere friske leveår og mindre sosial ulikhet i helse.

Metode

Senteret samler to forskningsinstitutter, fire universiteter, syv helseteknologibedrifter og fire offentlige partnere (KS, Norsk helsenett, Bodø kommune og LHL) i en kvadrupel-heliks-modell med salutogenese som grunnperspektiv. Arbeidet er organisert i tre innovasjonsområder (datadeling, persontilpassede risikoprofiler, digitale intervensjoner) og fire forskningsområder: kunstig intelligens for persontilpasning; åtte storskala digitale randomiserte studier med registerkobling og helseøkonomisk evaluering; brukerinvolvering og digital inkludering; samt økosystem, samstyring og bærekraft, der interessentanalyse, simuleringer og Delphi-studier belyser offentlig-private partnerskap og finansieringsmodeller.

Resultat/konklusjon

Forventede resultater er kunnskap om effekter og kostnadsnytte av digital helsefremming, rammeverk for sikker datadeling mellom tjenestenivåer og private aktører, anbefalinger for samstyring og finansiering, og et veikart for nasjonal skalering via Helsenorge. DigiVita gir et empirisk grunnlag for hvordan kommuner kan supplere folkehelsearbeidet med forskningsbaserte digitale tjenester i et bærekraftig offentlig-privat partnerskap. Som samarbeidsplattform for offentlige og private aktører kan senteret bli en interessant arena for helsetjenesteforskning, og vi er åpne for samarbeid med andre fagmiljøer.

Tirsdag 3. nov kl. 16:15 • Aud 3 • Forebygging, helsekartlegging og nye tjenestemodeller

Superbrukerrollen i teknologiimplementering i kommunehelsetjenesten - erfaringer fra superbrukere og helseledere

Sissel Pettersen

Stipendiat, Nord universitet

Når teknologi implementeres i kommunehelsetjenesten, har helsepersonell ulik erfaring og kompetanse. Flere kommuner i Norge har valgt å ha helsepersonell som superbrukere, som har i oppdrag å utdanne, bistå og støtte sine kollegaer. Presentasjonen baseres på to empiriske studier med erfaringer fra superbrukere og helseledere.

Tirsdag 3. nov kl. 15:00 • HS Sem 017 • Munnhelse

Professional Quality of Life of Norwegian Oral Health Professionals: A National Study

Marte-Mari Uhlen Strand

Seniorforsker, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Background

Oral health professionals face high job demands, including the management of vulnerable, traumatised, or anxious patients, complex treatment needs, and high patient expectations. These challenges may affect their professional quality of life, with implications for both workforce wellbeing and the delivery of high-quality oral healthcare. Despite increasing attention to the mental health and wellbeing of healthcare workers, oral health professionals remain relatively understudied.

Objective

To examine the professional quality of life among Norwegian oral health professionals, exploring the balance between rewards and occupational strain, and identifying factors that influence wellbeing in clinical practice.

Material and Methods

A cross-sectional study was conducted among 984 oral health professionals in Norway. Participants completed the ProQOL-V and QPS Nordic questionnaires. Data were collected on work with vulnerable patients, psychosocial work factors, burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress. Ethical approval was obtained, participation was voluntary, and informed consent was secured.

Results

Over half of participants reported routinely working with vulnerable patients, indicating that emotionally demanding encounters are common. Overall, participants reported moderate levels of burnout and compassion satisfaction, and low levels of secondary traumatic stress. Psychosocial work factors, including work-life balance and social support, were more strongly associated with occupational strain than the challenges of caring for vulnerable or traumatised patients.

Conclusions

Oral health professionals in Norway experience a balance between rewarding and draining aspects of their work. The findings highlight the importance of enhancing workplace conditions and support systems to sustain the wellbeing of oral health professionals. This study provides the first insights into professional quality of life among oral health professionals in Norway and can inform interventions aimed at reducing occupational strain, supporting trauma-informed care, and promoting sustainable practice.

Factors Associated with Irregular Dental Attendance Among 65-Year-Olds in Oslo

Anne Thea Tveit Sødal

PhD, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Background/Aim: To prevent severe complications of oral diseases and maintain oral functions, regular dental attendance can be crucial. Understanding factors associated with irregular attendance is important for identifying vulnerable groups and informing public health strategies. This study investigated predisposing, enabling, and need factors associated with irregular dental attendance among 65-year-olds in Oslo based on Andersen's behavioural model for health service utilization.

Material and methods: A random sample of 457 65-year-old Oslo citizens (response rate 58%, 52% men) completed a questionnaire and underwent clinical and radiographic dental examinations. The outcome was irregular dental attendance, defined as not attending a dentist or dental hygienist regularly (i.e. sporadic examinations, acute care only, or never). Associations between irregular dental attendance and predisposing (gender, education, dental anxiety), enabling (income) and need factors (untreated dental caries, untreated apical periodontitis and untreated periodontitis) were examined using bivariate analyses. Significant variables were included in a multivariate logistic regression model to identify independent risk indicators.

Results: Overall, 11% of participants reported irregular dental attendance. In bivariate analyses, gender, education, dental anxiety, income, untreated dental caries, and untreated periodontitis were associated with irregular dental attendance. In the multivariate model, male gender (OR 2.65, 95% CI 1.26-5.58), medium/high dental anxiety (OR 2.74, 95% CI 1.31-5.73), low income (OR 5.59, 95% CI 2.63-11.84), untreated caries (OR 2.47, 95% CI 1.22-4.98), and untreated periodontitis (OR 2.46, 95% CI 1.14-4.40) remained independently associated with increased odds of irregular dental attendance ($p < 0.05$).

Conclusion: Consistent with Andersen's behavioural model, factors from all three domains; predisposing (gender, country of birth, dental anxiety), enabling (income), and need (untreated caries, periodontitis), were associated with irregular dental attendance.

Dental treatment under general anesthesia in pediatric patients: Who is referred, why, and what happens next?

Helene Sæthre

PhD, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Background

The public dental services are responsible for dental treatment for children and adolescents, including treatment under general anesthesia (GA). An increase in number of patients receiving treatment under GA has been reported, and this has highlighted the need for knowledge regarding how treatment is organized in dental services.

Aim

The aim of this retrospective study was to evaluate dental treatment under GA in children and adolescents at the Oral Health Centre of Expertise in Eastern Norway (OHCEE) by examining routines and reasons for referral, planning and implementation of treatment. A secondary aim was to explore performed treatments and follow-up after referral.

Methods

Children (aged 3-18 years) residing in five municipalities in Eastern Norway who were referred for dental treatment under GA at the OHCEE specialist clinic in 2023 were included. Demographic and clinical data were obtained from electronic patients' records, and the study was approved by the Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research (SIKT) (Ref: 964453)

Results

The study included 232 children with equal gender distribution (male 50.2%, female 49.8%). Mean age was 9.45 years (SD 3.86, range 3-18 years). The main reasons for referral were need for restorative treatment (46.1%) and surgical treatment, including extractions (44.0%). Treatment performed at the local clinic before referral was restorative treatment (40.5%) and dental examination (31.5%). In more than half of the patients (57.8%) use of premedication at the local clinic was reported prior to referral, and Midazolam was the most used premedication.

Prior to treatment at OHCEE, 90.1% of patients were offered a preoperative clinical examination that included information on GA.

Few patients were given analgesics (3.9%) and antibiotics (18.1%) from referral to the actual day of treatment.

The common treatment preformed was extractions (40.5%) and a combination of restorative treatment and extractions (47.0%). Children who received extractions were older than children receiving restorative treatment (mean age 11.7 vs. 6.9 years).

In almost half of the patients (46.1%), the referral dental clinic received written information about the preformed treatment under GA. Recommendations for further follow-up were given for one third (37.9%) of the patients.

Conclusion

GA is a useful tool for most common dental treatments, such as restorations and extractions. The study showed that collaboration between the OHCEE and referral dental clinics as well as routines on follow-up after treatment could be improved.

Tirsdag 3. nov kl. 15:45 • HS Sem 017 • Munnhelse

Innovasjonsprosjektet uniketenner.no – for tannlegen ved sjeldne diagnoser

Ole Rasmus Theisen

Senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse

Bakgrunn

Personer med sjeldne diagnoser blir ofte feildiagnostisert og feilbehandlet. Dette gjelder og personer med sjeldne diagnoser som mottar tannbehandling. Studier viser at tannhelsepersonell som gruppe har lite kunnskap om sjeldne diagnoser og kan være usikre på hvordan de skal orientere seg for å best utrede og behandle pasienten.

Formål og metode

Nasjonalt senter for sjeldne diagnoser, enhet munnhelse har i samarbeid med programmerere utviklet uniketenner.no: et åpent tilgjengelig nettsted på norsk og engelsk. Uniketenner.no tilbyr tilgang til en omfattende database med sjeldne diagnoser med særlig vekt på oral helse samt hva tannlegen skal ta hensyn til i klinikken.

Dersom en pasient ikke har en diagnose, men har en sammensetning av uvanlige kliniske funn, kan klinikerens velge disse i søkeverktøyet via hovedgruppene munnhulen, hode/hals og generelt. I disse gruppene velger brukeren mellom 127 definerte funn som gir en kortliste av diagnoser som har de valgte funnene som forventede.

Målsetting og konklusjon

Uniketenner.no er spesielt nyttig i tannhelsetjenesten, hvor sjeldne diagnoser med orale manifestasjoner lett kan bli oversett. Uniketenner.no har i flere tilfeller bidratt til å identifisere underliggende, tidligere ukjente diagnoser. Ved å formidle denne tjenesten til tannhelsepersonell kan vi styrke kunnskapsgrunnlaget om sjeldne diagnoser med orale funn, støtte klinikere som behandler pasienter med sjeldne diagnoser, og bidra til å bygge bro mellom tannhelsetjenesten, sjeldenfeltet og det øvrige medisinske fagmiljøet.

Tirsdag 3. nov kl. 16:00 • HS Sem 017 • Munnhelse

Når nødvendig tannbehandling ikke er tilgjengelig: En normativ etisk analyse av rettigheter, kapasitet og profesjonelt ansvar

Melody Moezzi

Bakgrunn/formål: Har pasienten egentlig rett til nødvendig tannbehandling – eller bare rett til å stå i kø for den? Etter NOU 2024:18 arbeides det med en tannhelsereform som skal gjøre tannhelsetjenesten mer tilgjengelig og sosialt utjevnenende [1]. Fra 1. juli 2025 fikk unge voksne opp til 28 år en lovfestet rett til nødvendig tannhelsehjelp i offentlig sektor, mot 25 % egenbetaling [2]. Et aktuelt klinisk kasus viser likevel hvordan en slik lovfestet rett kan komme i konflikt med begrenset offentlig kapasitet, samtidig som privat sektor kan ha tilgjengelig kapasitet. Jeg undersøker hvordan forholdet mellom rettigheter, kapasitet, finansiering og organisering påvirker den reelle tilgangen til nødvendig tannbehandling.

Metode: Normativ etisk analyse av et klinisk kasus: en ung voksen pasient med betydelige smerter ble gjentatte ganger avvist fra akutt behandling i offentlig tannhelsetjeneste på grunn av snevre triagekriterier, men fikk til slutt smertelindring i privat praksis [8] – og dekket kostnadene selv, til tross for at pasienten tilhørte en gruppe med lovfestet rett til nødvendig tannbehandling i offentlig sektor [2,3]. Analysen bygger på prinsippene om autonomi, ikke-skade, velgjørighet og rettferdighet [4], og drøfter profesjonelt ansvar, moralsk stress [5,6] og tannlegeprofesjonens samfunnskontrakt [7].

Resultat/konklusjon: Jeg viser at snevre triagekriterier og begrenset offentlig kapasitet i praksis innsnevrer hva som regnes som «akutt» og «nødvendig». Pasienten har en formell rett til behandling i offentlig sektor, men står likevel uten reell tilgang

dersom køen er for lang – en belastning som forsterkes i takt med at stadig flere aldersgrupper får lovfestede rettigheter uten tilsvarende økning i kapasitet [3]. Skal en fremtidig reform bety noe, må offentlig og privat kapasitet forstås som én samlet ressurs, slik at den reelle tilgangen følger behovet, ikke sektoren.

SEM 8

Sesjon 3 • Apotekets rolle i fremtidens helsetjeneste: Evaluering og utvikling av farmasøytiske tjenester

Tirsdag 3. nov kl. 15:00–16:30 • Chair: Lene B. Holm

Presentasjoner ved: Marit Waaseth; Hege Sletvold; Tonje Krogstad; Therese Høydahl Bakke; Mirey Alfarah

Introduksjon til temaet

Apotek og farmasøyter er en lett tilgjengelig, men fortsatt underutnyttet del av helsetjenesten. I takt med en aldrende befolkning, økende forekomst av kronisk sykdom, psykiske helseutfordringer og komplekse legemiddelregimer, har det blitt økt oppmerksomhet rundt hvordan farmasøytiske tjenester kan bidra til bedre pasientoppfølging, tryggere legemiddelbruk og mer bærekraftige helsetjenester. Samtidig er det behov for mer kunnskap om hvordan slike tjenester kan implementeres, organiseres og evalueres i praksis.

Denne organiserte sesjonen presenterer fem forskningsbidrag som belyser utvikling, evaluering og implementering av farmasøytiske tjenester i norske apotek. Bidragene omfatter blant annet inhalasjonsveiledning, personsentrerte legemiddelsamtaler, migrenekonsultasjoner, farmasøytikonsultasjoner for reduksjon av legemiddelrelaterte problemer og apotekets potensielle rolle innen psykisk helsestøtte. Studiene undersøker både pasientutfall, farmasøyters erfaringer og organisatoriske utfordringer knyttet til tjenestene.

Sesjonen er relevant for helsetjenesteforskning fordi den retter oppmerksomhet mot hvordan primærhelsetjenesten kan styrkes gjennom bedre utnyttelse av eksisterende helsepersonellressurser. Bidragene illustrerer også sentrale problemstillinger innen implementering, kompetansebehov, pasientsentrert kommunikasjon, samhandling og finansiering av helsetjenester. Samlet gir sesjonen innsikt i hvordan apotek kan bidra i fremtidens helsetjeneste, og hvilke strukturelle og organisatoriske forutsetninger som må være på plass for å lykkes.

De fem bidragene i denne organiserte sesjonen er valgt ut som tematisk sammenhengende presentasjoner innen utvikling og evaluering av farmasøytiske tjenester i apotek. Sesjonen er samtidig del av en større koordinert satsning hvor totalt 13 farmasifaglige bidrag sendes inn til konferansen, fordelt mellom denne organiserte sesjonen og individuelle presentasjoner. Dette bidrar til økt synlighet av farmasøytisk helsetjenesteforskning på tvers av konferanseprogrammet.

3.1 Inhalasjonsteknikk og apotekbaserte tjenester for pasienter med astma og KOLS

Waaseth M, Ans M, Fagerli M, Halvorsen KH – IPSUM forskningsgruppe, Institutt for farmasi, UiT Norges arktiske universitet

Bakgrunn: Legemidler til inhalasjon er fortsatt hjørnesteinen i behandlingen av astma og KOLS, men feil inhalasjonsteknikk og dårlig etterlevelse er viktige hindringer for optimal sykdomskontroll.

Mål: Å beskrive bruk av inhalatorer og pasientrelaterte faktorer blant apotek kunder med astma og KOLS i Norge, med fokus på inhalasjonsteknikk, apotekbaserte tjenester og pasientpreferanser.

Metoder: Denne tverrsnittsstudien inkluderte 753 deltakere rekruttert ved norske apotek. Data ble samlet inn gjennom strukturerte intervjuer og direkte observasjon av inhalasjonsteknikk.

(Foreløpige) Resultater/konklusjon: Totalt demonstrerte 46 % av deltakerne feil inhalasjonsteknikk. Alder, utdanning, selvrapportert usikkerhet rundt behandling og tid siden inhalasjonsveiledning var signifikant assosiert med feil teknikk. 55 % rapporterte å ha mottatt inhalasjonsveiledning på apotek tidligere, og 69 % foretrakk fremtidig veiledning fra apotekfarmasøyter. Betalingsviljen for årlig veiledning var imidlertid lav (27 %). Funnene understreker apotekenes rolle i å tilby strukturert støtte til pasienter med kroniske luftveissykdommer, noe som med langsiktig oppfølging og offentlig finansiering kan forbedre behandlingsresultatene.

3.2 Å styrke apotekets rolle i oppfølging av pasienter med kronisk sykdom: Pilotstudie av personsentrerte legemiddelsamtaler

Hege Sletvold, Tamara Kudusova, Nils Espen Lilleheim, Helene Devold, Elin Bergene, Sara Bremer, Karine W. Ruud, Malin J. Östbring

Bakgrunn: Apotek er en underutnyttet ressurs i oppfølging av pasienter med kronisk legemiddelbruk, til tross for økende behov for pasientinvolvering og styrket etterlevelse.

Formål: Å evaluere gjennomførbarhet og foreløpige effekter av personsentrerte legemiddelsamtaler mellom farmasøyter og pasienter med hjerte- og karsykdom og langvarig legemiddelbruk, samt belyse implikasjoner for tjenesteutvikling i helsetjenesten.

Metode: Pilotstudie av en kompleks intervensjon hvor 10 farmasøyter gjennomførte et arbeidsintegrert kurs i motiverende intervju (MI). Tre farmasøyter med dokumentert MI-kompetanse gjennomførte ≥ 2 konsultasjoner med 15 pasienter med hjerte- og karsykdom og legemiddelbruk ≥ 6 måneder. Endringer i legemiddeloppfatninger (BMQ) og etterlevelse (MARS-5) ble målt over 3 måneder. Kvalitative intervjuer ble gjennomført med farmasøyter og pasienter.

Resultat/Konklusjon: BMQ-bekymring ble redusert fra 3,1 til 2,6 (endring $-0,5$; 95 % KI $-1,24$ til $0,24$; $p=0,15$). Kvalitative funn indikerer økt trygghet, bekreftelse av behandling og pasientinitierte endringer. Intervensjonen fremstår som gjennomførbart og relevant for utvidet farmasøytrolle i primærhelsetjenesten.

3.3 Farmasøytledede migrenekonsultasjoner i apotek: En pilotstudie av farmasøyters erfaringer og pasientrapporterte utfall

Lene Berge Holm, Sahar Hussain, Parisa Gazerani, Tonje Krogstad

Bakgrunn: Migrene er en viktig årsak til redusert livskvalitet og funksjon. Mange pasienter har mangelfull kunnskap om riktig bruk av migrenemedikamenter. Farmasøyter i apotek kan bidra med rådgivning.

