

Abstractbok

Den 3. nasjonale konferansen i helsetjenesteforskning

12. – 13. mars 2019



Scandic Nidelven hotell, Trondheim

Tirsdag 12. mars

Parallellsesjon 1

Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling

Line Melby og Trond Tjerbo

Workload in general practice – a qualitative study from Norway

Ellen Rabben Svedahl, Kristine Pape, Marlen Toch-Marquardt, Lena Janita Skarshaug, Silje-Lill Kaspersen, Johan Håkon Bjørngaard, Bjarne Austad

Background:

General practitioners (GPs) play a key role in securing and coordinating appropriate use of health care services. Historically, European GPs have had high job satisfaction, attributed to high autonomy and compatibility with family life. However, trends of increasing workload in general practice is now seen in several European countries including Norway, leading to recruitment problems and concerns about both the GPs' and the patients' wellbeing.

Aim:

This qualitative interview study with GPs and their co-workers, aims to explore their perception of the causes and consequences of workload in Norwegian general practice.

Methods:

We conducted 7 focus groups and 4 individual interviews with GPs and their co-workers in Mid-Norway. Our study population included 23 GPs and 10 co-workers (21 females and 12 males). The interviews were analysed using systematic text condensation.

Results:

The analysis identified three main themes: 1) Increasing workload – fluctuations or trend?; 2) Causes of high workload; 3) Consequences of high workload. Our findings show that both GPs and their co-workers experience workload as increasing. They addressed multiple causes for this; the most frequently mentioned being the transfer of tasks from secondary care, as a result of new Norwegian legislations. Changes in society, both in patients' expectations and help seeking behaviour, and the higher need for documentation, were perceived as important causes. Most of the participants agreed that high workload had a negative impact on their practice, and many expressed concerns for the future in regard to patient safety, their own health and motivation, and the recruitment of new GPs.

Conclusions:

This study sheds light on the perceived mechanisms of high workload for GPs and their co-workers in Norway. A unifying feature of the participants' responses is an experience of increasingly high workload, where current conditions are not sustainable.

Factors predicting access to post-acute inpatient rehabilitation following stroke

AS Labberton, OM Rønning, B Thommessen, M Barra

Background:

Stroke survivors often have persisting deficits requiring complex rehabilitation after the acute phase. Access to post-acute inpatient rehabilitation varies from country to country, and inequities in access have been reported, which may affect patient outcomes. Selection of patients for post-acute rehabilitation has previously been described as subjective.

Aim:

To identify patient, disease, and service-related factors predictive of accessing post-acute inpatient rehabilitation after having a stroke.

Methods:

Data from consecutive stroke patients discharged alive from a large university hospital in 2012 – 2013 were used to construct multivariable, logistic regression models to predict the dichotomous outcome “accessing post-acute inpatient rehabilitation”. The Bayesian information criterion was used for model selection.

Results & Conclusion:

754 patients were included in the analysis with a mean age of 72.7 years and 55.8% were male. Factors included in the final model, and all independently predicting access to inpatient rehabilitation, were younger age, stroke severity at admission (category moderate stroke most likely), and having an assessment by physiotherapy, occupational therapy or speech therapy. Model discrimination was acceptable (area under the operator receiver characteristic curve = 0.77). Two variables were omitted from the model as they perfectly predicted not accessing inpatient rehabilitation (not being independently mobile pre-stroke and living in a nursing home). Results from additional sub-analyses will also be presented.

The results suggest that the most important factors predicting access to post-acute inpatient rehabilitation following stroke are pre-morbid mobility and place of living, and that patients who are younger, have had moderate strokes, and have received physiotherapy, occupational therapy or speech therapy assessments are more likely to access inpatient rehabilitation at this hospital.

Optimeringsbasert beslutningsstøtte for tidsplanlegging av utredning i BUP

Martine Helene Rønneberg, Ingrid Ødegård, Henrik Andersson, Bjørn Nygreen, Anders N. Gullhav

Innføringen av pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge stiller strengere krav til innhold og forløpstider, blant annet tid fra første fremmøte til klinisk beslutning etter utredning. For Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved St. Olavs hospital betyr dette en halvering av utredningstiden i forhold til dagens praksis.

Formålet med dette prosjektet er å utvikle en prototype på et beslutningsstøtteverktøy ved poliklinikkene i BUP når utredningen av nyhenviste pasienter skal tidsplanlegges, dvs. når en serie av utredningskonsultasjoner, tester og tverrfaglige behandlermøter skal bookes.

Vi har utviklet en matematisk optimeringsmodell som representerer tidsplanleggingsproblemet. Hver pasient som skal utredes krever en mengde aktiviteter gjennomført, blant annet konsultasjoner, tester og tverrfaglige behandlermøter, før diagnose kan settes. Mengden aktiviteter som kreves er satt basert på henvisningen, og er input til modellen. Aktivitetene kan ha rekkefølgekrav og krever ulike ressurser, både behandlere med gitt kompetanse og rom. I tillegg tar modellen hensyn til ventetidskrav og pakkeforløpenes krav om maksimal utredningstid.

Bruk av optimeringsmodellen er testet i en simulert virkelighet hvor data fra en poliklinikk ved St. Olavs hospital er benyttet for å lage realistiske case. Utredningsplaner for utvalgte diagnoser, blant annet ADHD, er benyttet for å spesifisere aktivitetene som kreves i utredningen. Data om antall ukentlige henvisninger for de samme diagnosene er benyttet for å simulere en realistisk strøm av henvisninger, og data om personellressurser og rom er benyttet for å simulere realistiske kapasitetsbegrensninger. Resultatene fra simuleringseksperimentene demonstrerer potensiale for betydelig redusert utredningstid ved å benytte optimeringsmodellen som beslutningsstøtte.

Longitudinal trends in General Practitioners' consultation patterns for participants in the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT3) with and without high blood pressure or common mental disorders.

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

Background:

An aging and more medically complex population, a shift of responsibilities from secondary to primary health care, combined with increased public expectations about health and health services, are all factors claimed to increase General Practitioners' (GPs') workload. Whether these changes influence the patients' consultation patterns and the care provided by their GPs are unknown.

Aims and objectives:

Investigate trends in GP consultation patterns and importance of the regular GP over the last ten years for people in the general population according to their health status (hypertension and common mental disorders).

Method and data:

Prospective cohort study, linking survey data and clinical measurements from the HUNT3 study (2006-2008) with national administrative data on GP list assignment and consultations with GP services, available from the Norwegian Directorate of Health. Participants were grouped according to their baseline status (HUNT3) of disease and/or risk regarding 1) hypertension and 2) common mental disorders. We registered GP-consultations from 2007 to 2017 and used general estimating equation (GEE) models to predict the level of GP consultations per month/year during follow-up for the different disease/risk groups and for different age cohorts. We use multilevel models with participants nested in their assigned regular GP to calculate GP level intraclass correlation coefficients (ICC) for different groups over time in order to assess how important the individual GP is for patients in providing care and follow-up.

Results/conclusion:

The study population comprised 47,711 HUNT3 participants registered with 102 different GPs in Nord Trøndelag County in 2007.

We will present estimated proportions with monthly consultations with regular GPs during the period 2007-2017 for the defined groups reflecting baseline risk/disease status for 1) hypertension and 2) common mental disorders. We will also present measures of variance at the GP level across patient groups and time.

‘Shared Care’. Erfaringer med en ny samhandlingsmodell for behandling av moderate psykiske lidelser

Jorun Rugkåsa, Ole Gunnar Tveit, Julie Berteig, Ajmal Hussain, Torleif Ruud

Bakgrunn:

Til tross for økt politisk fokus på samhandling finnes lite kunnskap om ‘hva som virker’ med hensyn til integrasjon og samhandling mellom kommune- og spesialisttjenester for den store gruppen pasienter med milde til moderate psykiske lidelser som primært får hjelp hos fastlegen. ‘Shared Care’-modellen er utviklet i Hamilton, Canada hvor den med suksess har vært brukt i 20 år for å hjelpe nettopp denne pasientgruppa. Vi adapterte og testet modellen i en klynge-RCT. Tre fastlegekontor i Groruddalen, Oslo ble på tilfeldig grunnlag trukket til å prøve ut modellen i samarbeid med DPS Groruddalen og bydelene, og tre sentre ble kontrollert. Modellen innebærer at en psykolog arbeider ved legesenteret i 50 % og en psykiater i 10 %. Disse deltar i utredning og pasientbehandling, gir veiledning og råd i konkrete saker og har løpende kontakt med bydelens helse- og sosialtjenester.

Formål:

For en slik modellimplementering kan faktorer på mikronivå være avgjørende for dens effekt. For eksempel kan det for behandlere være utfordrende å endre arbeidsmåter og å jobbe på tvers av tjenester/nivå. Pasienter kan erfare endringer i kontinuiteten mellom tjenestene og i hvordan de føler seg ivaretatt. Disse perspektivene er fokuset for den kvalitative delstudien som presenteres her.

Metode:

Vi gjennomførte semi-strukturerte dybde-intervjuer med 11 pasienter, 6 DPS-ansatte og 7 fastleger. Oversiktsanalyser identifiserte gjennomgående temaer som ble brukt til å kode alle tre datasettene. Analysen har både induktive og deduktive dimensjoner.

