

Innholdsfortegnelse

1	Program.....	5
2	Parallellsesjoner med sesjonsledere	7
3	ABSTRAKTBOOK.....	8
4	ORGANISERT SESJON: Organisering og tilfredshet med psykisk helsevern	9
4.1	Hva er kvalitet i psykisk helsevern?.....	9
4.2	Pasientrapporterte erfaringer etter utskrivning fra spesialisert døgn-behandling i psykisk helsevern: En nasjonal studie av forskjeller mellom diagnosegrupper	10
4.3	Forskning på ACT og FACT – metodologiske vurderinger.....	10
4.4	Skjemakvaler eller skjemakvalitet? — En kvalitativ undersøkelse av hvordan pasienter opplever bruken av digitale spørreskjema i behandling	11
4.5	Sammenhengen mellom mengde psykoterapi og behandlingsutfall – en parapyoversikt.....	11
5	Møterom Harald Hårfagre: Styring, ledelse, organisering, finansiering (fastlegeordningen).....	13
5.1	Hvordan påvirker kontinuitet i fastlegerelasjoner pasienters helsetjenestebruk? En studie av ulike typer fastlegebytter som naturlige eksperimenter.....	13
5.2	Politikk, preferanser eller penger? En analyse av driverne bak fastlegers ansettelsesform	14
5.3	Avgangsrater blant fastleger 2002-2022	14
5.4	Kontinuitet og diskontinuitet i fastlegeordningen	15
5.5	General practitioners' type of remuneration and antibiotic prescriptions. A difference-in differences analysis of switches using nationwide registry data.....	16
6	Møterom Margrete: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon.....	17
6.1	Maskinlæring av fritekstkommentarer om pasienters erfaringer med helsetjenester - Erfaringer med aspektbasert annotering	17
6.2	Bruk av generativ kunstig intelligens i allmennpraksis – erfaringer fra AIFAL-prosjekt og et pågående internasjonalt samarbeid	18
6.3	Identifying clinically relevant decisions in medical dialogues: How are machine learning approaches performing compared to humans?.....	19
6.4	Hvordan konstruerer pasienter prostatakreft og teknologi når de gjennomgår kunstig intelligens-støttet prostatakreftdiagnostikk?.....	19
6.5	Årsaker til at pasienter ikke møter til time på sykehuset: Helsesekretærs erfaringer og perspektiv	20
7	Møterom Astrid: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon	22
7.1	“Finding our ways”: implications of adaptations in mental healthcare.....	22
7.2	Digital oppfølging av urinsyregikt, ReMonit Gout-prosjektet.....	23
7.3	Metoder for evaluering av digitale helseøkosystemer: erfaringer fra internasjonale og nasjonale prosjekter	23
7.4	Promoting Healthy Aging of Sámi and Inuit Elders Through Co-Designed Digital Health Tool	24
7.5	From 0 to >5800 patients screened: How we developed a new cognitive screening test and service pathway	25

8	Møterom Olav Tryggvasson: Pasientforløp, samhandling.....	26
8.1	Communication between Norwegian Pakistani patients and healthcare providers about traditional and complementary medicine: A Qualitative Study	26
8.2	Voksne barns erfaringer og perspektiver i overgangen når deres eldre forelder flytter fra hjem til sykehjem	27
8.3	Å bli og være instruktør i et kompetanseprogram i kommunehelse-tjenesten – sykepleieres erfaringer og refleksjoner	27
8.4	Felles pasient – ulike rasjonaliteter: utfordringer i koordinering av kommunale helsetjenester	28
9	ORGANISERT SESJON: Allmennlegetjenesten: Ulike tematiske og metodiske tilnærminger	30
9.1	Hvordan gjøre registerforskning i allmennmedisin klinikknært?	30
9.2	Registerbasert tilnærming til depresjonsomsorg i allmennpraksis – oppsummering av GP-DEP-prosjektet.....	31
9.3	Distriktsvirkninger av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnustjeneste/LIS1 – en longitudinell kohortstudie	32
9.4	“Caught in the Middle”: General Practitioners’ Experiences with Rejected Referrals to Adult Mental Health Services in Norway	32
9.5	Fastlegevikarer i distrikt - en refleksiv tematisk analyse	33
10	ORGANISERT SESJON: Helsekompetanse: From an individual to a social construct	34
10.1	Opportunities to build patient health literacy during future action discussions: An exploratory microanalysis of physician-patient interactions	34
10.2	How does health literacy manifest in authentic clinical interactions? Health literacy as a reciprocal responsibility	35
10.3	Interactions of health literacy self-report scores with patient contextual barriers to medication adherence disclosed during medical interactions: A descriptive study	35
10.4	Testing a tailored teach-back intervention following co-designed information videos on the health literacy of persons with advanced kidney disease	36
10.5	Når forståelse styrker behandling: helsekompetanse som nøkkel til legemiddeletterlevelse.	36
11	Møterom Margrete: Styring, ledelse, organisering, finansiering.....	38
11.1	Grenser for ansvar? Kommunehelsetjenestenes rolle når eldre skal bo trygt hjemme	38
11.2	Omsorgsfulle grenser eller grenseløs omsorg? Forhandlinger om hva som er god (nok) omsorg i en kommunehelsetjeneste i endring.....	39
11.3	Evaluating Long-Term Care Service Assignment: Evidence from Bergen Municipality.....	39
11.4	Kostnader og gevinster i mini-metodevurderinger	40
11.5	Hvorfor er pårørendeinvolvering så vanskelig å få til? Helsepersonells erfaringer fra kommunale tjenester til eldre med psykisk helse- eller rusproblemer	41
12	Møterom Astrid: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon	42
12.1	Kompleks kommunal digitalisering: hva kan vi lære av innføringen av Helseplattformen?	42
12.2	Fra kurs til kollegastøtte: Læringsformer ved EPJ-implementering i en norsk kommune	43
12.3	Helsekart – implementering og evaluering i kommunen	43
12.4	Digital avviksrapportering i kommunal helse- og omsorgstjeneste: intenderte og uintenterte virkninger	45
12.5	Evaluering av kommunal nettlege – statistikk fra første kommune	45

13	Møterom Olav Tryggvasson: Pasientforløp, samhandling.....	47
13.1	Prosjekt DRIV – utvikling og anvendelighetstesting av en kommunal tjenestemodell i rehabilitering	47
13.2	Measuring goal attainment in home dwelling frail older adults: the impact of a new integrated care model.....	48
13.3	Providing integrated care for older adults: a qualitative study of healthcare professionals’ perspectives.....	49
13.4	Tillit til hverandres kompetanse som fundament for god samhandling i helse: Resultater fra et tjenesteinnovasjonsprosjekt	50
13.5	Dashbord som viser bruk av habilitering i spesialist-helsetjenesten og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for samme pasientpopulasjon	51
14	Møterom Wedel Jarlsberg: Behov og brukermedvirkning	52
14.1	(MedSafe Old WP1) Individuelle vedtaksbrev som utgangspunkt for legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, en kvalitativ case studie	52
14.2	(MedSafe-Old WP2) Helsepersonells erfaring med og praktisering av legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten.....	53
14.3	MedSafe- Old WP3 – Eldre og pårørendes perspektiver på persontilpasset og trygg legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten – en kvalitativ og samskapende tilnærming.....	54
14.4	(MedSafe-Old WP4) Barrierer for brukermedvirkning i legemiddel-oppfølgning for hjemmeboende eldre	54
14.5	Personsentrert veiledning av reseptfrie legemidler og andre produkter i apotekets selvvalg....	55
15	ORGANISERT SESJON: Spesialisthelsetjenester i hjemmet — implikasjoner for kommunene som samarbeidspart og tjenesteyter.....	57
15.1	Partnersamarbeid mellom sykehus og kommune: Kompetansebygging og samhandling rundt hjemmesykehus for barn	58
15.2	Reflections of nurses and primary healthcare managers on integrating hospital at home into public primary healthcare services: A Norwegian focus group study.....	58
15.3	Palliativt hjemmesykehus – utvikling og utprøving av ny tjenestemodell.....	59
15.4	HomeCare+: En samarbeidsmodell for spesialisthelsetjenester i hjemmet – erfaringer fra Bodø kommune.....	59
15.5	Pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) Møre og Romsdal	60
15.6	Praksisnær forskning som drivkraft for profesjonalisering av kommunehelse-tjenesten	60
16	Møterom Harald Hårfagre: Styling, ledelse, organisering, finansiering	61
16.1	Alder over alvorlighet? Helseprioriteringsvalg i den norske befolkningen.....	61
16.2	Hva er viktig når helsepersonell prioriterer?.....	62
16.3	Born to run: Work hour composition and job satisfaction among Norwegian doctors, 2002-24	62
16.4	Samfunnsøkonomiske konsekvenser av svekket oral helse hos eldre med behov for helsehjelp	63
16.5	Hospital Volume and Knee Replacement Outcomes: Implications for Workforce Participation.	64
16.6	Effects of acute referral to hospital services for mental health presentations: observational analysis using multiple analytic approaches	65
17	Møterom Margrete: Pasientforløp, samhandling	66
17.1	Redusert ressursbruk med HINTS undersøkelse og posisjonstester ved akutt svimmelhet.....	66

17.2	Preserving hospital capacity: simulation-based evidence for strategic bed and ventilator reallocation during pandemics.....	67
17.3	Improving Elderly Patient Flow through Simulation: A Case Study from Trondheim's Integrated Care System.....	68
17.4	Home-Dwelling Hip Fracture Patients: A Matched Cohort Study.....	68
17.5	Bruk av registerdata i analyse av tjenesteforløp for muskel-skjelett- og KOLS-pasienter – et sammendrag av INOREG-prosjektet	69
17.6	Infection Dynamics in Oslo and Akershus During the Alpha Wave of COVID-19.....	70
17.7	Health care use before and after ME/CFS diagnosis	71
18	Møterom Astrid: Behov og brukervedvirkning	72
18.1	Brukermedvirkningsprosjektet – fra statist til partner	72
18.2	77 Suicide Losses in Norway: The bereaved's perspectives on their loved ones' need for help	73
18.3	HelseKart — utvikling, implementering og effekter av tverrfaglig vurdering av hjemmeboende eldres helsebehov	74
18.4	SIBS – kunnskapsbasert forebygging av psykiske helseplager blant barn som pårørende i norske kommuner.....	75
18.5	Overgangen til voksenlivet – behov for bedre støtte.....	76
18.6	Tilgang til beskyttelse og helsehjelp: Krisesentertilbud for voldsutsatte personer med rusavhengighet	76
19	Møterom Olav Tryggvasson: Psykisk helse (internettbasert behandling)	78
19.1	RCT comparing Tankevirus, Grubl, and a placebo app – what constitutes a suitable placebo in the setting of self-help applications for mental health?	78
19.2	Performance measurement: Efficiency of Guided Internet Delivered Cognitive Behaviour Therapy in routine care.....	79
19.3	Predictors of adherence and perceived system usability in internet based cognitive behavioral therapy.....	79
19.4	Costs and outcomes of a therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy: a multicenter observational study	80
19.5	Terapeuters forventninger til og refleksjoner rundt å gi videobasert kognitiv terapi til ungdom med sosial angst.....	81
19.6	Digitalisering av terapi i psykisk helsevern: Endringer i terapeut- og pasientroller.....	82
20	Møterom Wedel Jarlsberg: Psykisk helse.....	83
20.1	Å leve med psykiske lidelser i hverdagen: Digitale medier til mestring eller besvær?	83
20.2	Kan forhold i BUP-opptaksområdet forklare forekomst av ADHD?.....	84
20.3	Pasientperspektiver på reduksjon av tvang i psykisk helsevern – innsikt fra kvalitative studier .84	
20.4	Geografiske forskjeller i psykisk helsevern for voksne og eldre i Norge: Behandlingsvariasjon 2020–2024	85
20.5	Change in health-related quality of life over time in patients who participated in an intervention aimed at reducing sleeping medications	86
20.6	Workplace Violence: Factors influencing risk-taking, risk assessment and risk management among ambulance clinicians	87

1 Program

Britannia hall Dag 1: 6. november 2025		
0930-1030	Registrering, kaffe/te og noe å bite i	
1030	Velkommen til Trondheim, Britannia og konferansen Åpning av konferansen	Alexandra Bech Gjørsv, konsernsjef i SINTEF
	Velkommen fra komiteen for årets konferanse	Marian Ådnanes, seniorforsker i SINTEF, avd. Helse
1045-1300	Kommunenenes utfordringer og forskningens bidrag til endring	
1045-1115	Sundhedsreform i Danmark. – Hvad var problemerne og vil reformen løse dem? – Kan Norge bruke de danske erfaringer?	Karsten Vrangbæk, professor i helsetjenesteforskning ved Københavns Universitet
1115-1145	Hvor mange nivå trenger vi egentlig? Om samarbeid og samhandling i den norske helsetjenesten	Jon Magnussen, professor i helseøkonomi ved NTNU
1145-1200	Kaffepause	
1200-1215	Anvendelse av forskning og evalueringer i en kunnskapsbasert forvaltning og politikktutforming.	Anne-Stine Bergquist Røberg, seniorrådgiver i Helse- og omsorgsdepartementet.
1215-1225	Forskningsbehov i Trondheim kommune og samarbeidsavtalen med universitets- og instituttsektoren om forskning på helse og velferd	Wenche Dehli, innovasjonsleder i Byrådsavdeling for miljø, næring og samferdsel, Trondheim kommune og Line Melby, forskningsleder i SINTEF, avd. Helse
1225-1300	Panelsamtale om kommunenenes utfordringer og forskningens bidrag til endring Paneldeltakere: Wenche Dehli (innovasjonsleder i Byrådsavdeling for miljø, næring og samferdsel, Trondheim kommune), Albert Verhagen (kommunalsjef Helse og velferd, Melhus kommune), Helen Brandstorp (divisjonsdirektør for kommunale tjenester og beredskap i Helsedirektoratet), Monica Fossnes Petersson (avdelingsdirektør, FID Innsikt og innovasjon i KS). Samtalen ledes av Jon Magnussen	
1300-1400	Lunsj	

1400-1530	Parallelle sesjoner 1	
1530-1600	Kaffepause	
1600-1730	Parallelle sesjoner 2	
1730-1745	Plenum: Forskningsrådets hjørne – kommende utlysninger innenfor helse- og omsorgstjenesteforskning	
1830-1930	Bar/mingling/musikk i konferanselobby (her kan du bestille drikke til middagen ved å kjøpe bonger som leveres til servitør under middagen. Du kan også kjøpe bonger i kaffepausen kl. 1530)	
1930	Konferansemiddag i Palmehaven	
Britannia hall Dag 2: 7. november 2025		
0900-1100	Parallelle sesjoner 3	
1100-1130	Kaffepause (og utsjekk)	
Plenum: «Psykisk helse på systemnivå og utfordringer i praksisfeltet»		
1130-1140	Evaluering av Opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033) «OPSY»	Jorid Kalseth og Silje L. Kaspersen, seniorforskere i SINTEF
1140-1205	Å fremme psykisk helse i et folkehelseperspektiv	Kristian Wahlbeck, professor National Institute for Health and Welfare, Finland
1205-1220	Utfordringer i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	Viviann Sandberg Larsen, kommunalsjef, Virksomhetsområde psykisk helse, arbeid og inkludering
1220-1235	Rask psykisk helsehjelp i kommunen, med veiledet internettbehandling	Marit Knapstad, seniorforsker og psykolog ved Folkehelseinstituttet
1235-1250	Investering i barn og unges sosiale og emosjonelle utvikling: Effekter på utdanning, produktivitet og livskvalitet	Mari Rege, professor i samfunnsøkonomi på Handelshøyskolen ved Universitetet i Stavanger og leder av Synapse Lab.
1250-1300	Avslutning ved Fagråd for nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning	Hilde Lurås, leder av koordinerende miljø, professor Universitetet i Oslo
1300	Lunsj	
	Hjemreise	

2 Parallellsesjoner med sesjonsledere

Rom, tid	6. nov, 1400-1530	6. nov, 1600-1730	7. nov, 0900-1100
Kapittel- og sidenr.	Kap. 4 – side 9:	Kap. 9 – side 30:	Kap. 15 – side 57:
Britannia hall	ORGANISERT SESJON: Organisering og tilfredshet med psykisk helsevern Johan Siqveland, Ahus Kommentator: Jorid Kalseth, SINTEF	ORGANISERT SESJON: Allmennlegetjenesten: Ulike tematiske og metodiske tilnærminger Birgit Abelsen, UiT – m.fl. Kommentator: Hilde Lurås, Ahus/UiO	ORGANISERT SESJON: Spesialisthelsetjenester i hjemmet - implikasjoner for kommunene som samarbeidspart og tjenesteyter Lillian Karlsen, Helseinnovasjons-senteret Kommentator: Marijke Veenstra, Ahus/UiO
	Kap. 5 – side 13:	Kap. 10 – side 34:	Kap. 16 – side 61:
Møterom Harald Hårfagre	STYRING, LEDELSE, ORGANISERING, FINANSIERING Anja Brænd, UiO Birgit Abelsen, UiT	ORGANISERT SESJON: Helsekompetanse: From an individual to a social construct Julia Menichetti, Ahus Kommentator: Kirsti Sarheim Anthun, SINTEF	STYRING, LEDELSE, ORGANISERING, FINANSIERING Eline Aas, UiO Christina H. Edwards, NTNU
	Kap. 6 – side 17:	Kap. 11 – side 38:	Kap. 17 – side 66:
Møterom Margrete	TEKNOLOGI, E-HELSE, DIGITALISERING, INNOVASJON Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF/Ahus Johan H. Bjørngaard, NTNU	STYRING, LEDELSE, ORGANISERING, FINANSIERING Frode F. Jacobsen, HVL Marianne Storm, UiS	PASIENTFORLØP, SAMHANDLING Torbjørn Wisløff, Ahus/UiO Hilde Lurås, Ahus
	Kap. 7 – side 22:	Kap. 12 – side 42:	Kap. 18 – side 72:
Møterom Astrid	TEKNOLOGI, E-HELSE, DIGITALISERING, INNOVASJON Vidar Halsteinli, St. Olavs hospital Jon H. Kaspersen, NORCE	TEKNOLOGI, E-HELSE, DIGITALISERING, INNOVASJON Mathias Barra, Ahus/UiO Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF/Ahus	BEHOV OG BRUKER-MEDVIRKNING Marian Ådnanes, SINTEF Linda Kvæl, Ahus/UiO
	Kap. 8 – side 26:	Kap. 13 – side 47:	Kap. 19 – side 79:
Møterom Olav Tryggvasson	PASIENTFORLØP, SAMHANDLING Silje Kaspersen, SINTEF Line Melby, SINTEF	PASIENTFORLØP, SAMHANDLING Mari Gunnes, SINTEF Sara Marie Nilsen, NTNU	PSYKISK HELSE Solveig O. Ose, SINTEF Kari Sand, SINTEF
		Kap. 14 – side 52:	Kap. 20 – side 84:
Møterom Wedel Jarlsberg		BEHOV OG BRUKER-MEDVIRKNING Kjartan Sarheim Anthun, SINTEF Roshan das Nair, SINTEF	PSYKISK HELSE Jorun Rugkåsa, Ahus Jorid Kalseth, SINTEF

ABSTRAKT BOK

Oversikt over innsendte abstrakts

4 ORGANISERT SESJON: Organisering og tilfredshet med psykisk helsevern

Dag 1, kl. 1400-1530, Britannia hall

Organisert sesjon: Johan Siqveland, Akershus universitetssykehus

Kommentator: Jorid Kalseth, SINTEF

Denne sesjonen vil presentere nye prosjekter som på ulike vis måler, evaluerer og forbedre tjenestene. Sentrale spørsmål for å evaluere psykisk helsevern er om tjenestene er tilpasset personen og er tilgjengelige, om de er effektive og beslutningene basert på evidens. Innleggene i denne sesjonen presenterer prosjekter som på ulike vis besvarer disse spørsmålene. Etter et innledende innlegg om kvalitet i psykisk helse vil et innlegg presenterer hvordan undersøke modeller (Fleksibel ACT) for å gi tjenester til pasienter med de mest alvorlige lidelsene fungerer, måling av hvor tilfreds pasientene er med døgninnleggelser, hvordan pasienter opplever å fylle inn standardiserte spørreskjema under behandling og til slutt en oversikt over forskningen på sammenhengene mellom mengde psykoterapi og behandlingsutfall.

4.1 Hva er kvalitet i psykisk helsevern?

Johan Siqveland, Akershus Universitetssykehus

Bakgrunn: Kvalitet er samtidig et uunngåelig og komplisert begrep i diskusjonen om forbedring og utvikling av helsetjenester. Begrepet defineres ofte langs seks ulike dimensjoner som i mange situasjoner står i et motsetningsforhold til hverandre. Ulike aktører innen helsetjenesten vil vektlegge dimensjonen ulikt noe som gjør det vanskelig å bli enig om hva som er riktig prioritering for å øke kvaliteten på tjenesten.

Formål: Beskrive sentrale dilemma i forståelsen og anvendelsen av kvalitetsbegrepet i utviklingen av bedre tjenester for psykiske lidelser.

Metode: Analysere begrepet og presentere ulike modeller for forståelse og sentrale metoder for å fremme kvalitet ved bruk av eksisterende litteratur.

Konklusjon/resultater: Alle aktører som vil bidra til kvalitetsutvikling bør kjenne til hvordan andre aktører som jobber for det samme fra andre posisjoner i systemet tenker og hvordan disse ulike perspektivene kan samordnes fruktbart.

4.2 Pasientrapporterte erfaringer etter utskrivning fra spesialisert døgn-behandling i psykisk helsevern: En nasjonal studie av forskjeller mellom diagnosegrupper

Camilla Skau Nyland¹, Lina Harvold Ellingsen-Dalskau², Ketil Hanssen-Bauer¹, Johan Sigveland¹, Hilde Hestad Iversen²

¹Akershus universitetssykehus, Forsknings – og utviklingsavdelingen for psykisk helse og rus,

²Folkehelseinstituttet, Område for helsetjenester

Bakgrunn: Helhetlige tjenester, økt brukermedvirkning og gode pasienterfaringer er sentrale mål for pasientforløp i psykisk helsevern og rus (Helsedirektoratet.no). Tiden etter utskrivning fra døgnbehandling i psykisk helsevern er en sårbar periode, og det trengs mer kunnskap om pasienters erfaringer med oppfølging i etterkant (Mutschler et al., 2019).

Formål: Vi ønsker å undersøke erfaringer med tjenester etter døgnopphold i psykisk helsevern blant pasienter fra ulike diagnosegrupper, samt hvem som svarer på undersøkelser om dette.

Metode: Vi vil analysere pasientrapporterte data fra en digital, longitudinell undersøkelse. Deltakere inkluderer voksne (≥ 18 år) som ble utskrevet fra døgnopphold i psykisk helsevern i Norge i perioden 1.oktober-31.desember 2023. Utvalget ble trukket fra NPR, og invitasjon om deltakelse ble sendt via Helsenorge.no. Data ble samlet inn ved tre tidspunkt: januar/februar, mai/juni og september/oktober 2024. Bakgrunnsdata er innhentet fra NPR og SSB.

4.3 Forskning på ACT og FACT – metodologiske vurderinger

Hanne Kristin Clausen, Akershus Universitetssykehus

Bakgrunn: Tverrfaglige og tverretatlige oppsøkende tjenester som Assertive Community Treatment (ACT) og Flexible Assertive Community Treatment (FACT) er sentrale satsningsområder for helsemyndigheter og lokale helse- og velferdstjenester. ACT og FACT er basert på forpliktende samhandling mellom kommuner og spesialisthelse-tjenesten. Hensikten er å styrke tilbudet gjennom å gi helhetlige tjenester til personer med alvorlige psykiske helseutfordringer som ofte har rusmiddelproblemer og med sammensatte tjenestebehov. Forskningen er imidlertid utfordret av høyt frafall, metodologiske begrensninger og begrensede utfallsmål.

Formål: Presentasjonen utforsker sentrale utfordringer ved å forske på komplekse samhandlingsmodeller for personer som tjenesteapparatet og forskningen ofte har vansker med å nå og beholde kontakt med.

Metode: Metodologiske refleksjoner og erfaringer fra nasjonale og internasjonale forskningsprosjekter på ACT og FACT presenteres, med hovedfokus på designvalg, rekruttering og deltakelse over tid.

Konklusjon/resultater: Implikasjoner for framtidige studier diskuteres, med mål om å styrke kunnskapsgrunnlaget og forbedre forskning på helsetjenester for en sårbar målgruppe.

4.4 Skjemakvaler eller skjemakvalitet? — En kvalitativ undersøkelse av hvordan pasienter opplever bruken av digitale spørreskjema i behandling

Mathea Fretheim Walle, Akershus Universitetssykehus

Bakgrunn: Kjernebatteriet “DelMedMeg” blir tilsendt alle pasienter i allmennpoliklinikkene, psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Kjernebatteriet består av fem digitale spørreskjema og måler symptomer, rusbruk, velvære, funksjon og tilfredshet med behandling. Hensikten er å systematisk kartlegge behandlingskvalitet. Kvalitative studier indikerer imidlertid at pasienters beskrivelser av utfall kan omhandle forhold utover symptomreduksjon eller andre forhåndsdefinerte mål (Ladmanová et al., 2025).

Formål: Vi ønsker å undersøke hvordan pasienter opplever å fylle ut digitale spørreskjema i behandling, og om de oppleves relevante og nyttige for deres behandlingsprosess.

Metode: Pasienter rekrutteres fra to allmennpoliklinikker på Akershus Universitetssykehus. Det vil gjennomføres semistrukturerte, individuelle intervjuer med deltakerne. Intervjuene vil analyseres med refleksiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2020).