Hensikt: Å utforske farmasøyters erfaringer og pasientrapporterte utfall knyttet til strukturert migrenesamtaltjeneste i apotek.

Metode: I denne mixed-methods pilotstudien gjennomførte farmasøyter ved 19 apotek strukturerte migrenesamtaler etter opplæring. Pasientene fikk tilbud om to konsultasjoner. Totalt ble 198 førstegangssamtaler og 44 oppfølgingssamtaler gjennomført. Data ble samlet inn gjennom spørreskjemaer og kvalitative intervjuer med farmasøyter.

Resultater: Farmasøytene opplevde tjenesten som faglig meningsfull og relevant for deres rolle i primærhelsetjenesten. Tid og finansiering ble identifisert som utfordringer. Pasientene rapporterte positive erfaringer med konsultasjonene. Blant pasientene som møtte til oppfølging rapporterte 69 % at de hadde fulgt minst ett råd, og 38 % rapporterte bedret migrenestatus.

Konklusjon: Strukturerte migrenesamtaler i apotek kan være et nyttig supplement i migrenebehandling og bør undersøkes videre i større studier.

3.4 Identifying and managing drug related problems in pharmacist-led follow-up services

Therese Høydahl Bakke, Karine Wabø Ruud, Nadia Jensen, Ane Gedde-Dahl and Sara Bremer

Background: Pharmacist-led follow-up consultations can help address drug-related problems (DRPs), but evidence on how DRPs are identified and managed is limited.

Purpose: To synthesize findings from descriptive studies of pharmacist-led follow-up services for users of medicines for cardiovascular disease, type 2 diabetes and obstructive pulmonary diseases.

Method: The studies used a qualitative descriptive design with non-participant observations of 54 consultations and semi-structured interviews with 20 pharmacists. Observational data and interviews were analysed by cross-case analysis and reflexive thematic analysis, respectively.

Results: DRPs were identified in 40–50 % of consultations and managed through tailored counselling, practical guidance and recommendations for medical follow-up. DRP identification was facilitated by sufficient time and patient-centred communication, but hindered by time pressure, non-physical consultations and limited disease-specific training.

Conclusion: Pharmacist-led follow-up consultations support early detection and management of DRPs and promote safer medication use. Enhanced disease-specific training, communication skills and sufficient consultation time may further improve service quality and outcomes.

3.5 Community pharmacists as partners in mental health support: Opportunities, barriers, and implementation needs in Norwegian pharmacies

Varisara Ellingsen, Lone Holst, Mirey Alfarah

Background: Mental health challenges represent a growing public health concern. Community pharmacies are highly accessible healthcare settings and may contribute to future mental health support services.

Aim: To explore opportunities, barriers, and implementation needs related to community pharmacists' involvement in mental health support services in Norway.

Methods: This participatory qualitative study included a stakeholder workshop followed by semi-structured interviews with community pharmacists. Data were analysed using reflexive thematic analysis.

Results: Stakeholders and pharmacists identified several potential low-threshold mental health services in community pharmacies, including medication support for psychotropic treatment initiation and discontinuation and low-threshold mental health conversations. Pharmacists viewed community pharmacies as accessible arenas for mental health support but highlighted a number of barriers. Participants emphasized the need for strengthened competence.

Conclusion: Community pharmacies may represent an underused resource in mental health support. Successful implementation requires workforce preparation, organizational support, clear service frameworks, and cross-sector collaboration.

AUD 1

Akuttmedisin og prehospitaltjenester

Tirsdag 3. nov kl. 17:00–18:00 · Chair: Geir Godager / Vivian Nystrøm

17:00 Odd Eirik Elden

17:15 Yasin Adil

17:30 Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

17:45 Vivian Nystrøm

Tirsdag 3. nov kl. 17:00 · Aud 1 · Akuttmedisin og prehospitaltjenester

Samfunnsparamedisin i distrikts-Norge: effekt på pasientflyt, sikkerhet og prehospitaltidsintervaller

Odd Eirik Elden

Anestesilege og ph.d.-kandidat, Helse Nord-Trøndelag HF

Bakgrunn. Prehospitaltjenester i distrikts-Norge opplever økende etterspørsel, lange avstander og begrensede ressurser. Samfunnsparamedisin (Community Paramedicine Services, CPS) er en modell der ambulanspersonell arbeider i grenseflaten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og tilbyr vurdering og behandling utenfor sykehus. Kunnskapen om hvordan CPS påvirker pasientflyt, sikkerhet og prehospitaltidsintervaller i norske distrikter er begrenset. Studien ønsket å belyse disse effektene.

Metode. En kvasiekseptimentell studie i to sammenlignbare norske distriktskommuner før og etter innføring av CPS. I intervensjonskommunen (CPSREGION) ble CPS innført i november 2021, og bruk av ambulanseressurser, pasientflyt og sikkerhet ble sammenlignet med en demografisk og helsemessig tilsvarende kontrollkommune (CONTROLREGION). Data ble analysert med ulik avgrensning i periodene 2016–2019 og november 2021–2023. Prehospitaltidsintervaller ble avgrenset til akutte oppdrag på hverdager (08:00–16:00) som resulterte i sykehusinnleggelse. Utfallsmål omfattet transportandel, lokal behandling, rekontakt innen syv dager, 30-dagers mortalitet, responstid, tid på skadested og total prehospital tid. Funnene er presentert i to artikler som belyser ulike sider av samme studie.

Resultater. Andelen pasienter transportert til sykehus økte betydelig i CONTROLREGION, men forble stabil i CPSREGION, noe som indikerer en forskyvning mot mer lokal behandling etter innføring av CPS. Rekontakter blant pasienter behandlet på stedet var sjeldne, og 30-dagers mortalitet var uendret mellom perioder og regioner. I CPSREGION ble total prehospital tid ikke signifikant redusert, noe både responstid og tid på skadested ble, mens tilsvarende endringer ikke ble funnet i CONTROLREGION.

Konklusjon. Innføring av samfunnsparamedisin var assosiert med økt lokal behandling, uten negative effekter på kortsiktige sikkerhetsutfall og uten forlengelse av total prehospital tid. Reduksjoner i responstid og tid på skadested kan tyde på tidligere tilgang til prehospital kompetanse. Funnene støtter CPS som et supplement til ordinære ambulansetjenester i distrikts-Norge, men må tolkes med forsiktighet gitt det kvasiekseptimentelle designet.

Publikasjoner

- Elden OE, Brulin E, Uleberg O, et al. Patient flow and safety after implementing a community paramedicine service: a quasi-experimental study. *BMJ Open* 2025;15:e103111. doi: 10.1136/bmjopen-2025-103111
- Elden OE, Uleberg O, Brulin E, et al. The impact of Community Paramedicine Service on Prehospital Time Intervals in Rural Norway: A Quasi-Experimental Study. Under vurdering hos *BMC Emergency Medicine*.

«Først fri rygg, så frie luftveier». En refleksiv tematisk analyse av hva klinikere forsøker å oppnå med kliniske prioriteringsbeslutninger

Yasin Adil

Doktorgradsstipendiat, Avdeling for helsetjenesteforskning, Ahus

Bakgrunn: Økte forventninger og muligheter i helsevesenet byr på utfordringer knyttet til fordeling av helsetjenester. Knappe ressurser fordrer gode prioriteringer på alle nivåer. Norge har et godt utarbeidet rammeverk for prioriteringer i helsevesenet, men som i mindre grad er kjent på mikronivå. Det er lite kunnskap om hva klinikere vektlegger når de prioriterer i den kliniske hverdagen.

Formål: Undersøke hva klinikere forsøker å oppnå med kliniske prioriteringsbeslutninger.

Metode: 77 klinikere fra ulike yrkesgrupper og fagfelt deltok i 14 fokusgruppeintervjuer. En dynamisk intervjuguide ble benyttet. Transkribert materiale fra lydopptak ble analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse.

Resultat: Analysen resulterte i tre temaer. Temaet «pasientens advokat» tar for seg pasientsentrerte utfall som mål for kliniske prioriteringsbeslutninger. Til en viss grad sammenfaller disse med prioriteringskriteriene «nytte» og «alvorlighet», men også pasienttilfredshet er viktig her. «Bevar klinikerens» setter dette opp mot formål som handler om å ivareta klinikerens egen kapasitet, holde ryggen fri og redusere egen usikkerhet. Det tredje temaet, «systemet må fortsette», omhandler formål med prioriteringsbeslutninger som får systemet til å gå rundt. Dette inkluderer drift og flyt som opprettholder produksjon, følge rutiner og retningslinjer og finne laveste effektive omsorgsnivå.

Konklusjon: Kliniske prioriteringsbeslutninger er et komplekst samspill med ulike formål. De tre temaene som rapporteres her gir uttrykk for ulike formål med prioriteringsbeslutninger som hensyntas av klinikere. Dette er vesentlig å ha kjennskap til og ta høyde for i utformingen av overordnede retningslinjer og kriterier.

Artificial Intelligence in Scandinavian Prehospital and Emergency Primary Care: From Clinician Perspectives to Machine Learning Decision Support

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Prodekan forskning og utdanning / professor, Høgskolen i Østfold

Background

Emergency medical services (EMS) and emergency primary care (EPC) face increasing demands, workforce shortages, and pressure to avoid both under- and overtriage. Artificial intelligence (AI) and machine learning (ML) are proposed to enhance prehospital assessment, triage, and resource use.

Purpose

This integrated project aimed to (1) explore Norwegian EPC personnel's attitudes toward AI-based decision support, (2) explore EMS providers' perspectives on an AI-based tool for prehospital stroke assessment, and (3) develop and evaluate ML models predicting ≥24 hour hospital admission for injured patients using Swedish, Norwegian, and merged EMS datasets.

Methods

Two qualitative studies used semi structured, dyadic, and focus group interviews with EPC personnel and EMS providers in Norway and Sweden, analysed with thematic analysis. Two retrospective observational studies used EMS and hospital registry data: a Swedish trauma cohort (n=5,235) and a merged Swedish-Norwegian trauma dataset (n=11,000). Eighteen ML algorithms, mainly tree based ensembles, were trained with nested cross validation. Performance was evaluated using F1, ROC AUC, negative predictive value (NPV), true negative rate (TNR), and N1 score.

Results/Conclusion

Clinicians emphasized that clinical judgment remains essential and that AI tools should function as supportive “digital sparring partners,” generating alternative hypotheses and reassurance, not replacing decisions. Trust, explainability, clear accountability, and early involvement of health personnel in development and implementation were viewed as prerequisites. The stroke study indicated that AI tools may be particularly useful in patients with subtle or diffuse symptoms, provided they are lightweight, easy to use, and integrated into workflow. ML models using prehospital data predicted ≥24 hour hospital admission with moderate to high accuracy (ROC AUC up to 0.83, N1 ≈0.80), especially for ruling out prolonged stays. Performance depended strongly on data quality and structured triage variables. Overall, AI and ML show promise as decision-support tools in prehospital and EPC settings, but must be designed, validated, and implemented to support—not

Tirsdag 3. nov kl. 17:45 • Aud 1 • Akuttmedisin og prehospitale tjenester

Digitale verktøy i spesialsykepleie

Vivian Nystrøm

Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold

Bakgrunn: Digitalisering har de siste årene ført til omfattende endringer i helsetjenesten, særlig i spesialavdelinger på sykehus. Digitale løsninger kan forbedre overvåking, koordinering, dokumentasjon og pasientsikkerhet, men kan samtidig medføre økt arbeidsbelastning, nye feilkilder og etiske og juridiske utfordringer.

Formål: Å utforske spesialsykepleieres erfaringer med bruk av digital teknologi i akuttmottak, operasjonsavdelinger, intensivavdelinger og postoperativ overvåking.

Metode: Studien har et kvalitativt deskriptivt design. Semistrukturerte intervjuer med 34 spesialsykepleiere fra akuttmottak, operasjonsavdelinger, intensivavdelinger og postoperativ overvåking ved et norsk sykehus ble gjennomført i perioden november 2022 til mars 2023. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse.

Resultater: Analysen resulterte i tre hovedtemaer: 1) Digitalisering av arbeidsprosesser, 2) Systemsvakheter og etiske utfordringer og 3) Kommunikasjon i profesjonelle relasjoner. Digitalisering beskrives som en grunnleggende omstrukturering av arbeidsprosesser gjennom integrerte systemer for dokumentasjon, logistikk og informasjonsflyt. Digitale løsninger ga bedre oversikt over pasientforløp, sengekapasitet og risikofaktorer, samtidig som de bidro til mer sanntidsnær dokumentasjon og enklere koordinering mellom profesjoner og avdelinger. Samtidig fremhevet deltakerne at manglende integrasjon mellom journalsystemer, tekniske feil og nettverksavhengighet kunne true effektivitet og pasientsikkerhet. Automatisk overføring av fysiologiske data, digital legemiddelhåndtering og skanning av pasientarmbånd ble opplevd å styrke pasientsikkerheten, mens alarmtretthet, feilregistreringer, skjermfokus og rollebaserte mobiltelefoner kunne skape stress og øke risikoen for feil. Deltakerne beskrev også etiske utfordringer knyttet til innføring av digitale verktøy. Digitalisering endret samtidig kommunikasjonen ved å styrke tilgjengeligheten av informasjon, men redusere den uformelle og direkte samhandlingen mellom helsepersonell.

Konklusjon: Digital teknologi oppleves som en nødvendig forutsetning for moderne spesialisthelsetjeneste, men representerer samtidig nye sårbarheter. For å realisere potensialet i digital transformasjon er det behov for bedre integrerte og brukervennlige systemer, robust teknisk infrastruktur og implementeringsstrategier som ivaretar pasientsikkerhet, etiske hensyn, tverrprofesjonelt samarbeid og den menneskelige relasjonen mellom helsepersonell, pasienter og pårørende.

AUD 2

Tjenester for barn, unge og personer med CP

Tirsdag 3. nov kl. 17:00–18:00 • Chair: Mariann Ådnanes / Sandra Hollung

17:00 Hayley Manalang Ko

17:15 Sandra Julsen Hollung

17:30 Torbjørn Tangen

17:45 Cecilie Sommerstad

Tirsdag 3. nov kl. 17:00 • Aud 2 • Tjenester for barn, unge og personer med CP

Impact of COVID-19 pandemic on service utilisation at Statens Barnehus in Norway

Hayley Manalang Ko

Dr. (seniorrådgiver), Oral Health Centre of Expertise in Eastern Norway

Background: The 2019 coronavirus disease (COVID) pandemic disrupted legal, health, and welfare systems. At Statens Barnehus (SBH), infection control measures limited in-person services, potentially affecting the utilisation of forensic dental and medical examinations.

Purpose: To explore whether in service utilisation at SBH differed between pre-COVID (2018-2019), COVID (2020-2021), and post-COVID (2022-2025).

Method: This retrospective ecological longitudinal study used publicly reported data between 2018-2025. Service utilisation was defined by the number of interviews, dental examinations, and medical examinations conducted. Negative binomial mixed effects models with a random intercept for police district was used. To estimate population-adjusted utilisation rates,

annual population in police district was included as an offset. Number of interviews was used as an offset to examine dental/medical examination rates relative to interview activity.

Findings: Population-adjusted interview rates differed across COVID periods ($\chi^2(2) = 54.5$, $p < .001$), with post-COVID rates 23.5% lower than pre-COVID ($RR = 0.765$, $p < .001$) and 17.5% lower than the COVID rate ($RR = .825$, $p < .001$).

Population-adjusted dental exam rates did not differ across periods; however, when accounting for interview activity, dental exam rates were 46% higher post-COVID than pre-COVID ($RR = 1.46$, $p = .045$). Compared to pre-COVID, the COVID rate for medical exams was 24.4% lower ($RR = .756$, $p = .019$) and the post-COVID rate was also 28.8% lower ($RR = .712$, $p < .001$), when adjusting for population ($\chi^2(2) = 13.67$, $p < .001$). Medical exam rates did not differ across periods after accounting for interview activity. Overall, service utilisation did not show a uniform pattern across service components: post-COVID interview and medical examination rates remained below pre-COVID levels, whereas dental utilisation was higher relative to interview activity.

Tirsdag 3. nov kl. 17:15 • Aud 2 • Tjenester for barn, unge og personer med CP

A Growing and More Complex Patient Group: Immigrant Children with Cerebral Palsy in Norway

Sandra Julsen Hollung

Registeransvarlig/førsteamanuensis, Sykehuset i Vestfold/Universitetet i Oslo

Background

The Norwegian Quality and Surveillance Registry for Cerebral Palsy (NorCP) includes all children with cerebral palsy (CP) in Norway, including those born abroad. Immigrant children with CP have not been followed within surveillance programs prior to arrival, which may influence CP severity and healthcare needs.

Aim

To describe immigrant children with CP attending specialist healthcare services in Norway, and to assess their disease burden compared with Norwegian-born children.

Method

This cross-sectional study used data from NorCP, including children with CP born 2007-2025 (aged 0-18 years) residing in Norway. Descriptive statistics were used to describe immigrant children by birth country, health region and clinical features of CP (post-neonatal cause (brain injury occurred from 28 days to 2 years of age), CP subtype, fine and gross motor function). Comparisons were made with Norwegian-born children.

Result/Conclusion

A total of 1876 children with CP were included, of whom 289 (15.4%) were born abroad. Nearly half ($n=135$; 46.7%) had immigrated within the past five years, mainly from Ukraine ($n=67$; 49.6%) and other low-and-middle income countries. Over half of the immigrant children were registered in the South-Eastern region ($n=74$), followed by the Western ($n=33$; 24.4%), Central ($n=17$; 12.6%) and Northern regions ($n=11$; 8.1%).

Immigrant children had a higher proportion of post-neonatal CP compared with Norwegian-born children ($n=22$; 7.6% vs. $n=66$; 4.2%, $p=0.01$). They also more frequently presented with severe and unclassified CP subtypes, and higher levels of fine and gross motor function impairment ($p<0.001$).

Immigrant children with CP represent a growing subgroup and have a higher disease burden than Norwegian-born children. The higher proportion of post-neonatal causes suggests a greater contribution of potentially preventable factors, such as infections, head injuries, and vascular events. The growth of this group in recent years has increased demands on specialist healthcare services and highlights the need for resource planning.

Utvikling av mer forutsigbare og likeverdige tjenester for voksne med cerebral parese: NorCP-voksen

Torbjørn Tangen

Ph.d.-stipendiat, Sykehuset i Vestfold

Bakgrunn: Voksne med cerebral parese (CP) rapporterer ofte manglende tilgang til koordinert og forutsigbar oppfølging i helsetjenesten. Mens barn og unge med CP har hatt et systematisk oppfølgingstilbud gjennom Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) siden 2006, har tilsvarende strukturer manglet for voksne. Tidligere kartlegginger har vist stor variasjon i tilbud og organisering i landet.