Resultat/konklusjon:

Funnene presenteres i tre deler: (i) Bedre og kortere pasientforløp (ii) Potensialet for forbedret samhandling (iii) Rammebetingelsenes begrensninger for modellens bærekraft

Helse- og omsorgstjenestens nye landskap – betydning for hjemmetjenestens arbeid?

*Ragnhild Hellesø^{1,3)}, Line Melby^{2,3)}, Aud Obstfelder^{3,1)} Medisinsk Fakultet, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, ²⁾ Sintef, avdeling Helse ³⁾ Senter for omsorgsforskning, NTNU i Gjøvik
Kontaktadresse: ragnhild.helleso@medisin.uio.no*

Bakgrunn:

I helsetjenesten skjer det store endringer som har betydning for både pasienter og ansatte. Vi ser nå at det trer fram et nytt "helselandskap" hvor tjenester gis andre steder og på andre måter enn tidligere. Flere får - og skal få - hjelp der de bor. Vi har begrenset kunnskap om hvilke konsekvenser endringene har for helsepersonells arbeid.

Formål: Hensikten er å beskrive endringer i hjemmesykepleiens arbeid generelt og deres organisatoriske arbeid spesielt.

Metode:

Vi har observasjoner fra 97 hjemmebesøk hos pasienter som mottar helsehjelp i hjemmet og har intervjuet til sammen 35 hjemmesykepleiere i to studier. I analysen har vi spesielt sett på hvordan de involverte beskriver endringer i pasientenes behov og implikasjoner endringene har for samhandling med andre helsepersonellgrupper. Teoretisk bygger vi på Allens perspektiver om organiseringsarbeid.

Resultat og konklusjon:

De ansatte i hjemmesykepleien beskriver at pasientene har endret seg. De skrives ut tidligere fra sykehus og har flere sykdommer, noe som krever at de samarbeider med flere og andre aktører i dag, sammenliknet med tidligere. Organiseringsarbeidet betyr at de forhandler med mange utenfor pasientens hjem, både innad i kommunen og med sykehusene. Hjemmesykepleierne får en sentral rolle i koordineringen (av tjenester) rundt pasienten. Hjemmetjenestens arbeid har blitt mer avansert og de tar hånd om pasienter som bare for få år siden var innlagt i sykehus. For å gi forsvarlig og tilpasset helsehjelp i hjemmet – viser studien vår – ar de ansatte må ha dobbeltkompetanse. De må både ha avansert kompetanse til å håndtere sammensatte kliniske problemstillinger og samtidig ha samhandlings- og koordineringskompetanse.

Tirsdag 12. mars

Parallellsesjon 2

Digitalisering av pasientforløpet

Sigrid Nakrem og Tove Klæboe Nilsen

Digitalisering av pasientstyrt oppfølging av revmatologisk sykdom (PORS). English title: "Digitalizing patient-initiated control consultations at the Rheumatology Department"

Schultz, J. S., Rødevand, E., Skomsvoll, J. & Grønning, K.

The purpose of this study is to evaluate the impact, from an organizational perspective, the impact that the new method "patient-initiated control appointments" (PICA) has on reducing the amount of control consultations for Rheumatologist's workload, reducing waiting time for newly referred patients, and patient's efficacy in managing their own treatment.

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, variable disease, which requires long-term follow-up appointments. Traditionally, patients with RA require regular follow-up appointments, approximately every 3 to 6 months; this means patients are seldom completely discharged. For healthcare services, when analyzing logistics and capacity, the input (referrals) should be equal to the output (discharges), while maintaining appropriate throughput limits. However, when patients aren't discharged, this has a direct impact the amount (and waiting times) of new referrals a department can handle. This traditional system of regular follow-up appointments, over the lifetime of a patient, can account for nearly 75% of a rheumatologist's workload, leaving merely 25% of their time available for treating new patients. This has forced Rheumatology departments to think new or differently about how they can have control appointments for their chronic patients. This is why and how PICA has surfaced.

However, there are gaps in existing literature. Prior studies have not conducted a longitudinal study of the 1) organizational impact this new method has on waiting times for newly referred patients, 2) the reduction in the amount of control consultations for rheumatologists' workload, and 3) effect on patients' efficacy in managing their own treatment.

Preliminary results show that 1) waiting times have been reduced nearly 50 % for newly referred patients, with a similar 2) 50 % reduction in amount of control appointments, and 3) patients report equal or higher level of quality of care, and higher levels self-efficacy, especially when they are given digital tools to help them better manage their own treatment.

Implementering av e-helseløsninger for pasienter med kronisk sykdom - Review av implementeringsstrategier

Cecilie Varsi, Lise Solberg Nes, Ólöf Birna Kristjánsdóttir, Una Stenberg, Heidi A. Zangi, Saskia M. Kelders, Karen Weiss, Audun Stubhaug, Elin Børøsund, Marte Ødegaard, Rikke Aune Asbjørnsen, Marianne Westeng, Eli Synnøve Gjerde, Hilde Eide

Bakgrunn:

Det er økende evidens for at e-helseløsninger har effekt for pasienter med kronisk sykdom, men implementering til klinisk praksis er utfordrende. Bruk av implementeringsstrategier, definert som metoder og tiltak for å støtte implementeringen av et klinisk program eller praksis (Proctor et.al. 2013), kan fremskynde prosessen. En rekke implementeringsstrategier som potensielt kan påvirke implementeringsresultatet er identifisert, f.eks planlegging, opplæring, lederinvolvering, kartlegge barrierer/fasilitatorer, overvåke fremgang etc. Det er imidlertid uklart hvilke strategier som er benyttet ved implementering av e-helseløsninger, og hvilke strategier som er mest effektive for å lykkes med implementeringen.

Hensikt:

Gjennomføre en systematisk realist systematisk litteraturgjennomgang for å kartlegge: (1) Hvilke implementeringsstrategier er benyttet ved implementering av e-helseløsninger for pasienter med kronisk sykdom, og (2) hva er strategienes betydning for implementeringsresultatet.

Metode:

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i de elektroniske databasene MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, SCOPUS og Cochrane. Empiriske studier (2007-2018) ble inkludert hvis de involverte bruk av implementeringsstrategier ved implementering av e-helseløsninger for pasienter med kroniske lidelser. Alle studiedesign ble inkludert. En realist systematisk litteraturgjennomgang (Pawson 2005) ble gjennomført for å kartlegge sammenhengen mellom implementeringsstrategier og implementeringsresultater.

Resultat:

10.480 artikler ble gjennomgått, hvorav 14 møtte inklusjonskriteriene. Disse ble vurdert i henhold til 73 implementeringsstrategier kategorisert under ni domener (Waltz et.al. 2015): Engage consumers, Use evaluative and iterative strategies, Change infrastructure, Adapt and tailor to the context, Develop stakeholder interrelationships, Utilize financial strategies, Support clinicians, Provide interactive assistance, Train and educate stakeholders. Studiene ble også vurdert i henhold til åtte kategoriserte implementeringsresultater (Proctor et.al. 2011): Acceptability, Adoption, Appropriateness, Costs, Feasibility, Fidelity, Penetration, Sustainability.

Diskusjon og konklusjon:

Litteraturgjennomgangen viser at det er gjennomført lite forskning knyttet til implementeringsstrategier benyttet ved implementering av e-helseløsninger for pasienter med kronisk sykdom. Få inkluderte artikler gjør det utfordrende å trekke klare konklusjoner om forholdet mellom implementeringsstrategier og implementeringsresultat.

Barselapp

Alexander Moen, Unn Elin Dahlberg, Eva Helene Iversen

En applikasjon som kan bidra til bedre oppfølging av mor og barn som reiser hjem kort tid etter fødsel. Applikasjonen vil bidra til mer presis og effektiv informasjonsflyt mellom helsepersonell og mor/barn/far/partner. Begge parter kan raskt komme i kontakt med hverandre, spørsmål vil bli avklart tidligere, vurderinger av behov vil bli av høyere kvalitet og behov kan dekkes raskere. Tidsbesparende, kvalitetshevende og ikke minst: det skaper mer trygghet for bruker og faglig personell. Eksempelvis kan mor/far/partner sende inn spørsmål og/eller små videosnutter som jordmor kan vurdere. Dette vil redusere behovet for hjemmebesøk og/eller timer på sykehusets ammeopplikk, viser studier utført i Danmark (Holm et. al. 2017).

Fødeavdelingen ved St. Olavs hospital har opprettet et hjemmebasert tilbud til friske kvinner med friske nyfødte bosatt i Trondheim kommune. Mor og barn som reiser hjem i løpet av det første døgnet etter fødsel, vil få tilbud om barseloppfølging med hjemmebesøk av jordmor fra fødeavdelingen. Oppfølging i den tidlige barseltiden skal fungere som en sikkerhet for at risikofaktorer for mor- og barns helse fanges opp og behandles. I tillegg innebærer oppfølgingen veiledning og støtte til foreldre. Opplevelsen av trygghet er viktig for å kunne mestre omstillingen som ansvaret for et nyfødt barn fører med seg.

Hensikten er å tilby bedre pasientsikkerhet og bedre kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsredskapet vil også kunne gi tidsbesparelse for helsepersonell og færre hjemmebesøk/ besøk i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til å gi bedre kommunikasjon mellom bruker og helsetjeneste vil løsningen også bli en tilgjengelig informasjonsbase inn mot dagens brukere.