På Helsetjenesteforskningskonferansen 2025 vil vi presentere resultatene fra den kvalitative analysen, og diskutere konsekvenser for bruk av rutinebaserte utfallsmål i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon/resultater: Vi vil presentere resultatene fra den kvalitative analysen, og diskutere konsekvenser for bruk av rutinebaserte utfallsmål i spesialisthelsetjenesten.

4.5 Sammenhengen mellom mengde psykoterapi og behandlingsutfall – en paraplyoversikt

Kari Standal, Akershus Universitetssykehus

Bakgrunn: Det er en økende trend i antall personer som søker behandling for psykisk helse problemer. Et økende press på kapasiteten i psykisk helsevern aktualiserer spørsmål om ressursbruk for hver pasient. Mange klinikere rapporterer at de ikke får gitt omfattende nok behandling til den enkelte pasient i spesialisthelsetjenesten. Det finnes imidlertid innen tjenestene liten enighet om hvor mye behandling som er nødvendig for at den skal være effektiv.

Formål: Oppsummere tidligere forskning om sammenhengene mellom mengde psykoterapi og behandlingsutfall

Metode: Vi gjennomfører derfor en oversikt over oversikter (paraplyoversikt) av forskning om sammenhengene mellom behandlingsdoser og utfall. Foreløpige litteratursøk har identifisert 11 000 aktuelle systematiske oversikter, men ingen relevante paraplyoversikter. Vi jobber derfor med en paraplyoversikt som oppsummerer den mest robuste kunnskapen om behandlingsbehov for ulike populasjoner når det gjelder behandlingsdoser.

Konklusjon/resultater: Bakgrunnen og planene for denne oversikten samt foreløpige funn vil presenteres.

5 Møterom Harald Hårfagre: Styling, ledelse, organisering, finansiering (fastlegeordningen)

Sesjonsledere: Anja Brænd, UiO og Birgit Abelsen, UiT

5.1 Hvordan påvirker kontinuitet i fastlegerelasjoner pasienters helsetjenestebruk? En studie av ulike typer fastlegebytter som naturlige eksperimenter

Andreas Asheim¹, Christina H Edwards, Robin Schepers, Schyler M Bennett, Johan H Bjørngaard
¹St. Olavs hospital

Bakgrunn: Å møte den samme fastlegen over tid er antatt å ha positive effekter på pasienters helse. Tidligere studier viser assosiasjoner med mellom slik kontinuitet og gode helseutfall. Forskjeller mellom pasienter med og uten kontinuerlige fastlegerelasjoner kan gjøre det utfordrende å tolke slike assosiasjoner.

Formål: Formålet med denne studien var å undersøke om det å få en fastlege med høy eller lav grad av kontinuitet i sin praksis fører til forskjeller i helseutfall.

Metode: Med data fra Fastlegeregisteret og sentrale helseregistre undersøkte vi personer som fikk ny fastlege av ulike årsaker og dermed fikk fastlegeforhold med ulik grad av kontinuitet. Vi sammenlignet pasienter som, for eksempel, flyttet og skiftet fra en lege til ulike leger med forskjellig kontinuitet i sin praksis. Dermed studerte vi en distinkt forskjell i kontinuitet hos sammenlignbare pasienter. Vi studerte flytting og tilfeller der leger pensjonerte seg, flyttet, eller sluttet av andre årsaker. Som utfall undersøkte vi akutte og planlagte sykehuskontakter, fastlege og legevaktkontakter, og mortalitet opp til fem år etter skifte av fastlege.

Resultat: Vi identifiserte 1.9 millioner endringer i fastlegetilknytning grunnet at legen sluttet, og 0.6 millioner tilfeller der personer flyttet og fikk en ny fastlege. Blant disse fant vi ingen systematiske forskjeller mellom pasienter med ulik grad av kontinuitet hos den nye legen. Vi fant ingen substansielle forskjeller i helsetjenestebruk eller mortalitet mellom pasienter som etter et skift fikk ulik grad av kontinuitet i sine fastlegerelasjoner.

Konklusjon: For de som får en ny fastlege er det ikke systematiske forskjeller mellom de som får en som praktiserer med høy eller lav kontinuitet, hverken i pasientkennetegn eller pasientutfall. Dette peker mot at kontinuitet i det store ikke har en effekt på helse. Vi kan ikke utelukke effekter for sårbare undergrupper.

5.2 Politikk, preferanser eller penger? En analyse av driverne bak fastlegers ansettelsesform

Nils Arne Lindaas

By- og regionforskningsinstituttet NIBR ved OsloMet

Fastlegeordningen har de siste årene stått overfor betydelige rekrutteringsutfordringer, og mange kommuner har derfor valgt å tilby kommunal ansettelse av fastleger som et virkemiddel for å styrke rekrutteringen. Som en følge av dette har andelen kommunalt ansatte fastleger økt, både i små og store kommuner. Tidligere forskning har primært undersøkt fastlegenes ansettelsesforhold fra deres eget perspektiv.

I denne studien ser vi derimot på ansettelsesformen fra kommunenes ståsted. Ved hjelp av registerdata på kommunenivå for perioden 2020–2024 undersøker vi ved hjelp av paneldatanalyse hvilke kommunekjennetegn og lokale forhold ved fastlegetjenesten som påvirker andelen kommunalt ansatte fastleger. I tråd med eksisterende funn finner vi at mindre, samt mindre sentrale kommuner har en høyere andel kommunalt ansatte fastleger. Det er derimot ingen sammenheng mellom kommunenes frie inntekter og andelen kommunalt ansatte fastleger.

Videre viser analysene at kommuner med høyere andel representanter fra partier på venstresiden har en økt andel kommunalt ansatte fastleger. Når det gjelder den lokale fastlegetjenesten, finner vi at både høyere andel unge, samt kvinnelige fastleger i kommunen er positivt assosiert med kommunal ansettelse. I tillegg viser funnene at en økning i andelen fastlegelister uten fast lege, er forbundet med en høyere andel kommunalt ansatte fastleger det påfølgende året.

5.3 Avgangsrater blant fastleger 2002-2022

Øyvind Snilsberg, Johannes Tyrhjell og Geir Godager¹

¹Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

Bakgrunn: Fastlegers beslutning om å slutte i fastlegeyrket har betydning for rekrutteringsbehovet i fastlegeordningen. Derfor er det et viktig spørsmål om avgangsratene har økt over tid.

Formål: Å analysere trender i fastlegers avgangsrater og undersøke om det finnes evidens for systematiske endringer over tid.

Materiale og metode: Registerbasert observasjonsstudie av alle fastleger i Norge siden ordningens innføring i 2001. Data fra FLO-registeret 2002-2024 ble brukt til å identifisere fastleger som avsluttet alle fastlegeavtaler og forble inaktive i mer enn åtte påfølgende kvartaler. Avgangsrater ble beregnet for hele perioden og per år. Signifikante avvik ble identifisert ved hjelp av 95% konfidensintervaller med Bonferroni-korleksjoner for multipl hypotesetesting.

Resultater: Studien omfattet 94 337 fastlege-år observasjoner. Avgangsratene var høyest blant de yngste fastlegene (ca. 7%) og avtok med alder til det laveste nivået på 2-3% i 50-årene, før de økte markant ved pensjonsalder (67 år). Dette mønsteret var stabilt gjennom hele studieperioden (2002-

2022). Kun to statistisk signifikante avvik fra forventede rater ble observert: høyere enn forventet avgang for 67-åringer i 2007 og for 41-åringer i 2010. Antallet observerte avganger per år fulgte tett det forventede antallet årlige avganger i fastlegeordningen.

Konklusjon: Fastlegers avgangsrater har vært stabile over studieperioden. Det er ikke påvist evidens for at økte avgangsrater har ført til rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen. Økningen i antall avganger skyldes primært aldring blant fastlegene, ikke adferdsendringer.

5.4 Kontinuitet og diskontinuitet i fastlegeordningen

Øyvind Snilsberg, **Tor Iversen**¹, Anne Karen Jenum, Yuting Zhang

¹Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Bakgrunn: Flere norske undersøkelser viser at kontinuitet i forholdet mellom pasient og fastlege har stor betydning for oppfølging og helseutfall blant pasientene. Vi er ikke kjent med undersøkelser som både undersøker effekten av kontinuitet og diskontinuitet i form av bytte til ny fastlege

Formål: Vår hypotese er at kontinuitet er positivt for oppfølging og helseutfall. Samtidig kan også diskontinuitet være positivt hvis byttet av fastlege skjer til en fastlege som er bedre enn den forrige. I studien undersøker vi hvordan kontinuitet og diskontinuitet i pasient-fastlege-forholdet påvirker om fastlegen utfører anbefalte helsetjenester til pasienter med type 2-diabetes (T2D) i Norge.

Metode: Ved hjelp av norske landsomfattende registerdata på individnivå fra 2018 til 2023 analyserer vi hvordan kontinuitet påvirker hvorvidt en pasient med T2D mottar anbefalte tjenester som HbA1c-tester og årskontroll. Vi undersøker også hvordan bytte til en fastlege som i større grad leverer anbefalte tjenester, påvirker om pasienten selv mottar disse tjenestene. Diskontinuitet i våre data oppstår ved at fastlegen slutter som fastlege, for eksempel ved å pensjonere seg. Diskontinuiteten er dermed eksogen for pasienten.

Resultat: Vi finner at flere år med samme fastlege er assosiert med høyere sannsynlighet for å motta anbefalte tjenester, særlig etter mer enn ti år. Videre finner vi at bytte til en fastlege som oftere leverer anbefalte tjenester, medfører en betydelig økning i sannsynligheten for å motta disse tjenestene. Samlet sett antyder resultatene at både kontinuitet og fastlegens egenskaper er avgjørende for om en pasient med T2D får anbefalte tjenester.

Konklusjon: Mens politiske tiltak ofte vektlegger kontinuitet, tyder våre funn på at bytte også kan være fordelaktig når det innebærer en overgang til en bedre fastlege. Dette understreker viktigheten av å gjøre kvalitetsinformasjon på tvers av fastleger transparent.

5.5 General practitioners' type of remuneration and antibiotic prescriptions. A difference-in differences analysis of switches using nationwide registry data

Kristian B. Kraft¹, Eivor H. Hoff, Yana Zykova, Sigurd Høye, Arnstein Mykletun, and Kristian Østby
¹Folkehelseinstituttet

Background: Antimicrobial resistance is a growing concern for global health. General practitioners (GPs) have an important gatekeeping role in limiting inappropriate antibiotic prescriptions. Studies have found that activity-based remuneration of GPs, such as fee-for-service (FFS), is associated with increased antibiotic prescribing.

Aim: Our study estimates the effect of switching between GPs with different remuneration schemes on the antibiotic prescription level. In addition, we explore potential mechanisms explaining this relationship.

Methods: We use individual-level nationwide registries from 2008 to 2019. All patients who switched GP during this period and were listed with both GPs for at least one year are included (N = 1,948,017). The main outcome is all antibiotics prescribed to patients, irrespective of prescriber. We apply a difference-in-differences (DiD) design with patient and monthly fixed effects.

Results: Patients receive more antibiotics when listed with an FFS GP, compared to a salaried GP. Patients switching from an FFS GP to a salaried GP experience a reduction of -1.4 monthly antibiotic prescriptions per 1000 patients (95 % CI -0.9 to -1.9). Conversely, the effect of switching from a salaried GP to an FFS GP yields an increase of 1.1 monthly antibiotic prescriptions per 1000 patients (95 % CI 1.9 to 0.3). The number of consultations is higher when patients are listed with FFS GPs, and the level of antibiotic prescriptions covary with the number of consultations for all groups included.

Conclusion: Compared to salary, FFS seems to increase the level of antibiotic prescriptions. The effect size found in this study corresponds to 3.7-4.7 % of the yearly antibiotic prescriptions in primary care. The relationship appears to be driven by an increased number of consultations among FFS GPs, indicating that higher availability may increase the volume of antibiotics.

6 Møterom Margrete: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon

Sesjonsledere: Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF/Ahus og Johan H. Bjørngaard, NTNU

6.1 Maskinlæring av fritekstkommentarer om pasienters erfaringer med helsetjenester - Erfaringer med aspektbasert annotering

Elma Jelin¹, Lilja Charlotte Storset, Mona Haugum¹, Inger Opedal Paulsrud¹, Rebecka Maria Norman, Hilde Hestad Iversen og Øyvind Bjertnæs

¹Folkehelseinstituttet

Bakgrunn: Fritekstkommentarer fra pasienter gir verdifull innsikt i helsetjenesten, men brukes lite fordi analysen er ressurskrevende. Folkehelseinstituttet og Språkteknologigruppen ved UiO utvikler nå et norsk maskinlæringsverktøy som analyserer både polaritet (sentiment) og underliggende aspekter på kommentarnivå. Dette er første gang slike modeller tilpasses norske pasientdata, med mål om å styrke analyser og forskning helt ned på tjenesteutøver-nivå.

Formål: I dette delarbeidet presenterer vi erfaringer fra utviklingsprosessen og de første funnene fra annotering av aspekter.

Metode: Datagrunnlaget består av fritekstkommentarer fra to nasjonale spørreskjemaundersøkelser: pasienterfaringer med fastlegen (FL) og med inneliggende behandling i psykisk helsevern (PHV). Utviklingen av maskinlæringsmodellen forutsetter manuell annotering av aspekter.

Resultater: Det ble utarbeidet retningslinjer med 44 aspekter (FL: 16, PHV: 19, felles: 9), basert på innsamlede kommentarer og tidligere undersøkelser. Totalt ble 2430 kommentarer annotert. Underveis ble retningslinjene videreutviklet og eksemplene konkretisert. Dobbel-annotering (inter-annotator agreement, IAA) ble gjennomført i fire runder for å identifisere problematiske aspekter. IAA økte for hver runde, fra 0,42 til 0,96 i FL og fra 0,44 til 0,99 i PHV. Relasjon til behandler fremstod som et hyppig aspekt i begge datamaterialer, mens behandlingsutfall var særlig fremtredende i PHV og kontinuitet i behandling i FL.

Konklusjon: Utvikling av tydelige annoteringsretningslinjer og identifisering av sentrale aspekter er avgjørende for etablering av robuste maskinlæringsmodeller. De første resultatene viser at høy enighet mellom annotører er mulig å oppnå. Slike verktøy kan bidra til å gjøre fritekstkommentarer mer tilgjengelige for systematisk analyse, og dermed styrke både forskning og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

6.2 Bruk av generativ kunstig intelligens i allmennpraksis – erfaringer fra AIFAL-prosjekt og et pågående internasjonalt samarbeid

Mari Gunnes, Kristin Thaulow og Kari Sand

Alle SINTEF Digital, Avd. helsetjenesteforskning

Bakgrunn: Fastlegeordningen står overfor økende press som følge av oppgaveoverføring, høy arbeidsbelastning og økte krav til effektivitet. Generativ kunstig intelligens (KI) løftes frem som et mulig verktøy for å avlaste allmennleger, men kunnskapen om deres behov, forventninger og bekymringer er fortsatt begrenset.

Formål: I ett gjennomført og ett pågående prosjekt, i henholdsvis Norge og Tyskland, har vi undersøkt allmennlegers perspektiver på bruk av KI i fastlegepraksis, med mål om å utforske hvordan KI-chatboter kan integreres i medisinske beslutningsstøtteverktøy på en måte som ivaretar trygghet, bærekraft og brukervennlighet, samtidig som kulturelle betingelser, holdninger og refleksjoner blant tyske allmennleger belyses.

Metode: I det norske AIFAL-prosjektet deltok 11 fastleger i en heldags workshop (høsten 2024) der de testet KI-prototyper (tale-til-tekst og automatisk genererte journalnotater) og bidro i fokusgruppeintervjuer. Dataene ble analysert tematisk. I det pågående prosjektet i Tyskland rekrutteres 20-25 allmennleger (høsten 2025) til workshop, fokusgrupper og oppfølgingsintervjuer om erfaringer, forventninger og kulturelle perspektiver knyttet til KI-chatbot integrert i Deximed. Innsikten brukes i en iterativ utviklingsprosess og testing av en betaversjon.

Resultater/konklusjon: AIFAL-prosjektet identifiserte fire områder hvor allmennlegene anså at KI kan være særlig nyttig:

1. tale-til-tekst og journalføring
2. oppsummering av omfattende tekstdata
3. beslutningsstøtte
4. pasientrettede selvbetjeningsverktøy.

Fastlegene så potensial for tidsbesparelse, bedre dokumentasjon og mer standardiserte prosesser, men uttrykte samtidig bekymring for datasikkerhet, risiko for svekket klinisk skjønn, for «å bli lat», samt behovet for løsninger basert på norske data. Preliminære funn fra det tyske prosjektet vil presenteres på konferansen og belyse hvordan språk, kultur og kontekst påvirker både holdninger og forventninger til KI-løsninger. Samlet viser prosjektene at tidlig og systematisk involvering av sluttbrukere er avgjørende for å utvikle klinisk relevante, trygge og legitime KI-løsninger i allmennlegetjenesten.

6.3 Identifying clinically relevant decisions in medical dialogues: How are machine learning approaches performing compared to humans?

Fredrik Dahl, **Owen Thomas**¹, Pål Gulbrandsen, Eirik Ofstad, Julia Menichetti Delor

¹Akershus universitetssykehus

Background: The AutoAnnotate project explored machine learning approaches for automatic coding of doctor–patient dialogues in clinical practice, using the DICTUM taxonomy of medical decision types.

Method/aim: Two datasets were analyzed: Dictum-S (simplified, 3 decision classes) and Dictum-F (full taxonomy, 11 decision classes, highly imbalanced). We benchmarked four methodological families: a support vector machine baseline, Norwegian-specific BERT models (NorBERT-3), a GPT-type model fine-tuned on Norwegian text (NorMistral-7B), and OpenAI’s ChatGPT through in-context learning.

On the balanced Dictum-S dataset, all advanced models achieved high agreement with the gold standard, surpassing human coders. The best performance came from an ensemble of NorBERT-3-large, achieving 94.3% accuracy (F1-macro 0.93), exceeding human accuracy (≈90%). ChatGPT-4o matched NorBERT-3-large without fine-tuning, underscoring the potential of large language models for coding of clinical communication. In contrast, the imbalanced Dictum-F dataset proved more challenging: the top-performing NorBERT-3-large ensemble reached 90.1% accuracy but only 56.3% F1-macro after excluding very rare classes, reflecting persistent difficulties in distinguishing between decision and non-decision utterances.

Conclusion/result: Our findings demonstrate that modern transformer-based models, especially domain-specific BERT variants, can reliably automate coding of clinical communication and in some cases outperform expert coders. However, challenges remain for complex, imbalanced taxonomies, where class rarity and coding ambiguity constrain model performance. This work highlights both the promise and limitations of applying large language models in health services research to support scalable analysis of clinical communication.

6.4 Hvordan konstruerer pasienter prostatakreft og teknologi når de gjennomgår kunstig intelligens-støttet prostatakreftdiagnostikk?

Simon Aleksander Berger, Institutt for pedagogikk og livslang læring (IPL), Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU-fakultetet), NTNU

Bakgrunn: Kunstig intelligens (KI) implementeres i økende grad i klinisk praksis, blant annet i form av KI-baserte verktøy som støtter radiologer i tolkning av MR-bilder i prostatakreftdiagnostikk. Disse teknologiene har som mål å forbedre presisjon og effektivitet, men vi vet lite om hvordan pasienter forstår sykdommen, og teknologien som brukes i deres diagnostiske forløp når dette er støttet av et KI-basert verktøy.

Formål: Studien undersøker hvordan prostatakreftpasienter sosialt konstruerer prostatakreft og KI etter å ha blitt diagnostisert ved hjelp av et KI-basert støtteverktøy. Målet er å identifisere aktører og diskurser som bidrar til å forme pasientenes syn på og holdninger til sykdommen, teknologien, og deres egen rolle i prostatakreftdiagnostikk.

Metode: Studien bygger på 18 kvalitative, individuelle forskningsintervjuer med pasienter som har gjennomgått prostatakreftdiagnostikk støttet av et KI-basert verktøy. Dataene er analysert med utgangspunkt i Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse, med hovedfokus på pasientenes forståelse i ulike sosiale og kulturelle kontekster.

Konklusjon/resultater: Foreløpige funn viser at både prostatakreft og KI konstrueres gjennom samhandling og interaksjoner med familie, venner, helsepersonell, pasientorganisasjoner, nettfora, og media. Disse aktørene påvirker pasientenes kunnskap og oppfatninger om prostatakreft og KI. Et sentralt funn er at pasientene i all hovedsak er positive til KI i helsevesenet, samtidig som de uttrykker større usikkerhet og skepsis til bruk av KI i andre sektorer og samfunnsområder.

6.5 Årsaker til at pasienter ikke møter til time på sykehuset: Helsesekretærens erfaringer og perspektiv

Kari Sand¹ og Mats Blakstad²

¹SINTEF Digital, Avd. Helsetjenesteforskning, ²SINTEF Digital, Avd. Sustainable Communication Technologies

Bakgrunn: Det er en stor utfordring at mange pasienter ikke møter til oppsatt time på sykehuset, eller ikke møter forberedt, for eksempel ikke har fastet før en operasjon eller tatt blodprøver før en undersøkelse. Dette har negative konsekvenser for helsepersonell som ikke får utført jobben sin, helsesekretærene som må bruke mye tid på å fylle timebøkene på kort varsel, klinikkene ikke får utnyttet ressursene sine effektivt og pasientene selv som kan gå glipp av nødvendig helsehjelp. Det er behov for mer kunnskap om årsakene til at pasienter ikke møter eller ikke møter forberedt for å kunne utvikle målrettede tiltak for å forbedre situasjonen.

Formål: Å undersøke årsaker til at pasienter ikke møter opp til time på sykehus, ikke møter forberedt til time eller utsetter timen – ut fra helsesekretærens erfaringer og perspektiv.

Metode: Vi har gjennomført en kvalitativ intervjustudie med 15 helsesekretærer fra ulike klinikker på fire sykehus i Norge. Intervjuene er gjort på Teams, med to forskere til stede på hvert intervju og vha. en semi-strukturert intervjuguide. Intervjuene er transkribert og tematisk analysert. Studien er gjennomført som en del av UNITY-prosjektet, som eies av DIPS og er finansiert av Forskningsrådet.

Konklusjon/resultat: Helsesekretærenes erfaringer er at pasienter ikke møter opp eller utsetter time av mange ulike årsaker. Sykdom er den vanligste. Andre pasientrelaterte årsaker er andre avtaler, at pasienten har fått helsehjelp annet sted, eller at pasienten ikke prioriterer timen fordi hen ikke anser den som viktig. Den viktigste sykehusrelaterte årsaken til at timer blir avlyst, er at planleggings-horisonten er for kort til at innkallingsbrev blir sendt i tide. Hovedårsaken til at

pasienter ikke møter forberedt til timer på sykehuset, er at de ikke har lest innkallingsbrevet godt nok. Helsesekretærene har ideer til forbedringer for å sikre at flere pasienter tar sykehustimer på alvor, og at flere får med seg all informasjonen.

7 Møterom Astrid: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon

Sesjonsledere: Vidar Halsteinli, St. Olavs hospital og Jon H. Kaspersen, NORCE

7.1 “Finding our ways”: implications of adaptations in mental healthcare

Kjersti Zakariassen Fosse

NTNU

The implementation of the Health Platform has resulted in several challenges among healthcare professionals in all services. In the children and adolescent mental healthcare service in Ålesund they were second in implementing the Epic system in Central Norway and how much the system had developed from the first till the second implementation in terms of adapting to users' needs was looked at. A challenge in new electronic health records is for users to be able to use the system as intended, however when this is not the case, workarounds tend to happen. This can often be found in practices such as invisible work, which is particularly found among marginalised workers.

By looking at how the system has developed between the implementation in Trondheim and in Ålesund, the aim is to shed light upon how the mental health sector's workers often end up becoming marginalised. For the sake of their patients they endure the struggles, partaking in invisible work to maintain patient care and safety. As the two cases portray what could be considered a development of the implementation of the Health Platform, an understanding of why the user group face the challenges they do will be explored.

Through 16 semi-structured interviews, 10 from two different stages of the implementation in Trondheim and 6 from Ålesund, with different healthcare professionals such as doctor, psychiatrist, nurse, and other milieu team workers a broad spectrum of perspectives of the implementation of the Health Platform was gained. The interviews were analysed using an inductive thematic analysis.

Through theories concerning invisible work among marginalised groups, the users in the two different cities show how little focus mental healthcare with children and adolescent has had in the development of the Health Platform. Even after the adaptations were done after the implementation in Trondheim.

7.2 Digital oppfølging av urinsyregikt, ReMonit Gout-prosjektet

*J. Stjärne, F. Aanesen, I.J. Berg, S. Søhus, H. B. Hammer, T. Uhlig, E. K. Kristianslund, A. T. Tveter, N. Dalbeth, A. Abhishek, **Nina Østerås**¹*

¹Diakonhjemmet sykehus

Bakgrunn og formål: Urinsyregikt er den vanligste inflammatoriske revmatiske sykdommen hos voksne, og forekomsten er økende. Det finnes effektiv medikamentell behandling som senker urinsyrenivået, men mange pasienter får ikke optimal og målrettet behandling. ReMonit Gout er et forskningsprosjekt som utvikler og tester Urika, en app for pasienter med urinsyregikt. Hensikten med appen er å gi oppfølging i tråd med anbefalte retningslinjer og samtidig spare tid og ressurser for både pasienter og helsepersonell. Prosjektet har fått støtte fra Helse Sør-Øst, Stiftelsen Dam og REMEDY. Formålet med denne studien var å teste anvendbarheten av Urika og studielogistikk for pasienter fra Diakonhjemmet sykehus som startet urinsyresenkende behandling.