Formål: Å utvikle et program for systematisk og helhetlig oppfølging av voksne med CP i Norge (NorCP-voksen).

Metode: Prosjektet bygget på forskningskunnskap, brukererfaringer og innspill fra kliniske fagmiljøer. Arbeidet omfattet utvikling av standardiserte tverrfaglige undersøkelsesprotokoller og forslag til organisering, kompetanseutvikling gjennom kurs og webinarer, utprøving og forankring av programmet i habiliteringstjenestene for voksne (HAVO), samt evaluering av erfaringer blant fagpersoner og pasienter.

Resultater: Det ble gjennomført møter med alle landets 25 HAVO, hvorav 12 deltok aktivt i prosjektet. Deltakelsen omfattet innspill til og utprøving av undersøkelsesprotokoller, klinisk oppfølging av pasienter og videreutvikling av programmets organisering. Om lag 500 voksne med CP fikk systematisk oppfølging. Det ble utviklet standardiserte protokoller for medisinske forhold, motorikk, kognisjon og kommunikasjon. Flere HAVO rapporterte mer forutsigbare oppfølgingsforløp. Samtidig avdekket prosjektet betydelig variasjon i organisering og tjenestetilbud, samt behov for økt kompetanse og sterkere ledelsesforankring. Samarbeidet mellom brukerorganisasjon, kliniske tjenester og registermiljø var sentralt for utviklingen av programmet.

Konklusjon: Et nasjonalt program for systematisk oppfølging av voksne med CP er gjennomførbart i norsk spesialisthelsetjeneste, men krever tydelig organisatorisk forankring og rom for lokal tilpasning. Resultatene understøtter behovet for videre utvikling av kunnskapsbasert behandlingsforløp for å fremme mer likeverdige tjenester gjennom livsløpet.

Når kontinuitet møter kompleksitet: Ledere og beslutningstakers perspektiver på implementering av «Min Jordmor»

Cecilie Sommerstad

Jordmor og ph.d.-stipendiat, Vestre Viken HF og OsloMet

Bakgrunn

Min Jordmor er et samarbeidsprosjekt mellom Drammen kommune og Drammen sykehus som prøver ut en jordmorstyrt kontinuitetsmodell (Midwifery Continuity of Care, MCoC) for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Modellen er anbefalt av Verdens helseorganisasjon (WHO) og bygger på at kvinnen følges av et fast jordmorteam gjennom hele forløpet. I Min Jordmor består teamet av fire jordmødre som årlig følger om lag 160 gravide og fødende. Hver kvinne har en primærjordmor med hovedansvar for oppfølgingen, samtidig som hun blir kjent med de øvrige jordmødrene i teamet. Implementering av modellen i Norge forutsetter tett samarbeid og koordinering mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Formål

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler videre utprøving og implementering av MCoC-modeller i Norge. Denne studien utforsker hvilke faktorer som hemmer og fremmer implementeringen av Min Jordmor, sett fra et leder- og beslutningstakerperspektiv.

Metode

Våren 2026 ble det gjennomført kvalitative, semistrukturerte intervjuer med 12 strategisk utvalgte informanter fra lokale og nasjonale institusjoner. Intervjuguiden og den pågående dataanalysen er informert av implementeringsrammeverkene Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment (EPIS) og Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Analysen ferdigstilles høsten 2026.

Preliminære resultater og konklusjon

Ledere og beslutningstakere fremhever ledelsesforankring, godt samarbeid på tvers av nivåer og en felles forståelse av verdien av kontinuitet i omsorgen som sentrale drivere for implementering. Samtidig beskrives organisatorisk kompleksitet, manglende samsvar i finansieringsordninger mellom tjenestenivåene, bemanningsutfordringer og endrede arbeidsroller for

jordmødre som viktige barrierer. Funnene tyder på at implementeringen påvirkes av et samspill mellom organisatoriske, strukturelle og relasjonelle faktorer. Studien bidrar med kunnskap om implementering av MCoC-modeller og gir innsikt i faktorer som må ivaretas for å sikre vellykket oppskalering og langsiktig bærekraft i en ny kontinuitetsmodell for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

AUD 3

Kommunelegen, pandemi og beredskap

Tirsdag 3. nov kl. 17:00–18:00 • Chair: Eduardo Lizardi / Tessa Linnenkamp

17:00 Ellen Tveter Deilkås

17:15 Sanjay Gyawali

17:30 Ingunn Fride Tvete

17:45 Kirsti Askedal

Tirsdag 3. nov kl. 17:00 • Aud 3 • Kommunelegen, pandemi og beredskap

Resilient patient safety and Donabedian's traditional Structure–Process–Outcome model

Ellen Tveter Deilkås

Seniorforsker, Akershus universitetssykehus

Background: Donabedian's Structure–Process–Outcome (SPO) model is a foundational framework for evaluating healthcare quality. Although the model has supported advances in standardization, measurement, and accountability, it lacks a Resilient Health Care perspective on the patient safety improvement. In particular, SPO model conceptualizes processes primarily in clinical processes terms, with limited attention to the social and relational infrastructures that enable organizational learning and adaptive capacity.

Main objective: To analyse the conceptual limitations of the traditional Structure–Process–Outcome model through a Resilient Health Care lens.

Method: Contemporary safety perspectives, particularly Safety-II, emphasize resource slack, plurality of perspectives, work-as-done modelling, and just culture as essential conditions for managing variability in complex healthcare systems. However, the absence of explicit theoretical integration between these perspectives and traditional quality frameworks has contributed to safety improvement efforts that remain predominantly compliance-oriented. Such approaches are frequently grounded in a decremental logic focused on reducing adverse outcomes rather than cultivating adaptive capacity. This limitation becomes particularly evident when examining Donabedian's Structure–Process–Outcome (SPO) model. While the SPO framework has enabled systematic evaluation and accountability, its processes dimension is largely conceptualized in clinical, procedural, and formal organizational terms. It provides limited analytical space for the social and relational conditions that enable learning from everyday clinical work, including successful performance and adaptive adjustments, not only incidents and failures. Consequently, the model insufficiently addresses the processes through which healthcare systems align "work as imagined" with "work as done."

Result: Drawing on Resilient Health Care research, we argue that both Safety-I and Safety-II depend on organizational learning processes. These processes allow systems to continuously recalibrate practices in response to variability and complexity. Yet organizational learning does not emerge automatically from formal structures. Resources constraints, social power asymmetries, blame-oriented accountability regimes, professional silos, peer support, limited cross-level dialogue, and underdeveloped social infrastructures can undermine collective reflection and inhibit the translation of experience into adaptive improvement.

Conclusion: Organizational learning thus functions as the integrative mechanism required to reconcile Safety-I and Safety-II in patient safety. Strengthening the social infrastructures that support learning, including psychological safety, relational trust, dialogical capacity, and resource slack, represents a central yet often overlooked prerequisite for sustainable patient safety improvement. Hence, we propose an extension of Donabedian's model, the SOPO model, in which organizational learning processes are conceptualized as a dimension, alongside structural conditions, clinical processes, and patient outcomes.

Public trust, compliance, and attitudes toward infection control measures during COVID-19: implications for health services preparedness in Norway

Sanjay Gyawali

Akershus University Hospital

Background: Effective pandemic response relies on sustained public trust in health authorities and consistent adherence to infection control measures (ICMs). Continuous monitoring of trust, attitudes, and compliance is essential for evidence-based policy planning. However, little is known about how these factors evolve over a prolonged pandemic and their implications for health services preparedness.

Methods: We analysed data from the Norwegian Koronatracker survey (February 2020–March 2022), including a representative national sample. Trends in trust in health authorities, attitudes toward ICMs, and self-reported compliance were assessed using linear regression with polynomial time components, stratified by gender, age, education level, and region.

Results: Over the two-year study period, trust in health authorities and self-reported compliance with ICMs remained high (85–95%) with no significant change over time. Between 30–50% of respondents supported stricter measures, while perceptions that measures were too strict remained low. Agreement that measures were appropriate declined significantly over time, with a different trajectory among older (≥ 45 years) versus younger responders. Compliance was lower among males than females, but trust did not differ by gender. Regional variation was limited.

Conclusions: Public trust and compliance with ICMs remained stable over two years of the COVID-19 pandemic in Norway, while attitudes toward specific measures declined. Age and gender differences suggest uneven compliance, highlighting the need for targeted communication strategies in future pandemic preparedness.

Fra manuell til mer automatisert pasientskadegranskning i norske sykehus: implikasjoner for kvalitet og beredskap

Ingunn Fride Tveté

Seniorforsker, Norsk Regnesentral

Bakgrunn

Høy forekomst av pasientskader på sykehus kan indikere mangelfull organisering og en utilstrekkelig pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten. Estimering av pasientskadeomfanget gir viktig kunnskap om helsetjenestens robusthet, og er særlig relevant i krisesituasjoner som pandemier eller økt pasienttilstrømning, hvor risikoen for uønskede hendelser øker. Kunnskap om pasientskadeomfang og risikoområder gir grunnlag for bedre planlegging og målrettede tiltak.

I Norge bruker GTT-team bestående av to sykepleiere og én lege Global Trigger Tool (GTT) metoden til å avdekke pasientskader gjennom årlige journalundersøkelser. Metoden gir innsikt i risiko og sårbarhet i helsetjenesten og muliggjør overvåkning av pasientskader over tid.

Metode

Vi har sammenlignet hvordan ulike GTT-team med ulike granskningsmetoder (manuell vs. delvis automatisert) vurderer de samme sykehusoppholdene i et samlet utvalg på 718 opphold.

Med økende krav til effektivisering i helsevesenet er manuell journalgranskning ressurskrevende, og flere sykehus deltar ikke lenger i den nasjonale GTT undersøkelsen. Det er uttrykt behov for mer automatiserte løsninger, blant annet med støtte fra kunstig intelligens (KI), for å redusere arbeidsbelastningen. Det vil også muliggjøre granskning av langt flere sykehusopphold og bidra til en mer ensartet og standardisert granskning.

Resultater og konklusjon

Det var moderat samsvar i teamenes vurderinger, og graden av automatisering påvirker hvilke pasientskader som identifiseres. Variasjon i vurderingene kan indikere behov for økt nasjonal standardisering av granskningspraksis.

Mer bruk av felles og automatiserte prosedyrer kan bidra til en enhetlig vurdering og styrke kvaliteten i pasientsikkerhetsarbeidet. Helsedirektoratet jobber derfor med en digitalisering av GTT-metoden.

Kartlegging av pasientskader kan sees som en integrert del av folkehelsearbeidet i helsetjenesten, ved å gi kunnskap om pasientskader og risikofaktorer for uønskede hendelser. Dette legger grunnlaget for forebygging, læring og økt systemrobusthet, og kan dermed bidra til å styrke helsetjenestens beredskap.

Digital tjenesteinnovasjon under krise: Erfaringer og læringspunkter for fremtidig beredskap

Kirsti Askedal

Førsteamanuensis, Universitetet i Agder

Bakgrunn: Helsetjenesten møter økt press som krever rask omstilling for å opprettholde kvalitet og effektiv ressursbruk. Digitale løsninger spiller en sentral rolle i tjenesteinnovasjon og ble under Covid-19 innført i stor skala. Dette krevde rask tilpasning hos både tjenestemottakere og tjenestetilbydere. I et kriselivssyklusperspektiv bestående av pre-, -per- og postfase, gir postfasen grunnlag for evaluering og læring som kan styrke fremtidig beredskap. Studien benytter perspektiver fra krisehåndteringslitteraturen for å belyse konteksten og teori om digital tjenesteinnovasjon som konseptuelt fundament.

Formål: Studien undersøker erfaringer fra tjenestemottakere og tjenestetilbydere involvert i digital tjenesteinnovasjon i en kontekst med usikkerhet og hyppige endringer. Målet er å gi innsikt som kan styrke beredskap for fremtidige kriser og andre situasjoner med usikkerhet og høyt press som krever rask omstilling.

Metode: Kvalitativ embedded casestudie av digital hjemmeoppfølging (DHO) ved Sørlandet sykehus HF under Covid-19. Datamaterialet består av 24 semistrukturerte intervjuer med covid-19-pasienter, pårørende til premature nyfødte og helsepersonell.

Resultat: Foreløpige analyser identifiserer fem temaer som danner grunnlag for læringspunkter:

- 1) Tjenestestruktur og organisering: En hensiktsmessig dimensjonert, fast DHO-gruppe kan bidra til å redusere samtidighetskonflikter i avdelingene
- 2) Tjenesteforløp: Pasienter må forstå ansvar ved egenrapportering, og tydelige eskaleringsrutiner bør etableres ved uteblitte målinger
- 3) Kommunikasjon: Konfidensialitet i digitale samtaler må ivaretas gjennom informasjon om tilstedeværelse og tiltak som forebygger usikkerhet
- 4) Bruk av teknologi: Opplæring bør gis av samme personell som følger opp pasienten, for å sikre kontinuitet, tilstrekkelig tid og redusert belastning i avdelingene
- 5) Organisering av teknologi: Tydelige og brukervennlige logistikk rutiner for DHO-utstyr er nødvendig for å sikre effektiv omløpstid ved høyt volum

Konklusjon: Studien viser hvordan erfaringer fra kriser gir innsikt i digital tjenesteinnovasjon og kan styrke beredskap i fremtidige kriser og perioder med usikkerhet og høyt press.

SEM 3

Legemiddel- og pasientsikkerhet

Tirsdag 3. nov kl. 17:00–18:00 • Chair: Eline Aas / Marianne Nilsen

17:00 Anette Vik Jøsendal

17:15 Marianne K. Nilsen og Inga H Nogva

17:30 Elena Rocca

17:45 Lise Tuset Gustad

Når digitalisering endrer arbeidsflyten: Intervensjonsmønstre i elektronisk multidose

Anette Vik Jøsendal

Prosessleder multidose, PhD, Apotek 1 Digital og Prosess B2B

Bakgrunn: Multidose er en ordning der legemidler maskinelt pakkes i doseposer for å støtte etterlevelse. I Norge håndteres forskrivning i økende grad elektronisk (eMD). Til tross for forventninger om effektivisering preges driften av hyppige avvik fra standard arbeidsflyt («ikke happy path»), som krever manuelle intervensjoner og oppfølging i apotek.

Formål: Å undersøke hvordan eMD påvirker arbeidsmengde og intervensjoner i apotek sammenlignet med papirbasert multidose.

Metode: Observasjonsstudie basert på selvregistrering av «ikke happy path»-hendelser over 12 arbeidsdager sommeren 2025. Totalt ble 603 intervensjoner registrert. Data ble analysert opp mot antall multidosekort (papir og eMD) og klassifisert etter type intervensjon.

Resultat: Andel «ikke happy path» var over tre ganger høyere for eMD enn for papir (7,4 % vs. 2,2 %). Samtidig hadde eMD en betydelig høyere andel endringer totalt. Intervensjonstypene endret karakter, med færre medisinske avklaringer og en økning i administrative og systemrelaterte problemstillinger. Særlig gjaldt dette manglende gyldige resepter, avvik utenfor normal arbeidsflyt, tekniske forhold og behov for avklaringer med lege eller andre aktører. Tidsbruk per intervensjon var tilnærmet lik mellom eMD og papir.

Konklusjon: eMD medfører flere og annerledes intervensjoner, som øker kompleksiteten i arbeidsflyten og den totale arbeidsbelastningen i apotek. Funnene tyder på at digitaliseringen forskyver arbeidet fra kliniske vurderinger til håndtering av system- og prosessrelaterte avvik, og utfordrer forventede effektiviseringsgevinster.

Tirsdag 3. nov kl. 17:15 • Sem 3 • Legemiddel- og pasientsikkerhet

Hvordan kliniske farmasøyter i sykehus arbeider med pasientsikkerhet i forbindelse med legemiddelbehandling hos inneliggende pasienter

Marianne K. Nilsen og Inga H Nogva

Nord universitet

Bakgrunn

Uønskede hendelser knyttet til legemiddelbruk er en betydelig utfordring som påvirker pasienters livskvalitet og medfører store samfunnskostnader. Mange feil oppstår etter sykehusinnleggelse, og bedre opplæring og søkelys på korrekt legemiddelbruk kan styrke pasientsikkerheten. Kliniske farmasøyter kan være en viktig ressurs i dette arbeidet.

Formål

Formålet med studien var å undersøke hvordan kliniske farmasøyter i norske sykehus erfarer å arbeide med pasientsikkerhet.

Metode

Studien hadde et kvalitativt design og baserte seg på intervjuer med 18 kliniske farmasøyter fra alle fire helseregioner høsten 2025. Dataene ble analysert induktivt ved hjelp av innholdsanalyse, som resulterte i tre hovedkategorier med underkategorier. De tre hovedkategoriene var: «Kliniske bidrag til tryggere legemidelhåndtering», «samhandling og integrasjon i det tverrfaglige behandlingsteamet» og «system- og strukturarbeid for pasientsikkerhet».

Konklusjon/resultat

Studien gir innsikt i sentrale aspekter ved farmasøytenes arbeid og danner grunnlag for tiltak som kan styrke kvaliteten på pasientsikkerhetsarbeidet i klinisk farmasi i norske sykehus. Studien avdekket utfordringer og faktorer som påvirker kvaliteten på farmasøytisk omsorg i sykehus.

Tirsdag 3. nov kl. 17:30 • Sem 3 • Legemiddel- og pasientsikkerhet

Fra sykehus til apotek: farmasøytens nøkkelrolle i å oppdage og rapportere mistenkte legemiddelbivirkninger

Elena Rocca

OsloMet – Fakultet for helsevitenskap, Institutt for naturvitenskap og helse

Bakgrunn: Spontan rapportering av mistenkte bivirkninger er en grunnpilar i pasientsikkerhet. Farmasøyter er førstelinjeaktører i pasientforløpet på tvers av nivåer og ser ofte legemiddelrelaterte hendelser tidlig, men rapporterer relativt lite i flere land.

Formål: Å kvantifisere forskjeller i bivirkningsrapporter sendt av ulike meldergrupper og undersøke hvordan samhandlings- og arbeidsflytforhold påvirker farmasøytens rapportering.

Metode: Tverrsnittsanalyse av norske bivirkningsmeldinger (2022–2025) med utfallsmål: meldingskvalitet (kompletthet), alvorlighet og demografi. Semistrukturerte intervjuer med 18 farmasøyter (apotek og sykehus) analysert tematisk.