Formålet er å utvikle en applikasjon som vil være til hjelp for det ambulerende jordmor-teamet og brukere som reiser hjem i løpet av det første døgnet. De som drar fra sykehuset vil kunne opprette en dialog med det ambulerende teamet og få svar via applikasjonen eller et ekstra hjemmebesøk av teamet. Dette vil frigjøre tid hos det øvrige helsepersonellet og bidra til færre henvendelser til avdelingen, noe som igjen kan bety færre konsultasjoner og reinnleggelser. Brukerne får rask veiledning og behandling, noe som igjen kan redusere antall hjemmebesøk.

Forventet resultat:

- Økt produktivitet
- Bedre utnyttelse av kompetanse / helsepersonalets tid
- Bedre arbeidsflyt for helsepersonellet
- Raskere tilbakemelding til brukerne
- Reduksjon i antall hjemmebesøk
- Større trygghetsfølelse hos brukere

Bruk av elektronisk dokumentasjon ved pasientoverføringer etter kirurgi

Reine, Elizabeth, Ræder, J., Rustøen, T & Aase, K

Dette innlegget vil være presentasjon av foreløpige resultat fra en pågående studie. I studien observeres verbal rapport, dokumentasjon, pasientens tilstand og oppgaver som gjennomføres når en nyoperert pasient skal forflyttes fra operasjonsavdelingen til postoperative enheter. Fremlegget vil først og fremst handle om data fra studien som er knyttet til elektronisk dokumentasjon, og hvordan den brukes til å understøtte behandling og pleie i tidlig postoperativ fase av et kirurgisk pasientforløp.

Bakgrunn:

Pasientforflytning mellom ulike avdelinger innenfor sykehus representerer sårbarhet på grunn av utfordringer med samhandling og kommunikasjon. Pasienter som transporteres fra operasjonsavdelingen til postoperativ enhet etter kirurgi er spesielt sårbare siden de trenger kontinuerlig overvåking av vitale funksjoner samtidig som informasjons- og ansvarsoverføring skal skje. Denne studien er en observasjons-studie av informasjonsoverføring, oppgaver og pasientens tilstand ved postoperative pasientoverføringer.

Formål:

- 1) Kartlegge faktorer som påvirker kvalitet ved postoperative pasientoverføringer.
- 2) Utforske hvordan det elektroniske dokumentasjonssystemet understøtter informasjonsoverføring og pasientrelaterte oppgaver ved postoperative pasientoverføringer.

Metode:

Observasjons-studie med kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Totalt 100 pasienter skal inkluderes i studien. De kvantitative data innhentes ved å bruke et tidligere validert instrument (1) og de kvalitative data innhentes ved bruk av observasjonsguide.

Resultat:

Frem til januar 2019 så er 80 av 100 pasienter er inkludert i studien. Foreløpige resultat viser at muntlig rapport fra teamet som leverer pasienten vektlegges i pasientoverføringen. Postoperativ sykepleiere gir også uttrykk for at de ønsker en strukturert verbal rapport om pasienten. I de fleste av observasjonene som er gjennomført så har elektronisk dokumentasjon i liten grad blitt brukt aktivt til å understøtte den verbale rapporten. Det er også variabelt i hvilken grad postoperative beskjeder og forordninger er dokumentert i det elektroniske dokumentasjonssystemet.

- 1) Nagpal et al (2011). Evaluation of postoperative handover using a tool to assess information transfer and teamwork. *Annals of Surgery*, 253 (4):831-837.

«Så lenge mutter'n har det bra ...». En kvalitativ studie om pårørendes erfaringer og holdninger til digitalt tilsyn

Monika Knudsen Gullslett, Førsteamanuensis PhD, USN Janne Dugstad, stipendiat, USN Etty Ragnhild Nilsen, Førsteamanuensis PhD, USN

Bakgrunn:

Digitalisering og velferdsteknologi er viktige elementer når det gjelder utvikling av fremtidens helsetjenester. Det er sentralt både i politiske føringer og i forskning igangsatt av nasjonale aktører. I denne studien undersøkes kommuner der ulike typer velferdsteknologi har blitt implementert. Vi har sett på hva ansatte tjenesteutøvere har erfart om informasjon til pårørende og hvilke holdninger og opplevelser pårørende har knyttet til økt bruk av velferdsteknologi for sine nære eldre med demenslidelser. Videre har det vært sentralt å få frem pårørendes egne erfaringer med og opplevelser når det gjelder bruk av velferdsteknologi. Teknologi som er undersøkt i studien er innendørs alarmer knyttet til å spore personer som vandrer, fukt i seng og sensorer for å unngå at personer blir liggende etter fall. Den inkluderer også erfaringer med bruk av GPS.

Metode:

Studien er en del av forskningsprosjektet Digitalt tilsyn som har vært gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Sørøst-Norge og Universitetet i Agder, 9 kommuner og teknologiutviklere/leverandører. Det er gjennomført kvalitative dybdeintervju med ansatte i kommunene og med pårørende, nærmere bestemt voksne barn av personer med demenslidelser som har tatt i bruk ulike typer velferdsteknologi gjennom prosjektet.

Funn/implikasjoner:

«så lenge mutter'n har det bra», er det en av informantene som sier og dette er noe som går igjen i datamaterialet. De pårørende er ikke så opptatt av selve teknologien, men at hverdagen fungerer. Pårørende vektlegger særlig at de har behov for konkret informasjon om hvilken teknologi som tas i bruk og at opplæring av både ansatte, brukere og pårørende er viktig. Funnene viser en positiv forventning til det å ta i bruk Digitalt tilsyn blant pårørende til personer med demens. Teknologien forventes å ha en god innvirkning på hverdagen både for pårørende og brukere. Det er viktig å gi relevant, riktig og enkel informasjon tilpasset den enkelte bruker.

Tirsdag 12. mars

Parallellsesjon 3

Styring, helsetjenester og helsesystem

Kjartan Sarheim Anthun og Jan Abel Olsen

En sammenlignende studie av innføring av pakkeforløp for kreft i de tre skandinaviske land

Per Magnus Mæhle, m.fl.

I løpet av perioden 2007-2015 ble det etter politisk initiativ innført en modell for standardiserte pasientforløp for kreftpasienter i alle de tre skandinaviske landene (kalt pakkeforløp og standardiserte vårdførlåpp). Innholdet i reformen var i store trekk likeartet og tydelig inspirert av hverandre. Studiene av disse prosessene gir en interessant ramme for å beskrive og forstå denne typen helsepolitisk reform. Data om prosessen er samlet inn gjennom intervju av nøkkelaktører på nasjonalt og regionalt nivå i de tre landene og ved gjennomgang av offisielle dokumenter med tilknytning til prosessene. I analysen har vi identifisert likhetstrekk og forskjeller i tre faser:

- Hvordan erkjennelsen for behovet for denne reformen ble etablert
- Hvordan problemet som skulle løses ble beskrevet og forstått
- Hvordan relevante aktører ble mobilisert for gjennomføring innen og på tvers av landene.

I analysen av likhetstrekk og forskjeller langs disse variablene mellom landene utvikles en modell for forståelse av reformprosessene. Denne diskuteres videre med utgangspunkt i ulike tilnærminger og tidligere forskning innen aktuelle forskningstradisjoner som institusjonell teori, teori om implementering av politikk og teori om utvikling av styring og ledelse i komplekse organisasjoner.

Prosjektet vil bli presentert parallelt med at artikkel er under arbeid, og i presentasjonen vil det bli lagt vekt på dels å teste ut de funnene som framtrer gjennom modellen som beskriver og forklarer likheter og forskjeller og dels teste ut den måten eksisterende forskning brukes på for å drøfte den modellen som er trukket ut av det empiriske materialet.

Hofte- og kneprotese kirurgi - Variasjon i helsetjenesteforbruk og pasientlekkasje sett i nasjonalt og regionalt perspektiv

Hovind, Veronica

Bakgrunn:

Hvert år innsettes det ca. 10.000 hofteproteser og 7.000 kneproteser i Norge. I motsetning til de øvrige regionale helseforetakene, har Helse Nord en stor lekkasje av slike behandlinger til andre helseregioner. I 2016 ble nesten 30 % av primære kneproteser og 26 % av primære hofteproteser utført av sykehus utenfor regionen.

Vi vet ikke hvorfor helseforetakene i nord ligger lavt i operasjonsrater og har så stor pasientlekkasje, og kan dermed ikke si noe om hvilke konsekvenser slik variasjon har for pasientene eller hvordan ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenesten, eller i arbeids- og velferdssektoren påvirkes.

Formål:

Prosjektet skal bidra til å forklare geografisk og uberettiget variasjon i operasjonsrater for hofte- og kneprotese kirurgi mellom helseforetakene i Norge, og især mellom foretakene i nord. Man søker også med prosjektet å finne forklaringer på pasientlekkasje ut av Helse Nord for hofte- og kneprotese kirurgi, samt å forstå hva som påvirker pasientenes valg av behandlingssted.