Metode: Urika-appen er utviklet i samarbeid med brukermedvirkere, forskere og klinikere. Den inneholder informasjon om sykdommen, påminnelser for medisin og blodprøver, oversikt over urinsyrenivå og algoritmer for dosering. Pasientene svarte på spørreskjema ved studiestart og etter 3 måneder, og det ble samlet bruksdata fra appen. Ti pasienter deltok i semistrukturerte intervjuer om erfaringer med appen.

Resultater og konklusjon: 21 menn med gjennomsnittsalder på 50 år (range: 29 til 71 år) deltok i anvendbarhetsstudien. Appen fikk høy skår på brukervennlighet, og det ble rapportert få uønskede hendelser/feil med appen. Totalt 87% av endepunktene for anvendbarhet ble nådd. Det var over den prespesifiserte akseptable grensen for anvendbarhet ($\geq 70\%$), og inkluderte kliniske utfallsmål, teknisk og operasjonell anvendbarhet. Treg rekrutteringsrate kan bli en utfordring for en fremtidig stor forskningsstudie. Intervjuene viste at deltakerne hadde hovedsakelig positive erfaringer med bruken av appen, at den var enkel og trygg å bruke, men at noen få opplevde tekniske problemer.

Konklusjonen er at Urika viste tilfredsstillende anvendbarhet, og at Urika derfor kan testes i en stor randomisert, kontrollert studie der dagens oppfølgingspraksis sammenlignes med app-basert oppfølging. Resultatene fra anvendbarhetsstudien er benyttet til å forbedre både funksjonene i Urika-appen og studielogistikken for den fremtidige studien.

7.3 Metoder for evaluering av digitale helseøkosystemer: erfaringer fra internasjonale og nasjonale prosjekter

Konstantinos Antypas¹, Mats Blakstad¹, Merete Rørvik¹

¹SINTEF Digital

Bakgrunn: WHO definerer et digitalt helseøkosystem som «en digital, interoperabel informasjons-teknologisk infrastruktur som primært brukes av helsetjenestene på tvers av alle omsorgsnivåer, særlig av helsepersonell, tjenesteleverandører og pasienter, samt av folkehelsemyndigheter, universiteter og forskningsinstitusjoner. Et interoperabelt digitalt helseøkosystem skal muliggjøre sømløs og sikker utveksling av helsedata mellom brukere, tjenesteytere, systemforvaltere og

helsedatatjenester». Slike økosystemer kan bryte ned siloer, styrke samhandling og legge til rette for innovasjon, men deres kompleksitet gjør evaluering utfordrende.

Formål: Å undersøke og diskutere evalueringsmetoder for digitale helseøkosystemer, med utgangspunkt i erfaringer fra prosjektene BETTEReHEALTH og ShareIT, og vurdere relevansen av tilnærminger fra implementeringsforskning og internasjonale rammeverk.

Metode: I BETTEReHEALTH ble policyanalyser, systematiske kunnskapsoppsummeringer og bred brukerinvolvering kombinert for å kartlegge status og behov i flere afrikanske land. ShareIT anvender kvalitative intervjuer med aktører for å undersøke erfaringer med datadeling og digitale løsninger. I disse prosjektene ble rammeverk fra implementeringsforskning ikke brukt direkte, men vi har en hypotese om at de kunne berike metodene som er anvendt. Vi studerer derfor i hvilken grad slike rammeverk kan supplere eksisterende tilnærminger.

Resultat/konklusjon: Erfaringene viser at evaluering av digitale helseøkosystemer krever metodetriangulering, litteraturforankring og bruk av internasjonale rammeverk. Effektevaluering og kvalitativ forskning gir viktige innsikter, men kan med fordel suppleres av implementeringsrammeverk og relevante WHO-tilnærminger. I tillegg er offentlig–privat samarbeid (PPP) og involvering av flere disipliner, inkludert forretnings- og innovasjonsforskning, avgjørende for å forstå både verdiskaping, bærekraft og skaleringsmuligheter. Samlet kan dette bidra til økt transparens, overførbarhet og gjenbruk, og gi et mer robust kunnskapsgrunnlag for videre utvikling, implementering og skalering av digitale helseøkosystemer.

7.4 Promoting Healthy Aging of Sámi and Inuit Elders Through Co-Designed Digital Health Tool

Ivana Bojanic¹, Lise Tuset Gustad

¹Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet

Background: Europe's aging population requires sustainable health and social care services that support healthy aging across diverse cultural contexts. Current frameworks often neglect the perspectives of Indigenous communities, for whom health is understood holistically, encompassing physical, mental, social, cultural, and community dimensions. In Sámi and Inuit populations, culture- and language-sensitive approaches are essential to ensure health interventions are relevant, acceptable, and effective.

Objective: The project aims to promote healthy and sustainable aging among Sámi and Inuit elders (65+ years) in Norway, Sweden, and Greenland by co-developing culturally tailored digital health tools. The goal is to strengthen self-management, support the prevention of ill health, and enhance wellbeing in alignment with UN Sustainable Development Goals (SDG 3, 10, and 17), ILO Indigenous and Tribal Peoples Convention 169, and the UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples.

Method: We will employ a participatory and iterative co-design process, involving Sámi and Inuit elders throughout four stages: Discover, Define, Develop, and Deliver. In the Discover phase, we will analyze existing data and conduct community sharing circles to explore health perceptions and practices of healthy aging. During the Define phase, communities will help identify key challenges

and needs. In the Develop phase, findings will be synthesized into a thematic framework and collaboratively used to build a prototype. The Deliver phase will involve creating and testing a culturally adapted digital health tool in Sámi, Inuit, and Scandinavian languages.

Expected Results/Conclusion: The project is expected to create culturally relevant digital health tools that improve access to health information, strengthen rural Indigenous healthcare, and enhance Nordic collaboration. Outcomes are expected to include improved accessibility of health information and strengthened healthcare services in rural Indigenous communities. The project runs from 2025 to 2029 and is funded by NordForsk, supporting collaboration and knowledge-sharing among partners in Norway, Sweden, and Greenland.

7.5 From 0 to >5800 patients screened: How we developed a new cognitive screening test and service pathway

Roshan das Nair

SINTEF Digital, Dept. of Health Services Research

Introduction: Cognitive problems are highly prevalent amongst people with MS. However, in the UK, as part of standard clinical care in National Health Service (NHS), people with MS are not routinely offered cognitive screening. This is partly due to staffing issues and costs associated with the purchase and use of cognitive screening tests.

Aims: To overcome these issues, we aimed to develop, norm, and validate a new screening battery (based on the Stroop test, Symbol Digit Modalities Test, and subjective ratings of mood, cognition, and fatigue) and embed this within a newly created clinical pathway.

Methods: Both the tests and the pathway were co-developed with stakeholders (people with MS, families/carers, clinicians, and service commissioners). Using the Consolidated Framework for Implementation Research as a guiding principle, we were able to determine the barriers and facilitators to deliver this clinical pathway. The initial pathway was pilot tested and iteratively developed further to develop a blueprint of the pathway that can be adapted to different NHS services.

Results: We have successfully delivered this service in 6 NHS MS clinics around England and Wales where it has now become part of their usual care, and have screened >5800 people with MS, thus enabling services to triage patients to appropriate types of treatments. In this presentation, I will explain the co-development process, the barriers and facilitators to implementing this clinical pathway.

Conclusions: Embracing a co-development philosophy and using an iterative Plan-Do-Fail-Evaluate-Retry cycle, we have successfully developed and implemented a cognitive screening programme in NHS MS clinics. Knowledge of implementation science enabled us to proactively work through some of the challenges to deliver a sustainable, stakeholder-approved cognitive screening pathway.

8 Møterom Olav Tryggvasson: Pasientforløp, samhandling

Sesjonsledere: Silje Kaspersen og Line Melby, SINTEF

8.1 Communication between Norwegian Pakistani patients and healthcare providers about traditional and complementary medicine: A Qualitative Study

Saliha Khalid MS¹, Trine Stub¹, Agnete Egilsdatter Kristoffersen¹, Christine Råheim Borge², Lise-Merete Alpers³

¹The National Research Center in Complementary and Alternative Medicine (NAFKAM), Department of Community Medicine, Faculty of Health Sciences, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø,

²Lovisenberg Diaconal Hospital, Oslo, Norway, ³VID Specialized University, Oslo

Background: Norwegian Pakistanis, one of the largest non-Western minority groups in Norway, report poorer health compared to native Norwegians. They frequently use traditional and complementary medicines (T&CM), including herbal remedies, natural products, self-help practices, and complementary therapies, to promote well-being and manage illnesses. While T&CM holds cultural significance, its use, along with conventional medicine, can pose direct and indirect risks to patients, such as drug-herb interactions. Effective communication between healthcare providers (HCPs) and patients is therefore essential to ensure patient safety.

Purpose: This study aimed to explore HCPs' experiences in discussing the use of T&CM with Norwegian Pakistani patients, focusing on challenges and strategies for improving communication. **Methods:** Four focus group interviews and one in-depth interview were conducted with HCPs in Oslo, Norway, between May and October 2024. Braun and Clarke's reflexive thematic analysis was used to identify themes that reflect shared experiences and insights into communication about T&CM.

Results: We generated two main themes: 1) Complex consultations and 2) Enhancing communication by modifying attitudes, knowledge, and practices. Consultations with immigrant patients were often challenging for HCPs due to language barriers and their limited understanding of T&CM and patients' cultures. HCPs highlighted that patients usually avoid disclosing their use of T&CM, possibly viewing it as a private matter. HCPs emphasized that improving their cultural competence, adopting a patient-centered approach during consultations, and fostering interprofessional collaboration can promote effective communication with immigrant patients about T&CM. HCPs suggested practical measures to achieve these goals. This study reveals that HCPs have limited knowledge of T&CM practices used by Norwegian Pakistani patients and rarely discuss them in consultations, emphasizing the urgent need to improve communication for patient safety.

8.2 Voksne barns erfaringer og perspektiver i overgangen når deres eldre forelder flytter fra hjem til sykehjem

Maylen Reiersøl Dahl¹, Grethe Eilertsen, Siri Tønnessen og Truls Juritzen

¹Universitetet i Sørøst-Norge

Bakgrunn: Overgangen fra hjem til sykehjem er en kompleks og emosjonelt krevende prosess, både for den eldre personen og deres pårørende. Til tross for dette er det begrenset forskning i norsk kontekst som utforsker hvordan voksne barn opplever denne overgangen.

Formål: Målet med dette pågående Ph.d.-prosjektet er å belyse voksne barns erfaringer i tre faser av overgangen: tiden etter vedtak om langtidsplass er gitt og før flyttingen skjer (den innledende fasen), selve flytteprosessen (den midtre fasen) og de første ukene etter at forelderens har flyttet inn på sykehjemmet (den siste fasen). Narrative intervjuer ble gjennomført med åtte voksne barn på tre ulike tidspunkter mellom februar og september 2022. Denne presentasjonen vil ha fokus på den siste fasen av overgangsprosessen som utgjør den tredje og siste artikkelen i avhandlingsarbeidet, som enda er under utarbeidelse. Studien er en del av et kvalitativt forskningsprosjekt med et narrativt, longitudinelt og prospektivt design. Dataene er analysert med en kombinasjon av narrativ og longitudinell analyse for å undersøke hvordan deres erfaringer og fortellinger utvikler seg over tid.

Foreløpige funn viser at muligheten for tilpasning i den siste fasen varierer, og er preget av de voksne barns erfaringer i de tidlige overgangsfasene: noen voksne barn beskriver denne perioden som relativt enkel og preget av lettelse over at forelderens mottar kontinuerlig omsorg og pleie, mens andre opplever den som utfordrende, ofte preget av usikkerhet og emosjonelle belastninger. For å illustrere disse variasjonene løftes narrative til to deltakere, "Susan" og "Phillip", frem som eksempler på ulike erfaringer.

Jeg ønsker å bruke denne konferansen som en arena for å diskutere studiens implikasjoner for helsetjenestepraksis og videre forskning, med særlig fokus på hvordan helsepersonellet kan styrke og ivareta pårørendeperspektivet i denne krevende overgangsprosessen, slik at de fortsatt kan være den verdifulle ressursen de utgjør for dagens helsetjeneste.

8.3 Å bli og være instruktør i et kompetanseprogram i kommunehelse-tjenesten – sykepleieres erfaringer og refleksjoner

Emilie Alfstad¹⁾, Veronica Lockertsen, Anne-Kari Johannessen og Anne Werner

¹⁾OsloMet

Bakgrunn: Sykepleiere utgjør den største andelen av helsepersonell i vestlige land og har en sentral rolle i pasientbehandlingen i kommunehelsetjenesten. I tillegg har sykepleiere omfattende veiledningsoppgaver for kollegaer og studenter, noe som kan fremme faglig utvikling og styrke forbindelsen mellom teori og praksis. Forskning viser at kollegabasert læring kan forbedre

kompetansen og pasientsikkerheten. I 2020 lanserte Norge KlinObsKommune, et kompetanseprogram for å styrke helsepersonells observasjons-ferdigheter i kommunehelsetjenesten. Programmet bruker «Train-The-Trainer»-modellen, der sykepleiere fungerer som instruktører for kolleger. Det finnes lite forskning på sykepleieres erfaringer som instruktører i kommunehelsetjenesten, og studiens mål er å utforske sykepleieres erfaringer og refleksjoner knyttet til det å bli og være instruktør for kolleger i et kompetanseprogram.

Metode: Studien er kvalitativ og inkluderer individuelle intervjuer med 10 instruktører fra ulike enheter i kommunehelsetjenesten, samt tre observasjoner av kurs i kompetanseprogrammet. Dataene ble analysert ved hjelp av Malteruds metode for systematisk tekstkondensering.

Resultater: I analysen identifiserte vi tre hovedkategorier:

1. Erfaringer med overgangen til instruktørrollen
2. Erfaringer med å være instruktør
3. Erfaringer med betingelser som påvirker overgangen til instruktørrollen

Konklusjon: Studien viste at sykepleierne erfarte at overgangen til instruktørrollen medførte et utvidet ansvar og en bredere oppgaveportefølje. Rollen krevde at sykepleierne måtte utvikle pedagogiske ferdigheter og evne til å engasjere kolleger i et læringsmiljø. Denne overgangen bidro også til en bevisstgjøring og vurdering av egen faglige kompetanse, yrkesidentitet og samhandlingsferdigheter i en pedagogisk kontekst. Deltakerne identifiserte flere viktige forutsetninger for en vellykket overgang. Blant disse var lederstøtte, tilstrekkelig tid og ressurser, samt en organisasjonskultur som legger til rette for instruktørutvikling. Ved å prioritere slike støttestrukturer, kan kommunehelsetjenesten bedre ruste sykepleiere til å lykkes som instruktører med undervisningsansvar. Dette kan igjen bidra til økt kompetanseutvikling og forbedret pasientbehandling.

8.4 Felles pasient – ulike rasjonaliteter: utfordringer i koordinering av kommunale helsetjenester

Kirsti Sarheim Anthun¹ og Erna Håland

¹SINTEF Digital

Bakgrunn: Koordinering og samarbeid mellom kommunale helsetjenester er avgjørende for å sikre helhetlige, sammenhengende pasientforløp, bedre ressursutnyttelse og mer effektiv behandling. Likevel oppstår det vedvarende utfordringer i koordineringen mellom tjenester.

Formål: Studien undersøker hvordan vi kan forstå vedvarende utfordringer i koordinering og samarbeid mellom kommunale helsetjenester, til tross for felles mål og profesjonell kompetanse.

Metode: Studien bygger på kvalitativ datainnsamling i to kommuner, med totalt 21 deltakere fra korttidsavdeling på sykehjem, hjemmetjenesten, ergoterapi- og fysioterapitjenesten, samt koordinerende enhet eller innsatsteam. Det ble gjennomført semi-strukturerte intervjuer, individuelt og i grupper.

Konklusjon/resultater: Funnene viser at tjenestene opererer med ulike rasjonaliteter som preger hvordan de tolker pasientens behov og sin egen rolle i forløpet. Behandlingstjenester vektlegger

effektivitet og rask utskriving, rehabiliteringstjenester har et langsiktig og prosessorientert perspektiv, mens hjemmetjenesten fokuserer på omsorg og trygghet. Disse ulikhetene skaper friksjon og bidrar til fragmentering i pasient-forløpet. Når tjenester arbeider ut fra ulike forståelser og prioriteringer, men mot samme pasient, oppstår et paradoks: innsatsen kan bli mindre effektiv. I stedet for å styrke hverandre, risikerer tjenestene å trekke i hver sin retning. Dette reiser spørsmål om hvordan helsetjenesten kan organiseres og forstås på måter som rommer kompleksitet, uten å miste helheten av syne.

9 ORGANISERT SESJON: Allmennlegetjenesten: Ulike tematiske og metodiske tilnærminger

Dag 1, kl. 1600-1730, Britannia hall

Organisert sesjon: Birgit Abelsen, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT m.fl.

Kommentator: Hilde Lurås, Ahus/UiO

Kort introduksjon til tema:

Allmennlegetjenesten er en grunnpilar i det norske helsevesenet og utgjør ofte befolkningens første møte med helsetjenesten. For å forstå og utvikle denne sentrale tjenesten trengs solid kunnskapsgrunnlag, og her spiller norske registerdata en viktig rolle. De gir unike muligheter til å studere allmennlegetjenesten gjennom kobling av helse-, sosiale, økonomiske og demografiske data på personnivå.

For å stimulere til mer og bedre forskning i primærhelsetjenesten har universitetene de siste årene arrangert egne høstmøter. Målet har vært å styrke samarbeidet mellom forskningsmiljøer som arbeider med ulike datakilder, og å fremme forskning både på og i primærhelsetjenesten – særlig innen allmennlegetjenesten.

Med denne organiserte sesjonen bringer vi dette initiativet inn i den nasjonale helsetjenesteforsknings-konferansen, der det naturlig hører hjemme. Vi har valgt ut problemstillinger som belyser ulike tilnærminger til bruk av registerdata, men utvider samtidig perspektivet til å inkludere studier som undersøker temaer som i liten grad lar seg fange av eksisterende registre. Sesjonen åpner dermed for en diskusjon om hvorvidt datagrunnlaget for forskning i primærhelsetjenesten i dag er tilstrekkelig – eller om det er behov for å videreutvikle norske registerdata til å dekke flere sentrale tjenester, særlig fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vi planlegger en sesjon som tematisk spanner bredt innenfor rammen av allmennlegetjenesten.

9.1 Hvordan gjøre registerforskning i allmennmedisin klinikknært?

Fossum, Skow, Lindberg, Høye, **Louise Emilsson**¹

¹Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Brukerne i allmennlegetjenesten er allmennlegene, deres pasienter og andre helsearbeidere på fastlegekontorer og legevakter. Registerdata og forskning som bruker disse kildene kan i mange tilfelles oppfattes av brukerne som å omhandle dem som en «tjeneste» og «tjenestebrukere eller -yttere». Samtidig er etterspørselen deres i større grad rettet mot innholdet, og kvaliteten på innholdet.

Formål: Presentere registerdata med klinikknære og kliniske målsetninger og utkommemål. Formålet med alle studiene er å forbedre kvaliteten på utredning og behandling innen visse problemstillinger.

Metode: Et stort sammenkoblet registerdatasett ved avdeling for allmennmedisin ved UiO er brukt som utgangspunkt for flere studier innen tematikk infeksjoner og antibiotikabehandling.

Resultat/konklusjon: Resultater fra flere studier fra samme datasett vil bli presentert, samt plan for implementering av denne kunnskapen i tjenestene.

9.2 Registerbasert tilnærming til depresjonsomsorg i allmennpraksis – oppsummering av GP-DEP-prosjektet

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

Universitetet i Bergen / Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE

Bakgrunn: Depresjon er en vanlig lidelse behandlet i allmennpraksis, men det er uklart hvordan fastlegenes praksis har utviklet seg over tid og om den påvirkes av sosiale faktorer.

Formål: Å syntetisere data på tvers av registerstudier i GP-DEP prosjektet om fastlegers behandling og oppfølging av pasienter med depresjon, med særlig vekt på kjønn, alder, utdanning og behandlingsforløp.

Metode: Trekke ut gjennomgående hovedfunn fra sju norske registerbaserte kohortstudier basert på nasjonale data fra perioden 2009–2016, med informasjon om depresjonsdiagnoser, helsetjenestebruk, medikamentforeskrivning, sykmelding, henvisninger og sosiodemografi.

Resultat/konklusjon: Fastlegenes oppfølging inkluderte samtalebehandling, lengre konsultasjoner, medikamentforeskrivning og henvisning. Oppfølging etter depresjonsdiagnose varierer mye, og kun én av tre fikk oppfølging innen 14 dager etter oppstart med antidepressiva. Samtalebehandling har økt, mens medikamentbruk og sykmelding har gått noe ned i studieperioden. Ulikheter i oppfølging avhengig av pasientens alder, kjønn og utdanning tyder på risiko for sosialt betinget variasjon i kvaliteten på depresjonsbehandling.

9.3 Distriktsvirkninger av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnustjeneste/LIS1 – en longitudinell kohortstudie

Marie Hella Lindberg¹, Martin Bruusgaard Harbitz og Birgit Abelsen

¹NSDM, UiT

Bakgrunn: I 2013 endret tildelingen av legeturnusplasser (nå LIS1) seg fra loddtrekning til et søknadsbasert system. Kritikere hevdet at endringen ville øke distriktenes utfordringer med å rekruttere og beholde leger.

Formål: Å undersøke om legers valg av arbeid i distriktene endret seg etter turnustildelingssystemendringen.

Metode: Avbrutt tidsserieanalyse ble brukt for å undersøke nivå og trend i sannsynligheten for å jobbe i en distriktskommune før og etter systemendringen blant alle som ble uteksaminert fra medisinstudiet ved UiT i 2003-2018 (N=1313). Studiepopulasjonen ble identifisert fra Felles studentsystem og det ble koblet til registerdata om sosial og geografisk bakgrunn, samt arbeidsstatus og arbeidssted årene etter uteksaminering.

Resultat/konklusjon: Sannsynligheten for at leger jobbet i distrikt det første året etter uteksaminering økte etter systemendringen. De påfølgende årene reduseres andelen som jobbet i distriktene og det er få tegn til forskjeller før og etter systemendringen. Resultatene tyder ikke på at distriktene kom dårlig ut av systemendringen.

9.4 “Caught in the Middle”: General Practitioners’ Experiences with Rejected Referrals to Adult Mental Health Services in Norway

Silje L. Kaspersen¹, Juni Raak Høiseth, Bjarne Austad, Sara M. Nilsen, Ottar Bjerkeset, Christina H. Edwards

¹SINTEF og NTNU

Background: Despite rising demand for mental health services, a significant proportion (20-30%) of GPs’ referrals to specialist mental health services in Norway are rejected. Little is known about how GPs experience and respond to these rejections.

Aim: This study explores how Norwegian GPs experience the process and consequences of rejected referrals to adult mental health services.

Methods: We conducted two individual interviews and one focus group with a total of eight GPs. Using Copilot as an AI-tool and Braun and Clarke’s six-phase framework for thematic analysis, we identified key patterns in the data.

Results: Seven themes emerged: (1) Rejections and frustration, (2) Functioning as gatekeepers, (3)

GPs as mental health providers, (4) ADHD and the private sector, (5) Fragmented municipal services, (6) Patient involvement and preparation, and (7) System-level critique and improvement suggestions. GPs described increasing rejection rates, especially for patients with ADHD, anxiety, and depression, highly prevalent conditions in a GP's practise. Many adapted their referral strategies to meet formal criteria, others chose to refer fewer patient altogether (especially for ADHD). Several provided regular talking therapy themselves, despite limited time. ADHD assessments were described as nearly inaccessible in the public sector, leading to patients contacting private clinics, and their GPs being concerned about equity and quality. GPs also reported limited knowledge of municipal services and limited collaboration with the specialist adult mental health services.

Despite these challenges, GPs emphasized the importance of preparing patients for potential rejection and maintaining therapeutic continuity. They called for improved collaboration with specialist mental health services and more transparent and useful rejection letters.

Conclusion: These findings highlight the structural tensions in Norway's challenged mental health services, and the burden placed on GPs as frontline mental health service providers.

9.5 Fastlegevikarer i distrikt - en refleksiv tematisk analyse

Henrik H. Wallumrød¹, Anette Fosse, Birgit Abelsen og Martin Bruusgaard Harbitz

¹UiT Norges arktiske universitet

Bakgrunn: Fastlege arbeid i distrikt er krevende, samtidig er det lavere kompetansekrav for å påta seg fastlegevikariat sammenlignet med en fast stilling. Bruk av vikarer i fastlegetjenesten øker, men det er lite kunnskap om vikarer.

Formål: Å utforske og undersøke legevikarers opplevelser og erfaringer med fastlegevikariat i distriktene.

Metode: Fastlegevikarer som det siste året hadde gjennomført vikariat i distriktene, ble invitert til å delta i semistrukturerte intervju. Intervjuene ble gjennomført digitalt. Opptak fra disse ble transkribert ordrett (n = 13), og kodet induktivt. Analysen ble strukturert etter Braun og Clarks refleksive tematisk analyse, med en abduktiv fremgangsmåte for utvikling av temaer.

Foreløpige resultat/konklusjon: Vikararbeid i distrikt er preget av midlertidighet og uforutsigbarhet, men vikarene kompenseres gjennom god lønn og gunstige arbeidsvilkår. Vikarer er under forventninger fra arbeidsgiver til å fullstendig fylle rollen og ansvaret til en fastlege med spesialisering kort tid etter tiltredelse, uavhengig av vikarens faktiske erfaringsnivå eller kompetanse.