Resultater og konklusjon: Farmasøytmeldinger gjaldt oftere eldre (41,8 % vs 27,6 % for andre helsepersonellgrupper og 8,7 % for forbrukere) og hadde middels andel alvorlige hendelser (32,6 % vs 49,6 % og 18,8 %). Meldingskvaliteten var høyest for andre helsepersonellgrupper ($p < 0,001$). Intervjuer viste at apotekfarmasøyter ofte mangler journalinformasjon (indikasjon, laboratorieverdier, nylige doseendringer), og at tidspres, avbrudd og fravær av tilbakemeldingssløyer øker terskelen for rapportering. Sykehusfarmasøyter beskrev bedre datatilgang, støtte fra RELIS og tydelig forankrede samarbeidslinjer med leger og sykepleiere, spesielt i legemiddelsamstemming og tverrfaglige møter.

Farmasøyter fanger hendelser hos eldre og i kritiske overgangsfaser, men potensialet utnyttes ikke fullt ut i primærhelsetjenesten. For å styrke pasientsikkerhet gjennom hele forløpet bør rapportering: 1) bygges inn i arbeidsflyt og

e-resept/EPJ med automatisk utfylling av nøkkelfelter; 2) støttes av ledelsesforankret opplæring og praktiske veiledere; 3) kobles til delte informasjons- og tilbakemeldingskanaler mellom apotek, fastleger, sykehus og RELIS; og 4) integreres i legemiddelsamstemming og oppfølging etter utskriving. Dette kan øke antallet høyverdige meldinger, fremskynde læring og forbedre samhandlingen i pasientforløp.

Tirsdag 3. nov kl. 17:45 • Sem 3 • Legemiddel- og pasientsikkerhet

Perifere venekatetre – en skjult pasientsikkerhetsrisiko

Lise Tuset Gustad

Professor i helsevitenskap og sykepleie, Nord universitet

Bakgrunn

Perifere venekatetre (PVK) er en av de vanligste invasive prosedyrene i sykehus, men håndteringen varierer og opplæringen er ofte fragmentert. *Staphylococcus aureus* (gule stafylokokker) kan gi blodstrømsinfeksjoner (SA-BSI) dersom håndteringen av PVK ikke følger beste prosedyre. SA-BSI er assosiert med høy mortalitet, forlenget liggetid, økt antibiotikabruk og betydelige helsetjenestekostnader. Andelen av disse infeksjonene som er forårsaket av PVK i Norge er lite kartlagt. Samtidig øker presset på oppgavedeling og utvidede ansvarsområder, blant annet ved at helsefagarbeidere skal lære å legge inn og håndtere PVK. Dette aktualiserer behovet for å få innsikt i hvilken pasientsikkerhetsrisiko PVK utgjør.

Formål

Formålet var å undersøke andelen kateterrelaterte sykehusinfeksjoner ved et norsk universitetssykehus.

Metode

I en ettårig observasjonsstudie (2022–2023) inkluderte vi alle pasienter med minst én positiv blodkultur med oppvekst av *S. aureus* ved et universitetssykehus. Studiesykepleiere gjennomførte systematiske journalgjennomganger for å identifisere episoder med mulig katetersammenheng, basert på dokumentasjon av intravaskulær tilgang og dokumentasjon av kliniske tegn på infeksjon ved innstikksted. Episodene som studiesykepleierne fant muligens kunne ha sammenheng med blodstrømsinfeksjon ble deretter vurdert av infeksjonsmedisiner eller smittevernoverlege, som klassifiserte sannsynligheten for kateterrelasjon etter etablerte definisjoner for helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Resultater

Blant 153 pasienter med SA-BSI ble 23 episoder (15%) identifisert som mulige kateterrelaterte infeksjoner av studiesykepleiere og disse ble nærmere gransket. Granskningen klassifiserte 10 episoder (7% av alle SA-BSI; 43% av de mulige) som sannsynlig eller høyst sannsynlig kateterrelaterte; 1 relatert til sentralt venekateter, 1 til arteriekateter og 8 til perifere venekatetre. Ytterligere 6 episoder ble vurdert som mulige, og 7 som lite sannsynlige kateterrelaterte infeksjoner. Funnene viser at en tilsynelatende «enkel» og hyppig prosedyre som PVK kan bidra betydelig til alvorlige blodstrømsinfeksjoner.

Konklusjon og implikasjoner for helsetjenesten

En betydelig andel av SA-BSI ved et norsk universitetssykehus er kateterrelaterte, i hovedsakelig knyttet til perifere venekatetre. Dette understreker behovet for systematisk styring av PVK-praksis i helsevesenet for eksempel i form av systematisk overvåkning av PVK-relaterte infeksjoner, tydelig ansvars plassering og robuste strukturer for opplæring, standardisering og kvalitetskontroll i PVK-håndtering. Vi foreslår etablering av dedikerte vaskulære-tilgangsteam og styrking av eksisterende opplæringssystemer foreslås som sentrale tiltak i dette arbeidet. Oppgavefordeling mellom ulike helseprofesjoner må forankres i dokumentert kvalitet, pasientsikkerhet og grunnkompetanse, ikke primært i ressurs- og kapasitetsbehov.

Introduksjon til temaet

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er under press, og bruk av nye teknologier slik som robotteknologi vil påvirke hvordan tjenestene organiseres, utføres og erfares (Khaksar et al., 2025). Servicerobotteknologi er en slik teknologi som kan ta praktiske og fysisk krevende oppgaver for å avlaste helsepersonell. Serviceroboter kan tas i bruk til oppgaver som transport av utstyr og forsyninger, desinfeksjon, medisindistribusjon og sosial og emosjonell støtte til pasienter og brukere (Morgan et al., 2022). Denne utviklingen utfordrer tradisjonelle modeller for arbeidsdeling, kompetansebehov og ansvarsforhold, samtidig som den åpner for nye muligheter innen ressursutnyttelse, arbeidsmiljø og kvalitet i tjenesteytingen (Adeyemo et al., 2025).

For helsetjenesteforskere representerer dette en ny og viktig forskningsarena. På hvilken måte kan serviceroboter avlaste helsepersonell? Hvordan endres helsepersonells roller, oppgaver og kompetansebehov når rutineoppgaver overtas av serviceroboter i kommunal helse- og omsorgstjeneste? Og hvordan bør helsepersonell involveres i utviklingen av robotteknologi, og hvilke utfordringer kan oppstå mellom teknologien og menneskene som skal jobbe med robotteknologien?

Denne organiserte sesjonen samler erfaringer fra et forskningsprosjekt finansiert av Norges forskningsråd med tittelen: Serviceroboter som arbeidsstøtte i kommunale helse- og omsorgstjenester, Universitetet i Agder, 2025–2029. Med utgangspunkt i konkrete eksempler viser vi hvordan kommunehelsetjenesten arbeider med innføring av ny teknologi, og hvordan kommunene kan styrkes for å møte endringene dette medfører. Sesjonen presenterer både kvalitative og praksisnære studier, og presenterer ny kunnskap med direkte relevans for tjenesteutvikling og forskning.

Innledning v/professor Elin Thygesen. Thygesen er leder for Senter for e-helse ved Universitetet i Agder og hennes forskning handler om pasienters og helsepersonells erfaringer med e-helseteknologi, med særlig fokus på sårbare grupper og hvordan teknologi kan forebygge og støtte digitalt utenforskap.

4.1 Kan serviceroboter avlaste helsepersonell med fysisk krevende og rutinemessige oppgaver i langtidshelseinstitusjoner? Foreløpige resultater fra en kunnskapsoppsummering

Diego Losada-Floriani, Elin Thygesen, Michael Rygaard Hansen, Mariann Fossum

Bakgrunn: En aldrende befolkning og økende behov for omsorgstjenester legger press på langtidspleie- og omsorgstjenestene, samtidig som mange land står overfor vedvarende mangel på helse- og omsorgspersonell. I denne sammenhengen framheves serviceroboter ofte som en potensiell ressurs for å avlaste helsepersonell og bidra til å opprettholde kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Den eksisterende forskningen er imidlertid spredt på tvers av fagområder, metodologisk heterogen og ofte primært rettet mot beboere fremfor helsepersonell. Samtidig varierer definisjonene av serviceroboter, og bruken av implementeringsteorier og rammeverk er begrenset.

Hensikt: Å kartlegge og oppsummere eksisterende forskning om serviceroboter som arbeidsstøtte for helsepersonell i langtidspleieinstitusjoner.

Metode: Det gjennomføres en kartleggingsoversikt av forskning om serviceroboter som arbeidsstøtte for helsepersonell i langtidspleie. Foreløpige litteratursøk har identifisert og inkludert 27 primærstudier. De foreløpige funnene viser betydelig teknologisk heterogenitet, med mange serviceroboter som fortsatt befinner seg i prototype- eller pilotfase, og kun et mindretall som er integrert i den daglige langtidspleiepraksisen. Definisjoner og kategoriseringer av serviceroboter varierer mellom studiene uten tydelig faglig konsensus. Rapporterte effekter på helsepersonells arbeidsflyt og arbeidsbelastning er varierende. Evidensgrunnlaget var ofte begrenset av små utvalg, korte observasjonsperioder, heterogene studiedesign og populasjoner samt mangel på standardiserte utfallsmål. Nesten halvparten av studiene refererer heller ikke eksplisitt til teoretiske eller konseptuelle rammeverk.

Resultater/konklusjon: Studien og de foreløpige funnene presenteres, og implikasjoner for videre forskning diskuteres. De foreløpige funnene tyder på et behov for mer robust implementeringsforskning for å styrke kunnskapsgrunnlaget for innføring og bruk av serviceroboter i kommunale helse- og omsorgstjenester.

4.2 Roboter i sykehjem: helsepersonells perspektiver på muligheter for implementering og bruk

Mariann Fossum, Camilla Enerstvedt, Elin Thygesen

Bakgrunn: Behovet for helsepersonell i Norge forventes å fordobles innen 2060 (Hjemås et al., 2019). For å møte denne mangelen og opprettholde kvaliteten på tjenestene er det nødvendig å ta i bruk ny teknologi, og integrering av robotsystemer diskuteres. Roboter i helsetjenesten kan omfatte blant annet rehabiliterings-, sosialt støttende, overvåkings- og serviceroboter, og kan avlaste helsepersonell i ulike oppgaver. Helsepersonells involvering og perspektiver er avgjørende for vellykket utvikling og implementering av robotteknologi, men det finnes lite forskning på helsepersonells perspektiver av hvilke områder som egner seg best for slik implementering (Leonardsen et al., 2023).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke helsepersonells perspektiver på potensialet for implementering og bruk av robotteknologi i sykehjem.

Metode: Tre workshoper ble gjennomført ved tre sykehjem etter en strukturert, trinnvis tilnærming basert på prinsipper for evaluering av Design Science Research, ledet av en ekstern moderator og støttet av forskningsteamet. Workshopene var delt inn i to økter. I den første identifiserte deltakerne individuelt potensielle oppgaver, som deretter ble organisert i tematiske klynger. I den andre økten arbeidet deltakerne i grupper med å gi klyngene overskrifter og oppsummere oppgavene, samt reflektere over mulige gevinster ved automatisering. Alle workshopene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Resultatene ble analysert med induktiv kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Tre workshoper med helsepersonell ble gjennomført, 22 deltakere totalt og av de var 9 menn. Seks temaer ble identifisert: 1) Husholdning, 2) Transport, 3) Design, 4) Overvåking, 5) Implementering, og 6) Ikke relevant. Studien vår belyser helsepersonell sine perspektiver på hva roboter og automatisering kan bidra med på sykehjem samt hvilke oppgaver som ikke anses relevante for automatisering. Basert på helsepersonells synspunkter foreslår vi muligheter for automatisering av arbeid og aktiviteter i sykehjem.

Konklusjon: Deltakerne fra sykehjemmene uttrykte at de var åpne for å ta i bruk teknologi, som roboter, i sykehjem, og håpet at robotteknologi kan bli en del av deres fremtidige arbeidshverdag. De identifiserte flere oppgaver som potensielt kan automatiseres, men erkjente samtidig at enkelte oppgaver ikke kan erstattes av roboter. Funnene fra denne kvalitative studien peker på et potensiale for videre utvikling, implementering og økt bruk av robotteknologi i sykehjem.

4.3 Erfaringer fra testing og utvikling av kravspesifikasjon for anskaffelse av serviceroboter i kommunal helsetjeneste

Michael Rygaard Hansen, Daniel Hagen, Ajit Jha, Filippo Sanfilippo

Bakgrunn: I forbindelse med anskaffelse av serviceroboter i kommunale helse- og omsorgstjenester må det stilles krav som ivaretar sikkerhet, juridiske og etiske forhold, samtidig som teknologien må testes. Studien hadde som formål å etablere et kunnskapsgrunnlag for utvikling av en kravspesifikasjon som ivaretar sykehjemmenes behov samt sikkerhetsmessige, juridiske og etiske krav.

Metode: Laboratorietester av robotene ble gjennomført ved I4Helse sine testfasiliteter på Campus Grimstad, Universitetet i Agder, med bistand fra tre masterstudentgrupper og fagmiljøet ved mekatronikk, som har høy kompetanse innen robotikk, vision og AI. Testene ble blant annet utført i en boligsimulator.

Resultat: Det ble utarbeidet en kravspesifikasjon for serviceroboter i sykehjem. Kravspesifikasjonen ivaretar sentrale sikkerhetsmessige krav til serviceroboter. Erfaringene fra testene og kravspesifikasjonen presenteres. Laboratorietestene ved I4Helse og testene ved sykehjem bidro til å avdekke tekniske og praktiske forhold som må tas i betraktning ved innføring av serviceroboter i sykehjem.

Konklusjon: Gjennom tverrfaglig samarbeid mellom fagmiljø innen mekatronikk og kommunal helse- og omsorgstjeneste ble det gjennomført relevante tester både i boligsimulator, i sykehjem og videre utvikling av en kravspesifikasjon. Dette skal danne grunnlag for videre implementering og bruk av serviceroboter i kommunal helse- og omsorgstjenester.

Avsluttende oppsummering

Kunnskap om serviceroboteknologi i sykehjem presenteres med erfaringer fra en konkret case, fra en scoping review-studie og fra utprøving av teknologi. Anskaffelse og videre planlegging av implementering er neste fase i prosjektet.

Referanser

Adeyemo, A., Coffey, A., & Kingston, L. (2025). Utilisation of robots in nursing practice: an umbrella review. *BMC Nursing*, 24(1), 247.

Hjemås, G., Holmøy, E., & Haugstveit, F. (2019). Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. Statistisk sentralbyrå.

Khaksar, W., Lindblom, D. S., Bygrave, L. A., & Torresen, J. (2025). Robotics in elderly healthcare: a qualitative analysis of 20 recent European research projects. *ACM Transactions on Human-Robot Interaction*, 14(2), 1–38.

Leonardsen, A. C. L., Hardeland, C., Helgesen, A. K., Bååth, C., Del Busso, L., & Grøndahl, V. A. (2023). The use of robotic technology in the healthcare of people above the age of 65 – a systematic review. *Healthcare*, 11(6), 904.

Morgan, A. A., Abdi, J., Syed, M. A., Kohen, G. E., Barlow, P., & Vizcaychipi, M. P. (2022). Robots in healthcare: a scoping review. *Current Robotics Reports*, 3(4), 271–280.

Onsdag 4. november

09:00–10:45 · Parallelle sesjoner

AUD 1

Overganger, helsetjenestebruk og arbeid

Onsdag 4. nov kl. 09:00–10:45 · Chair: Jonas M. Kinge / Susanne Værnø

09:00 Katrine Skyrud

09:15 Eduardo Alberto Ramirez Lizardi

09:30 Marius Lium

09:45 Oscar Marius Nøren

10:00 Anne Martina Kraus

10:15 Silje L. Kaspersen

10:30 Susanne Værnø

Onsdag 4. nov kl. 09:00 · Aud 1 · Overganger, helsetjenestebruk og arbeid

Trajectories of Acute Hospital Contacts Before and After Transition to Municipal Home Care Following Hospital Discharge: A Norwegian Cohort Study

Katrine Skyrud

Forsker, Folkehelseinstituttet

Background

Municipal home care services play a critical role in supporting older adults, and policymakers increasingly promote community-based care to reduce pressure on hospitals. However, little is known about trajectories of health care utilization surrounding transitions to home care after hospital discharge. Such trajectories may vary according to illness severity, making diagnosis at admission and length of stay important factors to consider.

Aim

Examine whether transition to municipal home care services following hospital discharge is associated with the risk of acute hospital contact among older adults, and whether this association differs between diagnosis at admission and length of stay.

Methods

We used nationwide registry data from Norway (2023–2025) including individuals aged ≥ 67 years. Patients transitioning to municipal home care services after hospital discharge were compared with matched controls not receiving care, based on variables often associated with receiving home health care or not. Acute hospital contacts were assessed during the 6 months before and after the discharge leading to home health care transition. Analyses will be stratified by selected diagnoses and length of stay.

Results/Conclusions

Overall, 21,952 patients transitioned to home health care following hospital discharge. Compared with matched controls, individuals who subsequently initiated home care services showed an increasing probability of acute hospital contact already before the index admission. Relative to month -4 , the difference between groups was 3.4 percentage points one month before admission ($\beta = 0.034$, 95% CI = 0.032–0.036). The difference increased to 7.0 percentage points one month after discharge ($\beta = 0.070$, 95% CI 0.067–0.072) and remained elevated six months later ($\beta = 0.027$, 95% CI = 0.025–0.030). These findings suggest that individuals transitioning to home care experience increasing healthcare needs before hospitalization, with elevated acute care use persisting after discharge.

Labor supply responses to Severe Illness in the Family: Evidence from Cancer Shocks

Eduardo Alberto Ramirez Lizardi

Universitetet i Oslo

A cancer diagnosis comes with increased pain, distress, uncertainty about the future, and treatment pathways that can disrupt the lives of the affected patients and their close family members. In this article, we use Norwegian administrative data to study the effects of a cancer diagnosis of one family member on the labor supply of cancer-free relatives: parents, adult children, partners, and siblings. Using event-studies, we find short to medium-term disruptions in the labor supply highlighting a higher use of physician-certified sickness absences and sick pay transfers paid by the social insurance system. These spillovers have a greater impact on those with a relative who has a severe case, with the starkest effects among daughters, sisters, wives, and mothers. Overall, these effects extend to long-term reductions in the labor supply for relatives of patients with metastatic cancer.