Metode:

Forskningsspørsmålene planlegges besvart med et mixed-methods sekvensielt design som inneholder to kvantitative delstudier med gjennomgang av registerdata og en (eller to) kvalitative delstudier basert på intervju av pasienter og fokusgrupper med helsepersonell. Studiepopulasjonen er alle pasienter i Norge som i perioden 2014 til 2018 ble operert med innsetting av hofte- og/eller kneprotese, i alt ca. 70.000 pasienter. Prosjektet vil baseres på koblinger av eksisterende registerdata. Både faktorer på pasientnivå samt kontekstuelle faktorer som trekk ved kommuner og helseforetak vil inngå i utvikling av forklaringsmodeller. Det vil også utføres egne datainnsamlinger ved hjelp av strukturerte intervjuguider.

Resultat/konklusjon:

Prosjektet er under utvikling. Dette er ment som en orientering om prosjektet og mulighet for konstruktiv tilbakemelding i initieringsfasen. Man håper at prosjektet skal rette oppmerksomhet mot tjenester hvor det er forbedringspotensial i kvalitet, prioritering og utforming av helsetjenestetilbudet.

Betydningen av reisetid til fastlegen for bruken av fastlegen

Rosanna Johed og Kjetil Telle

Patients with a long travel time to health care tend to utilize the services less than patients close-by. To the extent that this variation is unwarranted, it involves over- or under-utilization and thus excessive costs and possibly deteriorated health.

Using individual-level data of the entire Norwegian population for a decade, we calculate the exact travel time from each inhabitant's home to the office of its assigned general practitioner (GP). First, we confirm that patients with a long travel time visit the GP less than patients living close-by. Second, we estimate the causal effect of travel time on utilization, relying on plausibly exogenous variation in the travel time from improvements in roads over time.

For the general population, we estimate precise zero-effects of travel time on utilization. Though travel time may affect utilization in some patient groups and there may be some substitution away from the GP toward other services (specialists) when roads improve, our preliminary results suggest that further centralization of GP services would have limited impacts on utilization.

Sanntids-prediksjon av pasienter til akuttmottak med data fra AMK

Andreas Asheim, Lars Eide Næss-Pleyrn, Oddvar Uleberg, Jostein Dale, Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen, Sara Marie Nilsen

Bakgrunn:

Akuttmottaket ved St. Olavs hospital har jobbet målrettet med tilpasset respons for perioder med høy tilstrømning. Selv om det finnes mange prediksjonsmodeller som kan predikere ankomster basert på tidspunkt er disse lite presise over korte tids-spenn. Ved St. Olavs hospital er noe data fra AMK-sentralen tilgjengelig, og kan å integreres i prediksjonsmodeller for å bedre presisjon over korte tids-spenn.

Formål:

Å utvikle en prediksjonsmodell som gir sanntidsinformasjon om antall forventede pasientankomster innen en, to og tre timer. Modellen skal kunne brukes til å gi bedre oversikt, slik at akuttmottaket kan respondere tidnok på travle situasjoner.

Metode:

Vi lagde en prediksjonsmodell basert på Poisson-regresjon med kontinuerlige tidsvariabler. Tid fra pasienten ble meldt fra AMK til ankomst i akuttmottaket ble modellert som en tidsvarierende hasard-funksjon. Modellen ble tilpasset alle 168 182 ankomster ved St. Olavs Hospital mellom 2010 og 2017 og validert på alle 23 757 ankomster i 2018.

Resultat/konklusjon:

Bruk av data fra AMK minket gjennomsnittlig absolutt prediksjonsfeil med seks prosentpoeng på en times horisont. Ved å ta med tidspunkt for melding av pasient fikk vi en nær dobling av presisjon i perioder med høy tilstrømning.

Severity as a priority setting criterion—setting a challenging research agenda

Mathias Barra, Mari Broqvist, Erik Gustavsson, Martin Henriksson, Niklas Juth, Lars Sandman, Carl Tollef Solberg

In the wake of the International Society on Priorities in Health (ISPH) conference in Linköping, Sweden, in September 2018, five of the authors of this article (MBa, MBr, MH, NJ, LS) met in Stockholm to discuss severity of ill health conditions in a priority setting context. The meeting shared a concern about the concept of severity as a priority setting criterion being underdeveloped, despite its frequent use in the scholarly literature, in policy documents, and in real-life priority setting. In this paper we will argue that the concept of severity can be viewed as a multidimensional concept, drawing up research questions related to concepts like need, urgency, fairness, social consequences, mortality versus morbidity, and human dignity. Such concerns will often be relative to local mores, and the relative weighting placed on the various dimensions cannot be expected to be fixed. At the same time, a Scandinavian perspective on severity might be conducive to the international discussion, given its long-standing use as a priority setting criterion, despite having reached rather different conclusions so far.

Our paper is structured as follows: first we give a brief history of the path to today's severity criteria in Norway and Sweden. We next give a coarse taxonomy over the identified ethical principles and concerns that have been the underpinnings for severity in the two countries. Thirdly, we present what we think are the most pertinent questions to answer about severity in order to facilitate better decision making in the coming years of increased scarcity. Here, better, refers to both better founded in ethical principles, but also to better anchored in public preferences, and better aligned with legal requirements for the provision of health care.

We conclude that severity is poorly understood, and that the topic needs substantial further inquiry.

Tirsdag 12. mars

Parallellsesjon 4

Behov og brukermedvirkning

Marian Ådnanes og Jorun Rugkåsa

Family Carers' Contributions to Care and their Interactions with Health Services - from the Perspective of Carers of Older People with Dementia

Kristin Häikiö, Mette Sagbakken, Jorun Rugkåsa

Background:

Dementia is a main reason for disability among older people and constitutes a concern for future health services. The number of people with dementia (PWD) in Norway and internationally is expected to double within decades due to prolonged life expectancy and medical advances. The family carers (FCs) are important contributors to care and are often interacting with health services in order to organize the care for their care-recipient. In political documents, the role of FCs as contributors to care is becoming increasingly important, and user involvement is often highlighted, but little is known about the FCs perspectives on, and contribution to health services.

Aim: To explore carers' perspectives on, contributions to, and interactions with multiple health care services to older people with dementia.

Method:

This is an explorative, qualitative study conducted in Norway, using in-dept-interviews with FCs of older PWD. 23 FCs were interviewed, using an open and flexible topicguide. Interviews were transcribed verbatim, coded with the NVIVO v.11 computer software, and analyzed inspired by a phenomenological hermeneutic approach in order to describe participants experiences and perspectives, interpreted in light of theory and empiric data.

Results:

FCs contribute extensively to prevent harm to the PWD. Four types of harm were identified and presented as: physical, economical, emotional and social harm. FCs' contribution to avoid harm may unintentionally conceal the scope of care-needs to health professionals.

Conclusion:

The contribution to care from family carers goes beyond what is offered from health services. The result of their contribution may be a better and safer environment for the person with dementia, but the concealment of needs may complicate the interaction between family carers and health services and increase patient risk. Health professionals need to be aware and sensitive of this phenomenon in order to contribute to high quality and effective health services.

A checklist for reporting evidence-based information about the effects of interventions

Signe Flottorp, Atle Fretheim, Claire Glenton, Simon Lewin, Andrew D. Oxman, Sarah Rosenbaum (listed alphabetically)

Background:

Patients and the public, health professionals and policymakers need access to information about the effects of interventions to make informed decisions about healthcare. For decisions to be well-informed, that information should be based on the best available research evidence. For the information to be useful, people need to be able to understand it. The aim of this checklist is to provide guidance to producers of evidence-based information about the effects of interventions intended to inform decisions about healthcare.

Methods:

We reviewed research evidence relevant to communicating evidence-based information about the effects of interventions to inform the development of this checklist. We used an iterative, informal consensus process to synthesize our recommendations, based on our own experience and research, and on our review of the literature. After agreeing on a set of recommendations, we compared these to recommendations made by others. We sought structured feedback from people with relevant expertise, including people who prepare information about the effects of interventions for the public, health professionals, or policymakers.

Results:

We produced a checklist with ten recommendations. Three recommendations are about making it easy to quickly determine the relevance of the information and find the key messages. Five recommendations are about helping the reader understand the size of effects and how sure we are about those estimates. Two recommendations are about helping the reader put information about intervention effects in context, and to understand why the information is trustworthy.

Conclusion:

These ten recommendations summarise lessons we have learned from our review of the literature and our experience over the past 20 to 30 years developing and evaluating ways of helping people to make well-informed decisions by making research evidence more accessible to them. We welcome feedback for how to improve our advice.

Exploring the potential for the use of virtual reality technology in the treatment of severe mental illness in adults in Mid-Norway through collaborative research between clinicians and researchers

Solveig Osborg Ose, Hilde Færevik, Jannike Kaasbøll, Kristin Thaulow, Martin Lindgren, Stig Antonsen and Olav Burkeland

Introduction:

Virtual reality (VR) technology is not currently used as a treatment for severe mental health illness in Norway. We wanted to explore its potential in this capacity through collaborative research between clinicians and researchers.

Method:

A collaborative research team was established, comprising researchers, the manager at a district psychiatric centre and the manager of the local municipal mental health service. An all-day workshop with eight clinicians, four from specialist mental health services and four from municipal mental health services, was conducted. The clinicians watched three different VR movies and after each one, answered predefined questions designed to catch their immediate thoughts about VR's potential use in clinical practice. At the end of the workshop, two focus group interviews, each with four clinicians from each service level, were conducted.

Results:

VR technology in specialist services might be a new tool for the treatment of conditions currently considered untreatable. In municipal mental health services, VR might particularly be useful in systematic social training that would otherwise take a very long time to complete.