10 ORGANISERT SESJON: Helsekompetanse: From an individual to a social construct

Dag 1, kl. 1600-1730, Britannia hall

Organisert sesjon: Julia Menichetti, Akershus universitetssykehus

Kommentator: Kirsti Sarheim Anthun, SINTEF

Patients' health literacy (HL) can be defined as the "knowledge, confidence and comfort of individuals to access, understand, appraise, remember and use information about health and healthcare within the contexts and environments of their daily lives" (WHO, 2022). HL is considered a foundational principle for our health and wellbeing. It is also a major, modifiable driver of social health disparities. HL is considered so important for the health of the individual and the population, that Norway, among many countries, has launched national HL-support initiatives and policies. Nevertheless, up to 33% of the Norwegian population shows limited HL (Le et al, 2021), aligning with the rest of the world (Baccolini et al, 2021).

In the definitions and conceptual frameworks underlying current research on HL, HL is predominantly understood as an individual cognitive skill. To address the limitations of an individualistic perspective, more and more research has advocated for embracing a more social and contextualized view of the concept (e.g. with "critical HL", Nutbeam 200; Chinn, 2011; or ethnographic work e.g. Samerski 2019).

With this organized session, we bring together clinicians and researchers working on HL who have pursued a view of HL as situational, with a specific focus on how it can be constructed in clinical interactions. After an introduction of the topic from the chair session (10 minutes), each presentation (10 minutes) will touch on key research findings of studies where HL have been approached as dynamic, mutual, highly contextualized phenomenon in clinical interactions. A final discussion of 10 minutes will involve the audience to highlight current conceptual understandings, research challenges and expose possible ways the social constructedness of HL can be studied and exploited in training.

10.1 Opportunities to build patient health literacy during future action discussions: An exploratory microanalysis of physician-patient interactions

Julia Menichetti, Health Services Research Unit HØKH, Akershus University Hospital will hold the first presentation.

Background: While HL is a hot topic in research and policy, the field is lacking in observational, practice-based studies focusing on how HL can be actually recognized in clinical interactions based on what patients (and doctors) say and do.

Aim: This study aimed to discern and define opportunities to build HL in medical interactions. Two researchers analysed eight primary care interactions with patients with chronic pain and different education levels and used microanalysis of clinical interactions to discern and define HL opportunities as dialogic phenomenon situated in different consultation tasks.

We specifically focused the analysis on future actions discussed by doctors and patients, as these are high-stakes moments where HL is particularly consequential. We will present preliminary findings, showing how HL-support opportunities can be more or less clear, easy to take, and have more or less potential to build patient HL.

10.2 How does health literacy manifest in authentic clinical interactions? Health literacy as a reciprocal responsibility

Heidi Gilstad, NTNU, Department of Language and Literature

Heidi Gilstad has studied (e-)health literacy since 2014, when she was engaged as a postdoc at the Health Informatics Research Group at the Department of neuromedicine and movement sciences at NTNU. Since 2018 she has been employed at the Department of Language and Literature. Her speciality is professional discourse studies with a focus on interactional health literacy and health communication.

In this presentation she will discuss how health literacy manifests in the authentic health communication in clinical contexts between healthcare professionals and patients. Through transcripts excerpt from consultations, she will pinpoint how health literacy can be interpreted as a reciprocal responsibility in the clinical dialogue.

10.3 Interactions of health literacy self-report scores with patient contextual barriers to medication adherence disclosed during medical interactions: A descriptive study

Herman Bjørnstad, Health Services Research Unit HØKH, Akershus University Hospital

Aim: Herman Bjørnstad will present a study aimed at exploring how HL self-report scores interact with patient contextual barriers to medication adherence disclosed during medical interactions. Using data from hospital interactions with older patients with heart failure, and two validated HL measures (The Health Literacy Questionnaire and HLS-Q12), we applied hierarchical and PAM clustering techniques to group patients by their contextual adherence profiles and examine differences in HL scores.

Conclusion/result: The findings indicated meaningful differences in HL between patients with high vs low frequency of adherence barriers. These findings may demonstrate how combining HL assessments with contextual data from clinical communication can support more nuanced patient profiling.

10.4 Testing a tailored teach-back intervention following co-designed information videos on the health literacy of persons with advanced kidney disease

Ivar Anders Eide, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo; Akershus University Hospital

Ivar Anders Eide will conclude the session by presenting a study testing a tailored teach-back intervention following co-designed information videos on HL of persons with advanced kidney disease. Preliminary findings of this open-label randomized controlled trial suggested a short-term benefit from the study intervention on patient HL (critical and interactive HL assessed through the validated self-report measure Health Literacy Questionnaire – HLQ; digital HL assessed through eHealth Literacy Scale - eHEALS). The long-term effects of the intervention are now being tested. During this presentation, current evidence about the effects of this intervention on HL domains will be presented.

10.5 Når forståelse styrker behandling: helsekompetanse som nøkkel til legemiddeletterlevelse

Lene Berge Holm, HØKH Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Manglende etterlevelse av legemiddelbehandling er et betydelig helseproblem. WHO anslår at opptil halvparten av legemiddelbrukere ikke følger anbefalt behandling, med konsekvenser for både helseutfall og ressursbruk. Kommunale tjenester møter daglig pasienter med komplekse behov, ofte med lav helsekompetanse som begrenser evnen til å forstå og følge opp behandling. En studie gjennomført av Helsedirektoratet viser at 1/3 av befolkningen har lav helsekompetanse. Internasjonal forskning viser en sammenheng mellom helsekompetanse og legemiddeletterlevelse, men norske data er mangelfulle. For å utvikle målrettede og innovative tiltak i kommunal kontekst trengs mer kunnskap om disse sammenhengene.

Formål: Prosjektet har som mål å undersøke sammenhengen mellom helsekompetanse og legemiddeletterlevelse i den norske befolkningen. Det kartlegges grad og årsaker til lav legemiddeletterlevelse, og hvordan disse henger sammen med ulike nivåer av helsekompetanse. Videre skal prosjektet utforske pasienters erfaringer, barrierer og vurderinger knyttet til dette.

Metode: Studien benytter en mixed methods-tilnærming. Den kvantitative delen består av spørreskjema som kombinerer HLSQ-12 (helsekompetanse) og OMAS-13 (etterlevelse). Den kvalitative delen bygger på dybdeintervjuer med legemiddelbrukere, og har som formål å få en dypere forståelse for sammenhenger identifisert gjennom de kvantitative analysene.

Resultat: Resultater fra den kvantitative delen av studien viser at 51% av respondentene kategoriseres som dårlig etterlevende. Videre vises at det er en signifikant sammenheng mellom etterlevelse og helsekompetanse ($R=0,240$, $p=0,001$). Studien viser også at årsaker til redusert etterlevelse som har sterkest korrelasjon med lav helsekompetanse er 1) fordi man føler man ikke får god nok effekt ($R = 0,275$, $p=0,000$), 2) fordi man bruker mange legemidler samtidig ($R=0,238$,

p=0,001), 3) fordi man glemmer det (R=0,198, p=0,006), og 4) fordi man ikke ønsker å bruke legemidler på grunn av redsel for bivirkninger, avhengighet, eller andre negative effekter (R=0,186, p=0,010). Den kvalitative delen av denne studien, som skal gå i dybden på disse sammenhengene, er på nåværende tidspunkt ikke ferdigstilt.

11 Møterom Margrete: Styling, ledelse, organisering, finansiering

Sesjonsledere: Frode F. Jacobsen, HVL og Marianne Storm, UiS

1 1.1 Grenser for ansvar? Kommunehelsetjenestenes rolle når eldre skal bo trygt hjemme

Linda Aimée Hartford Kvæl

Akershus universitetssykehus, Helsetjenesteforskningen HØKH

Bakgrunn: Andelen eldre personer i befolkningen øker, og vi lever stadig lengre. Selv om mange holder seg friske, må vi planlegge for at flere vil trenge helse- og omsorgstjenester i fremtiden. Myndighetene ønsker å utvikle politikk som gjør det mulig for eldre personer å bo trygt hjemme lengst mulig, for å redusere etterspørselen etter langtidstjenester, forbedre livskvaliteten og sikre gode arbeidsbetingelser for helsepersonell. Bo trygt hjemme-reformen fremhever behovet for helhetlig tenkning, der helsefremmende lokalsamfunn, frivillighet, tilrettelagte boliger og målrettede tjenester står sentralt. Målet er å utsette behovet for omfattende helsetjenester gjennom bedre planlegging, forebygging og presise tiltak.

Formål: Forskningsrådsprosjektet «AgePlace» har som mål å frembringe kunnskap om trygg aldring hjemme. I denne delstudien utforsker vi kommunale tjenesters rolle i å støtte eldre personer til å bo hjemme lengst mulig, med fokus på nye ansvars- og prioriteringslinjer.

Metode: Vi gjennomførte fokusgruppeintervjuer i fire kommuner og bydeler med klinisk helsepersonell (N=38), samt individuelle intervjuer med eldre personer (N=16) og deres pårørende (N=12). Kommunene representerer variasjon i demografi, geografi og økonomi. Helsepersonellet i studien inkluderer «fronlinjearbeidere»: helsefagarbeidere, sykepleiere, fysio -og ergoterapeuter, vernepleiere, leger, seniorveiledere og saksbehandlere. Gjennom tematisk analyse vil vi identifisere temaer knyttet til ansvarsfordeling og praksis.

Resultat/konklusjon: Foreløpige analyser viser uklare ansvarsforhold mellom kommunene, eldre personer, pårørende og frivillighet, og i hva dette ansvaret innebærer. Kommunene har ansvar for likeverdige tjenester og støtte, mens eldre personer forventes å ta aktive valg knyttet til bolig og funksjon. Uklarheten skaper utfordringer knyttet til tilgang på helsetjenester og aktiviteter, støtte til pårørende og bolig-tilpasning. For å fremme selvstendig aldring, bør kommunene styrke eldre personers «Independence Literacy» – evnen til å forstå, planlegge og ta informerte valg om egen bolig, helse og funksjon – gjennom forebyggende og proaktive tjenester. På konferansen presenteres endelige funn fra intervju med helsepersonell, inkludert dilemmaer fra praksis, løsningsforslag og eksempler fra kommuner.

11.2 Omsorgsfulle grenser eller grenseløs omsorg? Forhandlinger om hva som er god (nok) omsorg i en kommunehelsetjeneste i endring

Erna Håland¹ og Kirsti Sarheim Anthun²

¹NTNU, ²SINTEF Digital, Avd. helsetjenesteforskning

Bakgrunn: Helsetjenesten er i og står ovenfor mange endringer fremover, både utfordringer knyttet til at det blir flere eldre og flere kronikere med mer sammensatte behov, mangel på kompetent personell, og en krevende økonomisk situasjon. Det argumenteres fra politisk hold for at dette betyr at man må utnytte ressursene bedre og gjøre endringer når det gjelder arbeidsfordeling og organisering av tjenesten. Dette betyr en endret kontekst for den kommunale helsetjenesten og deres ansatte.

Formål: Med dette som bakgrunn vil vi undersøke hvordan helsepersonell i en norsk kommune forstår og definerer sitt arbeid innenfor denne nye konteksten, mer spesifikt, hvordan de forhandler om hvem som skal gjøre hvilke deler av omsorgsarbeidet, og hva som er god (nok) omsorg.

Metode: Resultatene baserer seg på en foreløpig analyse av fire gruppeintervjuer og et individuelt intervju med totalt 14 ansatte og ledere i en norsk kommune, i andre fase av et følgeforskningsprosjekt som omhandler ny organisering av rehabiliteringstjenesten i kommunen.

Prosjektet er del av EHCOR-prosjektet, finansiert av Norges forskningsråd, som har som målsetning å undersøke hvordan man kan få til bærekraftig omstilling i helse- og omsorgstjenesten.

Konklusjon/resultat: Vi finner at det forhandles mellom ulike aktører om når brukere kan/må være hjemme, om hvor stor del av omsorgsarbeidet pårørende selv må utføre og evt. betale for, og om hva som er god (nok) omsorg. Dette innebærer mer overordnet en forhandling om velferdsstatens grenser, en ny forståelse av hva man som borger kan forvente og en ny forståelse av hva det vil si å gjøre en god jobb i helse- og velferdstjenestene.

11.3 Evaluating Long-Term Care Service Assignment: Evidence from Bergen Municipality

Lana Vidmar¹, Oddvar Førland, Karl Ove Hufthammer, Tor Helge Holmås

¹Høgskulen på Vestlandet, Senter for omsorgsforskning

Background: In Norway, population ageing presents a substantial public health challenge, accompanied by a continuous rise in the demand for long-term care services and the associated costs of service provision. In response, several municipalities have initiated reforms in their procedures for the initial assessment and follow-up of new applicants. Traditionally, the procedures have been characterised by formal case management and expedited decision-making conducted at a distance, an emerging model involves interdisciplinary teams conducting comprehensive

assessments and providing intensive follow-up over a period of up to four weeks prior to reaching a decision.

Purpose: To evaluate the outcomes of the new model implemented in Bergen municipality, this study examines how the revised long-term care (LTC) service assignment model affects application approval rates, as well as the type and amount of services allocated. Additionally, it explores how socioeconomic characteristics, such as age, gender, and country of origin, are associated with LTC service assignment decisions.

Method: To address the research questions, a staggered Difference-in-Differences (DiD) analysis is used to capture the dynamics of stepwise introduction of the new model. The study will utilize national registry data from 2017 to 2023, drawing from the following sources: the Municipal Patient and User Registry (KPR), the Norwegian Patient Registry (NPR), the Norwegian Cause of Death Registry (DÅR), and Statistics Norway (SSB). Analysis will be further stratified by applicants age, gender, education and country of origin.

Conclusion/result: The findings will generate research-based insights into the functioning of the new model in Bergen municipality, contributing to a broader understanding of its impact on service provision and utilization.

1 1.4 Kostnader og gevinster i mini-metodevurderinger

Hanna Meidell Sjule¹, Helene Arentz-Hansen

¹Folkehelseinstituttet

Bakgrunn: For å sikre informerte og kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye helsetiltak og tjenester i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det avgjørende at helsepersonell, ledere og beslutningstakere har tilgang til relevant og pålitelig kunnskapsgrunnlag. Ideelt sett bør dette inkludere forskningsbasert kunnskap samt en vurdering av forventede konsekvenser ved implementering. Utviklingen av et kunnskapsstøttesystem for kommunene er løftet frem som et viktig satsingsområde fra myndighetene. Vi har utviklet en beslutningsstøttemodell for kommuner, basert på konseptet «mini-metodevurdering i sykehus», som er videreutviklet og tilpasset behovene og beslutningsprosessene i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Formål: Å dele noen av erfaringene vi har så langt med bruk av mini-metodevurdering i kommuner og samhandling med spesielt fokus på vurderingene av kostnader, ressursbruk og gevinster.

Metode: Mini-metodevurdering er et verktøy for beslutningstakere i kommuner og sykehus når de vurderer å innføre et nytt helsetiltak. En mini-metodevurdering oppsummerer relevant forskning på et avgrenset område, og inneholder i tillegg vurderinger av etiske, organisatoriske og økonomiske konsekvenser ved innføring.

Konklusjon: Erfaringene så langt viser at mini-metodevurdering er et nyttig verktøy for å vurdere kostnader, ressursbruk og gevinster ifm innføring av en rekke ulike helsetiltak i kommunene og at det bidrar til gjennomsiktede og kunnskapsbaserte beslutninger.

Vi har imidlertid sett at når det gjelder forebyggende tiltak, er det fortsatt utfordrende å dokumentere lønnsomhet, fordi gevinster ofte kommer på lengre sikt. Det er derfor behov for videre utvikling av hvordan slike tiltak kan vurderes systematisk.

1 1.5 Hvorfor er pårørendeinvolvering så vanskelig å få til? Helsepersonells erfaringer fra kommunale tjenester til eldre med psykisk helse- eller rusproblemer

Jorun Rugkåsa¹, Kristin Lunde, Kristin M Briseid, Linda Madsen

¹Akershus universitetssykehus, HØKH

Bakgrunn: Til tross for myndighetenes ambisjoner om pårørendeinvolvering i helse- og omsorgstjenestene viser forskningen at dette i praksis ofte er vanskelig å få til. Vi trenger kunnskap om hvorfor, og spesielt fra perspektivet til dem som skal innpasse pårørendeinvolvering i sin daglige praksis.

Formål: Å identifisere hvordan helsepersonell beskriver mulighetsrommet for pårørendeinvolvering i sin praksis. Vi fokuserte spesifikt på pårørende til hjemmeboende eldre med psykisk helse- eller rusproblemer, som vi vet lett kan falle mellom stolene i tjenestene og derfor kan være spesielt avhengige av sine pårørende. Søkelys på denne sårbare gruppen kan dermed nyansere vår forståelse av realiseringen av de politiske målsetningene.

Metode: Gitt kompleksiteten og mangel på tidligere forskning designet vi en kvalitativ studie. Seks fokusgrupper med ansatte i kommunal psykisk helse- og rustjeneste og hjemmesykepleien og individuelle intervjuer med syv fastleger ble gjennomført og analysert med refleksiv tematisk analyse.

Konklusjon/resultat: En rekke elementer ved rammene rundt deltagernes arbeidshverdag, slik som tjenestenes innretning og rutiner, informasjonsflyt og prioritering fra lederhold, opplevdes som begrensende på mulighetsrommet for pårørendeinvolvering som dermed ble betegnet som «ekstraarbeid». Det kan derfor synes som at føringene fra makronivå nedprioriteres gjennom ulike prioriteringsprosesser på mikronivå. Dette kan henge sammen med både innskrenkninger i profesjonell skjønnsutøvelse og ulike nasjonale føringer, som å ha «pasienten i sentrum» og forventningen om «aktive borgere», som kan motvirke at helsepersonell bruker tid på pårørendeinvolvering i det som beskrives som en presset arbeidshverdag med stadig flere oppgaver. Resultatet kan bli en nedprioritering som truer helsepolitiske mål om å styrke velferdsstatens bærekraft gjennom pårørendeinvolvering.

12 Møterom Astrid: Teknologi, e-helse, digitalisering, innovasjon

Sesjonsledere: Mathias Barra, Ahus/Uio og Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord RHF/Ahus

12.1 Kompleks kommunal digitalisering: hva kan vi lære av innføringen av Helseplattformen?

Line Melby¹, Kirsti Sarheim Anthun¹, Andreas D. Landmark²

¹SINTEF Digital, Avd. helsetjenesteforskning, ²SINTEF Digital, Avd. teknologiledelse

Bakgrunn: Helse- og omsorgssektoren blir stadig mer digitalisert, men innføring av nye løsninger er krevende og gir ofte ikke de forventede gevinstene. Det meste av forskningen på dette området har hatt fokus på sykehus, mens innføring av store og komplekse e-helse-løsninger i kommunal sektor har i mindre grad blitt undersøkt. Det er derfor behov for en dypere forståelse for kommunale innføringsprosesser.

Formål: Med utgangspunkt i to kvalitative studier som har studert innføringen av journalsystemet Helseplattformen stiller vi spørsmål om det finnes noen særtrekk ved innføringen av store e-helse løsninger i kommunal sektor, og hva disse i tilfelle består av.

Metode: Semistrukturerte intervjuer med totalt 15 personer, fordelt på seks kommuner og Helseplattformen AS. Innføringsprosessen blir analysert ved hjelp av elementer fra NASSS-rammeverket.

Resultat/konklusjon: Analysen resulterte i tre temaer, som blir drøftet: 1) involvering av mangfoldige interessenter, 2) forberedende aktiviteter internt – og på tvers – av kommuner, og 3) samarbeidet med leverandøren. Studien synliggjør at det er spesifikke kjennetegn ved kommunene som medfører særlige utfordringer i implementeringsprosesser. Kommuner som står på startstreken for slike prosesser bør være særlig oppmerksomme på behovet for tidlig og bred interessentinvolvering, realistisk vurdering av organisatorisk kapasitet, etablering av robuste samarbeidsstrukturer og tydelig rolleavklaring og koordinering med leverandør.

12.2 Fra kurs til kollegastøtte: Læringsformer ved EPJ-implementering i en norsk kommune

Christin Uvsløkk Wiggen¹, Monica Lillefjell, Erna Håland og Kirsti Sarheim Anthun

¹NTNU

Bakgrunn: Implementeringen av elektroniske pasientjournaler (EPJ) byr på betydelige læringsutfordringer, spesielt i små kommuner med begrensede ressurser. Erfaring viser at standardiserte kurs ofte føles irrelevante i arbeidshverdagen, og tidspress og ressursmangel gjør det vanskelig å realisere systematisk opplæring basert på forhåndsdefinerte opplæringsplaner.

Formål: Studien undersøker hvordan helsepersonell ved en kommunal helse- og omsorgsinstitusjon opplever og engasjerer seg i læringsprosessen under innføringen av et nytt EPJ-system i en norsk mellomstor kommune. Særlig vektlegges samspillet mellom formelle og uformelle, situerte læringsformer.

Metode: Metoden benytter et kvalitativt design med tolv deltakere rekruttert fra en kommunal helseinstitusjon. Datamaterialet inkluderer semistrukturerte intervjuer, ett dyadeintervju og seks timers observasjon. Analysen ble utført ved hjelp av tematisk analyse, forankret i et sosiokulturelt perspektiv på læring.

Konklusjon/resultat: Tre sentrale temaer kom tydelig frem:

1. Det formelle opplæringstilbudet ble oppfattet som generisk, lite relevant og dårlig tilpasset arbeidsoppgaver og digital kompetanse.
2. Tidspress og mangel på personell begrenset deltakelsen i opplæringen og svekket superbrukerrollen.
3. Uformelle, kollegabaserte læringsstrategier ble sentralt for ansattes læring, hvor kunnskapsdeling i daglige arbeidssituasjoner fremmet kompetanseutvikling og bidro til å styrke felles profesjonell identitet og engasjement.

Funnene viser at læring under EPJ-implementering ikke kan sees på som en enkeltstående aktivitet, men som en kontinuerlig, situert prosess nært knyttet til praksis og sosial interaksjon. Studien fremhever behovet for å supplere formelle kurs med praksisnære læringsformer som tar hensyn til lokale rammevilkår, og å styrke uformelle praksisfellesskap som en viktig struktur for varig kompetanseheving.

12.3 Helsekart – implementering og evaluering i kommunen

Elise Rosenvinge Syse¹, Charlotte Wegner, Elisabeth Lind Melbye, Marianne Storm

¹Universitetet i Stavanger

Bakgrunn: Politisk legges det økende vekt på tidlig oppdagelse av helsebehov for å gjøre det mulig å sette inn tiltak og tjenester som kan bidra til at eldre kan bo hjemme lenger.

Formål: I prosjektet HelseKart skal vi undersøke hvordan en systematisk interprofesjonell helsebehovsvurdering kan bidra til dette. Min doktorgrad vil fokusere på hvordan implementeringen av HelseKart skjer i praksis, og hvordan den kan forstås som en sosial innovasjon i kommunale helsetjenester.

Metode: I studien anvendes en kvalitativ tilnærming som inkluderer shadowing og fokusgrupper (1-3). Shadowing innebærer at jeg følger helsepersonell og ledere i deres daglige arbeid mens de utfører og implementerer tverrfaglig vurdering av helsebehov, for å dokumentere hvordan vurderinger gjøres, hvilke beslutninger som tas, og hvilke utfordringer og muligheter som oppstår i møtet mellom ulike profesjoner og nivåer i kommunen (mikro, meso og makro). I neste fase gjennomføres seks fokusgruppeintervjuer med helsepersonell, ledere og beslutningstakere i kommunene som deltar i prosjektet. Fokusgruppene gir mulighet til å drøfte erfaringer, barrierer og suksessfaktorer for implementering av HelseKart.

Analysen forankres i teori om sosial innovasjon. Sosial innovasjon i kommunale helsetjenester handler om å utvikle og implementere nye løsninger, som tjenester, modeller eller samarbeidsformer, som bedre møter innbyggernes helse- og omsorgsbehov og skaper mer bærekraftige og inkluderende tjenester. (4,5). Jeg vil undersøke hvordan HelseKart bidrar til nye former for samarbeid, læring og ressursbruk i kommunene, og hvordan dette kan styrke likeverdig tilgang til helsetjenester for eldre som søker om kommunale helse og omsorgstjenester.

Konklusjon: Avhandlingen vil bidra med ny kunnskap om hvordan tverrfaglig helsebehovsvurderinger kan gjennomføres ved vurdering og tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester, hvilke barrierer som oppstår, og hvordan implementering kan støttes gjennom sosial innovasjon. Resultatene skal informere utviklingen av «best practice»-retningslinjer for helsebehovsvurdering i kommunale helse- og omsorgstjenester nasjonalt for å bidra til kvalitet, rettferdig ressursfordeling og prioritering, og økt livskvalitet for hjemmeboende eldre.

Kilder:

1. Czarniawska-Joerges B. Shadowing: and other techniques for doing fieldwork in modern societies. Malmö, Sweden: Herndon, VA: Oslo:Liber ; Copenhagen Business School Press; Universitetsforlaget; 2007. 134 s.
 2. Sirris S, Lindheim T, Askeland H. Observation and Shadowing: Two Methods to Research Values and Values Work in Organisations and Leadership. I: Espedal G, Jelstad Løvaas B, Sirris S, Wæraas A, redaktører. Researching Values [Internett]. Cham: Springer International
 3. Kvale S, Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal. 3.utgave.
 4. Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). The open book of social innovation. London: National endowment for Science, Technology and the Art.
 5. Nicholls, A., Simon, J., & Gabriel, M. (2015). New Frontiers in Social Innovation Research. (A. Nicholls, J. Simon, & M. Gabriel, Eds.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
-

12.4 Digital avviksrapportering i kommunal helse- og omsorgstjeneste: intenderte og uintenderte virkninger

Oddvar Førland¹, Siri Andreassen Devik og Terje Emil Fredwall

¹Senter for omsorgsforskning Vest, Høgskulen på Vestlandet

Bakgrunn: Digitale systemer er integrert i offentlige forvaltning, inkludert kommune-sektoren. Et sentralt eksempel er digitale kvalitets- og avviksrapporteringssystemer som ansatte og ledere må forholde seg til. Kommuneloven og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger kommunene å ha systemer for å «avdekke og følge opp avvik». Utgangspunktet for studien er data fra prosjektet «Utelatt helse- og omsorgshjelp, avvik og pasientsikkerhet i kommunen» på oppdrag for Helsedirektoratet (Olsen et al., 2025 under publisering). I et delprosjekt hadde abstraktforfatterne ansvar for å analysere intervjudata om forståelser av rapportering og håndtering av avvik i sykehjem og hjemmetjenester.