Månedlig og sesongmessig variasjon i tvangsinnleggelser: en nasjonal registerstudie

Marius Lium

Doktorgradsstipendiat, Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn

Tvangsinnleggelser representerer et av de mest etisk krevende inngrepene i helsetjenesten og berører grunnleggende prinsipper som autonomi og ikke-skade. Forståelse av hvordan slike innleggelser fordeler seg over tid kan gi innsikt i sykdomsepidemiologi, tjenesteorganisering og kvalitet i psykisk helsevern. Til tross for dette er det begrenset litteratur på månedlig og sesongmessig variasjon i tvangsinnleggelser spesifikt, og ingen tidligere nasjonale registerstudier fra Norge eller Norden har undersøkt dette systematisk.

Formål

Å undersøke om det foreligger månedlig og sesongmessig variasjon i daglig rate av tvangsinnleggelser i Norge, og å vurdere i hvilken grad kalenderstruktur, særlig helligdager og helger, påvirker og potensielt forvrenger det tilsynelatende temporale mønsteret. Studien søker videre å bidra med metodologisk innsikt ved å demonstrere hvordan justering for kalenderstruktur kan klargjøre det reelle temporale signalet i administrative helsedata, og å undersøke om den diagnostiske sammensetningen av tvangsinnleggelsene varierer over månedene.

Metode

Data fra Norsk pasientregister for perioden 2015-2018 ble benyttet (26 661 innleggelser). Daglige innleggelsestall ble modellert med Poisson-regresjon i modeller som sammenlignet ujusterte grunnlinjemodeller med fullt justerte modeller som tok høyde for virkedager og år. Marginale prediksjoner ble beregnet ved kontrafaktisk standardisering, slik at månedene sammenlignes ved samme fordeling av virkedager og ikke-virkedager. Parvise kontraster og likelihood-ratio-tester ble benyttet for å vurdere statistisk signifikans.

Resultater og konklusjon

Kalenderstruktur viste seg å være en dominerende kilde til variasjon i daglige innleggelsestall, og justering for ikke-virkedager endret det tilsynelatende temporale mønsteret. Funnene illustrerer at analyser som ikke tar hensyn til kalenderstruktur risikerer å tilskrive operasjonelle artefakter til reelle kliniske fenomener, og at slike justeringer kan synliggjøre mønstre som ellers forblir skjulte. Diagnostisk sammensetning av tvangsinnleggelsene fremstod som relativt stabil over månedene. Studien gir det første nasjonale bildet av temporal variasjon i tvangsinnleggelser i Norge, og bidrar med metodologiske perspektiver på presisjon i analyse av administrative helsedata.

Remote monitoring after total knee replacement (OA-AID TKR) – A randomized controlled trial

Oscar Marius Nøren

Ph.d.-stipendiat, OsloMet – storbyuniversitetet / Diakonhjemmet sykehus

Background

Osteoarthritis is a leading cause of disability, and the number of total knee replacements (TKR) is set to increase in line with an aging population. Growing strain on the public healthcare system necessitates a transformation in healthcare service delivery. Norwegian authorities promote digital solutions to address workforce challenges. Patients are usually referred to routine in-person follow-up with a physiotherapist after TKR. However, neither the number nor timing of these follow-ups are standardized, and the true need for these follow-ups is unclear.

To date, there are no randomized controlled trials that have evaluated the effect of remote monitoring after total knee replacement in specialist healthcare settings.

Aim

The aim of this study is to compare in-person follow-ups to remote monitoring, where physical follow-ups are carried out only when needed.

Method

This is a two-arm, parallel-group, non-inferiority, unblinded, randomized controlled trial. Patients 50 years of age or older who have been referred to total knee replacement surgery are eligible for the study.

Randomization to either

1. Control group (n=70), in-person follow-ups

or

2. Intervention group (n=70) remote monitoring by digital questionnaires, with additional in-person follow-ups when needed

The primary outcome: Proportion of responders due to the OMERACT-OARSI responder criteria at 6 months follow-up.

Secondary outcomes: Cost-effectiveness, safety, and satisfaction with follow-up.

Results/Verdict

The study started in the spring of 2025. As of the current date, 62 out of 140 participants have been included.

This study will provide new knowledge regarding clinical efficacy, cost-effectiveness, safety, and patient satisfaction concerning remote follow-ups after total knee replacement in hospital settings. If proven to be feasible, it could reduce costs as well as increase flexibility for both patients and the hospital. It could also free up resources for handling patients with more complex trajectories.

Health Services Utilization by Individuals with Eating Disorders in Norway: A Nationwide Register-Linkage Study

Anne Martina Kraus

Dr. med., Folkehelseinstituttet

Objective: This study investigated healthcare utilization by individuals with an eating disorder (ED) stratified by age and ED diagnosis.

Method: Data were retrieved from the Norwegian Patient Registry (NPR) and the Control and Payment of Health Reimbursements (KUHR). Individuals aged 6-69 years registered with a primary ED diagnosis (ICD-10, F50.0-50.9) between 2015 and 2020 were included. Treatment cycles were defined as a sequence of specialist contacts preceded by and followed by a 48-month lag period. Treatment duration from diagnosis to end-of-treatment was assessed using time-to-event analysis.

Results: 10,782 individuals were included; 91.8% female. Nearly half (48.3%) were diagnosed with anorexia nervosa (AN; F50.0-50.1), which had the longest median treatment duration (3.1 years), compared with BN (1.6 years) and other EDs (1.3 years). Individuals under 18 were predominantly treated for AN (67.9%). Within two years of diagnosis, 29.7% had received inpatient care (median 56 days), while 3.5% received day treatment. Prior to diagnosis, patients had a median of 4.5 GP visits, 62% of which were coded as somatic-related.

Discussion: Individuals with EDs exhibited substantial utilization of primary and specialized care, with intensive and prolonged specialist care for AN, especially among younger women. Frequent GP consultations highlight primary care as an important

Onsdag 4. nov kl. 10:15 • Aud 1 • Overganger, helsetjenestebruk og arbeid

Økte forventninger, økt ansvar? Storbykommunenes erfaringer med oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste på psykisk helse- og rusfeltet

Silje L. Kaspersen

Forskningsleder/seniorforsker, SINTEF Digital

Bakgrunn: Oppgavedeling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten har vært et sentralt tema i Norge etter samhandlingsreformen i 2012. Storbykommunene har over tid bygget opp tjenestetilbudet på psykisk helse- og rusfeltet, samtidig som spesialisthelsetjenesten har bygget ned døgntilbudet og økt poliklinisk virksomhet. Formålet med denne delstudien er å undersøke hvordan ansatte i seks storbykommuner opplever utviklingen i oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på psykisk helse- og rusfeltet.

Metode: Hovedstudien har et mixed methods-design med dokumentstudier, data fra årlige kartlegginger i kommunene, registerdata og intervju. Denne delstudien presenterer preliminaire funn fra intervju med (minst) 77 ansatte og ledere i kommunale psykisk helse- og rusjenester i seks norske storbyer, gjennomført i 2025 og 2026. Datainnsamling pågår også høst 2026. Vi gjør en refleksiv tematisk analyse.

Resultater: På tvers av kommunene beskrives en utvikling der ansatte opplever å skulle tilby tjenester til personer med mer alvorlige psykiske lidelser, rusproblemer, voldsrisiko og mer sammensatte helse- og omsorgsbehov enn tidligere. Informantene peker særlig på reduksjon i døgnplasser, kortere opphold og strengere inntakskriterier i spesialisthelsetjenesten som drivere. Flere kommuner opplever økte forventninger om å ta imot utskrivningsklare pasienter og gi oppfølging til personer som tidligere ville hatt mer omfattende behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Samtidig beskrives uklarheter knyttet til ansvarsdeling ved risikovurderinger, samfunnsvern, tvang og forløp mellom tjenester. Kommunene rapporterer betydelig tjenesteutvikling gjennom lavterskeltilbud, spesialiserte team, ambulante tjenester og styrket psykisk helsekompetanse, men fremhever også utfordringer knyttet til boligmangel, personellressurser og økende kompleksitet i brukergruppene.

Konklusjon: Storbykommunene beskriver en gradvis forskyvning av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, særlig for personer med alvorlige og langvarige psykiske helse- og rusutfordringer. Funnene peker på behov for tydeligere ansvarsavklaringer, styrket samhandling og bedre støtte til overgangene mellom tjenestenivåene for å sikre sammenhengende og forsvarlige pasientforløp.

Onsdag 4. nov kl. 10:30 • Aud 1 • Overganger, helsetjenestebruk og arbeid

Healthcare Utilisation among COPD Patients at High Risk of Lung Cancer – a Norwegian Registry-Based Cohort Study

Susanne Værnø

Stipendiat, Universitetet i Oslo

Background

Tobacco smoking is a major risk factor for several diseases, including lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). As heavily exposed smoking cohorts age, the burden of these conditions is expected to rise.

Low-dose CT (LDCT) screening reduces lung cancer mortality in high-risk groups and may also detect COPD, yet existing evaluations of screening implementation have not fully captured such broader health impact.

Objective

To inform future evaluations of lung cancer screening that captures the full cascade of health and economic outcomes, we evaluated the disease burden and healthcare utilisation associated with COPD in Norway.

Data and methods

We conducted a registry-based cohort study to estimate the disease burden and healthcare utilization (i.e., resource use and costs) associated with COPD. We utilized linked, individual level data from multiple Norwegian administrative registries. Patients were identified as individuals diagnosed with COPD (ICD-10 codes J40-J44) in secondary-care between 2013 and 2024.

To account for comorbidity associated with COPD and other smoking-related diseases, incremental costs were estimated using a reference population drawn from the same registries. We matched 1:4 by age, birth year, sex, education, income and Charlson Comorbidity Index to construct a control group with a comparable underlying risk profile.

Results

In total, 103,499 patients met the inclusion criteria. Annual incidence of COPD ranged from 7,286 to 9,565 across the follow-up period. The average cost per month increased with 53 percent when comparing the four years prior and post diagnosis.

Conclusions

COPD constitutes a considerable burden in terms of both prevalence and resource utilization. Estimates on the economic burden of smoking-related diseases such as COPD may help inform future evaluations of related prevention programs, such as LDCT screening.

AUD 2

Pasientforløp

Onsdag 4. nov kl. 09:00–10:45 · Chair: Jon Holte / Kirsti Sarheim Anthun

09:00 Audhild Høyem

09:15 Karoline Stray

09:30 Kirsti Sarheim Anthun

09:45 Kari Sand

10:00 Tone Rian Myrli

10:15 Ragnhild Sætra

10:30 Torill Alise Rotevatn

Onsdag 4. nov kl. 09:00 · Aud 2 · Pasientforløp

Pasientforløp i politiske styringsdokumenter – et samlende, men mangetydig kvalitetsideal

Audhild Høyem

Rådgiver, ergoterapeut, ph.d., Universitetssykehuset Nord-Norge

Bakgrunn

Helhet og sammenheng for tjenestemottakere vektlegges som en viktig kvalitetsdimensjon i politiske styringsdokumenter, og uttrykkes ofte gjennom bruk av pasientforløpsbegrepet. Pasientforløpsbegrepet brukes av stadig flere aktører både i og utenfor helsetjenestene. Det er et åpent spørsmål om utbredelsen av pasientforløpsbegrepet er uttrykk for at det har blitt en felles referanseramme, til nytte når politiske idealer skal iverksettes i helsefaglige praksiser, slik målet er i Samhandlingsreformen.

Formål

Formålet med studien var å analysere bruk og betydninger av pasientforløpsbegrepet i tre sentrale politiske styringsdokumenter (2012-2019), og diskutere konsekvenser for vurdering av kvalitet i form av helhet og sammenheng i helsetjenester.

Metode

Vi identifiserte hyppighet og sammenhenger der pasientforløpsbegrepet ble brukt, samt hvilke betydninger begrepet ble brukt i. Vi anvendte en kritisk diskursanalytisk tilnærming bygd på Laclau og Mouffes teorier, som vektlegger hvordan noen begreper oppnår sentrale posisjoner i bestemte sammenhenger, og at disse begrepene blir åpne for ulike betydningstilskrivninger.

En kvalitetsmodell bygd omkring fire ulike kvalitetsparadigmer basert på ulike kunnskapsteoretiske posisjoner (utviklet av van Kemenade og van der Vlegel-Brouwer) introduseres for å vise hvordan pasientforløpsbegrepet, slik det presenteres i dokumentene, har ulikt innhold, bygger på ulike forutsetninger og forståelser, og har konsekvenser som ofte er utematiserte.

Resultat/konklusjon

Pasientforløpsbegrepet inngår i en rekke parallelle diskurser der begrepet får ulike betydninger ut fra sammenhengen.

Det er behov for kollektiv refleksjon og en «kunnskapsmessig smidighet». Kvalitetsmodellen kan bidra til økt bevissthet om hvordan vi definerer, dokumenterer, vurderer og måler kvalitet i henhold til idealet om gode og helhetlige pasientforløp under ulike forhold.

For diskusjoner knyttet til valg av relevante virkemidler, kvalitet og måloppnåelse trengs en «forløpsflerspråklighet». Vi foreslår at kvalitetsparadigmene kan brukes som et utgangspunkt for utvikling av et begreps- og forståelsesrammeverk som kan bidra til en begrepsbruk som i mindre grad skaper forventninger om en forutsigbarhet som det ofte ikke er grunnlag for.

Mellom hjem og sykehjem: Pårørendes erfaringer med gjentatte overganger i demensomsorgen

Karoline Stray

Førsteamanuensis, OsloMet

Bakgrunn: Norsk helsepolitikk har som mål at personer med demens skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, der pårørende og kommunale helse- og omsorgstjenester spiller en viktig støttende rolle. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, opplever mange gjentatte innleggelser og utskrivelser mellom hjem og sykehjem i forbindelse med avlastning, vurdering, rehabilitering eller krisehåndtering. Det finnes lite kunnskap om hvordan pårørende erfarer slike gjentatte overganger.

Formål: Å utforske pårørendes erfaringer med reinnleggelser i sykehjem for eldre personer med demens.

Metode: Studien har et kvalitativt, utforskende design. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer med 13 pårørende til personer med demens med erfaring fra gjentatte overganger mellom hjem og sykehjem. Deltakerne ble rekruttert fra ulike deler av Norge gjennom en lukket Facebook-gruppe for pårørende til personer med demens. Intervjuene ble gjennomført fra februar til mai 2026 og analysert ved hjelp av en refleksiv tematisk analyse.

Resultat: (Under fagfellevurdering) Analysen resulterte i tre sammenhengende temaer: 1) Å bære byrden alene samtidig som man kjemper for forsvarlig omsorg, 2) Å leve med emosjonell ambivalens og et liv på vent – lettelse, skyld og sorg, og 3) Å streve med å tilpasse seg overganger formet av kvaliteten på demenstjenestene. Pårørende beskrev et omfattende ansvar for å koordinere, følge opp og sikre omsorgen også etter at formelle tjenester var etablert. Avlastningsopphold kunne gi nødvendig hvile, men lettelsen var ofte ledsaget av skyldfølelse, sorg, usikkerhet og bekymring for kvaliteten, kontinuiteten og trivselen til personen med demens.

Konklusjon: Gjentatte overganger mellom hjem og sykehjem reduserte ikke nødvendigvis pårørendes ansvar, men kunne derimot skape nye praktiske og emosjonelle belastninger. Bedre kontinuitet, kommunikasjon, koordinering og individuelt tilpassede tjenester kan redusere belastningen og styrke støtten til både personer med demens og deres pårørende gjennom sykdomsforløpet.

Hvordan skapes koordinering? En studie av lokal samhandlingsinfrastruktur rundt beboere med sammensatte behov

Kirsti Sarheim Anthun

Seniorforsker, SINTEF

Bakgrunn

Personer med samtidige utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, og sosial marginalisering mottar ofte tjenester fra mange aktører samtidig. Til tross for omfattende innsats fra hjelpeapparatet oppstår ofte brudd, overlapping og fragmentering i oppfølgingen. Koordinering forstås gjerne som et spørsmål om organisering, ansvarsfordeling eller etablering av formelle samarbeidsstrukturer. Mindre oppmerksomhet rettes mot hvordan koordinering faktisk skapes og opprettholdes i praksis, og hva som gjør samarbeid mulig over tid.

Formål

Å undersøke hvordan koordinert oppfølging av beboere med sammensatte behov utvikles og opprettholdes i et kommunalt boligkompleks, og hva som kjennetegner prosessene som gjør samhandling mulig på tvers av tjenester og organisasjoner.

Metode

Studien er en kvalitativ casestudie av GO2-prosjektet i Trondheim kommune perioden 2023-2026. GO2 ble etablert for å styrke samhandling og koordinering rundt beboere i et kommunalt boligkompleks preget av omfattende tjenestebehov og begrenset samarbeid på tvers av tjenester. Analysen bygger på prosjektdokumenter, deltakende observasjon, intervjuer og en spørreundersøkelse. Materialet ble analysert tematisk med vekt på hvordan samhandling etableres, vedlikeholdes og erfares i praksis.

Resultater

Analysen viser at koordinering ikke primært ble skapt gjennom organisatoriske strukturer eller formell ansvarsfordeling. I stedet vokste det fram det vi betegner som en lokal samhandlingsinfrastruktur bestående av relasjoner, møteplasser, kommunikasjonskanaler og arbeidsformer som gjorde samarbeid mulig i hverdagen. Fire elementer framstod som særlig viktige: relasjonelt arbeid gjennom miljøvaktmester, oppsøkende aktiviteter og faste kontaktpersoner; samhandlingsarenaer

som HUB og tverrfaglige møter; strukturer for informasjonsdeling; samt kontinuerlig læring og tilpasning. Samlet bidro disse elementene til å gjøre koordinering mindre personavhengig og mer integrert del av tjenestenes daglige arbeid.

Analysen antyder at koordinering ikke først og fremst er en egenskap ved de enkelte organisasjonene, men noe som utvikles i relasjonene og forbindelsene mellom dem. Begrepet lokal samhandlingsinfrastruktur synliggjør hvordan koordinering må produseres og vedlikeholdes gjennom relasjoner, arenaer og arbeidsformer som binder tjenester sammen over tid.

Onsdag 4. nov kl. 09:45 • Aud 2 • Pasientforløp

Pasienters utfordringer med å gjennomføre planlagte sykehustimer: funn fra en nasjonal spørreundersøkelse

Kari Sand

Seniorforsker, SINTEF

Bakgrunn: Manglende oppmøte til planlagte sykehustimer representerer en utfordring for både pasientforløp, ressursutnyttelse og kapasitetsstyring i spesialisthelsetjenesten. Tidligere forskning har identifisert en rekke individuelle og praktiske barrierer for oppmøte, men vi har fortsatt begrenset kunnskap om hvilke utfordringer pasienter i Norge selv opplever i møte med planlagte sykehustimer.