Conclusion:

We found substantial potential for the use of VR in the treatment of severe mental health illness in specialist and municipal mental health services. One of the uses of VR technology with the greatest potential was in helping individuals who had isolated themselves and needed training in social skills and everyday activity to enable them to have more active social lives. VR could also be used to simulate severe mental illness to provide a better understanding of how the person suffering from severe mental illness experiences their situation.

Keywords:

Virtual reality, severe mental illness, collaborative research, technology.

Self-Management of Cystic Fibrosis: User experiences from a mobile health intervention

Jacqueline Floch, Thomas Vilarinho, Erlend Stav and Peter Halland Haro

Background:

Despite numerous clinical trials aiming at evaluating digital technology for the self-management of chronic diseases, there is little discussion about the user experiences from using the technology. Understanding experiences can inform the design of solutions.

Objective:

Our research relates to the self-management of cystic fibrosis (CF). Self-management enfold the idea that patients in close collaboration with health care professionals (HCPs) gain enough knowledge about the disease and its treatment to carry the treatment well. Therefore, our research targets both those affected by CF and HCPs. Following a User-Centred Design approach, we have developed digital support with focus on gastro-intestinal concerns. The solution consists of a mobile app for patients and parents, and a professional web tool (PWT) for HCPs. The solution was evaluated in a 6-months clinical trial in five European countries. Our research address two questions: 1) How do the digital features and the usage context affect the user experience of the proposed approach? 2) What are the perceived benefits and downsides?

Methods:

Data were collected through 42 semi-structured interviews involving patients, parents, and HCPs in six CF centres. Additionally, data were collected through questionnaires embedded in the app.

Results:

Most trial participants perceived the app useful, especially the features for enzyme calculation and nutrition management, and were able to rapidly increase self-efficacy. Parents of young children and young teenagers taking responsibility for the disease benefited most. Also, patients in a stable clinical status discovered a need to adjust their treatment. Using the app was found to have impact on knowledge, confidence, compliance, nutritional habits, health, quality of life and interaction with HCPs. Guidelines and support from HCPs are essential for a correct and efficient use of the app. As for the PWT, a more accurate nutritional status shared by patients allow dieticians to give better advices.

Digitale hjelpetjenester for ungdom: Hvordan kan flere ungdommer få hjelp hos chat-, svar og telefon-tjenester? En del av Helsedirektoratets DIGI-UNG-prosjekt

Kari Sand, Eva Lassemo, Thomas Vilarinho, Carlijn Vis, Anita Das og Line Melby

Bakgrunn:

I chat- og telefontjenester for ungdom, som Kors på Halsen, Ungdomstelefonen og SnakkOmMobbing.no, er det samtalen i seg selv er verktøyet for å hjelpe ungdommene. Gjennom samtalen kan ungdommene få mulighet til å sette ord på hendelser og følelser de aldri har snakket med noen om før, få bekreftelse på sine følelser og reaksjoner, hjelp til å føle seg bedre og/eller til å ta neste steg mot en bedre hverdag. En utfordring hos noen slike tjenester er et stort antall ubesvarte henvendelser. Det er behov for løsninger slik at flere henvendelser blir besvart.

Formål:

Å evaluere hva som fungerer bra og mindre bra ved tolv digitale samtale-tjenester for ungdom.

Metode:

En bred evaluering vha. ulike metoder (intervju, workshops, survey og innsamlet bruksstatistikk) ble gjennomført. Resultatene i denne presentasjonen er basert på intervjuene. Individuelle telefonintervju med leder/ansvarlig for hver tjeneste (n=14) og gruppeintervju med svarere i fire utvalgte tjenester (to med frivillige svarere og to med ansatte fagpersoner) (n=15). To forskere deltok i alle intervjuene. Det ble gjort notater av telefonintervjuene og lydopptak av gruppeintervjuene. Notater og transkripsjoner ble kombinert og analysert vha. kvalitativ tematisk analyse.

Resultater/konklusjon:

Intervjuanalysene avdekket flere tiltak og ideer som kan bidra til at tjenestene får besvart flere henvendelser og samtidig tilby funksjonelle tjenester til alle. En hovedinnfallsvinkel for dette er å sile henvendelsene. Basert på karakteristikker ved selve henvendelsen og på informasjon svareren får i starten av samtalen (ved bruk av spesifikke samtaleteknikker) kan svareren tilby den typen samtale som passer best til hver brukers behov og til tjenestens ressurser. Vha. siling kan tjenestene bruke mest tid på de brukerne som har størst behov; henvise brukeren til den svareren eller tjenesten som kan tilby mest adekvat hjelp; og automatisere svar i deler eller hele samtalen.

Robotteknologi og helse – en retrospektiv innholdsanalyse av norske avisartikler fra 2000 til 2018

Mads Solberg & Ralf Kirchhoff (Institutt for helsevitenskap i Ålesund - NTNU)

Bakgrunn:

Som i andre sektorer, endrer innføringen av teknologi arbeidsoppgavene til helsepersonell. Teknologibruken vil også kunne påvirke pasienter og brukere av helsetjenestene på uforutsette måter. Slike prosesser kan være svært kontroversielle, og en rekke modeller for teknologiaksept (technology acceptance) forsøker derfor å beskrive implementering av teknologi i ulike sektorer. Denne studien tar opp en sentral problemstilling på dette feltet, nemlig forholdet mellom media og opinionsdannelse om kontroversielle teknologier, med fokus på robotisering. Konkret undersøker og diskuterer vi hvordan robotteknologi anvendt i helsetjenestene fremstilles i nyhetssaker fra norske aviser. Mediene påvirker opinionsdannelsen i samfunnet på flere måter. Gjennom sakene som publiseres, belyses ulike aktørers verdier, erfaringer, og forventninger. Men mediefortellinger skaper også spesifikke forståelsesrammer gjennom måten informasjon sammenstilles og presenteres på.

I ordskiftet om fremtidens helsetjenester kan mediebildet gi verdifull innsikt om ulike brukerstemmer, perspektiver og behov. Kjennskap til de ulike tolkningsrammene for robotteknologi er en viktig ressurs, både for å forklare utviklingsprosesser i helsevesenet, og for å identifisere fremmere og hemmere av teknologiaksept.

Formål:

Å undersøke hvordan norske aviser, i tidsrommet 2000 – 2018, beskriver og fremstiller ulike aspekter ved robotteknologi i en helsekontekst.

Metode:

Det ble foretatt et bredt søk i den papirbaserte delen av norske medier i databasen Atekst, med utgangspunkt i søkeordene helse robot i tidsrommet. Nyhetssaker som ikke omhandlet helsetjenesten og robotteknologi ble fjernet. Vi gjorde så en kvalitativ og kvantitativ multimodal stemningssanalyse av datamaterialet i programvaren Nvivo.

Resultat/konklusjon:

Søket ga totalt treff på 628 saker (brutto) fra 340 kilder. Etter manuell gjennomlesning av sakene satt vi igjen med 329 relevante saker. Her presenterer vi en stemningsanalyse av materialet, beskriver trender, og foreslår et regime for å kode denne type data, basert på etablerte kategorier fra det offentlige ordskiftet.

Onsdag 13. mars

Parallellsesjon 1

Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling

Line Melby og Trond Tjerbo

Health care utilization among children of transnational marriages

Sigrid Johanne Husøy

The last decades have seen an increase in the number of transnational marriages between Norwegian men and women from third world countries, in particular from Thailand and the Philippines. This is a diverse and complex group as transnational marriages are entered into for many reasons and with various outcomes. However, compared to the general population this group have fewer resources and lower socio-economic status. This paper investigates difference health care utilization between children of two Norwegian parents and children of transnational marriages.

Total consumption is computed by adding, for each child, DRG-weights of all somatic hospital admissions between the age of 6 months and 3 years. This paper utilises data from the Norwegian Patient Registry for 2010-2013. Total consumption is regressed against family background, including the parents' education level and whether the child has mixed parents. In addition I am able to control for an extensive battery of health indicators for each child at birth using data from the Norwegian Birth Register.

Controlling for health at birth and parents' education, we find that children with Thai or Filipino mothers and Norwegian fathers have significantly lower health care utilization than children of two native parents.

Koordinatorordninger i helsetjenesten - tre mulige paradokser

Erlend Vik og Turid Aarseth

De siste årene har det blitt utviklet en rekke ulike koordinatorordninger i helsetjenesten, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. I denne studien undersøker vi bakgrunnen for og spesielle utfordringer ved denne type samordningstiltak. Utgangspunktet vårt er et spørsmål om koordinatorordninger har noen særtrekk som på en grunnleggende måte gjør at de skiller seg fra andre samordningsvirkemidler. Mens for eksempel teamorganisering, samlokalisering, hospitering og partnerskap er innrettet mot å utfordre og bryte ned profesjonelle og organisatoriske grenser i helsetjenesten, kan det synes som om koordinatorordningene først og fremst er orientert mot å håndtere disse grensene.

Vi ser samhandlingsreformen som et tidsskille og har gjennomført en dokumentanalyse av nasjonale styringsdokumenter i perioden 2008-2018. Gjennomgangen avdekket 14 ulike koordinatorordninger, der åtte av disse var spesifikt rettet mot pasienter med sammensatte behov. Studien gir en oversikt kjennetegn ved de ulike koordinatorordningene. Samtidig danner styringsdokumentenes beskrivelse av samordningsutfordringene og trekk ved utformingen av koordinatorordningene grunnlag for å identifisere tre mulige paradokser.