Formål: Vi re-analyserer disse intervjudataene for å identifisere intenderte og uintenderte virkninger av den digitale avviksrapporteringen.

Metode: Individuelle og fokusgruppeintervjuer med 10 ledere og 23 ansatte i sykehjem og hjemmetjenester i fem kommuner fra Nord, Midt, Øst, Sør og Vest-Norge. Det anvendes tematisk analyse for å identifisere intenderte og uintenderte konsekvenser av rapporteringsregimene. Analysene er teoretisk inspirert av Robert Mertons (1936) begrepspar om intenderte og uintenderte konsekvenser av målrettede sosiale handlinger og et STS-perspektiv (Science and Technology Studies) på hvordan digitale kvalitets- og avvikssystemer kan påvirke ansvar, profesjonelle roller og forståelsen av avvik, kvalitet og risiko i tjenestene.

Foreløpige resultat/konklusjon: Det digitale rapporteringssystemet representerer en institusjonalisering av hendelser som ansatte oppfatter som avvikende fra lov, rutiner og faglig forsvarlighet. Systemets rigiditet i oppsett og kategorier framstår som hensiktsmessig for å oppsummere og lage statistikker, men som dels komplisert og tidkrevende for ansatte å rapportere i, i konkurranse med direkte brukerrettede oppgaver. Lederes oppfølging av avvikene framstår som omfattende og konkurrerende med andre lederoppgaver. Vi kobler funnene til framveksten av det som er omtalt som «granskningssamfunnet» (Power, 1997), der revisjon er en dominerende mekanisme for kontroll og ansvarlighet og vi diskuterer tilsiktede og utilsiktede konsekvenser på ansatte- og systemnivå.

12.5 Evaluerings av kommunal nettlege – statistikk fra første kommune

Katrine Damgaard Skyrud¹, Kristian Kraft, Hans Olav Melberg, Hege Marie Gjefsen

¹Folkehelseinstituttet

Bakgrunn: Regjeringen har besluttet å prøve ut en ordning med kommunal digital allmennlegetjenesten – heretter kalt nettlegen. Hovedinnholdet er at innbyggere som vurderer at det er for lenge til egen fastlege har ledig time, får et tilbud om å booke videokonsultasjonstid

med en annen lege. Nettlegen planlegges utprøvd i noen kommuner først, med en utrulling til flere kommuner i perioden 2025 og 2026.

Formål: Folkehelseinstituttet (FHI) har fått i oppdrag å gjennomføre en evaluering av nettlegen basert på administrative registre.

Metode: En slik gradvis utrulling gir mer pålitelige analyser av hvordan nettlegen påvirker tjenestene enn analysene vi ville fått dersom alle kommuner innførte nettlegen samtidig. Evalueringen skal blant annet kartlegge hvilke pasienter (alder, kjønn, fødeland, tidligere helsetjenestebruk og diagnosegrupper) som benytter seg av tilbudet, om det påvirker bruken av fastlege og legevakt og hvordan pasientforløpene til pasientene påvirkes. Vi vil blant annet bruke registerdata fra KUHR og folkeregisteret til å evaluere effekten av å kunne tilby en kommunal nettlege.

Foreløpig resultat: Første kommune som har startet utrulling er Kristiansand som startet utprøvingen 1. juli 2025. Siden oppstart har kommunen per 24 september gjennomført 290 slike digitale konsultasjoner utført av en kommunal nettlege, som utgjør rundt 3 per dag. Det har vært omtrent samme antall menn og kvinner som har benyttet seg av tilbudet, mens det har vært flest i alderen 20-29 år (4,7 per 1000 innbygger), deretter i alderen 30-39 år (3,9 per 1000), mens det har vært minst brukt blant de eldste over 66 år med kun 0,3 per 1000 innbygger. I hovedsak har konsultasjonene vært knyttet til et somatisk problem (68 %) og 56 % har ikke blitt henvist videre til fastlege, legevakt eller en spesialist.

13 Møterom Olav Tryggvasson: Pasientforløp, samhandling

Sesjonsledere: Mari Gunnes, SINTEF og Sara Marie Nilsen, NTNU

13.1 Prosjekt DRIV – utvikling og anvendelighetstesting av en kommunal tjenestemodell i rehabilitering

Anne-Lene Sand-Svartrud¹, Carina Kolnes², May Liz Lindsetmo Bestvold³, Anders Bjørneby⁴, Charlotte Engan⁵, Jan Peter Hansson⁶, Marianne Molle², Johanne Elise Nyen⁷, Anders Orpana⁸, Simen Velstad⁹, Malin Maurset⁵, Ingvild Kjekken¹

¹Enhet for helsetjenesteforskning og innovasjon (EHI), Diakonhjemmet sykehus og forskningssenteret REMEDY, ²Indre Østfold kommune, Rehabilitering, læring og friskliv og Tverrfaglig Vurderingsteam, ³Barne- og ungdomsgruppa (BURG) i Norsk Revmatikerforbund, ⁴Flow Technologies, ⁵Modum kommune, Frisklivssentralen, ⁶Brukermedvirker Modum kommune, ⁷REMEDY Pasientråd, ⁸Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS, ⁹Vikersund Bad Rehabiliteringssenter AS.

Bakgrunn: Hjemmeboende voksne med rehabiliteringsbehov trenger ofte innsats fra flere faggrupper og tjenestesteder. Manglende koordinering reduserer effekten av rehabiliteringstilbudet. Mer kunnskap trengs om hvordan tiltak kan samordnes og påbegynte prosesser fullføres.

Formål: Å utvikle en ny tjenestemodell for kommunal rehabilitering og teste den for anvendelighet. Modellen skal gi brukerne sammenhengende rehabiliteringsprosesser og styrket egenmestring ved å forenkle koordinering og styrke behandlernes rehabiliteringsfaglige kompetanse. Modellen har digital støtte i en eksisterende mobilapplikasjon, Flowzone. Bokstavene i DRIV står for Digital Rehabiliteringsstøtte og Innovative Virksomheter.

Metode: DRIV er helsetjenesteforskning med et adaptivt design som går i flere steg og tillater justeringer underveis. Samskapende arbeidsseminarer kombineres med fokusgrupper, individuelle intervjuer og spørreskjema. Prosjektdeltakere er brukermidvirkere, behandlere og ledere i Indre Østfold kommune og Modum kommune, Flow Technologies (leverandør av appen) og forskere ved Diakonhjemmet sykehus. I tillegg brukes innspill fra behandlere og ledere ved Vikersund Bad Rehabiliteringssenter AS og Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS. Modellen skal ha fleksibilitet, relevans og høy grad av gjennomførbarhet i ulike kommunale rehabiliteringstilbud for hjemmeboende voksne, uavhengig av diagnose. Forenkling av koordineringsoppgaver skal gjelde i og utenfor egen kommune, og i samarbeid på tvers av sektorer og tjenestenivåer.

Resultater: Prosjektet er ettårig og startet i april 2025. Det er støttet av Stiftelsen DAM. På konferansen i november kan vi presentere foreløpige resultater angående:

- Koordinering av rehabiliteringstiltak
- Styrking av rehabiliteringsfaglig kompetanse hos behandlere
- Digital støtte til framdrift i rehabiliteringsprosessen
- Et helhetlig perspektiv som inkluderer bruk av ressurser utenfor helsetjenestene

Resultater fra prosjektet vil være et viktig grunnlag for utprøving og utvikling av modellen i større skala.

Konklusjon: Ved fullført prosjektperiode kan DRIV presentere en nyutviklet tjenestemodell for rehabilitering og beskrive hvor anvendelig modellen har vært for brukere og behandlere i tidlig utprøvningsfase. Forventede gevinster er sammenhengende rehabiliteringsprosesser for brukerne, bedre oppgaveflyt mellom fagpersoner og samordnet ressursbruk mellom tjenestesteder.

13.2 Measuring goal attainment in home dwelling frail older adults: the impact of a new integrated care model

Kristin Mork Hamre¹ og **Marijke Veenstra**

¹*Akershus universitetssykehus HØKH, Geriatrisk avdeling Akershus universitetssykehus*

Background: Akershus university hospital (Ahus) has, in collaboration with five municipalities, developed a new model for integrated and person-centred healthcare (IHC) services in order 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 by an interdisciplinary care team during a home visit at baseline.

Objective: This study investigates the impact of the IHC-model on goal attainment in care recipients at 6 months follow-up, accounting for changes in clinical frailty.

Methods: We use a longitudinal design with clinical assessments, Clinical Frailty Scale (CFS), Short Physical Performance Battery (SPPB) and survey data on patient reported outcomes (Goal Attainment Scaling GAS) at baseline with follow-up at 6 months. The study sample comprises of home-dwelling older (age 65+) adults, who had ≥ 2 acute hospitalisations at different departments over 6 months.

Results: Per September 2025, 97 care recipients have been included. Average baseline scores for CFS correspond to mild frailty, whereas average baseline scores for SPPB indicate poor to moderate physical performance. On average, older adults reported 2.9 goals. GAS scores at 6 months follow-up showed that older adults' goals related to symptom prevention and daily functioning (IADL and mobility) were most likely to be achieved. Goal attainment in these areas was mirrored by an average improvement in SPPB scores. Personal goals addressing leisure and social engagements remained however mostly unaddressed by the new IHC-model.

Conclusion: Preliminary results suggest that the IHC-model facilitates goal attainment and may lead to improved or maintained functioning among home-dwelling frail older adults.

13.3 Providing integrated care for older adults: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives

Marianne Lomheim Tang^{1,2}, Professor Jorun Rugkåsa¹, Professor Hilde Lurås^{1,2}, PhD Marijke Veenstra^{1,3}

¹Akershus University Hospital, Health Service Research Unit, Lørenskog. ²University of Oslo, Institute of Clinical Medicine, Campus Ahus. ³University of Oslo, Institute of Health and Society

Background: Frail, home-dwelling older adults with complex long-term care needs are a particularly vulnerable group in the healthcare system, often facing the risk of receiving duplicated, fragmented, and uncoordinated healthcare services. To address these challenges, Akershus University Hospital, in collaboration with municipalities in its catchment area, has developed and piloted an integrated, person-centred healthcare (IHC) model, aimed at strengthening care coordination across providers, settings and sectors.

Aim: This study aims to explore healthcare professionals' experiences with an integrated care model, with particular attention to intersectoral and interprofessional collaboration.

Methods: Twenty-one semi-structured interviews were conducted with nurses (7) and general physicians (8) from the municipalities, and nurses (3) and geriatricians (3) from specialist healthcare. Data were analysed using thematic analysis.

Results: Personal interviews with health care professionals suggest the following emerging themes reflecting their experiences with integrated care services:

- 1) negotiating roles and responsibilities
- 2) shared understanding
- 3) relational continuity.

The integration of services challenged traditional boundaries of responsibilities between professions and sectors. Professional roles within the model emerged as unclear and dynamic, and the roles were subject to ongoing negotiations. The findings reveal conflicting views on the aims and utility of the IHC-model, indicating a lack of shared understanding among the relevant health care professionals. Divergences were particularly evident in relation to the target population. While some understood the model as a preventive service enabling older adults to remain at home, others saw it as an additional care service to avoid hospitalization for the most frail older adults. The IHC model enabled relational continuity among professionals, which was considered crucial for achieving sustainable and well-functioning collaboration, as it fostered trust and reduced barriers between sectors. This study provides research-based knowledge on areas that are important for future implementation of integrated care services.

13.4 Tillit til hverandres kompetanse som fundament for god samhandling i helse: Resultater fra et tjenesteinnovasjonsprosjekt

Kari Sand, Merete Rørvik og Nina Vanvik Hansen

Alle SINTEF Digital, avd. Helsetjenesteforskning

Bakgrunn: For å redusere antall lange, strevsomme og kostbare reiser fra utkantstrøk til sykehus, utvikler vi i innovasjonsprosjektet Helserom Helgeland en tjenestemodell for rurale strøk som skal sikre at pasienter kan få helsehjelp nærmere der de bor. Helsehjelpen gis i samhandling mellom sykehuset og kommunen, for eksempel i såkalte samhandlingskonsultasjoner der pasienten får helsehjelpen lokalt, for eksempel hos fastlegen, mens sykehuslegen deltar i konsultasjonen vha. en teknologisk løsning som er tilstrekkelig for å oppnå målet med konsultasjonen

Formål: Å identifisere suksesskriterier for samhandlingskonsultasjoner som gir pasienter helsehjelp nærmere hjemmet, med samme kvalitet som ved fysisk oppmøte på sykehus.

Metode: Tjenestemodellen er utviklet ved hjelp av tjenstedesignmetodikk, gjennom innsiktsarbeid, samskaping av tjenesteforløp, iterativ utvikling og testing av samhandlingskonsultasjoner og evalueringer. Deltakere i utviklingen har vært helsepersonell fra kommuner og sykehus på Helgeland, samt merkantilt og teknisk personell, ledere og beslutningstakere.

Konklusjon/resultat: Identifiserte suksesskriterier for samhandlingskonsultasjonene var bl.a.: Muligheten for å sende innkalling til Helserom via journalsystem, felles forståelse mellom fagpersonene om hva som skal gjøres i konsultasjonen, og at både pasienter og fagpersonene er trygge på at tjenesten er av god kvalitet. Denne presentasjonen vektlegger tilliten mellom helsepersonell – en tillit som er basert på at fagpersonene stoler på hverandres kompetanse. Gjennom testing av samhandlingskonsultasjoner i reell klinisk praksis har sykehusleger fått direkte innblikk i kvaliteten på helsehjelpen som gis lokalt. Tilliten til fastlegenes arbeid har vokst fra konsultasjon til konsultasjon, og sykehuslegene opplever at kvaliteten er like god som ved fysisk oppmøte. Dette har bidratt til trygghet i ansvarsoverføring og styrket opplevelsen av felles eierskap til tjenesten.

13.5 Dashbord som viser bruk av habilitering i spesialisthelsetjenesten og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for samme pasientpopulasjon

Frode Grøtheim, Mari Kristine Tyrdal og **Tone Rian Myrli**¹

¹Helsedirektoratet

Bakgrunn og formål: Barn og unge som mottar habilitering har ofte behov for omfattende tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. I helse- og samhandlingsmeldingen fremheves disse pasientene som en prioritert gruppe med særlig behov for samhandling.

I dashbordet presenteres bruk av habilitering i spesialisthelsetjenesten for perioden 2015 til 2024, og bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for samme pasientpopulasjon for årene 2019 til 2024. Resultatene vises samlet for habiliteringsmottakere fordelt på kjønn- og aldersgrupper, samt for pasienter med diagnosene utviklingshemming, autismspekterforstyrrelse og cerebral parese.

Metode: I dashbordet inngår deskriptive analyser, hvor data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er koblet. Tallene viser utvikling over tid og geografiske forskjeller.

Resultater: I 2023 mottok i overkant av 20 000 barn og unge habilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette er nesten 3 000 flere pasienter enn i 2019, noe som tilsvarer en økning på 16 prosent. Økningen gjaldt alle regionene. Antall pasienter (0-17 år) med cerebral parese var litt lavere i 2023 enn i 2019, mens det var en økning i antall pasienter med diagnosene utviklingshemming og autismspekterforstyrrelse.

Av barn og unge som mottok habilitering i spesialisthelsetjenesten i 2023 hadde 43 prosent minst en kommunal helse- og omsorgstjeneste. Andelen har vært stabil de siste 5 årene og variasjonen mellom regionene er liten. Samlet var avlastning den vanligste tjenesten på landsbasis, etterfulgt av støttekontakt og omsorgsstønad. For barn og unge med utviklingshemming var andelen som mottok avlastning 51 prosent, mens den var på 27 prosent for barn og unge med cerebral parese og autismspekterforstyrrelse. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) var mer vanlig for personer med cerebral parese enn for andre habiliteringspasienter, på henholdsvis 10 prosent i 2023.

14 Møterom Wedel Jarlsberg: Behov og brukervedvirkning

Sesjonsledere: Kjartan Sarheim Anthun og Roshan das Nair, SINTEF

14.1 (MedSafe Old WP1) Individuelle vedtaksbrev som utgangspunkt for legemiddelhåndtering i hjemmesykepleien, en kvalitativ case studie

Marianne Kollerøs Nilsen¹, Hege Sletvold² og Rose Mari Olsen¹

¹Senter for omsorgsforskning midt, ²Nord universitet

Bakgrunn: Hjemmeboende eldre som får assistanse med legemiddelhåndteringen av hjemmesykepleien, har på bakgrunn av en søknad fått et individuelt vedtak på denne tjeneste. I tråd med nasjonale retningslinjer er det viktig at pasientens behov blir kartlagt, og at pasienten får reell mulighet til å medvirke i utformingen av tjenesten. Vedtaksbrevet utgjør det formelle grunnlaget for tjenesten som tilbys. Pasienten har rett til å medvirke i utformingen av tjenestens innhold og omfang. Denne studien undersøker hvordan brukervedvirkning og tverrfaglig samarbeid kommer til uttrykk i individuelle vedtaksbrev knyttet til legemiddelhåndtering, samt hvordan dette erfares av involverte parter i praksis.

Metode: Studien er en kvalitativ case-studie. Inkludert i studien er hjemmeboende eldre over 65 år (n=9) som har mottatt vedtak om bistand til legemiddelhåndtering innen de siste fire månedene, deres hjemmesykepleiere og saksbehandlere, deres vedtaksbrev og en fastlege. Deltakerne ble intervjuet flere ganger i løpet av en periode på ett år.

Resultater/konklusjon: Preliminære funn viser at det er få som har et aktivt forhold til de individuelle vedtaksbrevene, og de danner sjelden grunnlag for tjenesten da det brukes andre systemer. I vedtaksbrevene varierer det hvor tydelig det kommer frem hvordan pasienten er involvert. Det er svært få som leser brevene, og disse er sjelden selve utgangspunktet for tjenesten som gis.

De eldre opplever liten grad av involvering, men synes at den praktiske utførelsen av tjenesten og kommunikasjon med helsetjenesten tilfredsstiller de ønsker de har for tjenesten. Hjemmeboende eldre opplever i liten grad å ha vært involvert i selve søkeprosessen. Saksbehandlere og hjemmesykepleiere erfarer også at mange henvendelser kommer via helsetjenesten, men de oppgir i noen flere tilfeller at det har vært samtaler rundt prosessen. Muntlig og praktisk samarbeid fungerer stort sett greit, sett fra alle involverte parter med unntak av fastlegen som erfarer å ha noe avstand til den eldre i de tilfeller hvor kommunikasjonen går via hjemmesykepleien.

14.2 (MedSafe-Old WP2) Helsepersonells erfaring med og praktisering av legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten

Thomas Habtu¹, Aud Uhlen Obstfelder¹, Janne Myhre², Nina Beate Andfossen¹

¹ Senter for omsorgsforskning, øst, NTNU, ² Universitetet i Innlandet

Bakgrunn: Eldre bruker ofte flere legemidler. Mange eldre har vedtak om hjemmetjenester for hjelp til legemiddelhåndtering. Sikker legemiddelhåndtering er en sentral utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonell må håndtere fragmentert kommunikasjon og begrensede ressurser noe som utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Personsentrert tilnærming er viktig for å ivareta trygg medisiner og brukermedvirkning.

Formål: Studien hadde som formål å undersøke hvordan helsepersonell opplever og praktiserer legemiddelhåndtering for eldre i den kommunale hjemmetjenesten i Norge.

Metode: En fokusert etnografisk studie ble gjennomført i tre kommuner. Data ble generert gjennom 218 timer med deltakende observasjon sammen med 25 helsepersonell på ulike vakter. I tillegg ble det tatt feltnotater, gjennomført uformelle intervjuer, gjennomgått institusjonelle dokumenter og tatt fotografier. Etnografisk rammeanalyse ble anvendt til å analysere forskningsdata.

Konklusjon/resultat: Foreløpig resultater fra studien viser at legemiddelhåndteringen i den kommunale hjemmetjenesten i Norge er preget av helsepersonellens adaptive praksis her og nå. To kategorier ble analysert frem:

1. strukturell dynamikk, som inkluderer mangel på arbeidskraft, avbrudd i prosedyrer, teamarbeid og varierende praksis for rapportering av hendelser
2. system kompleksitet, som gjenspeiler fragmenterte digitale systemer, reseptuoverensstemmelser og koordineringsansvar på tvers av nivåer i helsevesenet.

Til sammen viser funnene at helsepersonell er avhengig av improvisasjon, lokale løsninger og uformelle støttenettverk for å opprettholde den daglige legemiddelhåndteringen i kommunale hjemmetjenester. Helsepersonellens adaptive praksis bidrar til legemiddelsikkerhet på kort sikt, men risikerer å svekke langsiktig læring og forebyggende tiltak. Fremtidig forskning er nødvendig for å utforske fordelene og den effektive implementeringen av personsentrerte strategier for sikker medikamenthåndtering i hjemmetjenesten.

14.3 MedSafe- Old WP3 – Eldre og pårørendes perspektiver på persontilpasset og trygg legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten – en kvalitativ og samskapende tilnærming

Unn Siri Olsen¹, Gunn Eva Solum Myren^{1,2}, Hege Sletvold² og Siri Andreassen Devik¹

¹Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Senter for omsorgsforskning midt, ²Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap.

Bakgrunn: Trygg legemiddelhåndtering er avgjørende for pasientsikkerhet, men feil knyttet til legemiddelbruk er fortsatt en av de hyppigste årsakene til helseskader. Når flere eldre bor hjemme lenger, øker både antall legemidler og kompleksiteten i oppfølgingen. Hjemmesykepleie og pårørende spiller en sentral rolle, men det er lite kunnskap om hvordan eldre selv og deres nærmeste opplever ansvar, utfordringer og behov relatert til legemiddelhåndtering i hverdagen. Innsikt i deres erfaringer er nødvendig for å utvikle mer personorienterte og trygge løsninger

Formål: Studien utforsket hvilke erfaringer, utfordringer og behov hjemmeboende eldre og deres pårørende opplevde relatert til trygg og persontilpasset legemiddelhåndtering.

Metode: Vi brukte en samskapende, kvalitativ tilnærming der fire pensjonister deltok som medforskere. De intervjuet 11 eldre og seks pårørende, rekruttert via hjemmetjenesten i en distriktskommune. Intervjuene tok for seg erfaringer med legemiddelhåndtering og bistand fra hjemmetjenesten. Data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, og medforskerne var involvert i alle faser fra intervjuguide til analyse.

Resultat/konklusjon: Foreløpige analyser viser at trygg legemiddelhåndtering handler om mer enn korrekt medisinerings – det handler også om opplevelsen av trygghet. Manglende informasjon skapte uro, mens tydelig informasjon ga mestring. Vi identifiserte to nøkkeldimensjoner: 1) trygghet – den subjektive følelsen av å bli ivaretatt og 2) sikkerhet – den faktiske beskyttelsen mot feil. Begge dimensjoner må være på plass for å sikre gode løsninger i hjemmet. Funnene peker på udekte behov og gir grunnlag for å styrke brukermedvirkning og personorientering i legemiddelhåndtering i hjemmetjenesten.

14.4 (MedSafe-Old WP4) Barrierer for brukermedvirkning i legemiddel-oppfølging for hjemmeboende eldre

Astrid Skogseth¹, Marianne Kollerøs Nilsen¹, Kristin Berre Ørjasæter², **Rose Mari Olsen¹**

¹Nord universitet, Senter for omsorgsforskning midt, ²Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap

Bakgrunn: Legemiddelbruk- og håndtering er assosiert med store utfordringer knyttet til kvalitet og sikkerhet. Selv om legemidler og legemiddelhåndtering har vært viktige innsatsområder både i Norge og internasjonalt, er det fortsatt stort behov for ny kunnskap for å kunne iverksette målrettede tiltak for å bedre sikkerheten i helsetjenestene på dette området. Dette gjelder særlig innenfor den kommunale konteksten, der hjemmeboende eldre er en spesielt sårbar gruppe.

Tidligere forskning har vist at pasientinvolvering kan bidra til sikrere legemiddelbruk, men at involvering av pasienten kan være vanskelig å oppnå for helsepersonell. Denne presentasjonen belyser hvilke barrierer for brukermedvirkning helsepersonell opplever under legemiddeloppfølging hos hjemmeboende eldre.

Metode: Studien benyttet et kvalitativt, utforskende design. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført med ansatte (N=14) i hjemmetjenesten i tre norske kommuner. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse for å identifisere barrierer for brukermedvirkning i legemiddeloppfølging.

Resultater: Preliminære resultater viser at helsepersonell har et ønske og mål om å involvere brukeren i legemiddelhåndtering, men at det er organisasjonsmessige, personlige og mellommenneskelige forhold som hemmer dette. Disse barrierene begrenser muligheten for reell brukermedvirkning og kan ha implikasjoner for pasientsikkerheten.

Konklusjon: Studien sier noe om et gap mellom intensjon og praksis når det gjelder brukermedvirkning i legemiddeloppfølging for hjemmeboende eldre. For å styrke pasientsikkerheten, bør det utvikles tiltak som adresserer de identifiserte barrierene og legger til rette for mer aktiv involvering av brukere i egen legemiddelbehandling.