Formål: Å undersøke hvilke utfordringer pasienter selv opplever i forbindelse med planlagte sykehustimer, og hvordan utfordringene varierer mellom pasienter som gjennomfører og ikke gjennomfører timen.

Metode: Nasjonal spørreundersøkelse, tilgjengelig på Helsenorge i åtte dager i mai–juni 2026, rettet mot personer som nylig hadde hatt en sykehustime. Deskriptive analyser ble brukt for å beskrive forekomst av ulike utfordringer, og svar fra pasienter som møtte og ikke møtte til timen ble sammenlignet.

Konklusjon/resultater: Av 14 964 respondenter oppga 580 (3,9 %) at de ikke gjennomførte sykehustimen. Selv blant pasienter som gjennomførte timen, rapporterte 32,4 % minst én utfordring knyttet til gjennomføringen. Transport (6,3 %) og egen helse (5,4 %) var de vanligste utfordringene. Sammenlignet med pasienter som møtte til timen, rapporterte de som ikke møtte langt oftere utfordringer knyttet til egen helse (24,7 % vs. 4,6 %), bestilling eller avbestilling (8,6 % vs. 1,3 %) og personlige forhold (5,3 % vs. 0,6 %). Blant pasienter som rapporterte helseutfordringer, var akutt sykdom samme dag den faktoren som skilte sterkest mellom gruppene (23,1 % vs. 3,7 %). Fritekstbesvarelsene viste samtidig at utfordringer ofte oppstår i et samspill mellom helse, transport, familieforpliktelser, informasjon, ledsagerbehov og organisatoriske forhold i helsetjenesten. Funnene tyder på at manglende gjennomføring av sykehustimer ikke utelukkende kan forstås som et individuelt pasientproblem, men også kan være knyttet til organisatoriske og systemrelaterte forhold som påvirker pasienters mulighet til å møte til planlagt behandling.

Onsdag 4. nov kl. 10:00 • Aud 2 • Pasientforløp

Bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester for utskrivningsklare pasienter

Tone Rian Myrli

Seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Bakgrunn og formål

Utskrivningsklare pasienter er pasienter som trenger oppfølging i kommunehelsetjenesten etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Godt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, kan bidra til bedre pasientforløp, færre uønskede reinnleggelser, og riktigere ressursbruk.

I dette prosjektet har vi som mål å beskrive utvikling og geografiske variasjoner i antall utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus og hvilke helse- og omsorgstjenester de mottar i kommunene. I dette inngår utvikling og variasjoner antall opphold, overliggerdøgn, samt i bruk av legetjenester i etterkant av utskrivning, hvilke tjenester pasientene skrives ut til og andel reinnleggelser etter tjenestetype.

Metode

Deskriptiv analyse, der utvalget er utskrivningsklare pasienter i NPR i perioden 2019 til 2025. Alle episoder i spesialisthelsetjenesten inngår i datagrunnlaget og utvalget er koblet med data fra KPR.

Resultater

I 2025 var det om lag 112 000 utskrivningsklare pasienter i somatiske sykehus, det høyeste antallet i perioden 2019 til 2025. Samme år var det 76 000 overliggerdøgn, noe som er lavere enn for de tre foregående årene. Dette kan indikere at

samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten fungerer bedre enn før. Samtidig var det betydelige geografiske forskjeller i antall overliggerdøgn, og disse forskjellene økte i perioden. Analysene viser også variasjoner i pasientenes videre forløp etter utskrivning, inkludert geografiske forskjeller i tjenestebruk.

I 2025 ble om lag 22 prosent av alle utskrivningsklare pasienter reinnlagt. Pasientene som ikke ble liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud, ble imidlertid noe oftere reinnlagt enn pasientene med overliggerdøgn. En høy andel av de utskrivningsklare pasientene ble skrevet ut til kommunale institusjonsopphold. Andelen som mottok institusjonstjenester i etterkant av sykehusoppholdet var høyere for pasientene med overliggerdøgn enn for pasientene uten overliggerdøgn.

Onsdag 4. nov kl. 10:15 • Aud 2 • Pasientforløp

Helsetjenestebruk etter hjerneslag

Ragnhild Sætra

MSc, PhD, Helsedirektoratet

Bakgrunn og formål: Når pasienter skrives ut fra sykehus etter et hjerneslag følges de opp av spesialisthelsetjenesten og/eller kommunen. I dette prosjektet ønsker vi å undersøke hvilke helsetjenester hjerneslagpasientene mottar i løpet av de første 6 månedene etter slaget. Analysen inkluderer både innhold og hyppighet i kontakter med fastlege, legevakt, fysioterapeut, audiopedagog og logoped, samt i tildelte kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre vil geografiske variasjoner i tjenestebruken blant hjerneslagpasientene identifiseres.

Metode: Deskriptiv analyse. Informasjon om pasienter innlagt for hjerneslag i løpet av 2024 eller første halvdel av 2025 er hentet ut fra NPR. Pasientenes første hjerneslag i perioden er inkludert, og pasienter som har hatt hjerneslag de foregående 6 månedene er ekskludert. Dette pasientutvalget har deretter blitt koblet med KPR-data fra 2024 og 2025.

Foreløpige resultater: I løpet av 2024 og første halvår av 2025 var 11 354 personer innlagt for hjerneslag uten å ha hatt hjerneslag de foregående 6 månedene. Etter slaget og i løpet av de neste 6 månedene var 93,5 % av pasientene i kontakt med fastlege eller legevakt; 30,2% var i kontakt med fysioterapeut, audiopedagog eller logoped; og 47,9 % fikk et nytt vedtak om en eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester.

I alle regionene (Nord, Midt-Norge, Vest, Sør-Øst) var helsetjenester i hjemmet, trygghetsalarm, praktisk bistand og korttidsopphold i institusjon (unntatt rehabilitering) de fire vanligste kommunale tjenestene mottatt av pasientene i løpet av seks månedersperioden. Det var imidlertid større variasjon blant andre tjenester: Mens 19,4 % av slagpasientene i region Vest mottok rehabilitering i institusjon, gjaldt det 8,8 % i region Nord. Videre var det 10,5 % av slagpasientene i region Sør-Øst som mottok rehabilitering utenfor institusjon, mens nivået lå på 4,9 % i region Midt-Norge.

Onsdag 4. nov kl. 10:30 • Aud 2 • Pasientforløp

From consultations to coordination: GP service use following initiation of home nursing care

Torill Alise Rotevatn

Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Background: Ageing populations are shifting long-term care into the home, and older adults are among the most frequent users of an already strained GP service. Whether entering home nursing care reduces the volume of GP contacts, or changes their composition, is unknown. How tasks are allocated between sectors will shape what growth in home-based care means for primary care.

Aim: To describe how the frequency and composition of GP service use change across the transition to home nursing care.

Methods: Registry-based cohort study linking nationwide GP reimbursement data (KUHR) to the municipal registry of home-based services (KPR-KTT). We included 54,688 individuals at their first initiation of home nursing care between 2023-2025, followed from 26 weeks before to 26 weeks after the index week. Individuals were censored at death or admission to long-term institutional care. Follow-up was complete for 89.9%. GP contacts were classified into contact types based on reimbursement codes, and Poisson models with individual and calendar-month fixed effects and indicators for each week relative to the index week were estimated for each type, using weeks -26 to -14 as reference.

Results: Physical consultations peaked in the week before the transition at 1.74 (95% CI 1.68-1.80) times the reference level, then declined steadily, crossing the reference level around week 4 and reaching 0.53 (95% CI 0.49-0.57) by week 26. Inter-sectoral contacts showed the same pre-transition rise but peaked twenty-fold above reference, and although they declined thereafter, they remained 2.53 (95% CI 2.20-2.92) times above reference at week 26.

Conclusion: Initiating home nursing care changes the form of GP involvement. Physical consultations decline well below the pre-transition level, while contacts involving coordination with other services remain elevated. This suggests a redistribution of

AUD 3

Sesjon 5 • SIKRE: Sosial innovasjon for å gi bedre sosial støtte til enslige kreftsyke i kommunen

Onsdag 4. nov kl. 09:00–10:45 • Chair: Gunvor Aasbø (forsker, PI, UiO)

Presentasjoner ved: Siri Vimo Garner; Lotte Gunnerud Samnøy; Mari Holen; Reidun Norvoll; Kari Nyheim Solbrække; Lisbeth Thoresen; Inger Østensen

Abstract

Sosial innovasjon og utprøving av sosialt bærekraftige løsninger bidrar til nye innsikter og kunnskap innen helsetjenesteforskning. I Norge bor mange alene og mange møter derfor også alvorlig sykdom alene. Å imøtekomme sosiale behov hos personer med kreft som bor alene krever sosiale bærekraftige løsninger. Det er derfor nødvendig å utvikle og utforske nye samspill mellom lokalsamfunn og helsetjeneste.

Gjennom SIKRE – et sosialt innovasjonsprosjekt, utvikler partnerkommunene Horten og bydel Alna i Oslo kommune møteplasser og tverrsektorielt samarbeid for bedre sosial støtte til personer med kreft som bor alene.

Program for sesjonen

Gunvor Aasbø leder sesjonen.

09.00 Gunvor Aasbø, forsker og prosjektleder SIKRE, avdeling for folkehelsevitenskap og tverrfaglig helsevitenskap, Universitetet i Oslo: SIKRE: Sosial innovasjon for å bedre sosial støtte til enslige kreftsyke i kommunen.

09.20 Inger Østensen, ph.d.-stipendiat, avdeling for folkehelsevitenskap og tverrfaglig helsevitenskap, UiO: «Vi ønsker jo å klare oss sjøl» – Å navigere mellom selvhjulpenhet og støttebehov som aleneboende med kreft.

09.35 Oda Bjerkehagen, masteroppgave i folkehelse og epidemiologi, UiO og Lovisenberg diakonale sykehus: «Det er bare å ringe» – En kvalitativ intervjustudie av aleneboende sine erfaringer av seg selv, sin situasjon og støtte fra andre ved kreftsykdom.

09.50 Pause

10.00 Siri V. Garner, kreftkoordinator og prosjektleder for SIKRE i bydel Alna, Oslo kommune: Sosial innovasjon i en flerkulturell bydel i Oslo kommune: Likepersonsressurser i lokalsamfunnet, lokale møteplasser og fellesskap for kreftpasienter og innovasjoner i kreftkoordinatortjenesten.

10.15 Lotte G. Samnøy, prosjektleder i Horten kommune: Sosial innovasjon i Horten kommune: samarbeid og synlighet i frivilligheten og gruppebaserte aktiviteter i kreftkoordinatortjenesten.

10.30 Reidun Norvoll, forsker I, OsloMet, Arbeidsforskningsinstituttet: Lettere sagt enn gjort? – Erfaringer fra sosial innovasjon i kommunal setting for å øke sosial støtte til enslige personer med kreft som bor alene.

10.45 Avsluttende diskusjon

09:00 Kristina Roset

09:15 Kristin Thaulow

09:30 Olav Nytingnes

09:45 Monika K. Gullslett

10:00 Kristin Häikiö

10:15 Villy Angelsen

Onsdag 4. nov kl. 09:00 · Sem 6 · Kvinnehelse, familie og psykisk helse

Fødetilbud og sted: Stedlige diskurser i kontroversen om fødeavdelingen i Narvik

Kristina Roset*Ph.d.-stipendiat, UiT Norges arktiske universitet*

I Nord-Norge, som andre steder i inn- og utland, har kontroverser om organisering av fødeenheter pågått. I 2023 ble det fremmet forslag til omorganisering av annet fødeavdelingen i narvik, som del av et større omorganiseringsarbeid av den nordnorske spesialisthelsetjenesten, dette fikk mye kritikk i lokalsamfunn og medier. I starten av 2024 ble forslagene om omorganisering av fødeenhetene lagt på is, det ble besluttet at fødeenhetene ikke skulle bli berørt av det pågående arbeidet. I Narvik var omorganiseringsforslagene å enten nedjuster fødeavdelingen til en jordmorstyrt enhet eller samlokalisere fødeavdelingen med fødeenheten i Harstad. Jeg stiller spørsmål til hva kontroversen handler om for de bruker og jobber på fødeavdelingen og hva som gjør motstand mot forslagene fremstår som sterk, der det stedlige og relasjonelle vektlegges. Spørsmålet som skal besvares er «Hvordan kommer stedlige diskurser til uttrykk i kontroverser om omorganisering av fødeavdelingen i Narvik?». Det empiriske grunnlaget er kvalitativt og baserer seg på to intervjugrupper. Den første består av femten kommende og nybakte mødre som bor i Narvik kommune, derav åtte gravide kvinner, oppfølgingsintervju med seks av de gravide kvinnene etter fødsel og sju nybakte mødre. Den andre gruppa består av seks jordmødre som jobber eller har jobbet på fødeavdelingen i Narvik. Analysen bygger på en abduktiv og relasjonell tilnærming, der mikro-, meso- og makronivå av samfunnet forstås som sammenflettet. Slik kommer det frem at tilgangen til fødetilbud handler om mer enn tilgang til nødvendig helsehjelp, det handler også om hvordan stedet Narvik forstås, makt, kjønn, identitet, trygghet og møtet mellom periferi og sentrum.

Onsdag 4. nov kl. 09:15 · Sem 6 · Kvinnehelse, familie og psykisk helse

Mer enn helsehjelp: En kvalitativ studie av hva som betyr noe for kvinner i et lavterskel kvinnehelsetilbud ved Frelsesarmeens Gatehospital

Kristin Thaulow*Forsker, SINTEF Digital*

Bakgrunn

Kvinner med rusrelaterte helseutfordringer møter ofte sammensatte helseutfordringer og betydelige barrierer i møte med ordinære helse- og velferdstjenester. Frelsesarmeens Gatehospital tilbyr et lavterskel kvinnehelsetilbud for kvinner med omfattende helse- og sosialfaglige behov. Det finnes imidlertid begrenset kunnskap om hvilke gevinster kvinnene selv opplever som viktige, og hvilke forhold ansatte vurderer som virksomme i tilbudet.

Formål: Formålet med studien er å utforske pasienters og ansattes erfaringer med kvinnehelsetilbudet som grunnlag for videre tjenesteutvikling og utvikling av et evalueringsverktøy.

Metode

Studien inngår i prosjektet VERA (Virkninger og gevinster, Erfaringer, Relasjoner og Ansatte/pasienter). Det gjennomføres en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer med kvinner (n=6) som er eller har vært innlagt ved kvinneavdelingen, og ansatte (n=8) ved Gatehospitalet. Materialet analyseres ved hjelp av tematisk analyse.

Konklusjon/resultater

Foreløpige analyser tyder på at kvinnene beskriver gevinster som går langt utover bedring av fysisk helse. Tre temaer peker seg ut.

For det første beskrives kvinneavdelingen som et trygt sted preget av verdighet, respekt og fravær av trusler. Flere kvinner forteller om tidligere erfaringer med vold, overgrep, utrygghet og belastende relasjoner både i familien og i rusmiljøet, og fremhever betydningen av et skjermet tilbud for kvinner.

For det andre fremheves relasjoner til ansatte som en sentral mekanisme. Kvinnene beskriver ansatte som tilgjengelige, omsorgsfulle og genuint opptatt av deres behov. Det å bli sett, hørt og fulgt opp oppleves som avgjørende, særlig i situasjoner preget av alvorlig sykdom, ensomhet og usikkerhet.

For det tredje ser det ut til at tilbudet gir en pause fra krevende livssituasjoner. Mange beskriver ensomhet, dårlig helse og begrensede sosiale nettverk i hverdagen. Oppholdene ved Gatehospitalet gir mulighet for sosial kontakt, hvile, stabilitet og økt opplevelse av mestring. Flere uttrykker sterk motvilje mot utskrivelse og beskriver oppholdet som noe de ønsker å vende tilbake til.

De foreløpige funnene antyder at verdien av kvinnehelsetilbudet ikke kan forstås utelukkende gjennom tradisjonelle kliniske utfallsmål. Opplevd trygghet, relasjonell støtte, tilhørighet og verdighet fremstår som sentrale gevinster for kvinnene. Studien kan bidra til økt forståelse av hvordan lavterskel og kjønnsensitive helsetjenester skaper verdi for kvinner med sammensatte behov, og gi viktige innspill til utvikling av fremtidige evaluerings- og kvalitetsindikatorer.

Onsdag 4. nov kl. 09:30 • Sem 6 • Kvinnehelse, familie og psykisk helse

Pasienter med ikke-afektive psykoselidelser – har medikamentbehandlingen vært i tråd med behandlingsretningslinjene?

Olav Nytingnes

Forsker, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn

Antipsykotisk medikasjon har dokumenterte effekter på akutte lidelser og mot tilbakefallsrisiko. Behandlingsretningslinjer for ikke-afektive psykoselidelser anbefaler derfor rask oppstart av antipsykotika i terapeutisk anbefalte doser over lengre tid. Flere studier antyder at en god del pasienter i praksis ikke bruker antipsykotika eller slutter med dette, men det mangler en samlet oversikt over dette for Norge, og omfanget av variasjon mellom opptaksområder er ukjent. Med økende omfang av poliklinisk behandling for psykoselidelser kan pasientenes og pårørendes innflytelse over behandlingsopplegget ha økt.

Formål

Vi vil gi en oversikt over andelen pasienter i ulike sykdomsfaser som gjennomfører behandling i tråd med retningslinjene, og på hvilken måte retningslinjene ikke følges. Hvor mange starter med antipsykotika i løpet av en 30 dagers definisjonsperiode etter utskrivning eller poliklinisk diagnose av første- og senere episoder? Hvor raskt endres den første behandlingsstrategien (bruk eller ikke-bruk av antipsykotika)?

Metode

Ved hjelp av data fra Legemiddelregisteret undersøkte vi bruk og ikke-bruk av antipsykotika hos en kohort med pasienter som fikk psykoselidelse i 2015-2016. Vi brukte 5 års wash-out for å identifisere første-episodepasienter, og brukte PRE2DUP-algoritmen for å estimere andelen som startet med antipsykotika i løpet av første måned, hvilken dosering de brukte, og varigheten av bruk og ikke-bruk.

Konklusjon/resultat

Psykose er ikke lengre synonymt med innleggelse eller døgnbehandling – en betydelig andel får psykose-diagnose uten å ha døgnopphold. Det er et mindretall av pasienter som gjennomfører behandling i tråd med retningslinjene og i tillegg en betydelig andel med all-cause discontinuation i løpet av det første året.