Paradoksene er sees i lys av Luhmanns systemteori og en forståelse av helsetjenesten som funksjonelt differensiert. Det første paradokset tar for seg hvordan koordinatorordninger gjennom å være primært orientert mot å håndtere grenser mellom delsystemer, i liten grad bidrar dedifferensierende. Utdifferensiering av koordinatorsystemer kan også forsterke systemgrensene i helsetjenesten gjennom at de ulike delsystemene slipper å forholde seg til den kompleksitet som samordning med andre delsystemer medfører. Det andre paradokset handler om at en forankring av koordinatorordningene i eksisterende delsystemer, gjør at det som skal være løsningen baserer seg på og viderefører problemet. Gjennom å gi kommuner og helseforetak frihet til å velge hvordan koordinatorordningene skal organiseres reproduseres den fragmenteringen og manglende helhetsforståelsen også i koordinatorordningene. Det tredje paradokset handler om behovet for å koordinere koordinatorene. Paradokset lener seg på de to første og forsterker bildet av løsninger som ikke bare flytter kompleksitet fra delsystemer til koordinatorordninger, men også totalt sett.

Time to use of primary health care after reporting adverse health conditions in a health study (HUNT).

Marlen Toch-Marquardt, Kristine Pape, Fredrik Carlsen, Johan Håkon Bjørngaard

Seeing a general practitioner (GP) after first discovering conditions related to ill health is important for the prevention or timely treatment of major diseases. Receiving information about adverse health conditions, e.g. from participating in a health study, might increase awareness and trigger a visit to the GP to get a check-up. The question is, if people allocated in different socioeconomic groups respond differently to receiving information about health detrimental conditions. This could indirectly increase socioeconomic inequalities in health.

The aim of this study is to analyse the time it takes participants to contact their GP after receiving information about, e.g. high systolic blood pressure, high blood sugar levels, high blood cholesterol, while participating in the HUNT study. Furthermore, are we aiming to look into the follow up of patients, per monthly consultation with the GP in a period of 12 month after reporting adverse health outcomes. In this analysis, we are going to use data from several Norwegian national registries (KUHR; SSB) which were linked to HUNT2 and HUNT3 data.

Cox-proportional hazard regression models, controlling for relevant confounders, will be used to estimate the time it takes patients to get an appointment with their GP after having received information on health detrimental conditions. In a second step, we will analyse the time it takes to get, and the number of, follow up appointments after this first visit.

Karakteristika, behandling og forløp hos pasienter behandlet av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten.

Hilde Stendal Robinson, Kari Anne I Evensen, Ingebrigt Meisingset, Astrid Woodhouse, Wenche S Bjorbækmo, Gard Myhre, Anne E Hansen, Ottar Vasseljen, Nina K Vøllestad

Bakgrunn:

Fysioterapeuter behandler pasienter med stor variasjon i diagnose, funksjonsnivå, alder og prognose. Det er mangel på systematisk innsamlede data som kan beskrive pasientene, oppfølgingen de får og hvordan det går med dem. I forskningsprogrammet FYSIOPRIM (Fysioterapi i primærhelsetjenesten) har forskere (fra UiO og NTNU) og klinikere arbeidet sammen og utviklet et system for elektronisk datainnsamling. Systemet benyttes av fysioterapeutene ved undersøkelse og behandling av pasienter, hvor data registreres av fysioterapeut og pasient i fellesskap og av pasienten alene. Det innhentes informasjon om demografiske data, funksjonsevne, smerte, psykososiale data, behandlingstiltak, effekt av tiltak og respons på kliniske tester. Terapeutene har adgang til data fra sine egne pasienter.

Formål:

- 1) Etablere et standardisert opplegg for elektronisk innsamling av data for pasienter som følges opp av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten
- 2) Etablere en forskningsdatabase for å studere forløp og faktorer som påvirker disse
- 3) Utvikle et klinisk verktøy slik at dataene for den enkelte pasienten kan benyttes
 - Inn i pasientens journal og til kommunikasjon med pasienten
 - Til å informere samarbeidspartnere i helsetjenesten (epikriser og henvisninger)
- 4) Til å få standardiserte data og pasientrapporterte data (PROMS) inn i journal Bedre verktøy til prioriteringer/beslutninger

Metode:

Data samles inn ved behandlingsstart, etter omtrent 5 behandlinger, ved avslutning eller 3 mnd etter oppstart, etter 6 og 12 mnd. Det benyttes nettbrett og/eller en lenke via e-post til utfylling av spørreskjemaene.

Resultater og konklusjon:

Databasen inneholder foreløpig over 3000 pasienter fra 111 fysioterapeuter i forskjellige deler av Norge. Foreløpige analyser viser at over 70% hadde muskelskjelettplager og at deltagerne er representative for pasienter som behandles av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten mht kjønn, alder, diagnose/henvisningsårsak, sammenlignet med HELFO data. På konferansen vil vi beskrive noen utvalgte pasientgrupper og dele noen erfaringer fra arbeidet. Denne store prospektive studien vil gi et unikt grunnlag for å styrke kvaliteten av fysioterapitjenesten i primærhelsetjenesten.

Onsdag 13. mars

Parallellsesjon 2

Kvalitet og pasientsikkerhet

Jorid Kalseth og Silje L Kaspersen

Safety in integrated care programs for community-dwelling older adults: A systematic review

Manon Lette, Eliva A. Ambugo, Terje P. Hagen, Annerieke Stoop, Giel Nijpels, Caroline Baan, Simone de Bruin

Background:

Integrated care interventions for community-dwelling older adults strive to address their complex and multidimensional care needs using multidisciplinary approaches. These interventions seek to support older adults to live safely at home for as long as possible. Traditionally, safety is viewed as preventing harm stemming from healthcare treatment. In the context of integrated care for community-dwelling older people, whose setting is an uncontrolled home environment involving different actors, a multidimensional perspective on safety may be necessary. AIM: This review aims to provide insight into how safety is currently addressed in integrated care interventions for community-dwelling older people.

Method:

We conducted a systematic literature search to identify integrated care interventions for community-dwelling older adults that address safety. Interventions with at least one component aimed at reducing health risks by preventing predictable harm were included in this study. Data was extracted on the safety components and domains (e.g. health care, social care, physical or social environment) of the interventions.

Results and conclusion:

Preliminary results indicate that not many integrated care interventions explicitly address safety. Those that do, target varying domains of safety for example, medication management, fall prevention and in-home hazard. While many interventions implicitly attend to aspects of safety, research attention is needed on the specific ways in which integrated care interventions address various aspects of safety in order to build knowledge on how to support older adults to live safely at home.

Akuttmottaket – er forlenget oppholdstid et problem for pasientsikkerheten? En instrumentvariabelanalyse

Andreas Asheim†, Sara Marie Nilsen†, Fredrik Carlsen, Lars Eide Næss-Pleym, Oddvar Uleberg, Jostein Dale, Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen, Johan Håkon Bjørngaard

Bakgrunn:

Det er bekymring for at travle og fulle akuttmottak fører til at pasienter utsettes for lengre ventetid som igjen kan påvirke pasientsikkerheten. Effekten av oppholdstid i akuttmottak er imidlertid vanskelig å analysere. Dersom vi sammenligner pasienter med ulik oppholdstid vil pasienter med kort oppholdstid ha høyere risiko for død siden de mest akutte pasientene prioriteres.

Formål:

Målet med undersøkelsen var å studere om forlenget oppholdstid på grunn av stor tilstrømning av pasienter påvirker risiko for død innen 30 dager og sannsynligheten for å bli utskrevet fra mottaket.

Metode:

Vi undersøkte om press i mottaket i perioden forut for indekspasientens ankomst var assosiert med forlenget oppholdstid og død. Pressindikatorerne, tid til triage og antall pasienter triagert som røde (mest alvorlig), ble målt i forkant av indekspasientens ankomst for å sikre at de var uavhengige av indekspasientenes medisinske tilstand. Uavhengighet ble også testet.

Analysen ble gjort ved en to-steps lineær regresjon med robuste standardfeil, justert for alder, tidligere innleggelse, medisinsk spesialitet, ukedag, helligdag, dag etter helligdag, ankomst-time og kombinasjonen måned-år.

Resultat/konklusjon:

I denne studien har vi analysert 153 639 kontakter ved akuttmottaket på St. Olavs hospital HF, Øya fra 1. januar 2011 til 30. juni 2018. Vi fant en klar sammenheng mellom pressindikatorerne og indekspasientenes oppholdstid, men ingen sammenheng med risiko for død. En økning i oppholdstid som følge av kapasitetspress økte imidlertid sannsynligheten for å bli behandlet og utskrevet fra mottaket med 1.8 prosentpoeng per time (95 % konfidensintervall 0.7-2.9).

Framskyndet utskrivning av hoftebruddpasienter og risiko for tidlig død

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

Bakgrunn:

Over lengre tid har hoftebruddpasienter fått kortere liggetid på sykehus. Dette henger dels sammen med bedret behandling, men sterke økonomiske insitamenter for redusert liggetid har bidratt til bekymring for pasientsikkerheten.