14.5 Personsentrert veiledning av reseptfrie legemidler og andre produkter i apotekets selvvalg

Helene Gombos¹, Hege Sletvold², Karin Svensberg³ og Tonje Krogstad¹

¹OsloMet storbyuniversitet, ²Nord universitet, ³Uppsala universitet

Bakgrunn: Personsentrert veiledning er viktig for å styrke kundenes mestringskompetanse med reseptfrie produkter, og dermed begrense risikoen for skade og misbruk. Apotekansatte må ta hensyn til kundens forkunnskaper når de gir veiledning. Kunder, derimot, har en tendens til å foretrekke effektive møter og anerkjenner kanskje ikke viktigheten av veiledning. Videre har tidligere forskning vist at apotekansatte ofte gir generisk informasjon ved veiledning av reseptfrie produkter. En måte å undersøke personsentrert veiledning på er å beskrive hvordan de ansatte skreddersyr sine råd til kunden.

Formål: Målet med studien er å utforske tilfeller av personsentrert veiledning av reseptfrie produkter i primærapotek.

Metode: En ikke-deltakende observasjonsstudie ble utført i primærapotek i Oslo-området. Produktinformasjon ble gitt for 183 produkter, hvorav 73 av disse ble vurdert til å være tilpasset kundens behov. Disse 73 tilfellene ble undersøkt nærmere ved bruk av refleksiv tematisk analyse.

Resultater og konklusjon: Ved å proaktivt engasjere kunden før produktvalg, skapte ansatte en mulighet for videre dialog. De viste nysgjerrighet og stilte kunden tilpassete spørsmål. Disse spørsmålene gjaldt symptomer, sykdomsvarighet og tidligere erfaringer, noe som gjorde det mulig for den ansatte å finne ut hvilken informasjon som var viktig for kunden. Videre ble rådene ofte

begrunnet. Til tross for korte interaksjoner og travle miljøer, klarte de å fokusere på kunden og bygge tillit.

Å være proaktiv og nysgjerrig på kunden øker sannsynligheten for at apotekansatte har en mer personsentrert tilnærming når de gir råd om reseptfrie produkter. Personsentrering er et viktig aspekt å vurdere i reseptfri rådgivning, da det fremmer tillit og gir kundene mulighet til å ta informerte helsebeslutninger.

15 ORGANISERT SESJON: Spesialisthelsetjenester i hjemmet — implikasjoner for kommunene som samarbeidspart og tjenesteyter

DAG 2, kl. 0900-1100

Organisert sesjon: Lillian Karlsen, Helseinnovasjonssenteret

Kommentator: Marijke Veenstra, Ahus/UiO

Kort introduksjon til temaet: Overgangen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte helsetjenester representerer et paradigmeskifte i hvordan helsetjenester organiseres, leveres og samhandles om. I stedet for at avansert behandling skjer i sykehus, ser vi nå en utvikling hvor tjenester som tidligere var forbeholdt

spesialisthelsetjenesten i økende grad tilbys i pasientens hjem. Denne utviklingen utfordrer tradisjonelle modeller for finansiering, rollefordeling, og kompetanseutvikling, samtidig som den åpner for nye muligheter innen pasientsentrert omsorg, ressursutnyttelse og tjenesteinnovasjon.

For helsetjenesteforskere representerer dette en rik og viktig forskningsarena: Hvordan påvirkes samhandling og ansvar mellom forvaltningsnivåene? Hvordan påvirker nye tjenestemodeller kvalitet, pasientsikkerhet og bærekraft? Og hvilke organisatoriske og profesjonelle konsekvenser har dette for kommunene, både som samarbeidspartnere og tjenesteytere?

Denne organiserte sesjonen samler forsknings- og utviklingsprosjekter fra ulike deler av landet som belyser disse spørsmålene. Med utgangspunkt i konkrete caser og modeller belyser vi hvordan spesialisthelsetjenester i hjemmet fungerer i praksis, hvilke implikasjoner dette har for kommunehelsetjenesten, og hvordan kommunene kan rustes til å møte endringene med styrke og kvalitet. Sesjonen løfter frem både kvalitative og praksisnære studier og setter søkelys på ny kunnskap med direkte relevans for helsepolitikk, tjenesteutvikling og akademia.

Innledning v/Lillian Karlsen som innleder med en overordnet oversikt over temaet Spesialisthelsetjenester i hjemmet og hva dette bidrar med for helsetjenesten og Helsetjenesteforskere. Karlsen har levert et doktorgradsarbeid på hjemmesykehus for voksne i Norge i 2025.

15.1 Partnersamarbeid mellom sykehus og kommune: Kompetansebygging og samhandling rundt hjemmesykehus for barn

Line Birgitte Aasen, OsloMet, Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Innføringen av hjemmesykehus for barn representerer et eksempel på at spesialisthelsetjenester flyttes inn i pasientens hjem. For å nå ut til flere barn vil tett samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten være nødvendig, men samtidig reises spørsmål om ansvar, kunnskapsdeling og kompetanse.

I dette innlegget presenteres funn fra en kvalitativ doktorgradsstudie som utforsker betydningen av partnerskap for sykepleiesamarbeid og kompetansebygging i hjemmesykehus for barn. Studien viser at tillitsbaserte relasjoner og strukturerte samarbeidsformer er avgjørende for å ivareta barnets behov og sikre faglig forsvarlige tjenester. Samtidig belyses utfordringer knyttet til informasjonsflyt, ulik forståelse av roller, og behovet for systematisk kompetanseheving i kommunehelsetjenesten. Innlegget diskuterer implikasjonene disse funnene har for hvordan kommunene kan forberedes og styrkes som samarbeidspart og tjenesteyter i framtidens helsetjenester.

15.2 Reflections of nurses and primary healthcare managers on integrating hospital at home into public primary healthcare services: A Norwegian focus group study

Lillian Karlsen, Helseinnovasjonssenteret

Bakgrunn: Hjemmesykehus (HaH) er en tjenestemodell hvor spesialisthelsetjenester ytes i pasientens hjem, men tjenesten er ofte begrenset til områder nært sykehus. I denne studien undersøkte vi ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester sine refleksjoner rundt integrering av HaH i primærhelsetjenesten, noe som er viktig for å utvide tilgangen for personer i mer rurale strøk av Norge.

Ti fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med ledere og hjemmesykepleiere i fem kommuner i Midt-Norge.

Resultat: Analysen resulterte i tre hovedtema: hvordan HaH skiller seg ut fra tradisjonelle kommunale tjenester, hvilke utfordringer og muligheter modellen avdekker, og hvordan de ansatte viser sterk faglig forankring og vilje til å få modellen til å fungere. Studien viser at kommunens engasjement og profesjonalitet er en viktig drivkraft i implementeringen av HaH. For å etablere en bærekraftig modell må geografiske barrierer, belastning på tjenestene, finansiering og beslutningsprosesser adresseres. Funnene som presenteres i dette innlegget bidrar med viktig innsikt i hvordan spesialisttjenester i hjemmet kan forankres i kommunehelsetjenesten.

15.3 Palliativt hjemmesykehus – utvikling og utprøving av ny tjenestemodell

Are K. Normann¹, Dina Lande¹

¹Lovisenberg Lindring og Livshjelp

Bakgrunn: Lovisenberg Lindring og Livshjelp (LLL) er en palliativ spesialenhet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. I løpet av 2025 -2026 utvikles og testes en modell for palliativt hjemmesykehus, der pasienter med behov for lindrende behandling får spesialistoppfølging hjemme som alternativ til innleggelse på sengeposten. Modellen tar utgangspunkt i pasienters ønske om mer tid hjemme og bygger på helsepolitiske føringer om å utvikle det «utadvendte sykehus».

Piloten gjennomføres i samarbeid med bydel Gamle Oslo, og forutsetter tett samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Formål: Målet er å undersøke modellens gjennomførbarhet og mulighet for å tilby helhetlig, fleksibel og trygg oppfølging i hjemmet. Palliativt hjemmesykehus kan være et virkemiddel for å imøtekomme pasienters ønsker og samtidig bidra til mer bærekraftige og pasientnære helsetjenester. Erfaringene fra pilotprosjektet vil kunne gi grunnlag for videre utvikling og eventuell spredning av modellen.

15.4 HomeCare+: En samarbeidsmodell for spesialisthelsetjenester i hjemmet – erfaringer fra Bodø kommune

Francis Odeh, Bodø kommune

Bakgrunn: I Bodø kommune utvikler vi nå HomeCare+, en ny modell for integrerte helsetjenester i hjemmet, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Modellen bygger på erfaringene våre med virtuell helseavdeling og digital hjemmeoppfølging, og retter seg mot eldre, skrøpelige pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer.

Mål: Målet er å skape en bærekraftig, helhetlig og fleksibel tjeneste som kombinerer kommunale og spesialisthelsetjenester tett på pasientens hverdag.

Prosjektet planlegges startet opp høsten 2025. I innlegget vil vi dele innsikt fra tidligere arbeid, og hvordan disse erfaringene nå brukes til å utvikle nye strukturer for samhandling, informasjonsflyt og kompetanse-delning på tvers av nivåer. Vi reflekterer også over hvilke krav dette stiller til kommunen som likeverdig partner i spesialisthelsetjenester i hjemmet.

15.5 Pasientsentrerte helsetjenestetteam (PSHT) Møre og Romsdal

Gudrun Karlsen¹, Bardo Driller²

¹Distriktsmedisinsk senter, ²NTNU og Helse Møre og Romsdal

Bakgrunn: Innføringen av PSHT representerer en ny modell for spesialisthelsetjenester i hjemmet, der sykehuskompetanse flyttes nærmere pasienten. Dette krever tett samarbeid med kommunehelse-tjenesten, som både samarbeidspart og tjenesteyter. PSHT bidrar til nye muligheter for bedre pasientforløp, men også til tydelig rolleavklaring, kompetanseutvikling og felles ansvar. Kommunene må tilpasse sine tjenester til mer fleksible og integrerte forløp, med økt vekt på tidlig innsats, informasjonsdeling og felles beslutningstaking. Det forutsetter at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har kapasitet og struktur for å samhandle effektivt. I denne sammenhengen spiller kommunale hverdagsmestringsteam en sentral rolle, ved å støtte opp under pasientens funksjon og selvstendighet i hverdagen, og sikre kontinuitet i oppfølgingen lokalt.

Mål: Målet er blant annet å redusere antall reinnleggelser og sykehusopphold i tilfeller der et støttende og koordinert tilbud i kommunen kan gi like god – eller bedre – oppfølging for personer med sammensatte medisinske behov. Implementering av PSHT er nå et aktuelt prosjekt for hele fylket Møre og Romsdal, og bygger på bred involvering fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

15.6 Praksisnær forskning som drivkraft for profesjonalisering av kommunehelse-tjenesten

Trude Anita Hartviksen, Vestvågøy kommune og Senter for omsorgsforskning Nord, Universitetet i Tromsø

Bakgrunn: I en kommunal kontekst med høy kompleksitet er konsekvensene av den demografiske utviklingen med flere eldre og færre yrkesaktive innbyggere allerede merkbare, og vil ytterligere forsterkes frem mot en fremskrevet stabilisering i 2060-2070.

Dette gir et felles behov for radikale endringsprosesser for alle kommuner i Norge, i takt med kunnskapsutvikling, anbefalinger og føringer om nye arbeidsformer. De-institusjonalisering er et eksempel på slike endringsprosesser. I stedet for tilbud om innleggelse i sykehus eller sykehjem forutsettes det at behandlingen skal foregå i innbyggerens eget hjem. Dette krever imidlertid en endret prioritering av ressurser til hjemmebaserte tjenester, strukturelle endringer, nye arbeidsformer, samt omfattende kompetanseutvikling. Hensikten med dette innlegget er å presentere hvordan Vestvågøy kommune møter utfordringsbildet. Denne kommunen har som motorkommune i kommuneklyngen Kunnskapskommunen HelseOmsorg Nord en kunnskapsbasert tilnærming til endringsprosessene, hvor praksis nær forskning fungerer som drivkraft for utvikling av en profesjonalisert kommunehelsetjeneste.

16 Møterom Harald Hårfagre: Styring, ledelse, organisering, finansiering

Sesjonsledere: Eline Aas, UiO og Christina H. Edwards, NTNU

16.1 Alder over alvorlighet? Helseprioriteringsvalg i den norske befolkningen

Marius L Torjusen¹, Kim Rand, David GT Whitehurst, Knut Stavem, Mathias Barra

¹Akershus universitetssykehus, HØKH

Bakgrunn: De norske prioriteringskriteriene etterstreber å gi mest mulig helse i befolkningen (nytte- og ressurskriteriet), men samtidig gi høyere prioritet til de med størst prognosetap (alvorlighetskriteriet). Alder i seg selv er derimot ikke et prioriteringskriterium. Imidlertid påvirker alder indirekte de etablerte kriteriene fordi alder sier noe om gjenværende levetid og dermed prognosetapet som alvorlighetskriteriet baserer seg på.

Formål: Vi ønsket å undersøke nordmenns intuisjoner for å prioritere dem med størst prognosetap på bekostning av helsegevinst i prioriteringsoppgaver som utelater, direkte eller indirekte, å trekke inn gjenværende levetid. Vi ønsket videre å undersøke om deltakerne ble påvirket av informasjon om pasientenes alder i dette scenariet.

Metode: Vi gjennomførte en oppgavebasert intervjustudie i den norske befolkningen. Prioriteringsoppgavene var satt opp som et valg mellom behandling til en av to hypotetiske pasientgrupper. For å unngå å trekke inn gjenværende levealder bestod behandlingene av å forkorte varigheten av en forbigående sykdom. Valgalternativene var enten en avveining mellom behandlingen med størst helsegevinst og behandling til pasientgruppen med størst prognosetap, eller en avveining mellom behandling til en gruppe 30-åringer mot en gruppe 50-åringer med større prognosetap og lik eller større helsegevinst. Analysen er hovedsakelig deskriptiv.

Konklusjon/resultat: Prioriteringsoppgavene ble gjennomført av 225 deltakere. I scenariene uten aldersinformasjon prioriterte 138 (61%) konsistent pasientgruppen med størst helsegevinst over pasienter med størst prognosetap. I scenariene med aldersinformasjon prioriterte 151 (67%) deltakere 30-åringene over 50-åringene med større prognosetap. Når disse deltakerne fikk en oppfølgingsoppgave der 50-åringene hadde både større prognosetap og større helsegevinst av behandlingen valgte 109 (av 151, 72%) fortsatt å prioritere 30-åringene. Vi fant ingen korrelasjon mellom deltakernes alder og det å prioritere 30-åringene. Resultatene peker på at det finnes en befolkningspreferanse for å prioritere basert på alder alene, stikk i strid med gjeldende prioriteringspolitikk.

16.2 Hva er viktig når helsepersonell prioriterer?

Yasin Adil

Akershus universitetssykehus, Avd. for helsetjenesteforskning

Bakgrunn: I klinikken skal det prioriteres etter nytte, ressurs og alvorlighet. Dette er kriterier som i utgangspunktet er utviklet for helseprioriteringer på makronivå, men senere tilpasset og innført i klinikken. Det er imidlertid lite kunnskap om hvordan helsepersonell forholder seg til prioriteringer i klinikken.

Formål: Forstå hvilke kriterier som er viktige når helsepersonell prioriterer i klinikken.

Metode: Fokusgruppeintervjuer (16 fokusgrupper, 87 deltakere) med et bredt spekter av klinikere fra ulike fagfelt, spesialiteter og profesjoner ved Ahus, samt fastleger. Tematisk analyse av transkriberte intervjuer.

Resultater/konklusjoner: Helsepersonell foretar hele tiden prioriteringer på klinisk nivå. Prioriteringene har som hensikt å oppnå ulike effekter, og tar ikke nødvendigvis hensyn til prioriteringskriteriene. Disse effektene er drivere av prioriteringsbeslutninger i klinikken. Foreløpige funn fra studien vil presenteres.

16.3 Born to run: Work hour composition and job satisfaction among Norwegian doctors, 2002-24

Pål E. Martinussen¹, Kjartan S. Anthun²

¹NTNU ²SINTEF Digital, Avd. helsetjenesteforskning

Background: Physician burnout and turnover is a critical issue in many health care systems worldwide, and a better understanding of its causes may inform organizational policies to retain key personnel. While there is ample empirical evidence on harmful effects of long work hours on job satisfaction and life quality for the medical profession, we still know little about the role of work hour composition. If we could identify tasks and composition of tasks which is negatively associated with physicians' job satisfaction, then burnout and turnover could be reduced. Purpose: To examine how time spent on different work tasks during an average work week is associated with the job satisfaction of doctors.

Methods: Data was gathered from a biennial survey conducted among physicians in Norway by the Norwegian Institute for Studies of the Medical Profession. In line with previous studies, we used the validated Warr-Cook-Wall (WCW) 10-item job satisfaction scale, while work hour composition was measured by three variables reflecting the share of total working time spent on patient work, meetings and paperwork, respectively. Also controlling for age, gender, specialty, and time trend, we performed regression analyses on an unbalanced panel dataset that controlled for clustering at the individual level.

Results: The amount of paperwork had a negative effect on the job satisfaction of Norwegian doctors during the last two decades. Identifying ways to reduce the paper burden of doctors and re-allocate more of their work capacity to legitimate tasks could thus lead to development of retention strategies for hospitals with unfavourable workloads and high risk of stress, burnout and job dissatisfaction.

16.4 Samfunnsøkonomiske konsekvenser av svekket oral helse hos eldre med behov for helsehjelp

Beate Fagerlund Kvist¹, Vibeke Elise Ansteinsson^{1,3}, Anne Thea Tveit Sødal³, Torbjørn Wisløff^{1,4}

¹Universitetet i Oslo, Avdeling for folkehelsevitenskap, ²Universitetet i Oslo, Avdeling for klinisk medisin, ³Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, ⁴Akershus universitetssykehus, Avdeling for helsetjenesteforskning

Bakgrunn: Prognoser viser at 20 % av Norges befolkning vil være 70 år eller eldre i 2050, og at antallet over 80 år vil være dobbelt så høyt som i dag. Eldre som mottar helsehjelp i hjemmet har rett til offentlig finansierte tannhelsetjenester, men kun 20 % benytter seg av tilbudet. Samtidig er denne gruppen preget av høy forekomst av orale sykdommer og svekket oral helse, noe som er assosiert med økt risiko for systemiske sykdommer, særlig hjerte- og karsykdom, type 2-diabetes og lungebetennelse. Til tross for betydelige helsemessige konsekvenser er de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til svekket oral helse hos eldre som mottar helsehjelp i hjemmet lite kartlagt.

Formål: Å estimere årlige samfunnsøkonomiske kostnader relatert til svekket oral helse hos eldre som mottar helsehjelp i hjemmet i Norge, samt beregne fremtidige kostnader i lys av en aldrende befolkning.

Metode: En prevalensbasert «cost-of-illness»-analyse ble gjennomført. Direkte kostnader inkluderte tannbehandling og rutinekontroller, mens indirekte kostnader omfattet systemiske sykdommer (hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes og lungebetennelse), transport og uformell omsorg. Fravær av et nasjonalt register over orale tilstander gjorde det nødvendig å kombinere data fra epidemiologiske studier, helseregistre og ekspertvurderinger.

Resultat/konklusjon: Analysen estimerer at årlige samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til svekket oral helse hos eldre som mottar helsehjelp i hjemmet kan øke fra rundt 4 milliarder NOK i 2024 til over 20 milliarder NOK i 2045. Kostnadsveksten er størst for aldersgruppen 80 år+, der utgiftene forventes å femdobles i perioden, mens kostnadsøkningen er moderat for aldersgruppen 65-79 år.

Resultatene viser at svekket oral helse hos eldre som mottar helsehjelp i hjemmet utgjør en betydelig samfunnsøkonomisk belastning. For å begrense den forventede kostnadsveksten er det nødvendig med tettere samhandling mellom tannhelsetjenesten og hjemmetjenesten, slik at eldre med rettigheter identifiseres og at forebyggende arbeid i denne gruppen dermed kan styrkes.

16.5 Hospital Volume and Knee Replacement Outcomes: Implications for Workforce Participation

Sahar Paktinat and Sverre A.C. Kittelsen¹

¹Frischsenteret and NORCHER

Background: The relationship between hospital procedure volume and patient outcomes is frequently discussed in health policy. Two main mechanisms are often suggested: a “practice makes perfect” effect, where greater experience leads to better results, and “selective referral,” where hospitals with good outcomes attract more patients. This debate has informed arguments for centralization of surgical care. However, less is known about how hospital volume affects labour market outcomes following surgery, which is particularly relevant when procedures are performed on patients of working age.

Aim: This study examines whether hospital volume influences labour market outcomes and clinical outcomes after knee replacement surgery in Norway. Knee replacement is an elective procedure increasingly performed on individuals of working age, making its impact on employment particularly relevant. We focus on patients’ return to work, measured through sick leave duration and post-surgery earnings, alongside clinical benchmarks such as emergency readmissions and revision surgeries.

Method: To address potential reverse causality arising from patients’ ability to choose their hospital, we construct a measure of predicted hospital volume using a conditional logit approach and employ this as an instrument in models with hospital fixed effects. Separate regressions are estimated for each outcome of interest.

Conclusion/Results: The results show no statistically significant effect of hospital volume on either clinical or labour market outcomes. This holds both for observed volumes and when using predicted volumes as an instrument. Patients in our data frequently travel beyond their closest hospital, often to higher-volume providers. Yet, once observable and unobservable factors are accounted for, outcomes do not differ systematically between hospitals. This suggests that such travel may not deliver tangible benefits in terms of recovery or return to work.

16.6 Effects of acute referral to hospital services for mental health presentations: observational analysis using multiple analytic approaches

Johan Håkon Bjørngaard¹, Sara Marie Nilsen, Kjartan Sarheim Anthun, Andreas Asheim, Ottar Bjerkeset, Ragnhild Bremnes, Neil Davies, Trond Hatling, Pål Romundstad, Terje Torgersen and Christina Hansen Edwards

¹NTNU, ISM

Objective: To estimate the effects of acute hospital referrals – both voluntary and involuntary - on self-harm and healthcare use among patients with mental health concerns.

Methods: Using registry data following patients with out-of-hours primary care visit between 2015 and 2021, using a within-patient design including an instrumental variable analysis based on variation in physicians' referral tendency.

Results: Among 347 941 out-of-hours mental health contacts, 23% were acutely referred to hospital. Overall, the referrals provided no clear protection against subsequent self-harm. However, involuntary referrals showed a substantial protective effect against self-harm in the instrumental-variable analysis, but the estimates were imprecise. Referrals resulted in a substantial increase in healthcare hospital costs.

Conclusion: Involuntary referrals may have a protective effect against self-harm risk, but the findings are uncertain.

17 Møterom Margrete: Pasientforløp, samhandling

Sesjonsledere: Torbjørn Wisløff, Ahus/UiO og Hilde Lurås, Ahus

17.1 Redusert ressursbruk med HINTS undersøkelse og posisjonstester ved akutt svimmelhet

Aina Paulsen¹, Lars Sjøby¹, Mathias Barra², Hilde Lurås², Ole Morten Rønning³

¹Akershus Universitetssykehus HF, Kliniske fellesfunksjoner, ²Akershus Universitetssykehus, HØKH

³Akershus Universitetssykehus HF, Nevroklinikken, Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin

Bakgrunn: Antall pasienter med akutt svimmelhet som kommer til akuttmottak er økende, og tidlig avklaring om hvorvidt svimmelheten skyldes sentral årsak (hjerneslag) eller perifer årsak (sykdom/skade i indre øre) er avgjørende for behandlingsforløpet. I akuttfasen er testbatteriet HINTS mer sensitivt for å avdekke hjerneslag som årsak til akutt svimmelhet enn MR/CT av hodet. Videre vil posisjonstester kunne avdekke BPPV, benign paroksysmal posisjonsvertigo som årsak til akutt svimmelhet.

Hensikten med studien var å undersøke om innføring av HINTS og posisjonstester for pasienter med akutt svimmelhet er assosiert med redusert bruk av CT, MR, ØNH-tilsyn, kortere liggetid og mer presis diagnostisering (færre uspesifikke diagnoser ved utskriving).

Metode: Det ble utført en retrospektiv analyse av alle innleggelser ved nevrologisk avdeling, Ahus, i perioden 2015–2023. Perioden ble delt inn i tre faser: før (2015–2017), under (2018–2020), og etter (2021–2023) implementering av HINTS og posisjonstester. Innleggelsene ble gruppert i (I) én vertigogruppe med svimmelhetsdiagnoser og (II) én referansegruppe med pasienter uten svimmelhetsdiagnoser. Ressursbruk (CT, MR, ØNH-tilsyn og liggedøgn) og andel av spesifikke/uspesifikke svimmelhetsdiagnoser ble sammenlignet før og etter implementering.

Resultat: Ressursbruken økte gjennom hele perioden (2015–2023), med unntak av ØNH-tilsyn. Vertigogruppen hadde generelt høyere bruk av CT/MR og ØNH-tilsyn. For vertigogruppen var det en betydelig reduksjon i bruk av MR og en signifikant reduksjon av ØNH-tilsyn, samt en reduksjon i liggetid i perioden etter sammenlignet med perioden før implementering. Andelen spesifikke svimmelhetsdiagnoser økte fra 20 % før til 34 % etter.

Konklusjon: Innføring av systematisk undersøkelse med HINTS og posisjonstester av pasienter med akutt svimmelhet er assosiert med redusert bruk av MR, ØNH-tilsyn og redusert liggetid ved Ahus. Systematisk undersøkelse er også assosiert med mer presis diagnostikk.