Onsdag 4. nov kl. 09:45 • Sem 6 • Kvinnehelse, familie og psykisk helse

Erferinger med utredning, behandling og arbeid i heldigital poliklinikk for psykisk helsevern

Monika K. Gullslett

Professor, PhD, Nasjonalt senter for e-helseforskning

Bakgrunn

Digital poliklinikk ble etablert som Norges første heldigitale poliklinikk innen psykisk helsevern for å møte utfordringer knyttet til tilgjengelighet, ventetider og rekruttering av helsepersonell. Selv om digitale helsetjenester har fått økt oppmerksomhet de siste årene, finnes det begrenset kunnskap om hvordan behandlere erfarer både det kliniske arbeidet og arbeidsmiljøet i en heldigital poliklinikk. Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer behandlere har med utredning, behandling og arbeid i Digital poliklinikk.

Metode

Studien har et kvalitativt design med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Datamaterialet består av semistrukturerte intervjuer med ni behandlere ansatt i Digital poliklinikk. Data ble analysert ved hjelp av tematisk analyse og meningskondensering. Funnene ble fortolket i lys av Job Demands-Resources-modellen, selvbestemmelsesteori, teori om terapeutisk allianse og aktørnettverk-teori.

Resultater

Behandlerne opplevde digital utredning og behandling som gjennomførbar, faglig forsvarlig og av god kvalitet. Videokonsultasjoner ga nye muligheter for innsikt i pasientenes hverdagsliv, men stilte samtidig økte krav til verbal kommunikasjon på grunn av redusert tilgang til nonverbale signaler. Teknologien ble beskrevet som både en muliggjørende og begrensende faktor i klinisk praksis. Arbeidsmiljøet var preget av høy grad av fleksibilitet, autonomi og opplevd kontroll gjennom bruk av hjemmekontor og digitale arbeidsformer. Samtidig rapporterte informantene om faglig ensomhet, redusert sosial kontakt, økt skjermbelastning og enkelte teknologiske utfordringer. Digital poliklinikk ble også vurdert å bidra til økt tilgjengelighet, bedre oppmøte og kortere behandlingsforløp for pasientene.

Konklusjon

Digital poliklinikk fremstår som en faglig forsvarlig og bærekraftig modell for psykisk helsevern. Studien viser at digitale tjenester kan styrke tilgjengelighet og fleksibilitet, samtidig som de endrer både terapeutisk praksis og arbeidsmiljø. Videre utvikling av tjenesten forutsetter forbedrede digitale verktøy, systematisk kompetanseutvikling og styrket samhandling på tvers av organisatoriske og geografiske grenser.

Onsdag 4. nov kl. 10:00 • Sem 6 • Kvinnehelse, familie og psykisk helse

Attitudes among ambulance staff toward mental health or substance use problems

Kristin Häikiö

Førsteamanuensis, OsloMet

Background

People with substance use and/or mental health disorders (SUD/MHD) encounter stigmatizing attitudes, which affect equitable treatment, healthcare quality, and patients' likelihood of seeking services. Little is known about ambulance personnel's (AP's) attitudes, but education and social contact have been identified as the most effective interventions against stigma among healthcare professionals.

Aim

To investigate AP's attitudes towards people with SUD/MHD and investigate factors associated with attitudes.

Method

We conducted cross-sectional studies in Norway, Sweden, and Denmark using the MCRS instrument, where higher scores indicate more positive attitudes (scores 11-66), and in Iran using the OMS-HS instrument, where higher scores indicate more negative attitudes (scores 8-40, rescaled to 20-100). We used descriptive analyses, group tests, and robust regression analyses to investigate mean attitude scores, differences between groups, and associations with respondents' educational level, age, gender, and work experience.

Results

For the Scandinavian sample, attitudes toward MHD were higher than in a previous Norwegian study among ambulance personnel measuring attitudes toward patients with psychosis (48,3 vs 46,6). Attitudes were more positive towards people with MHD (mean=48,3) than towards people with SUD (mean=47,6), although SUD scores were more positive than in other European studies (47,6 vs 43,7). In subgroup analysis, the differences in attitudes between SUD and MHD were significant only for Sweden and Denmark ($p < 0,05$). For Iranian ambulance personnel, attitudes towards MHD were more negative than among other Iranian healthcare providers, based on rescaled scores (61,95 vs. 51,70).

In Scandinavia, older age was associated with more positive attitudes, while male gender was associated with less positive attitudes. In the Iranian sample (only male respondents), age, experience, and personal experience with mental illness among close relatives were not significantly associated with attitudes. Educational level was significantly associated with more positive attitudes in Iran, but not in the Scandinavian countries.

Budsjettsyklusen – en ond sirkel?

Villy Angelsen

Postdoktor, Vestvågøy kommune / Handelshøyskolen, Nord universitet

Bakgrunn

Aksjonsforskningsprosjektet StyrK utvikler kunnskap om «Bærekraftig styring av framtidens helse- og omsorgstjeneste i kommunene» gjennom 3 arbeidspakker: ressursfordeling til tjenestene, tjenestetildeling til mottakerne, og samhandling/samskaping med helsepersonell, brukere og samarbeidspartnere. Prosjektet er et partnerskap mellom 4 kommuner, lokalsykehus, pasientforeninger og 3 forskningsinstitusjoner. Arbeidspakke 1: Styring gjennom overordnet ressursfordeling, utvikler modeller som involverer deltakerne og adresserer endrede behov.

Formål

Studien kartlegger hvordan aktørene i deltakerkommunene opplever dagens styring gjennom den årlige syklusen med budsjettering og budsjettoppfølging. Dette skal danne grunnlag for utvikling/utprøving av nye styringsmodeller.

Metode

Workshop med 60 deltakere og dybdeintervju med 30 deltakere, fordelt på kommunedirektører, økonomisjefer, kommunalsjefer, enhetsledere og avdelingsledere innen helse/omsorg i deltakerkommunene. Tematisk innholdsanalyse på tvers av kommuner og på tvers av deltakergrupper, som kombinerer manuell og AI-assistert koding.

Konklusjon/resultat (foreløpige)

Analyser på tvers av deltakergrupper og kommuner viser den samme årsakskjeden. Budsjettrammene er urealistiske før året starter. Når forsvarlighet eller vedtak står på spill, leverer lederne tjenesten og forklarer overskridelsen etterpå. Merforbruk blir normalt. Det møtes med kortsiktige kutt, og kuttene setter i gang spiraler som gjør neste års ramme enda mindre realistisk. Under hele kjeden ligger et oversettelses-gap mellom tjenester og tall, filtrert informasjon gjennom beslutningsnivåene, silo-tenking og sen politisk forankring.

Dataene avdekker flere selvforsterkende spiraler, der ett onde fører til det neste. Noen spiraler beskrives av deltakerne selv: bemanningsspiralen (kutt, overtid, sykefravær, vikarbyrå, ytterligere kutt) og innsatstrapp-spiralen (kutt i forebygging flytter brukere til dyrere tjenester). Andre spiraler kan fortolkes fra utsagnene: avviksspiralen (urealistisk ramme, normalisert overskridelse, demotivering, svakere oppfølging, sen korrigering, mer urealistisk ramme) og tillitsspiralen (kutt uten forankring, tap av tillit, motstand, kutt realiseres ikke, nye kutt).

Deltakerne beskriver løsningen som strukturert dialog, oversettelse fra tall til tjenester, og tidlig politisk involvering. Alle kommunene ønsker eller er i gang med å iverksette slike endringer, men effekter er så langt ikke dokumentert.

HS SEM 017

Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

Onsdag 4. nov kl. 09:00–10:45 • Chair: Linda Pedersen / Nina Østerås

09:00 Christine Hillestad Hestevik

09:15 Ingrid Volden Klepaker

09:30 Linda Aimée Hartford Kvæl

09:45 Anne-Lene Sand Svartrud

10:00 Nina Østerås

10:15 Lene Lunde

10:30 Kirsti Askedal

Pasienters og helsepersonells erfaringer med implementering av digital hjemmeoppfølging: En kvalitativ systematisk oversikt

Christine Hillestad Hestevik

Diakonhjemmet sykehus

Bakgrunn: Digital hjemmeoppfølging av pasienter med kroniske sykdommer fremheves som en mulig løsning på økende press i helse- og omsorgstjenestene. I denne studien forstås digital hjemmeoppfølging som app- eller nettbasert oppfølging utenfor kliniske settinger, der pasienter regelmessig registrerer helsedata, og helsepersonell følger opp ved tegn til forverring.

Løsningen kan bidra til bedre oppfølging og mer effektiv ressursbruk. Samtidig er implementering i klinisk praksis utfordrende, kompleks og kontekstavhengig. Det er behov for oppsummert kunnskap om pasienters og helsepersonells erfaringer, samt faktorer som fremmer eller hemmer bærekraftig bruk.

Formål: Å undersøke pasienters og helsepersonells erfaringer med implementering av digital hjemmeoppfølging og identifisere faktorer som påvirker bærekraftig bruk.

Metode: En kvalitativ kunnskapsoppsummering. Systematiske søk i seks databaser identifiserte 28 relevante studier, hvorav 16 ble strategisk utvalgt for syntese basert på et forhåndsdefinert rammeverk. Data ble analysert ved hjelp av Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) og strukturert etter fem domener: innovasjon, ytre kontekst, indre kontekst, individer og implementeringsprosess.

Resultat/konklusjon: Funnene viser at implementering av digital hjemmeoppfølging handler om mer enn teknologi. Det innebærer endringer i arbeidsprosesser, roller, ansvar og kommunikasjon. Innen innovasjon var brukervennlighet, klinisk relevans, tillit og respons på data sentrale faktorer. I ytre kontekst kunne nasjonale føringer, personvernkrav, fragmenterte IT-systemer, manglende interoperabilitet og ustabil finansiering begrense implementeringen og gjøre løsningen til et tillegg heller enn en integrert omsorgsmodell. Indre kontekst omfattet organisatorisk redesign, nye arbeidsoppgaver, økt datamengde, rollefordeling, bemanning og integrasjon i arbeidsflyt. På individnivå var motivasjon, digital kompetanse, sykdomsforståelse og ansvarsfølelse viktig. Pasienter kunne oppleve trygghet, fleksibilitet og økt egenmestring, men også belastning og stress. Implementeringsprosessen ble fremmet av tidlig involvering, lokal tilpasning, opplæring, teknisk støtte, tydelige protokoller, lokale ambassadører og kontinuerlig justering.

Digital hjemmeoppfølging bør forstås som en kompleks tjenesteinnovasjon. Implementering krever teknologisk, organisatorisk og strukturell tilrettelegging, ansvarsfordeling, integrasjon i klinisk praksis og kontinuerlig støtte til pasienter og helsepersonell.

Fra behov til digital løsning: samskaping for bedre munnhelsekompetanse blant unge voksne

Ingrid Volden Klepaker

Forskningskoordinator, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst

Bakgrunn

Munnhelsekompetanse er sentralt for å kunne finne, forstå, vurdere og anvende informasjon som fremmer god munnhelse gjennom livet. Digitale intervensjoner kan bidra til å øke munnhelsekompetansen blant unge voksne, men effekten avhenger av at løsningene oppleves som relevante, tilgjengelige og brukervennlige. Samskaping med målgruppen kan bidra til å identifisere behov og utvikle løsninger som er tilpasset brukernes preferanser og hverdagsliv.

Formål

Formålet med studien var å utvikle en digital intervensjon for å øke munnhelsekompetansen blant unge voksne i Norge gjennom en samskapingsprosess.

Metode

Deltakerne bestod av unge voksne (erfaringseksperter, n=10) og representanter fra Den offentlige tannhelsetjenesten (fageksperter, n=5). Deltakerne deltok i en samskapingsprosess med tre samlinger, fasilitert av et forskerteam (n=5), gjennomført fra mars til juni 2026. Informert samtykke ble innhentet fra alle deltakerne. Studien ble godkjent av Sikt (ref: 869907).

På første samling ble barrierer, behov og mulige løsninger utforsket ved bruk av World Café-metoden. Resultatene dannet grunnlag for en semistrukturert intervjuguide. Andre samling bestod av to fokusgrupper, der erfaringseksperter og fageksperter diskuterte barrierer, behov og ønskede funksjoner i en digital intervensjon. Basert på resultater fra første og

andre samling ble det utviklet en prototype. På tredje samling ble prototypen diskutert og evaluert av fageksperter. I tillegg testet erfaringseksperter prototypen og evaluerte opplevd brukervennlighet ved hjelp av System Usability Scale (SUS).

Resultat

Samskappingsprosessen ga innsikt i barrierer, behov og mulige løsninger knyttet til unge voksnes munnhelsekompetanse. Funnene ble brukt til å utvikle innhold og design for prototypen, inkludert prioriterte temaer og funksjoner. Brukertestingen indikerte at erfaringseksperter opplevde prototypen som nyttig og enkel å navigere i (gjennomsnittlig SUS-score: 92,5). Fagekspertene opplevde prototypen som et nyttig verktøy i deres helsefremmende og forebyggende arbeid.

Konklusjon

Samskaping bidro til å identifisere barrierer tidlig i prosessen og til utviklingen av en prototype som var relevant, brukervennlig og tilpasset brukernes behov og preferanser.

Onsdag 4. nov kl. 09:30 • HS Sem 017 • Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

Samskaping og pilotering av et konsentrert poliklinisk rehabiliteringstilbud med digital oppfølging for personer med kols

Linda Aimée Hartford Kvæl

Seniorforsker, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Kols gir høy symptombyrde, redusert livskvalitet og økt helsetjenestebruk. Lungerehabilitering er en av de mest effektive behandlingene ved kols, men kapasitet og rehabiliteringskompetanse er begrenset både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det etterlyses desentraliserte, sammenhengende tjenester som utnytter polikliniske tilbud og digital teknologi for videre oppfølging. Det mangler kunnskap om hvordan konsentrerte, polikliniske rehabiliteringsforløp med digital hjemmeoppfølging kan utvikles og fungere for personer med kols i norsk kontekst. Digitalt støttede rehabiliteringsforløp, som inkluderer systematisk bruk av funksjonsmålinger, egenrapporterte data og fokus på egenmestring og helsekompetanse, er viktig for folkehelsearbeid og kapasitetsutnyttelse i helsetjenesten.

Formål: Å samskape og pilotteste et konsentrert, poliklinisk rehabiliteringstilbud med digital hjemmeoppfølging for hjemmeboende personer med kols, med hovedvekt på egenmestring, helsekompetanse og mikrovalg i hverdagen.

Metode: Prosjektet er et forskningsbasert innovasjons- og tjenesteutviklingsprosjekt basert på konsentrert, mikrovalgbasert rehabilitering på Akershus universitetssykehus (Ahus). Intervensjonen samskapes gjennom workshops og løpende justeringer sammen med brukere, klinikere ved Ahus, samhandlingsleger, forskere og kommunale representanter. Tolv individuelle intervjuer vil utforske skreddersøm av tilbudet. Forløpet har tre faser: (1) forberedelse med baseline fysisk kartlegging (tester av fysisk funksjon, lungefunksjon og ernæringsstatus) og digitale spørreskjema; (2) fire dagers konsentrert poliklinisk rehabilitering med gruppeintervensjon, individuelle samtaler, opplæring, trening og oppfølgingsplan, med daglig fokus på mikrovalg; (3) tre måneders digital hjemmeoppfølging med gjentatte spørreskjema, samt fysisk kartlegging etter tre måneder. Om lag 30 pasienter deltar. Hovedutfall er egenmestring og helsekompetanse. Sekundære utfall er symptombelastning, funksjon, helserelatert livskvalitet, fatigue, dyspné og helsetjenestebruk. I hovedstudien planlegges målinger også ved 6 og 12 måneder.

Resultat/konklusjon: På konferansen vil vi presentere data fra samskappingsworkshopen og fra pilotering av intervensjonen, inkludert erfaringer med innhold, organisering, digital oppfølging og samhandling, samt foreløpige deskriptive endringer i egenmestring, helsekompetanse og øvrige utfall etter tre måneder. Materialet vil danne grunnlag for en vitenskapelig artikkel og videre effekt- og prosessevaluering i en planlagt PhD-studie.

Onsdag 4. nov kl. 09:45 • HS Sem 017 • Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

Prosjekt DRIV: Bruk av en rehabiliteringsapplikasjon i kommunale helsetjenester – resultater fra en anvendelighetsstudie

Anne-Lene Sand Svartrud

Ergoterapeut, PhD, seniorforsker, REMEDY Forskningscenter, Diakonhjemmet sykehus

Bakgrunn

Kommunale rehabiliteringstjenester og frisklivssentraler skal styrke innbyggernes egenmestring og forebygge negativ helseutvikling. Samtidig etterspør helsemyndighetene kunnskap om hvordan digitalisering kan bidra til bærekraft og bedre ressursutnyttelse.

Formål

DRIV-prosjektet undersøkte opplevd anvendelig og terapeutisk nytte av en generisk rehabiliteringsapplikasjon som støtte til opptrening, læring og mestring for hjemmeboende voksne med behov for kommunale helsetjenester.

Metode

DRIV var en ettårig anvendelighetsstudie, finansiert av Stiftelsen DAM (SDAM_HEL601359). Rehabiliteringsapplikasjonen Flowzone ble benyttet som supplement til ordinær ansikt-til-ansikt-oppfølgning ved et kommunalt rehabiliteringsteam og en frisklivssentral. Appens brukervennlighet ble målt med System Usability Scale (SUS). Opplevd nytte ble utforsket gjennom semistrukturerte pasientintervjuer og fokusgrupper med behandlere. Kvalitative data ble analysert tematisk.

Resultat

Totalt 14 pasienter (medianalder 52 år) og åtte behandlere fra fem profesjoner deltok. Appen ble brukt til spørreskjema, kalenderavtaler, mål/tiltak/aktivitetsregistreringer, notater, chat-meldinger og videosamtaler. Brukervennligheten var akseptabel blant pasienter (median SUS-skår 77,5), men lavere blant behandlere (median SUS-skår 65). Barrierene angikk tekniske, logistiske og administrative begrensninger, mens forbedringsområder gjaldt intuitiv funksjonalitet, universell utforming og pasientstyring. Samtidig åpnet appen for nye terapeutiske muligheter: 1) Aktivert pasientrolle og økt bevisstgjøring; 2) Tettere oppfølging og justering mellom avtaler; 3) Koordinering og mer effektiv ressursbruk; 4) Fleksibilitet og individuell tilpasning.