Formål:

Studere om utskrivningspress, som for eksempel kan være forårsaket av fullt sykehus, er assosiert med framskyndet utskrivning og tidlig død blant norske hoftebruddpasienter.

Metode:

Vi foreslår å mimikere et randomisert forsøk ved bruk av observasjonelle data. Vi betrakter hver dag i oppholdet som et nytt forsøk, hvor vi estimerer effekten av utskrivning versus ikke på en gitt dag i sykehusoppholdet.

Vi brukte helseforetakets utskrivningstendens målt ved andre inneliggende akutt pasienter som indikator for utskrivningspress for pasienter med hoftebrudd. Analysene er basert på 64 914 hoftebruddpasienter, 70 år og eldre, samt informasjon om alle øvrige akuttinnleggelser i perioden fra 2008 til 2016.

Vi brukte en to-steps lineær regresjon med robuste standardfeil, justert for alder, kjønn, type brudd, tidligere innleggelse og utskrivningstendens på forutgående dager i sykehusoppholdet. Analysen ble gjort innen måned, år og helseforetak for å ta høyde for sesongvariasjoner og organisasjonelle endringer.

Resultat/konklusjon:

Per ti prosentpoeng økning i utskrivninger på helseforetaksnivå økte sannsynligheten for utskrivning av hoftebruddpasienten med 5.5 prosentpoeng (95 % CI 5.3 – 5.6). Framskyndt utskrivning som følge av utskrivningspress økte risiko for død med 2.6 prosentpoeng (95 % CI 0.0-4.9).

Socioeconomic inequalities in 30-day mortality after hospitalization for first stroke: a nationwide cohort study in Norway

Eirik Vikum, Inger Ariansen, Jon Helgeland, Randi Selmer, Øyvind Næss, Grethe S. Tell, Katrine Damgaard Skyrud

Background:

Socioeconomic inequalities in the incidence of ischemic stroke are well known. While an increasing number of studies also show that socioeconomic variables predict a higher risk of mortality after stroke, few nationwide register studies with individual socioeconomic data have been conducted. The aim of this study was to investigate the association between education, income and marital status and 30-day post-stroke mortality in Norway from 2002-2009.

Methods:

All patients admitted to hospitals in Norway with an incident stroke diagnosis in the period 2002-2009 were included. Data on education, income and marital status were obtained from Statistics Norway. Hazard ratios (HR) were estimated by Cox regression. Estimates were adjusted for age, number of previous admissions, comorbidity, and type of stroke.

Results:

The data comprised 80,596 stroke patients of whom 49.9% were women and 78.1% had ischemic stroke. Low level of education, low income and never having been married was associated with higher mortality risk among patients aged ≤ 69 and > 69 , and among men and women, after adjusting for age, comorbidities and number of previous admissions.

Conclusion: We found substantial socioeconomic inequalities in 30-day mortality after hospitalization for stroke in Norway.

Onsdag 13. mars

Parallellsesjon 3

Styring, helsetjenester og helsesystem

Kjartan Sarheim Anthun og Jan Abel Olsen

Predicting diagnostic coding in hospitals: individual level effects of price incentives

Anthun, Kjartan Sarheim

Objective and Background:

The purpose of this paper is to test if implicit price incentives influence the diagnostic coding of hospital discharges. Hospitals can group uncomplicated patients into complicated groups by way of diagnostic coding to increase reimbursement. Since complications are usually costlier, the hospitals are reimbursed more for these patients. We estimate if the probability of being coded as a complicated patient was related to a specific price incentive. Age change mechanisms have been suggested earlier as an indicator of upcoding, and this paper also tests empirically if upcoding can be linked to shifts in patient composition through proxy measures such as age composition, length of stay, readmission rates, mortality- and morbidity of patients.

Data:

Data about inpatient episodes in Norway in all specialized hospitals in the years 1999-2012 were collected, N=11 065 330. Our main dependant variable was the complicated status of each patient; was the patient grouped in a complicated or an uncomplicated diagnostic related group (DRG). Independent variables were patient background information (age, sex, county of residence), information about the hospital episode (length of stay, case-mix, emergency/elective, surgical/medical, and major disease categories), regional hospital trust dummies, time trend and finally the price incentive. We examined incentives present in part of the DRG system where two groups are paired up as complicated and uncomplicated versions of the same treatment. The hospitals have an incentive for adding more diagnoses to make sure they are reimbursed from the more expensive of the two groups. We measure the incentive at the DRG pair level as the price differences between the two groups.

Methods:

All data was regrouped into DRG groups according to rules and definitions from 2011, instead of different DRG definitions every year. We do two different approaches for our analysis. First, we analyse trends in the proxy measures of diagnostic upcoding: can hospital behavioural changes be seen over time with regards to age composition, readmission rates, length of stay, comorbidity and mortality? These analyses are descriptive statistics, graphical and difference in difference regressions to test if those hospital episodes explicitly exposed to a price incentive are more upcoded. Finally, we examine only those patients grouped in DRG pairs to see if variations in the price incentive are related to probability of being coded as complicated.

Results:

40.5 % of the discharges were grouped as complicated for the period as a total. In the first years (1999-2003) there was a marked increase in the episode coded as complicated, while the level has become more stable in the years 2004-2012. In the trend analyses we found some indications of upcoding as some of the outcome measures saw the predicted shifts hypothesized. In the difference in difference regressions four out of five outcome measures had negative interactions indicating that upcoding was taking place. We ran logit estimations on the probability of being grouped as a complicated patient. When run on an empty model, we found a positive effect from price incentive. However, in the larger models with controls, the effect was smaller indicating that case-mix is important for explaining complicated coding.

Conclusion:

We found no evidence of widespread upcoding fuelled by implicit price incentive, as other issues such as patient characteristics seem to be more important than the price differences. This study adds to previous research by testing individual level predictions. The added value of such analysis is to have better case mix control. We observe the presence of price effect even at individual level.

Associations between length of stay and municipal characteristics for stroke patients in large Norwegian hospital

Mathias Barra, Fredrik Dahl, Kashif Faiz, Hilde Lurås

Determinants of length of stay (LOS) on hospital wards is important in many planning, policy, and decision problems. Furthermore, LOS is an important parameter for cost containment, and health managers maintain a strong focus on monitoring and reducing hospital LOS. In addition to being costly, excess LOS also expose the patient to unnecessary risk of in-hospital complications. We analyzed a dataset comprised of N = 1922 admissions to the Stroke unit (SU) at Ahus between February 2012 and March 2013, which contains high quality variables pertaining to each stay, including patient characteristics and municipality residency.

We developed regression models with LOS as the dependent variable, economic characteristics of the patient's municipality as the main predictors, and patient characteristics and week-day of admission as confounders. The analyses showed that the municipality variables "share of inhabitants below the age of 67 years who are female" and "nurse full time equivalents per 1000 inhabitants" were negatively associated with LOS. Although a regression model cannot prove causal relations, a reasonable interpretation is that the given predictors capture some aspects of a municipality's capacity for home care, which makes it possible for the SU to discharge patients relatively early.

Effekter av asylmottak på lokalbefolkningens sykehusforbruk

Fredrik Carlsen, Sigrid J. Husøy, Lena J. Skarshaug, Ellen R. Svedahl, Linn K. Stormo, Kjartan S. Anthun, Silje L. Kaspersen, Kristine Pape, Marlen Toch-Marquardt, Sara M. Nilsen, Andreas Asheim og Johan Håkon Bjørngaard

Variasjon over tid i antall asylsøkere i mottak i norske kommuner brukes til å identifisere effekter av press mot primærhelsetjenesten på Eldres bruk av somatiske sykehustjenester. Variasjon over tid i antall asylsøkere gir eksogen variasjon i presset mot primærhelsetjenesten 'Eksogen' fordi antall asylsøkere avhenger av internasjonale forhold og ikke lokalbefolkningens helsetilstand. Vi studerer eldre (70+) sitt sykehusforbruk fordi vi kan være sikker på at ikke asylsøkeres forbruk inngår da få asylsøkere er eldre enn 70 år.

Analysen er en Poisson analyse basert på paneldata med 145 kommuner/10 demografiske grupper som tverrsnittsenheter og 192 måneder (1999:1-2014:12) som tidsserieenheter. Avhengige variabler er antall innleggelser i hver demografiske gruppe for:

- (1) potensielt forebyggbare akuttinnleggelser,
- (2) akuttinnleggelser for bakterielle infeksjoner og
- (3) akuttinnleggelser med symptomdiagnose.

Eksponert befolkning er antallet i de respektive demografiske gruppene. Forklaringsvariabler er antall asylsøkere i mottak som andel av lokalbefolkningen, lagget avhengig variabel, faste effekter for kommune, demografisk gruppe og måned, og trendledd for hver demografisk gruppe.

Vi finner en viss kortsiktig effekt av variasjon i antall asylsøkere på potensielt forebyggbare akuttinnleggelser og akuttinnleggelser for bakterielle infeksjoner for menn. For kvinner finner vi ingen effekt. Konklusjonen er at variasjon i presset på primærhelsetjenesten har en viss kortsiktig effekt på sykehusforbruket for menn, men ingen effekt for kvinner.