17.2 Preserving hospital capacity: simulation-based evidence for strategic bed and ventilator reallocation during pandemics

Lieke Fleur Heupink¹, Pål Wiik, Hilde Lurås, Espen Rostrup Nakstad, Jūratė Šaltytė Benth, Lene Berge Holm

¹Akershus universitetssykehus, HØKH

Background: The COVID-19 pandemic forced hospital administrators to make challenging decisions without adequate scientific evidence. The ICUs, serving critical care patients, post-operative patients, and COVID-19 patients needing ventilator support, became strained. Anticipating successive pandemic waves, hospital decision makers postponed elective procedures, reallocated staff, and restructured care pathways to accommodate COVID-19 patients. These preventive ad hoc decisions were primarily based on expert knowledge rather than empirical evidence of actual capacity limits.

Objective: This research aims to develop a simulation model that identifies optimal strategies for maintaining standard care across most departments while simultaneously accommodating pandemic patient surges.

Method: Data on inpatient visits from 2019 to 2023 at Akershus University Hospital is collected. The need for beds, ICU beds, and ventilator capacity for “normal” and COVID-19 patients is modelled using discrete event simulation in FlexSim software. “Normal” patient needs will be estimated from 2019, the pre-pandemic year, while COVID-19 needs will be derived from various pandemic waves. Length of stay (LOS), ICU probability, and ventilator requirements for each patient group per ward over time are empirically estimated using hospital data. The model assumes unlimited resources to identify true capacity constraints.

Preliminary results: Initial data analysis reveals that overall hospital visits decreased in 2020 but quickly returned to pre-pandemic levels, while the LOS has increased. Early observations suggest differential ward impacts during the pandemic. These patterns indicate that the simulation model will likely identify which wards experienced minimal strain versus those facing capacity pressure due to high patient volume or extended stays. More importantly, the simulation model will further allow to identify optimal strategies to preserve standard operations in most wards while effectively responding to the pandemic admissions. This approach provides empirical evidence to better understand the previous pandemic, as well as serve as a data-driven decision-support tool for future pandemic planning.

17.3 Improving Elderly Patient Flow through Simulation: A Case Study from Trondheim's Integrated Care System

Joe Viana¹, Anders Gullhav, Alexander Lind-Hagen

¹NTNU

Background: The healthcare sector faces growing pressure from an aging population, complex patient needs, and workforce shortages—widening the gap between service demand and capacity. These challenges, compounded by the shift of complex care from hospitals to municipalities, strain resources and lead to fragmented care, increased readmissions, and potential patient harm. Innovative solutions for resource management and service coordination are urgently needed.

Trondheim Municipality and St. Olav's Hospital are addressing these issues through the HARMONI project, funded by the Research Council of Norway. The project is developing integrated planning tools to visualize patient flows and resource capacities, supporting coordinated planning, capacity dimensioning, and collaboration across primary and specialized healthcare services.

Purpose: This initial study focuses on Øya Helsehus (ØHH), an intermediate care facility in Trondheim, which serves as a transition point for frail elderly patients discharged from St. Olavs Hospital. These patients often require further observation and rehabilitation before returning to their homes or transitioning to long-term care. Inefficiencies in patient flow—such as prolonged hospital stays and delayed discharges—pose challenges to both municipal and specialized services.

Method: We develop a discrete event simulation to model patient flow dynamics at ØHH, using data from interviews, municipal reports, and operational records. Key performance indicators include waiting times, resource utilization, and the impact of early discharge policies. Scenario analysis explores redistribution strategies, staffing adjustments, and reduced long-term care durations.

Conclusions/results: Findings show that improved coordination between hospital and municipal services can significantly reduce waiting times and enhance care delivery for frail elderly patients. Early discharge policies and optimized resource allocation strategies emerge as important factors in improving system performance.

17.4 Home-Dwelling Hip Fracture Patients: A Matched Cohort Study

Julie Haugen and Terje P. Hagen¹

¹University of Oslo, Department of Health Management and Health Economics

Background: While home-based rehabilitation following hip fracture treatment typically costs less than institutional care, questions remain about whether it provides equivalent quality of care.

Objective: To compare care quality between home-based and institutional rehabilitation by examining one-year mortality and 30-day acute readmission rates among home-dwelling hip fracture patients.

Methods: We identified 10,790 home-dwelling hip fracture patients aged 60 years or older from the Norwegian Patient Registry (2018-2019). Patients receiving institutional rehabilitation were matched with those receiving home-based care using propensity score matching. Logistic regression models examined treatment effects on mortality and readmission outcomes.

Results: The sample comprised patients with a mean age of 80.6 years, of whom 68.8% were female. At 30 days post-fracture, 39.1% received institutional treatment and 60.9% received home-based care. After propensity score matching, institutional treatment was associated with significantly higher mortality (OR = 1.50, 95% CI = 1.28-1.75) and readmission rates (OR = 1.38, 95% CI = 1.20-1.58) compared to home-based treatment.

Conclusion: Home-dwelling hip fracture patients receiving institutional rehabilitation had higher mortality and readmission rates than those treated at home, suggesting that home-based rehabilitation is preferable to institutional care for this population.

Keywords: Hip fractures; Post-acute care; Propensity score matching; Rehabilitation

17.5 Bruk av registerdata i analyse av tjenesteforløp for muskel-skjelett- og KOLS-pasienter – et sammendrag av INOREG-prosjektet

Tron Anders Moger¹, Nina Vøllestad, Trond Tjerbo, Olav Amundsen, Jon Holte, Silje Bjørnsen Haavaag, Line Kildal Bragstad og Ragnhild Hellesø

¹Universitetet i Oslo

Bakgrunn: Muskel-/skjelettlidelser (MSK) og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) representerer to betydelige typer av kroniske sykdommer. I et tverrfaglig forskningsprosjekt ved Institutt for Helse og Samfunn, UiO, som ble introdusert på Helsetjenestekonferansen 2022, har vi analysert tjenesteforløpene for disse pasientgruppene ved hjelp av koblete registerdata.

Formål: Beskrive pasientforløpene for de to pasientgruppene, finne faktorer i forløpene assosiert med utfall som sykehusinnleggelser, hjemmetjenester, høy fremtidig tjenestebruk og uførhet.

Metode: Kvantitative og kvalitative analyser av pasientforløp. Kvantitative analyser baseres på data fra nasjonale registre, fra registre i pleie- og omsorgstjenestene i Oslo og Trondheim, samt internt fysioterapiregister.

Resultater: Flere viktige avvik fra anbefalt oppfølging for pasientgruppene ble oppdaget i analysene. Noen eksempler er at mer enn 50 % av MSK-pasienter fikk kirurgi, uten å ha forsøkt konservativ behandling først, og at mer enn 10 % av KOLS-pasienter ikke mottar oppfølging for luftveisdiagnoser i året før en sykehusinnleggelse med KOLS. Samtidig hadde mange av pasientene med gjentatte KOLS-innleggelser begrenset oppfølging i primærhelsetjenesten i årene etter indeksinnleggelsen. For KOLS-pasienter observerer man videre en sterk økning i fastlegekontakter i

året før man mottar hjemmetjenester, som har betydning for å predikere fremtidig tjenestebruk. På den positive siden fant vi at MSK-pasienter med dårlig prognose hadde fire ganger høyere sjanse for å rapportere et godt klinisk utfall dersom de hadde høy bruk av fysioterapi, som videre var assosiert med lavere sjanse for fremtidig uførhet. For pasienter med god/middels prognose var det ingen sammenheng mellom klinisk utfall og høy frekvens av fysioterapi. For KOLS-pasienter fant vi at bruk av samhandlingstakster, kontinuitet i fastlegeoppfølging, og psykososial støtte for særlig sårbare grupper var assosiert med lavere sannsynlighet for fremtidige akutte sykehusinnleggelser for KOLS.

Konklusjon: Prosjektet illustrerer mulighetene ved bruk av administrative helseregisterdata. Samtidig finnes det flere begrensninger dersom man ikke har data på tvers av tjenestene, mer detaljerte kliniske data, samt pasientrapporterte utfallsmål.

17.6 Infection Dynamics in Oslo and Akershus During the Alpha Wave of COVID-19

Sanjay Gyawali¹, Espen Rostrup Nakstad, Hilde Lurås, Bjørn Sletvold, Fred Espen Benth, Jūratė Šaltytė Benth

¹Akershus University Hospital

Background: Densely populated areas emerged as epicentres of the COVID-19 pandemic, experiencing higher infection rates than rural regions. This study aims to characterise the transmission dynamics of COVID-19 during the Alpha wave within Oslo city and Akershus county.

Methodology: Using a group-based modelling, 15 Oslo city districts and 21 municipalities in Akershus County (36 sites) were classified into groups based on the daily number of confirmed cases. The curves representing these groups were split into increase and decline phases and explored through lagged associations and group by time interactions. Demographic characteristics were assessed.

Results: Three distinct groups of sites, representing sites with respectively high, moderate and low infection levels, were identified. In the group with the highest infection rates, both the increase and decline phases were significantly faster compared to those observed in the groups with moderate and low infection rates. The group with the highest infection rates was characterised by the highest population density, highest proportion of crowded living conditions and a larger immigrant population. Furthermore, it was a leading indicator for infection rates in the moderate and low infection rate groups, with a lead time of 4-5 days.

Conclusion: The findings indicate that densely populated areas not only experience earlier and faster increase in infection trends but also drive epidemic trends for neighbouring sites. Therefore, targeted and early interventions in these high-density clusters may be critical for mitigating future pandemic waves.

17.7 Health care use before and after ME/CFS diagnosis

Kjartan Sarheim Anthun, SINTEF Digital

Background: Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) is a debilitating, multisystem disease often characterized by fatigue and post-exertional malaise. Despite its severity, ME/CFS remains underdiagnosed and poorly understood, often resulting in fragmented and prolonged health care engagement.

Aim: Past studies (Collin et al 2017) have looked at health care utilization prior and after diagnosis, however this study extends this by comparing patterns of health care utilization among patients with ME/CFS to a random population cohort and to patients in four specific patient groups.

Methods: Using health care registry data, we analysed the frequency and types of health care services utilized by ME/CFS patients over a 10-year period surrounding diagnosis. We examined general practitioner consultations, specialist consultation, hospital admissions and treatments. Comparative analyses were conducted with matched cohorts of random population and patients diagnosed with Lyme disease, fibromyalgia, heart failure, and cancer to contextualize ME/CFS-related health care use.

Results: Health care utilization among ME/CFS patients was elevated both prior to and following diagnosis, with a marked spike in consultations and diagnostic procedures in the year of diagnosis.

18 Møterom Astrid: Behov og brukervedvirkning

Sesjonsledere: Marian Ådnanes, SINTEF og Linda Kvæl, Ahus/UiO

18.1 Brukervedvirkningsprosjektet – fra statist til partner

Jon Fabritius

Mental Helse

Bakgrunn: Brukervedvirkning kan defineres som prosessen hvor de som berøres av en beslutning, eller mottar en tjeneste, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. Det er tre nivåer for brukervedvirkning; individuelt, tjeneste- og systemnivå. Individuelt er alle personlige treff med helsetjenestene. Tjenestenivå vil si å medvirke til justering og utvikling av tjenestetilbudet og på systemnivå påvirkning på faglige føringer, retningslinjer, og iverksettelse av politikk på feltet. Dessverre ser vi at brukervedvirkning ofte er pro forma, med liten faktisk innflytelse på tjenesteutøvelsen eller tjenesteutviklingen. Mental helse Norge har derfor igangsatt et utviklings- og kvalitetssikringsprosjekt for å styrke brukervedvirkningen.

Formål: Mental Helses Brukervedvirkningsprosjekt har som mål å forbedre organisasjonens utdanning og oppfølging av brukervedvirkerne og å påvirke arenaene hvor brukervedvirkning utøves, for å sikre reell brukervedvirkning. Brukervedvirkningsprosjektet skal derfor utvikle, implementere og sette i drift et helhetlig system, samt opprette strukturer både sentralt i organisasjonen og i lokal- og fylkeslag, slik at brukervedvirkningsarbeidet henger sammen og blir mer effektivt.

Metode: Prosjektet vil gjennomføres med vekt på prosess og endringsledelse, bygget på prinsipper fra inkluderende organisasjonsutvikling. Dette innebærer at vi må inkludere alle brukervedvirkerne og tillitsvalgte i hele organisasjonen. Gjennom involverende prosessarbeid vil vi skape en kultur for brukervedvirkningsarbeid.

Vi vil samle de involverte regionsvis i workshoper for å:

1. Utforske utfordrings- og mulighetsrommene.
2. Utvikle opplæringspakker, strukturer og nettverk for oppfølging, informasjons- og erfaringsutveksling og koordinering.
3. Implementere endringene i organisasjonen.
4. Søke samarbeidspartnere for utvikling og fornying av arenaer for brukervedvirkning

Resultat: Dersom prosjektet blir vellykket håper vi å se at:

1. Våre brukerrepresentanter er trygge og fornøyde i rollen og oppleves som relevante og kompetente av våre samarbeidspartnere på tjeneste- og systemnivå.
 2. Arenaene for brukervedvirkning tilrettelegges for reell brukervedvirkning og at vi finner flere og/eller bedre måter brukervedvirkning kan utøves på.
-

18.2 77 Suicide Losses in Norway: The bereaved' s perspectives on their loved ones' need for help

Silje L. Kaspersen, Kirsti S. Anthun, Roshan Das Nair, Solveig O. Ose, Marian Ådnanes og Jorid Kalseth

Alle SINTEF Digital, avd. Helsetjenesteforskning

Bakgrunn: Selvmord er en betydelig folkehelseutfordring som rammer både individet og de etterlatte. Mange som dør ved selvmord har hatt kontakt med helsetjenester i tiden før dødsfallet, noe som gir helsepersonell en sentral rolle i forebygging. Samtidig viser forskning at etterlatte ofte opplever mangelfull oppfølging og har redusert tillit til helsetjenestene. Kunnskap om hvordan etterlatte vurderer avdødes behov for hjelp kan bidra til bedre forebyggende tiltak.

Formål: Å undersøke hvordan personer etterlatt ved selvmord i Norge oppfattet den avdødes behov for helse- og velferdstjenester i tiden før selvmordet, og hvilke forbedringsforslag de har for tjenestene.

Metode: Studien er basert på en kvalitativ nettbasert spørreundersøkelse gjennomført i 2020 blant 77 etterlatte, som til sammen rapporterte om 75 selvmord. To dybdeintervjuer ble også inkludert. Spørreskjemaet inneholdt åpne spørsmål om avdødes tjenestebruk og behov, samt forslag til forbedringer. Data ble analysert ved hjelp av refleksiv tematisk analyse i tråd med Braun og Clarke (2006), og bruk av Copilot som støtteverktøy.

Resultat/konklusjon: Flertallet (78 %) av de avdøde ble rapportert å ha hatt kontakt med helsetjenesten siste året før dødsfallet, oftest fastlege (35 %) og psykisk helsevern (24 %). Etterlatte beskrev betydelige udekkede behov, særlig knyttet til manglende kontinuitet, avslag på henvisninger og begrenset tilgang til spesialisthelsetjenester. Flere opplevde at systemet sviktet, noe som bidro til redusert tillit til helsetjenestene hos de etterlatte. Forslag til forbedringer inkluderte bedre samhandling mellom tjenester, mer proaktiv oppfølging, og økt tilgjengelighet til psykisk helsehjelp.

Studien understreker behovet for å styrke helsetjenestenes evne til å behandle og følge opp personer i selvmordsrisiko, samt å bygge tillit hos både brukere, pårørende og etterlatte. Etterlatte har selv økt selvmordsrisiko, og det er viktig at tillit til helsetjenesten adresseres, slik at etterlatte tar imot hjelp.

18.3 HelseKart — utvikling, implementering og effekter av tverrfaglig vurdering av hjemmeboende eldres helsebehov

Marianne Storm^{1,2}, **Charlotte Wegner**^{1,3}, **Elisabeth Lind Melbye**^{1,4}, **Elise Syse**¹, **Bente Hamre Larsen**¹, **Arnt Egill Ydstebø**⁵, **Heidi Isberg**⁵ og **Sonja Haslerud**⁶

¹Universitetet i Stavanger, Avdeling for folkehelse, ²Høgskolen i Molde, Avdeling for helse og sosialfag, ³Aalborg Universitetet, Danmark, ⁴Tannhelsetjenestens kompetansesenter Rogaland, Stavanger, ⁵Stavanger kommune, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, ⁶Sandnes kommune

Bakgrunn: Tidlig identifisering av hjemmeboende eldres helsebehov er avgjørende for å opprettholde helse og funksjon, livskvalitet og for å unngå sykehusinnleggelser. Kartlegging av helsebehov er en systematisk tilnærming for å identifisere udekkede helse- og omsorgsbehov, som gir grunnlag for tiltak og ressurser for å bedre helsen. Ved tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester skal helsepersonell vurdere funksjon og behov. Basert på vurderingen tildeles det tjenester som trygghetsalarm, hjelpemidler, hverdagsrehabilitering, hjemmesykepleie, og praktisk bistand i hjemmet. Det er i dag ingen standard for hva som skal inngå i kartleggingen av behov og hvordan dette skal gjøres.

Formål: Dette prosjektet har som formål å utvikle en standardisert tverrfaglig helsebehovsvurdering som kombinerer hva som er viktig for den enkelte med validerte verktøy som dekker områder som fysisk og kognitiv funksjon, ernæring, kapasitet til å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet, syn og hørsel, psykisk helse, sosiale relasjoner og ensomhet, og helsevaner som alkoholbruk. Helsepersonell kan dermed bli bedre i stand til å tidlig identifisere behov og sette inn tiltak og tjenester for å ivareta hjemmeboende eldres helse og funksjon.

Metode: Prosjektet innebærer samskaping av tverrfaglig helsebehovsvurdering med helsepersonell, brukerrepresentanter, opplæring i bruk av verktøy, og iverksetting i to norske kommuner gjennom en randomisert kontrollert studie. 200 eldre som søker om en kommunal helse- og omsorgstjeneste vil inviteres til å delta i HelseKart. Deltakerne vil randomiseres til en tiltaksgruppe (n=100) som kartlegges på ny tverrfaglig måte med standardiserte verktøy og en kontroll gruppe (n= 100) som kartlegges på vanlig måte. Deltakerne vil være hjemmeboende eldre >65 år som søker om en kommunal helse- og omsorgstjeneste (trygghetsalarm, dagsenter, praktisk bistand hjemme, hjemmesykepleie, hjelpemiddel). Prosjektet vil undersøke effekter av tverrfaglig helsebehovsvurdering på deltakernes helserelaterte livskvalitet og helsetjenestebruk etter 6 og 12 måneder (sykehusinnleggelser, innleggelser i sykehjem, bruk av kommunale akutte tjenester) og evaluerer kostnadseffektivitet.

Konklusjon: Ved å utvikle tverrfaglig praksis for kartlegging av helsebehov og ved å støtte helsepersonell med verktøy og opplæring, vil prosjektet bidra til å avdekke funksjonssvikt på et tidligere tidspunkt når det fortsatt er mulig å sette inn tiltak som kan forbedre funksjon og fremme den eldres helse. Det langsiktige målet er å gjøre tverrfaglig helsebehovsvurdering skalerbar slik at den kan tas i bruk i kommuner i hele Norge, redusere variasjon i tjenestetildeling og fremme god aldring hjemme.

18.4 SIBS – kunnskapsbasert forebygging av psykiske helseplager blant barn som pårørende i norske kommuner

Torun M. Vatne¹ og **Krister W. Fjermestad²**,

¹Frambu senter for sjeldne diagnoser, ²Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt

Bakgrunn: Søsken som pårørende har en økt risiko for utvikling av psykiske helseplager. Familie-kommunikasjon er identifisert som en risiko- og forebyggende faktor i internasjonale studier. SIBS er en norskutviklet intervensjon som forebygger psykiske helseplager blant søsken som pårørende. SIBS er utviklet i tett samarbeid med familier og kommunale tjenesteytere, er evaluert i norske og internasjonale studier, anbefalt av Bufetat og beskrevet i Opptrappingsplanen for psykisk helse 2023-2033.

Formål: Formålet med presentasjonen er:

1. Beskrive utviklingen av SIBS.
2. Gjennomgå SIBS intervensjonen.
3. Presentere norske og internasjonale studier av effekt.
4. Informere om implementering og kurstilbud i norske helse- og omsorgstjenester.

Metode:

1. Utvikling. Workshops med klinikere og familier, pilotering med 67 familier.
2. SIBS. Gruppebasert intervensjon for søsken og foreldre 8-16 år. Fem økter; tre separate foreldre og barneøkter og to fellesøkter. Barneøktene er støttegrupper, foreldregruppene er psykoedukasjonsgrupper, fellesøktene er kommunikasjonstrening med veiledning. Kan også leveres digitalt. Materiell oversatt til syv språk.
3. Evalueringer. Tre ikke-kontrollerte studier av utfallet på kommunikasjon og psykisk helse målt før, to mnd etter og seks mnd etter SIBS deltakelse i Norge (n=99), Danmark (n= 237), og Kambodsja (n=55). En randomisert kontrollert studie i Norge (n=288) med utfallsmål også ved 12 mnd.
4. Implementering. Gruppelederopplæring bestående av 45 min nettkurs, to dagers praktisk kurs og halvårlig webinar. Studier av implementering i hhv. seks kommuner i Norge og 13 kommuner Danmark.

Konklusjon/resultat: Forskingen indikerer at SIBS bedrer kommunikasjon og styrker psykisk helse. Deltakerne er svært positive, og gruppeledere etterlever metoden i stor grad. 364 gruppeledere er trent i Norge fra 22 kommuner og 9 helseforetak. Gruppelederutdanning gjennomføres halvårlig, også digitalt. SIBS evalueres som enkelt og kostnadseffektivt å implementere i kommuner. Prosjekter planlegges nå for å evaluere SIBS med ulike etniske grupper, og materiellet videreutvikles slik at SIBS også kan leveres til barn som pårørende til voksne.

18.5 Overgangen til voksenlivet – behov for bedre støtte

Rasalingam A, Brekke I, **Stenberg U**¹, Haaland-Øverby M, Helseth S

¹Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Oslo universitetssykehus

Bakgrunn: Medisinsk og teknologisk utvikling har bidratt til at barn som blir født med en somatisk diagnose i dag, har en bedre prognose for å overleve, og når voksenalder sammenlignet med tidligere.

I Norge er det en økende bekymring for en utvikling hvor man ser at stadig flere unge har vanskeligheter med å gjennomføre videregående opplæring, ikke kvalifiserer seg i arbeidslivet og blir avhengig av offentlige ytelser.

Formål: Målet med studien var å fremskaffe kunnskap om hvordan unge voksne som lever med langvarige helseutfordringer opplever deltakelse i hverdagslivet og hvordan dette påvirker deres livskvalitet.

Metode: Studien hadde et eksplorativt design. Det ble gjennomført dybdeintervjuer med 12 unge i alderen 18–29 år som lever med langvarige helseutfordringer i Norge.

Konklusjon/resultat: Analysen av intervjuene identifiserte ett overordnet tema: å streve med å delta i hverdagslivet, samt fire undertemaer: å være selvstendig, men også avhengig, å oppleve misforhold mellom behov og støtte, å bli fratatt spontanitet og å føle usikkerhet for framtida. Studien viser at unge voksne strever med å delta på viktige områder som utdanning, arbeid og fritidsaktiviteter. Utilstrekkelig støtte, symptomer knyttet til diagnosen og begrensede fysiske evner gjorde det vanskelig for de unge å delta i hverdagen slik de ønsket.

Å leve med langvarige helseutfordringer som ung voksen innebærer barrierer for deltakelse på flere livsarenaer. Dette påvirker opplevelsen av livskvalitet og fremhever behovet for bedre tilpasset støtte og helhetlige tjenester i overgangen til voksenlivet

18.6 Tilgang til beskyttelse og helsehjelp: Krisesentertilbud for voldsutsatte personer med rusavhengighet

Bjarne Østensjø Bakkevold¹, Tone Andersen², Hege Almeland Hansen³, Tobba Sudmann³

¹Etat for sosiale tjenester i Bergen kommune, ²Krisesenter for Bergen og omegn, ³Høgskulen på Vestlandet

Bakgrunn: Personer med rusavhengighet utsatt for vold i nære relasjoner befinner seg i en situasjon med høy psykososial belastning, høyt behov for beskyttelse, stabilisering og helsehjelp. Tross høy voldbelastning, brukes krisesentertilbudet lite. De møter barrierer for tilgang til hjelp knyttet til fysisk og psykisk helse og rusbruk, de har lite tillit til og kunnskap om tilbudene, og mangler kompetanse for å navigere og bruke tjenestene. Dette utgjør en form for strukturell vold og er et brudd på menneskerettighetene.

Formål: Studien undersøker hvordan et nyopprettet krisesentertilbud for personer med rusavhengighet og voldserfaringer i en norsk kommune kan tilby tjenester til personer med rusavhengighet som har sammensatte behov for helsehjelp, trygghet og medvirkning. Levesque et al. (2013) sitt rammeverk for tilgang til helsetjenester benyttes som analytisk verktøy.

Metode: Kritisk etnografi er benyttet som metode, med vekt på deltakende observasjon, samtaler med brukere og ansatte, dokumentanalyse og tverrsektorielle workshops. Studien bygger på en ikke-undertrykkende og dialogisk tilnærming der kunnskapsutvikling og praksisfeltet utvikles parallelt.

Resultater og konklusjon: Studien viser at brukerens helsebehov ofte usynliggjøres i møte med hjelpeapparatet. Krisesentrenes arbeidsmåter har tradisjonelt vært basert på sosialfaglige tilnærminger. Prosjektet viser at helsefaglige tilnærminger må integreres i tjenestene for å kunne tilby voldsutsatte personer med rusavhengighet fullverdige krisesentertjenester.

Funnene peker på behovet for tverrfaglige og tverrsektorielle tjenester, og viser viktigheten av å anerkjenne og styrke brukeres prioriteringer og ønsker i utforming av tjenestene. Krisesentre for rusavhengige personer representerer et uutnyttet potensial for helsefremming og tidlig intervensjon, forutsatt at tilgangsbARRIERER og tillitsutfordringer adresseres.