Konklusjon

Den digitale støtten aktiverte pasientrollen og ga støtte til egenmestring. Samtidig fikk behandlerne økt innsikt i pasientenes endringsprosesser før, etter og mellom oppsatte konsultasjoner, og kunne dermed gi mer målrettet veiledning på gunstige tidspunkt. Resultatene gir grunnlag for videre effektstudier og støtter en hybrid modell der digitale rehabiliteringsverktøy integreres i ordinær praksis. For å realisere det terapeutiske potensialet bør framtidige løsninger gi økt pasientstyring og være integrert med eksisterende systemer. Samtidig bør behandlernes kompetanse i terapeutisk prosess- og endringsstøtte via digitale kanaler styrkes.

Onsdag 4. nov kl. 10:00 · HS Sem 017 · Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

Patient-initiated follow-up is more cost-effective than remote monitoring or usual care in axial spondyloarthritis, results from the ReMonit randomized controlled trial

Nina Østerås

Professor/enhetsleder, Diakonhjemmet sykehus

Background

New follow-up strategies offer flexible, patient-centered alternatives in patients with axial spondyloarthritis, a chronic inflammatory rheumatic disease, but the cost-effectiveness of these new follow-up strategies are unknown.

Purpose

To evaluate the cost-effectiveness of remote monitoring, patient-initiated care, and usual care.

Methods

An 18-month, three-arm non-inferiority RCT (ReMonit, NCT050317) in patients with axial spondyloarthritis randomized (1:1:1) to remote monitoring (monthly digital self-reporting), patient-initiated care (no scheduled visits), or usual care (visits every 6 months).

We estimated total healthcare and societal costs over 18 months by linking patient-reported data to the Norwegian Patient Registry, Norwegian Registry for Primary Health Care, and Norwegian Prescribed Drug Registry. Quality-adjusted life years (QALYs) were derived from EQ-5D-5L at baseline, 6, 12, and 18 months. The follow-up strategy with higher expected cost and lower expected effect than the next most effective was interpreted as a dominated strategy and excluded from the cost-effectiveness frontier. The ratio of incremental cost to incremental QALYs (ICER) was compared to the willingness-to-pay threshold per QALY (NOK 275 000/€23 650). Final analysis was based on pooled, bootstrapped cost-QALY pairs.

Results

Of 243 patients enrolled, 235 completed the study. Mean healthcare costs per patient were highest in usual care (€8371) followed by remote monitoring (€8125) and patient-initiated care (€7432). Mean societal cost was highest in remote monitoring (€13389) and usual care (€12211), and lowest in patient-initiated care (€10952). The mean QALYs gained were slightly higher with remote monitoring (1385, 95% CI: 1353-1394), than patient-initiated care (1373, 1370-1400) and usual care (1363, 1340-1384). The incremental cost of remote monitoring vs. patient-initiated care was €692, with an incremental gain of 0.012 QALYs, giving an ICER of €57667. Patient-initiated care demonstrated approximately 70% probability of being cost-effective, whereas remote monitoring showed less than 30% probability.

Patient-initiated care was the most cost-effective follow-up in this patient population.

Onsdag 4. nov kl. 10:15 • HS Sem 017 • Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

How Do IBD Patients Use Digital Health Solutions? A Feasibility Study within Gravitate-Health

Lene Lunde

Seniorforsker, Universitetet i Oslo

Background

Patients frequently report challenges in navigating and understanding complex health information. Personalization is a promising strategy, yet there is limited evidence on how such tools are used in real-world settings. This study is a part of the Gravitate-Health project providing a digital solution with personalized health information and self-reported tools from trusted sources for patients with inflammatory bowel disease (IBD).

Aim

To assess the use and perceived usefulness of trusted sources of health information and self-reported tools within the Capable.Healthcare platform.

Methods

A single-arm feasibility study was conducted in two outpatient clinics at a Norwegian university hospital. Adult patients with IBD used the platform over a four-week period. The platform provided health information from trusted sources such as digital medicinal product information (Felleskatalogen) and prepared patient education (hospital developed and HelseNorge.no). During the test period, users could enter their diagnosis, medications, and responses to disease-specific questionnaires (PRO2 Ulcerative colitis, PRO2 Crohn's Disease and IBD-control).

Results

Thirty-nine participants (17 ulcerative colitis, 22 Crohn's disease; 22 females, 17 males) completed baseline assessments, and 29 completed follow-up. Fourteen participants took part in qualitative interviews. Use of the platform, including self-reporting and access to health information, varied across participants. Some participants completed disease activity measures regularly, while others used them sporadically or discontinued use over time. The qualitative interviews indicated that non-use was primarily related to lack of perceived need, situational relevance, and effort associated with data entry. Visual feedback through graphical displays was described as useful and supported awareness of symptom changes, particularly during periods of increased disease activity.

Conclusion

The results show variability in how patients used self-reporting tools and engaged with health-related information, with use often driven by situational needs. The findings underline the importance of aligning digital solutions with patients' needs, health literacy, and real-world patterns of use.

Onsdag 4. nov kl. 10:30 • HS Sem 017 • Digital hjemmeoppfølging og rehabilitering

Årsaker til manglende respons ved digital etterkontroll (CheckWare) hos ortopediske pasienter

Kirsti Askedal

Førsteamanuensis, Universitetet i Agder

Bakgrunn: I 2023 fikk 550 og 273 pasienter ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) henholdsvis primær hofte- og kneprotese. Pasientene følges opp poliklinisk for å kvalitetssikre behandlingen. For de fleste er operasjonen vellykket, og behovet for fysisk oppfølging er begrenset. Samtidig er kapasiteten ved ortopediske poliklinikker presset, og ressurser kan frigjøres dersom pasienter uten oppfølgingsbehov identifiseres tidligere.

Våren 2024 innførte SSHF «behovsstyrt poliklinikk» (BP), basert på modellen fra Bærum sykehus. Oppfølgingen skjer ved bruk av Digital hjemmeoppfølging (DHO), hvor pasientene mottar et digitalt spørreskjema via CheckWare (CW) tre måneder postoperativt. Besvarelsene brukes til å identifisere pasienter med behov for videre oppfølging. Responsratene varierer: i perioden 2024–2026 har andelen som ikke svarer vært 35 % på Sørlandet Sykehus Arendal (SSA), 25 % på Sørlandet Sykehus Flekkefjord og 11 % på Sørlandet Sykehus Kristiansand.

Formål: Å undersøke hva som hindrer digital deltakelse blant ortopediske pasienter i BP ved SSHF. Forskningsspørsmål: Hva er mulige årsaker til manglende respons på digital etterkontroll (CW)?

Metode: Studien er en del av et EU-prosjekt og har et eksplorativt design med individuelle telefonintervjuer. Intervjuguiden kombinerer lukkede og åpne spørsmål basert på eHealth Literacy Framework (eHLF). Datamaterialet omfatter 20 intervjuer

med pasienter ved SSA som ikke har besvart spørreskjemaet.

Foreløpige resultater: Datasamlingen er gjennomført og analyser i henhold til eHLF gjenstår. Foreløpige funn viser at flere pasienter mangler BankID og benytter i liten grad digitale løsninger. Flere mottar offentlig informasjon per post. Enkelte opplever spørsmålene som lite relevante, eller ønsker ikke svare. Andre forveksler skjemaet med henvendelser fra nasjonale registre, tror det er «spam», eller sier de ikke har mottatt informasjon om ordningen. Enkelte anser oppfølging som unødvendig.

Konklusjon: For å skalere BP og realisere gevinstpotensialet er høy digital deltagelse avgjørende. Økt forståelse for pasienters e-helsekompetanse kan bidra til målrettede tiltak som fremmer digital inkludering og sikrer likeverdig oppfølging.

MØTEROM HELSEFAG

Sesjon 6 • Nye metoder for å styrke pasientstemmen: maskinlæring, longitudinelle metoder og kontinuerlig måling av pasientrapporterte data

Onsdag 4. nov kl. 09:00–10:45 • Chair: Øyvind A. Bjertnæs

Presentasjoner ved: Øyvind A. Bjertnæs; Lilja S. Storset; Lina Ellingsen-Dalskau; Marte Kjøllesdal; Simone M. Kienlin

Introduksjon til temaet

Hvordan kan vi få bedre fram pasientenes stemme – og gjøre den mer relevant og anvendelig i forskning og kvalitetsforbedring? Denne sesjonen presenterer nye tilnærminger til måling og analyse av pasienterfaringer og selvrapportert helse. Foredragene spenner fra maskinlæring som gjør det mulig å hente mer systematisk kunnskap fra pasientenes fritekst, til longitudinelle målinger som følger erfaringer og utfall over tid og inkluderer grupper som ofte er underrepresentert. Vi får også høre om nye løsninger for kontinuerlig og tidsnær måling av pasienterfaringer i helsetjenesten. Til sammen viser innleggene hvordan nye metoder, måleverktøy og datainnsamlingsformer kan gi et rikere og mer handlingsrettet kunnskapsgrunnlag – og styrke pasientstemmen i både helsetjenesteforskning og kvalitetsforbedring.

6.1 Fra fritekst til handlingsrettet kunnskap: maskinlæring for å styrke pasientstemmen

Fritekst i pasienterfaringsundersøkelser gir pasientene mulighet til å beskrive erfaringene med egne ord, men store tekstmengder gjør manuell analyse lite skalerbar. I et NFR-finansiert samarbeid mellom FHI og Universitetet i Oslo har vi utviklet og evaluert maskinlæringsmetoder for automatisk analyse av norske pasientkommentarer. Arbeidet omfatter menneskelig og LLM-basert annotasjon, generalisering på tvers av datakilder, aspektbasert sentimentanalyse og validering av en fine-tuned språkmodell som komplementært mål på pasienterfaringer.

Videre forskning retter seg mot validering av aspektbaserte analyser og generative oppsummeringer innenfor predikerte aspekter og sentiment. Målet er en validert kjede fra pasientenes egne ord, via skalerbar analyse, til forståelig og handlingsrettet kunnskap for forskning og kvalitetsforbedring.

6.2 Aspektbasert sentimentanalyse

Studien undersøker aspektbasert sentimentanalyse av norske fritekstkommentarer fra nasjonale pasienterfaringsundersøkelser i fastlege-tjenesten og psykisk helsevern. Totalt 2 382 kommentarer ble manuelt annotert på setnings- og kommentarnivå med 25 helserelaterte aspekter og tilhørende sentiment. Studien evaluerer ulike modeller og strategier for automatisk identifisering av både hva pasientene omtaler, og om erfaringene uttrykkes positivt, negativt eller på andre måter. Både enkoder- og dekodebaserte språkmodeller ble fin-tuned og sammenlignet i ulike oppsett. Resultatene viser potensialet for å automatisere detaljert analyse av store mengder pasientkommentarer. Aspektbasert sentimentanalyse kan dermed gi mer spesifikk og handlingsrettet informasjon enn overordnet sentimentanalyse, ved å synliggjøre hvilke deler av helsetjenesten positive og negative erfaringer er knyttet til.

6.3 Longitudinelle metoder

Det NFR-finansierte prosjektet PRQMs-MAS utvikler og validerer en ny generasjon pasientrapporterte kvalitetsmålinger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Bakgrunnen er begrensninger ved tradisjonelle tverrsnittundersøkelser: lav dekning, lange spørreskjemaer, manglende språktilpasning og lite kunnskap om pasientenes erfaringer og utfall etter utskriving. Prosjektet kombinerer PREMs og PROMs i et longitudinelt opplegg og utvikler kortere, validerte spørreskjemaer, oversettelser til polsk versjon og nye mål for erfaringer med oppfølging, samhandling og tjenester etter utskriving. Datainnsamlingen kobles med opplysninger fra Norsk pasientregister og muliggjør analyser av representativitet, frafall og forskjeller mellom pasientgrupper. Arbeidet omfatter psykometriske analyser, kvalitative metoder, brukerinvolvering og testing av nye datainnsamlingsprosedyrer. Prosjektet har blant annet dokumentert validiteten til eksisterende PREMs og WHO-5, utviklet kortversjoner av pasienterfaringskjemaer og undersøkt erfaringer blant pasienter med innvandrerbakgrunn. Pågående studier analyserer oppfølging etter utskriving og endringer i erfaringer og utfall over tid. Målet er mer relevante, inkluderende og anvendelige data for kvalitetsforbedring og helsetjenesteforskning i Norge.

6.4 Innvandrere og pasienterfaringer

Norsk og internasjonal litteratur indikerer at innvandrere bruker helsetjenester for psykiske lidelser mindre enn resten av befolkningen, tross større sykdomsbyrde. Det kan være ulike barrierer til bruk av disse tjenestene, inkludert at kvaliteten på tjenestene kan oppleves som dårlig. Vi vet lite om innvanderes erfaringer med psykiatri og rusbehandling, hvorvidt og på hvilke områder de opplever disse som nyttige og gode og hvor det er trengs forbedring. I PRQMs-MAS-prosjektet har vi undersøkt hvordan vi kan legge til rette for å få vite mer om hvilke erfaringer innvandrere i Norge har med psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling både under innleggelse og i tiden etterpå. Analyser av innsamlede data indikerer at innvandrere ikke nødvendigvis opplever tjenestene som dårligere enn andre, men at de opplever utfordringer med kommunikasjon og språk, og forståelse og tilrettelegging i forhold til egen kultur.

6.5 Puls – en regional pasienterfaringsundersøkelse for kontinuerlig kvalitetsforbedring

Helse Sør-Øst utvikler Puls, en felles regional pasienterfaringsundersøkelse (PREM) for spesialisthelsetjenesten. Formålet er å etablere systematisk og tidsnær måling av pasientenes erfaringer som grunnlag for lokalt og regionalt kvalitetsforbedringsarbeid. Pasienter inviteres automatisk via SMS etter kontakt med helsetjenesten og rapporterer blant annet erfaringer med møte med helsepersonell, informasjon, involvering og trygghet.

Løsningen er pilotert ved fire helseforetak innen somatikk og psykisk helse/rus. Pilotdata brukes nå til validering og videreutvikling av spørreskjemaet, inkludert vurdering av psykometriske egenskaper, svarskala og reduksjon av antall spørsmål. Parallelt utvikles rapporteringsløsning og støtte for systematisk bruk av resultatene i kvalitetsforbedring. Videre arbeid omfatter også KI-støttet analyse av fritekstsvar. Puls planlegges rullet ut regionalt fra 2027 og skal videreutvikles basert på data og erfaringer fra implementeringen.

Navneregister

Foredragsholdere med sidetall for abstractet. Navn i organiserte sesjoner viser til sesjonens startside.

A

Aas, Eline 19
Adil, Yasin 34
Alfarah, Mirey 30
Angelsen, Villy 58
Anthun, Kirsti Sarheim 22, 51
Antypas, Konstantinos 26
Ariansen, Hilde 8
Askedal, Kirsti 40, 62

B

Bakke, Therese Høydahl 30
Berggaard, Nina 23
Bjerk, Maria 20
Bjertnæs, Øyvind A. 63
Borge, Christine Råheim 3
Braathen, Stine Hellum 6

D

Danielsen, Kirsten 23
Deilkås, Ellen Tveter 38
deLinde, Astrid 14

E

Egeland, Karina 20
Elden, Odd Eirik 33
Ellingsen-Dalskau, Lina 63

F

Fossum, Guro H. 6
Fossum, Mariann 43

G

Garner, Siri Vimo 54
Godager, Geir 17
Granås, Anne Gerd 10
Grøttingen, Maja 17
Gullslett, Monika K. 56
Gustad, Lise Tuset 42
Gyawali, Sanjay 39

H

Hagen, Terje P. 18
Hamre, Kristin Mork 4
Hansen, Michael Rygaard 43
Hart, Rannveig K. 14
Henkel, Pia 12
Hestevik, Christine Hillestad 59
Heupink, Lieke Fleur 13
Holen, Mari 54
Hollung, Sandra Julsen 36
Holten, Aleksander R. 6
Horst, Annalena 11
Hussaini, Lema 14
Häikiö, Kristin 57
Høyem, Audhild 50

I

Iversen, Bjørn 6
Iversen, Tor 18

J

Johannessen, Ingeborg 5
Jøsendal, Anette Vik 40

K

Kaspersen, Silje L. 49
Kienlin, Simone M. 63
Kjøllesdal, Marte 63
Klepaker, Ingrid Volden 59
Kleppe, Hedda 8
Ko, Hayley Manalang 35
Kraus, Anne Martina 48
Krogstad, Tonje 30
Kvist, Beate 13
Kvæl, Linda Aimée Hartford 60

L

Laird, Tonje S. 6
Lana, Rebecca 12
Lea, Marianne 9
Leonardsen, Ann-Chatrin Linqvist 34
Lium, Marius 47
Lizardi, Eduardo Alberto Ramirez 47
Losada-Florian, Diego 43
Lunde, Lene 62

M

Mathiesen, Liv 10
Meisingset, Ingebrigt 25
Moezzi, Melody 29
Myrli, Tone Rian 52

N

Nilsen, Marianne K. 41
Nogva, Inga H 41
Norheim, Gunnstein 6
Norvoll, Reidun 54
Nygård, Karin 6
Nystrøm, Vivian 35
Nyttingnes, Olav 56
Nøren, Oscar Marius 48

O

Onarheim, Kristine Husøy 25

P

Persico, Chiara 14
Pettersen, Sissel 26

R

Rand, Kim 14
Rocca, Elena 41
Roset, Kristina 55
Rotevatn, Torill Alise 14, 53
Rotvold, Gunn Hilde 21

S

Samnøy, Lotte Gunnerud 54
Sand, Kari 52
Skjærpe, Jorunn Nærland 24

Skyrud, Katrine 46
Sletvold, Hege 30
Slåtsveen, Ruth-Ellen 22
Smedberg, Janne 9
Solbrække, Kari Nyheim 54
Sommerstad, Cecilie 37
Storset, Lilja S. 63
Strand, Marte-Mari Uhlen 27
Stray, Karoline 51
Svartrud, Anne-Lene Sand 60
Syse, Elise Rosenvinge 23
Sæthre, Helene 28
Sætra, Ragnhild 53
Sødal, Anne Thea Tveit 28

T

Tang, Marianne Lomheim 5

Tangen, Torbjørn 37
Thaulow, Kristin 55
Theisen, Ole Rasmus 29
Thoresen, Lisbeth 54
Thygesen, Elin 43
Tvete, Ingunn Fride 39

V

Veenstra, Marijke 4
Værnø, Susanne 49

W

Waaseth, Marit 30

Ø

Øien, Henning 19
Østensen, Inger 54
Østerås, Nina 61