The development of workshops to introduce computer simulation modelling health care decision-makers in familiar contexts

Joe Viana, Tone Breines Simonsen, Kim Rand, Mathias Barra and Fredrik Dahl

Background:

Computer simulation modelling (modelling) provides a virtual “safe” environment to evaluate potential changes to systems, before implemented those changes in reality. Many sectors use modelling in the decision-making process, including but not limited to finance, engineering, manufacturing, space and aviation, military and healthcare.

Purpose:

The other industries use modelling more than healthcare. This paper presents three case studies to illustrate modelling applied to health and social care systems.

Case 1: Chlamydia (UK) - a model of screening linked with an operational level model of a sexual health clinic to examine the cost effectiveness of different screening programmes.

Case 2: Age Related Macular Degeneration (UK) – individual eye based physiological models of the progression of the disease, linked with models of that individual’s social care needs, and the operation of a hospital eye unit to examine how the health and social care systems interactions affect each other’s resources and the impact on the sufferers.

Case 3: Post Term Pregnancy clinic (NO) – a model of the operation of a post-term pregnancy clinic, to improve the flow of women through the clinic, to make better use of resources and improve the women’s experience.

Method & Results:

The case studies utilise three main simulation paradigms, Discrete Event Simulation (DES), Agent Based Modelling/Simulation (ABM/ABS) and System Dynamics (SD). We will summarise the method(s) and results for each case study. Utilising the authors’ experience and existing modelling and problem structuring frameworks and literature, we are developing a workshop approach to introduce modelling to potential users through eliciting a problem of particular interest to them. We will discuss the proposed workshop design.

Conclusions:

We introduced simulation case studies that have informed health/social care decision making. To disseminate the use of modelling we present a workshop approach to engage with the healthcare sector.

Onsdag 13. mars

Parallellsesjon 4

Behov og brukervedvirkning

Marian Ådnanes og Jorun Rugkåsa

Opportunities for shared decision-making in mental health

Jorunn Nærland Skjerpe, Margareth Kristoffersen & Marianne Storm

Background:

The coordination of mental health services to meet an individual's needs across service providers and sites of care is an essential feature of health care quality. Shared decision-making can support the involvement of the individual and family members in decision-making regarding medications and in psychosocial and rehabilitation related decisions, such as work, housing, and psychotherapy. It can be a tool to enhance the knowledge of those with severe mental illness and their caregivers regarding the admission and discharge transition and may ease the individual's concerns before discharge about the unknown factors waiting for them in the community.

Study aim:

The presentation takes a patient-centred perspective to explore how providers in a community mental health center and their collaborative mental health services in the municipal setting involve individuals with severe mental illness in care coordination. It also aims to assess opportunities and barriers to shared decision-making in admission and discharge transitions.

Methods:

12 individual interviews with five administrative leaders and seven clinicians (nurse, social workers and social educators). To include multiple perspectives we conducted six interviews in one community mental health center and six interviews with healthcare providers in three of the center's collaborating municipalities.

Results:

There are opportunities for individuals with severe mental illness to be involved in decision-making about psychosocial and rehabilitation related issues. Collaborative meetings are taking place across the settings during the inpatient stay and in discharge situations when the individual is transferring home with follow-up from municipal mental health services. Challenges to shared decision-making occur in an acute admission to inpatient care when healthcare providers make the decisions about medications and treatment. Other challenges occur when the individual refuses to participate in collaborative meetings with providers or in discharge situations with insufficient preparation of both the individual and receiving providers' in the municipal mental health services for the discharge.

Conclusion:

As coordination of mental health services is essential for the individual with severe mental illness, it is important that health providers address the challenges to shared decision-making to facilitate involvement of the individual.

Digitalization of health care services - a social innovation?

Anne Marie Lunde Husebø and Marianne Storm

Background:

Social innovation is regarded a new sustainable response that can offer a way forward in coping with the societal challenges of poverty, unemployment, social inclusion, ageing and migration. Social innovations are innovations that are social in both their ends and means. It includes new ideas, products, services and models that simultaneously meet social needs more effectively, and holds potential to create new social relationships or collaborations in digital health care services.

Aim:

As part of an ongoing study mapping social innovation across three research contexts of higher education, welfare services and health care, we will discuss how social innovation is understood and operationalized within the health care services.

Methods:

Scoping review following the framework by Arksey and O' Malley (2005).

Results:

Within the health care services context, eight studies were included. The majority applied a qualitative research design, covering patient education, dementia care, public health, and health care management. The quantitative studies investigated hospital information technology and digital maps of medical resources, respectively. Six studies provide a definition of social innovation, or place the study within a social innovation theoretical framework. Here, social innovation is understood as a product, production process or technology, as well as a principle, an idea, a piece of legislation, a social movement, or an intervention. Several studies apply a "human-centered" approach, placing people's needs, desires, and actions at the heart of the design process, creating empowerment processes. Within social innovation projects, "involved participants" are both the "user and co-producers", co-creating digital health care services.

Conclusion:

Few have studied digitalization in health care services as social innovations. Social innovation in health care may represent a human-centered approach, involving both health care users and providers in design of digital health care services that can meet future societal challenges.

Pasientmedvirkning gjennom elektronisk innsyn i egen pasientjournal

Hanne Støre Valeur

Gjennom helsenorge.no har pasienter i Helse Nord de siste årene fått elektronisk tilgang til egen pasientjournal fra spesialisthelsetjenesten. Enklere tilgang til journalen er tenkt å bidra til økt tillit til helsetjenesten, bedre opplyste pasienter og danne grunnlag for mer pasientmedvirkning. Denne studiens formål er å skaffe dypere innsikt i hvordan pasienter forholder seg til og bruker det elektroniske innsynet, og hvordan tjenesten kan bidra til å styrke pasientmedvirkning.

Metode:

En kvalitativ studie basert på deltakende observasjon og intervjuer med helsepersonell og pasienter på en medisinsk klinikk i Helse Nord. Her presenteres foreløpige resultater hovedsakelig basert på 25 kvalitative intervjuer med pasienter, samt deltakende observasjon i pasient-helsepersonell møter, med fokus på pasienter som har erfaring med bruk av innsynsløsningen.

Resultat/konklusjon:

Blant de intervjuede pasientene var det både pasienter som ikke ønsket å benytte innsynstjenesten, ikke kjente til den og faste brukere. Motivasjonen for bruk/ikke bruk varierte i alle gruppene av pasienter. Blant brukere av tjenesten var hovedmotivasjonene å holde oversikt over egen behandling og kontakt med helsetjenesten, skaffe seg dypere forståelse av egen sykdom og medisinsk tankemåte, sjekke at man har oppfattet muntlig informasjon riktig og å kontrollere at innholdet i journalen var korrekt. Blant uforutsette konsekvenser av bruk, beskrev pasientene funn av informasjon de ikke hadde fått på annen måte, erfaringer med at skrevet dokumentasjon oppleves mer brutal enn muntlig informasjon gitt av helsepersonell og vansker med å forstå språket/innholdet i journalen. Ingen av de intervjuede pasientene kunne huske å ha fått informasjon eller blitt oppfordret til å bruke tjenesten av helsepersonell. Flere uttrykte et ønske om å i større grad kunne diskutere innholdet i journalen med helsepersonell. Noen hadde også ideer/ønsker om mer funksjonalitet bygd inn i løsningen.

De intervjuede brukerne hadde tatt innsynsløsningen i bruk på flere ulike måter som styrker muligheten for pasientmedvirkning og å ta en aktiv deltakende rolle i eget behandlingsforløp. Det er potensial for å i større grad ta innsynsløsningen i bruk for å styrke pasientmedvirkning. Samtidig var det en stor gruppe av studiedeltakerne som av ulike grunner ikke ønsket å bruke løsningen, noe som ikke kan tolkes synonymt med et ønske om å ikke være delaktig fra pasientens side. Andre kanaler for pasientmedvirkning og god informasjon må opprettholdes og videreutvikles parallelt med økt oppmerksomhet rundt innsynsløsningen.

Ways to avoid re-hospitalisations - mental health service users' perspectives in six European countries

Marian Ádhanes, Johanna Cresswell-Smith, Line Melby, Lilijana Šprah, Raluca Sfetku, Christa Straßmayr, Valeria Donisi

Background:

Repeated psychiatric hospitalisation is considered a negative outcome both in terms of the quality and cost of care, and from a healthcare system perspective and for the process of recovery. The purpose of our study was to explore service users' experiences of psychiatric hospitalisation, specifically exploring how to avoid the need for further hospitalisations.

Method:

Eight focus groups were conducted in six European countries namely; Austria, Finland, Italy, Norway, Romania, Slovenia.

Results:

A total of 55 service users participated in the study. All participants had been in receipt of mental health services for at least 1 year at the time of the interview and had experienced more than one psychiatric hospitalisation. Participants emphasised the importance of preparation, information and plans already prior to discharge in order to avoid subsequent re-hospitalisations, although this was seldom the experience. Once they are back in the community, participants emphasised the importance of being in close contact with local services and making use of learning strategies for self-monitoring through different structured plans. Having the opportunity to participate in the community, having access to social contacts and having meaningful activities were considered critical. Peer-support and family support was considered valuable but depending on good relations.

Conclusions/implications:

The results provide clinicians with a deeper understanding of the internal, relational and community resources which may be important for avoiding psychiatric re-hospitalisation. The results places emphasis on the need for psychoeducational and psychosocial interventions in the community, for example in the setting of a day- or activity centre.