19 Møterom Olav Tryggvasson: Psykisk helse (internettbasert behandling)

Sesjonsledere: Solveig O. Ose og Kari Sand, SINTEF

19.1 RCT comparing Tankevirus, Grubl, and a placebo app – what constitutes a suitable placebo in the setting of self-help applications for mental health?

Kim Rand¹, Hanne Brorson, Torbjørn Wisløff, Julia Menichetti

¹Akershus universitetssykehus, HØKH

Background: Anxiety and depression are leading causes of disability and health service use in Norway, with high prevalence, reduced work participation, and substantial costs. App-based self-help programs offer scalable interventions, but few have been evaluated against rigorous digital control conditions. A central methodological challenge is defining a credible yet inert placebo in mobile health research.

Purpose: The MIND-APP trial aims to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of two Norwegian self-help apps—Tankevirus (cognitive behavioural therapy-based) and Grubl (metacognitive therapy-based)—compared to a placebo app. The study also addresses the conceptual and practical issue of what constitutes an appropriate placebo for digital self-help interventions.

Methods: This three-arm randomized controlled trial (1:1:1 allocation) will be conducted fully remotely through a bespoke smartphone research platform. A total of 1,000 Norwegian residents aged ≥16 years with mild to moderate anxiety or depression will be recruited via digital outreach. Participants will be randomized to Tankevirus, Grubl, or a placebo app designed to mimic structural and engagement features of the active apps while minimizing therapeutic content. Co-primary outcomes are changes in anxiety (GAD-7) and depression (PHQ-9) scores at 4 weeks. Secondary outcomes include health-related quality of life (EQ-5D-5L), functional impairment (WSAS), quality-adjusted life years (QALYs), and health economic measures. Researchers will remain blinded to allocation until analyses are complete.

Conclusions: The RCT is in the planning stage, with recruitment expected to start in 2026. Its primary challenge is establishing a placebo condition that is credible, ethical, and sufficiently inert. Findings will clarify whether benefits of app-based mental health programs are driven by specific therapeutic mechanisms or by nonspecific factors such as credibility and expectancy. Thoughts around the design of a suitable placebo app are welcome.

19.2 Performance measurement: Efficiency of Guided Internet Delivered Cognitive Behaviour Therapy in routine care

Halsteinli V¹, Khan ZA, Heggelund J

¹St. Olavs hospital

Background: Mental health services are facing increased demand and shortage of personnel. Digital treatment programs may reduce clinician workload while maintaining quality of care; that is services can be scaled to accommodate more patients without a proportional increase in therapists or costs. However, to what extent digital interventions implemented in routine care contributes to efficiency improvement have received minor attention. We use the case of eTheraphy, a therapist guided Internet-based Cognitive Behavioural Therapy (ICBT) for treatment of depression, social anxiety and panic disorder, to examine performance measurement of hospital organizational units providing eTheraphy.

Objective: To explore both measurement and interpretation of productivity and efficiency indicators after ICBT implementation in Norwegian hospitals.

Methods: We conducted a descriptive comparative analysis using administrative data for 2022 and 2023 from four hospital enterprises. Data were collected alongside a clinical study (REK 2021/229387) enabling mean quality adjusted life years (QALYs) gained per hospital to be estimated. Administrative data covered staff (part-time or full-time positions, professional background), patient activity and organisational structure of the ICBT entity. Program costs per patient were calculated according to the Checklist of Program Costs of Digital Health Interventions (Khan et al., 2024). In order to evaluate empirical metrics of productivity we applied the framework by Cylus et al (2017) which focuses on five aspects: The entity to be assessed, the inputs, the outputs, the external influences, and the links with the rest of the health system.

Conclusion/results: We estimated four productivity metrics: (I) Number of patients having received treatment per FTE therapists, (II) therapist time spent per patient, (III) cost per patient and (IV) cost per mean QALY gained. Productivity differed between hospitals, years and the choice of productivity metric. No uniform pattern of efficiency emerged, highlighting the complexity of performance measurement. Alternative ways forward will be discussed.

19.3 Predictors of adherence and perceived system usability in internet based cognitive behavioral therapy

Heggelund J¹, Halsteinli V

¹St. Olavs hospital/NTNU

Background: Internet-delivered cognitive behavioral therapy (iCBT) is effective for common mental disorders, but patient engagement and experience tend to vary and may lead to poor adherence. Mechanisms such as treatment credibility, expectations, adherence, and perceived system usability

may impact satisfaction and outcomes, but these relationships are not previously examined in routine care settings.

Objective: To examine the associations between credibility, expectations, adherence, patient perceived system usability, and satisfaction in a large Norwegian naturalistic iCBT cohort, and to examine whether perceived system usability mediates the effect of adherence on satisfaction. Secondary aims were to evaluate robustness to attrition using inverse-probability weights (IPW), and to explore the consistency of the effects across diagnostic programs.

Methods: Participants (N = 571) were enrolled in iCBT for depression, social anxiety disorder, or panic disorder in four Norwegian clinics. The data included baseline credibility and expectations, adherence (% modules completed), patient perceived usability (System Usability Scale, SUS), patient satisfaction (4-point global rating), and depressive symptoms (PHQ-9). Hypotheses were tested using linear mixed-effects models, ordinal regression (PLUM), and mediation analysis. Attrition bias was examined with IPW sensitivity analyses. In exploratory analyses we examined the expectancy-adherence associations and the role of symptom change.

Conclusion/results: Final results from the full analysis will be presented at the conference. Preliminary analyses suggest credibility and expectations are associated with adherence, adherence is associated with usability, and both usability and adherence independently predict satisfaction. Understanding these psychological mechanisms may be important to improve patient engagement and user experience of iCBT.

19.4 Costs and outcomes of a therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy: a multicenter observational study

Zareen Abbas Khan¹, Jørn Heggelund, Stian Lydersen, Kristian Kidholm,
Henrik Pedersen, Imre Janszky, Tine Nordgreen, Vidar Halsteinli
¹St. Olavs hospital

Introduction: Therapist-guided internet-delivered cognitive behavioral therapy (iCBT) has demonstrated efficacy and potential cost-effectiveness for treating depression, anxiety, and panic disorders in randomized controlled trials. However, evidence of its outcomes and costs in routine care settings on a national level remains limited. This study aimed to assess the outcomes of therapist-guided iCBT for depression, social anxiety and panic disorder at post-treatment and six-months follow-up, while also exploring how the program's costs and effects varied by hospital.

Methods: This single-arm observational study analyzed patient-reported data collected from 2021 to 2024 in four hospitals in Norway. A broad range of outcomes was assessed, including the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Social Phobia Inventory (SPIN), Panic Disorder Severity Scale (PDSS), EuroQol 5D-5L (EQ-5D-5L), Work and Social Adjustment Scale (WSAS), and sick leave days. Mixed effects models were used to estimate changes in outcomes over time and between hospitals. The economic evaluation was performed in a hospital perspective and extended to a societal perspective by including sick leave.

Results: Data from 565 participants showed substantial improvements across all outcomes at posttreatment and six-months follow-up. Patients reported improved well-being and increased functioning. Reduction in sickness absence was also observed. Overall, 35.1% of participants responded positively to treatment (Depression: 31.4%; Social Anxiety: 26.6%; panic disorder: 51.4%), whereas 23.7% achieved remission from symptoms (Depression: 12.2%; Social Anxiety: 35.6%; panic disorder: 34.3%). Mean (SD) total program costs per patient were €981.2 (SD 430.17), which varied by location (€606.2 to €2050.3), mostly due to differences in patient volume. Outcomes were consistent across hospitals.

Conclusion: This study confirms the potential of therapist-guided iCBT to relieve symptom severity and improve well-being across different health service providers when implemented as part of routine specialist healthcare. The observed variance in costs per patient between hospitals underscores the importance of patient volume to optimize efficient use of resources.

19.5 Terapeuters forventninger til og refleksjoner rundt å gi videobasert kognitiv terapi til ungdom med sosial angst

Toril Skumsnes¹, Anne Werner og Marianne Aalberg

¹ Sykehuset Innlandet

Bakgrunn: Forekomst av angstlidelser er høy blant ungdom, og det er behov for å tilby god behandling på en effektiv måte. Videobasert terapi kan tilgjengeliggjøre god behandling for ungdom, men der hvor man har innført videokonsultasjon som alternativ til oppmøte på kontor brukes det lite. Bruken av videokonsultasjon er i stor grad opp til den enkelte behandler. For å tilrettelegge for økt bruk av videokonsultasjoner, trenger vi bedre forståelse av behandleres refleksjoner om videobasert terapi.

Formål: Hensikten med denne studien er å utforske hvordan behandlere reflekterer over å skulle gi videobasert kognitiv terapi til ungdom med sosial angst i stedet for terapi på kontor. Vi er spesielt opptatt av behandlerens tanker om fordeler og ulemper ved å gi terapi via videokonsultasjon og deres refleksjoner rundt hva det vil bety for terapeutrollen.

Metode: Studien er basert på tre fokusgruppeintervjuer med 13 behandlere tilknyttet psykiske helsetjenester i ulike kommuner og helseforetak i Norge. Behandlerne hadde forskjellig helsefaglig bakgrunn og var under opplæring i å gi kognitiv terapi for sosial angst på video. Datamateriale analyseres med tematisk metode.

Konklusjon/resultater: Foreløpige resultater tyder på at behandlerne anså kognitiv terapi og videokonsultasjon som gode hjelpemidler for å strukturere, avgrense og effektivisere behandling til ungdom med sosial angst. Behandlerne uttrykte samtidig en bekymring for elementer som på ulike måter kunne forstyrre terapiprosessen. Behandlerne uttrykte en bekymring for om de vil få til både det skjemtekniske og de grunnleggende terapeutiske ferdighetene som å vurdere pasienten, å ivareta pasienten og å opprettholde relasjonen til pasienten via skjerm. I verste fall var de redd for å «miste» kontakten med pasienten ved at skjermbildet «fryser», at man ikke forstår hverandre eller at ungdommen slår av skjermen og slik avslutter timen. Resultatene gir informasjon om

hvordan man kan tilrettelegge for at terapeuter i større grad tar i bruk videokonsultasjoner i behandling.

19.6 Digitalisering av terapi i psykisk helsevern: Endringar i terapeut- og pasientroller

Beate Standal¹, Robin Maria Francisca Kenter², Monika Knudsen Gullslett³, Tine Nordgreen^{1,2} og Inger Lise Teig¹

¹ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Medisinsk fakultet, Universitetet i Bergen,

² Forskningssenter for digitale psykiske helsetjenester, Psykiatrisk divisjon, Haukeland Universitetssykehus, Bergen, ³ Norsk senter for e-helseforskning, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø

Bakgrunn: Terapeutveileda internettbasert kognitiv atferdsterapi (veileda iKBT) er ei behandlingsform for der pasienten gjennomfører eit strukturert digitalt terapiprogram med skriftleg støtte frå ein terapeut. Bruken aukar i psykisk helsevern og implementeringa reiser spørsmål om korleis digitalisering påverkar profesjonell praksis og pasientoppleving.

Formål: Studien undersøker korleis veileda iKBT endrar rollene til terapeutar og pasientar, og kva implikasjonar dette har for implementering.

Metode: Observasjonar frå tre klinikkar, semi-strukturerte intervju med 31 helsearbeidarar og fritekstsva frå 592 pasientar er analysert tematisk og diskutert med utgangspunkt i aktør-nettverksteori (ANT).

Konklusjon/resultat: Veileda iKBT gir terapeutar større fleksibilitet, men også nye oppgåver som å promotere behandlinga, noko som påverkar profesjonsidentitet og arbeidsbelastning. For pasientane inneber den digitale forma auka ansvar for eiga framgang, som kan opplevast krevjande ved manglande samsvar mellom behandlingskrav og egne ressursar. Standardisering og manglande fleksibilitet kan svekke både pasientengasjement og terapeutisk allianse. For å sikre varig bruk må implementeringa balansere arbeidsbelastning, støtte profesjonell autonomi og tilby gode system for opplæring og rettleiing. Behandlinga må også tilpassast pasientens behov og livssituasjon for å unngå å forsterke ulikskapar og sikre at dei som treng det mest får eit godt tilbod.

20 Møterom Wedel Jarlsberg: Psykisk helse

Sesjonsledere: Jorun Rugkåsa, Ahus og Jorid Kalseth, SINTEF

20.1 Å leve med psykiske lidelser i hverdagen: Digitale medier til mestring eller besvær?

Marianne V. Trondsen

Nasjonalt senter for e-helseforskning og UiT – Norges arktiske universitet

Bakgrunn: Psykiske lidelser er en av samfunnets største folkehelseutfordringer. Det anslås at en tredjedel av den norske befolkningen vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av ett år, og det berører et betydelig antall pårørende. Psykiske lidelser har sosiale, emosjonelle, somatiske, praktiske og økonomiske konsekvenser, både for den enkelte og for deres pårørende. Stigmatisering, utenforskap, tabu, skam- og skyldfølelse knyttet til psykiske lidelser er en utfordring for den enkelte som lever med psykiske helseutfordringer, deres familier, helsetjenestene og samfunnet, samt er et hinder for å søke hjelp, støtte og behandling. Digitale medier er en integrert del av samfunnet i dag. Det muliggjør tilgang til informasjon, støtte, fellesskap og hjelp, samt er et nyttig redskap i behandling. Samtidig kan digitale medier også gi utfordringer for den enkeltes psykiske helse, opplevelse av utenforskap, og fordrer digital kompetanse. Det er imidlertid fortsatt begrenset forskningsbasert dybdekunnskap om digitale mediers betydning i hverdagslivet for mennesker som lever med en psykisk lidelse selv eller som pårørende.

Formål: Å utforske betydning av digitale medier i hverdagslivet til mennesker som lever med psykiske lidelser selv eller som pårørende.

Metode: Kvalitativ studie med 33 narrative dybdeintervjuer i form hverdagslivfortellinger med personer (21-62 år) som har en psykisk lidelse selv eller er pårørende. De bor i ulike deler av Norge, og intervjuene er utført hovedsakelig i deres hjem og deres hverdagslivkontekst.

Konklusjon/resultat: Foreløpige funn viser kompleksiteten i digitale mediers betydning for innsikt og forståelse, fellesskap og tilhørighet, trygghet og egenmestring tilpasset eget behov, samtidig som ambivalens, balansering og utfordringer tydeliggjøres. Studien gir inngående kunnskap og forståelse av digitale mediers rolle i hverdagslivet for mennesker som lever med psykiske lidelser, av nytteverdi i videreutvikling av psykiske helsetjenester tilpasset brukeres og pårørendes situasjon og behov.

20.2 Kan forhold i BUP-opptaksområdet forklare forekomst av ADHD?

Olav Nytingnes¹, Tore Hofstad, Ingvar Bjelland, Arnstein Mykletun

¹Helse Bergen

Bakgrunn: Det er stor variasjon i forekomst av ADHD i opptaksområdene til norske barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Tidligere forskning har vist at variasjonen i ADHD-rater mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) ikke kan forklares med symptomforekomst på ADHD i opptaksområdene til BUP.

Formål: Denne studien hadde som mål å undersøke geografisk variasjon i rater av ADHD-diagnoser per befolkning og per pasient, samt henvisningsrater til BUP – og hvordan er dette assosiert med karakteristika ved opptaksområdene?

Metode: Vi brukte data fra Norsk pasientregister, som omfattet alle i alderen 5-18 år med kontakt med BUP i perioden 2009–2011, samt områdedata fra Statistisk sentralbyrå, inkludert befolkningsstørrelse, sentralitet, sosioøkonomisk posisjon, trygdeavhengighet og generell befolkningshelse. Spearmans rho ble beregnet for å vurdere styrke og retning på sammenhengene.

Konklusjon/resultat: Antall pasienter ved BUP for per capita var lavere i opptaksområder med høyere andel ikke-europeisk befolkning; mer urbane områder; færre voksne på uføretrygd; og større økonomisk ulikhet. Høyere rater av ADHD per befolkning ble observert i områder med lavere sosioøkonomisk status. Andelen ADHD-diagnoser per pasient i BUP varierte fra 5 til 27 %, og var ikke assosiert med opptaksområdenes karakteristika.

Andelen ADHD-diagnoser per capita var moderat relatert til karakteristika ved opptaksområdene, i tråd med en sosial gradient i helse. Andelen ADHD-diagnoser blant pasienter i BUP var derimot ikke relatert til områdefaktorer. Dette antyder at andre faktorer, slik som variasjon i klinikers holdninger eller lokale praksisstiler, kan bidra til variasjonen i ADHD-diagnoser.

20.3 Pasientperspektiver på reduksjon av tvang i psykisk helsevern – innsikt fra kvalitative studier

Olav Nytingnes¹, Tonje Lossius Husum, Solveig Kjus, Tiina Överlund, Jorun Rugkåsa

¹Akershus universitetssykehus

Bakgrunn: Tvang i psykisk helsevern, inkludert tvangsinnleggelse, medisiner og tvangsmidler, er fortsatt omstridt, og både brukere, myndigheter og FN har etterlyst reduksjon.

Formål: For få en oversikt over deler av den relevante litteraturen gjorde vi en systematisk gjennomgang av kvalitative studier av pasienters erfaringer og synspunkter på tvang ved psykiske lidelser.

Metode: Vi søkte i 12 databaser etter artikler som inneholdt kvalitative data fra pasienter om deres opplevelser av formell tvang i omsorg for psykiske lidelser publisert fra 1991 til juni 2025. For å

sikre at relevante studier skulle favnes av søket, brukte vi studier inkludert i tidligere reviewer til å justere vårt søk. Vi inkluderte fagfellevurderte studier og godkjente doktorgradsavhandlinger.

Resultat: Det finnes en betydelig kvalitativ litteratur om temaet, og vi kunne inkludere 294 artikler. Antallet inkluderte artikler per år var høyere fra 2012, men det var bare 21 studier fra lav- og mellominntektsland. Tvangsinnleggelser var den mest undersøkte formen for tvang og den vanligste datainnsamlingsmåten var semistrukturerte intervju. Vanligste analysemetode var tematisk analyse, etterfulgt av analyser med fenomenologiske metoder og grounded theory. Det var betydelige kvalitetsproblemer i mange av studiene, som manglende refleksjon rundt forholdet mellom intervjuperson og intervjuer i halvparten av studiene og fravær av erfaringskompetanse i ¼ av forskergruppene. Funnene i studier med høy og lav kvalitet hadde likevel stort samsvar. Funn om negative erfaringer og vurderinger av ulike former for tvang dominerte studiene, men i mange av studiene ble dette også nyansert med innslag av positive erfaringer og vurderinger. Pasientutsagnene legger vekt på at de ønsker omsorg, menneskelighet, tillit og empatisk dialog framfor tvang ved alvorlige psykiske lidelser.

De samlede funnene kan gi en dypere forståelse av når og hvorfor pasienter motsetter seg eller aksepterer paternalistisk behandling og omsorg. Samlet sett reiser likevel de overveiende negative erfaringene viktige kritiske spørsmål rundt tvangsinnleggelser og tvangstiltak.

20.4 Geografiske forskjeller i psykisk helsevern for voksne og eldre i Norge: Behandlingsvariasjon 2020–2024

Haji Kedir Bedane¹, Sweta Tiwari, Oddne Skrede, Knut Ivar Osvoll, Jagrati Jani-Bølstad

¹Helse Førde HF

Bakgrunn: Psykiske lidinger er ei av dei største folkehelseutfordringane i Noreg, med betydeleg sjukdomsbyrde og samfunnskostnader. Kartlegging av geografiske skilnader i bruk av psykisk helsevern er viktige for å avdekke ulikskap i tilgang til tenester og støtte ei meir rettferdig ressursfordeling.

Formål: Helseatlasen analyserer geografisk variasjon i bruk av psykisk helsevern for vaksne (18-64 år) og eldre (65+), med fokus på spesialisthelsetenester og avtalespesialistar. Eit delmål er å belyse forskjellar i bruk for utvalde diagnosegrupper.

Metode: Data frå Norsk pasientregister (NPR) og Norsk pasient- og brukarregister (KPR) for perioden 2020–2024 er analysert. Behandlingsaktivitetar omfattar polikliniske konsultasjonar, døgnbehandling og kontakt med legevakt/fastlege. Ratane er justert for kjønn og alder, og uttrykt per 1 000 innbyggjarar. Variasjon er målt med forholdstal (FT), variasjonskoeffisient (CV) og systematisk komponent (SCV).

Resultat: Blant vaksne fekk om lag 181 500 pasientar poliklinisk behandling årleg. Pasientratane varierer frå 46,1 i Stavanger til 72,4 i Lovisenberg, som også hadde høgast kontaktdagsrate (1 099). For døgnbehandling var raten meir enn dobbelt så høg i Finnmark (9,2) som ved Diakonhjemmet (3,9). Opphaldsraten var over tre gonger høgare i UNN (20,3) enn Diakonhjemmet (5,7).

For eldre mottok rundt 15 500 pasientar poliklinisk behandling, med stor variasjon mellom regioner, hvor ratane varierte frå 10,7 i Østfold til 29,8 i Lovisenberg. Kontaktdagsraten var over fem gonger høgare i Diakonhjemmet (300) enn i Helgeland (55). Om lag 3 600 fekk døgnbehandling, med pasientrate varierer frå 2,8 i Vestfold til 5,0 i Lovisenberg.

Diagnosespesifikke analyse viste særleg stor variasjon i behandling av depresjon, angst, psykose og bipolar lidingar – med Lovisenberg gjennomgåande som høgbruksområde.

Konklusjon: Det er betydelege geografiske skilnader i bruk av psykisk helsevern i Noreg, både generelt og for spesifikke diagnosegrupper. Funna indikerer ulik tilgang til tenester og understrekar behovet for vidare tiltak for å fremje likeverdige helseteneste.

20.5 Change in health-related quality of life over time in patients who participated in an intervention aimed at reducing sleeping medications

Maria Torheim Bjelkarøy¹, Tone Breines Simonsen, Jūratė Šaltytė Benth, Christofer Lundqvist, Tahreem Ghazal Siddiqui

¹HØKH – Avd. for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

Background: Clinical guidelines state that use of z-hypnotics sleeping medication should be limited due to its addictive properties and potential severe side-effects. Regular use beyond four weeks is not recommended. Regardless of this, a large proportion of older adults is prescribed z-hypnotics. The brief intervention communication method (BICM) aims at providing information to assist patients in reducing use. In our previous study we found that all participants reduced their use of z-hypnotics.

Aim: The aim of this study was to investigate change in health-related quality of life (HRQoL) over time in patients who participated in an intervention aimed at reducing z-hypnotics.

Method: This randomised delayed-intervention parallel study investigates the BICM for reducing long-term use of z-hypnotics among older adults in a primary care setting. The study was conducted through the Akershus University Hospital from 2023-2024 and included general practitioners (GPs) and patients from primary care in the hospital's catchment area. Forty-five participants were recruited, and mean age was 69.5 years. The participants were randomised into two groups. One group received the BICM at an early time point, while the other group served as a control and received the BICM at a later time point. The EuroQol Group EQ-5D-5L instrument was used to measure HRQoL. Change in HRQoL over time was assessed by linear mixed model (LMM).

Results: Mean (95%CI) EQ-5D-5L index at baseline, and six-, 24- and 52 weeks was 0.81 (0.75;0.87), 0.87 (0.82;0.92), 0.84 (0.79;0.90) and 0.85 (0.79;0.90), respectively. The mean (95%CI) EQ VAS at the same time points was 66.0 (58.8;73.1), 71.0 (63.0;79.0), 74.1 (68.8;79.4) and 69.2 (61.4;77.0). According to LMM, there was no change in HRQoL over time. The results of corresponding analysis for EQ VAS were similar.

Conclusion: There was no change in HRQoL over time in participants that participated in an intervention aimed at reducing z-hypnotics.

20.6 Workplace Violence: Factors influencing risk-taking, risk assessment and risk management among ambulance clinicians

Kristin Häikiö

Oslo Metropolitan University

Background: Workplace violence (WPV) against healthcare workers occurs worldwide, and ambulance clinicians (AC) are especially exposed. Studies show that 66–93% of AC have experienced WPV during their careers, and it negatively affects individual health and well-being, professional performance, service delivery and leads to time lost from work. Previous studies have investigated the prevalence and immediate impacts of WPV, but effective mitigation strategies are lacking. This study addresses this gap in the literature.

Aim: to better understand the WPV phenomenon within the social context of prehospital work as a step towards identifying effective mitigation strategies and informing more risk assessments, risk prevention strategies, and safety management for ambulance services.

Method: A maximum variation sample of 10 ambulance clinicians who have experienced WPV was interviewed by the author. Participants volunteered after receiving information about the study. Interviews followed a flexible interview guide, inspired by the episodic narrative interview methodology, starting with participants sharing a relevant experience with WPV, followed by discussions around reasoning, risk assessments and risk management. Interviews were voice-recorded, transcribed verbatim and analysed using Braun and Clark's six steps of Reflexive Thematic Analysis.

Results/Conclusion: Six main themes were identified: 1) internal willingness to help, 2) "speed-blindness", 3) challenges conveying risk assessments, 4) importance of documenting risk assessments, 5) the perceived role in the hierarchy, 6) handling of reported incidents.

Results revealed broad varieties of experiences, indicating a lack of consensus on the terms of violence and great variability of what is considered acceptable and unacceptable risks. To address this, we propose a theoretical model called "The Paramedic Risk Matrix" that can be used to discuss and visualise what constitutes acceptable and unacceptable risks for ambulance clinicians. Our findings build on the nascent beginning of defining a paramedic safety culture and represent an opportunity for services to use this knowledge to mitigate WPV.
