

**Avdeling for
helsetjenesteforskning**

Årsrapport 2024



Innholdsfortegnelse

HØKH-året 2024	4
Noen viktige resultater	6
Forskningspriser	9
Årets disputaser	10
Ansatte i HØKH	12
Finansiering	13
Forskningssatsinger og metoder	14
Våre forskningsnettverk	16
Forskningsprosjektene	19
Publiserte artikler i år	31
Vedlegg: Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning. Strategidokument 2023 – 2027	39

HØKH-året 2024

I 2024 har vi vært 35 forskere på HØKH, av disse er 9 PhD stipendiater eksterntfinansiert på midlertidige kontrakter, og 7 ansatt i mindre stillingsbrøker med hovedstilling i klinikk eller akademia. I tillegg huser HØKH-miljøet flere statistikere hvis hovedoppgave er å støtte klinisk forskning på sykehuset og på Campus Ahus, UiO (se s. 12). Vi har hatt et budsjett på omtrent 27 millioner kroner. Av dette utgjør basisfinansiering fra Ahus i underkant av 10 millioner, mens den største eksterne finansieringskilden har vært Helse Sør Øst (HSØ) med 7 millioner kroner (se s. 13).

De fire nye prosjektbevilgningene vi mottok fra HSØ ved utgangen av 2023 innebar en periode med detaljert prosjektplanlegging, ny-rekruttering og etter hvert nye leveranser i form av veiledning og publisering. 2024 har derfor vært et konsolideringsår ved at vi har sendt færre forskningssøknader enn vi pleier. Søknadsprosesser er krevende ressursmessig, og medfører at en i korte eller lengre perioder må legge annet arbeid til side for å fokusere på søknadsutviklingen. Frem mot søknadsfrister i 2025 jobber vi med å forbedre og strømlinjeforme søknadsprosessene, både spisse oss tematisk, men også å få til en enda mer kollektiv prosess slik at vi får utnyttet bredden i kompetansen, og tverrfagligheten i miljøet.

Årets publikasjonsliste inneholder 95 artikler (se s. 31), noe som er godt innenfor vårt måltall. 2024 har vært fantastisk ved at vi igjen nådde målet om to disputaser i året. Det er utrolig gøy å se stipendiaters utvikling og vekst som krones med en jubeldag sammen med kolleger, venner og familie. Begge årets disputaser var i det Forskningsrådfinansierte prosjektet «*Alvorlighet og helseprioriteringer*» (SEVPRI) (se s. 19) hvor Borgar Jølstad forsvarte avhandlingen «*A publicly informed objective theory of illness*» (se s. 10) og Mille Sofie Stenmarck Korsgaard forsvarte avhandlingen «*Understanding severity: exploring public views on the meaning of severity of ill health*» (se s. 11).

Prioritering av tilgjengelige ressurser skjer på overordnet politisk nivå, på administrativt nivå og i det enkelte pasientmøte. Selv om det i Norge er innført prioriteringskriterier (nytte, ressurs og alvorlighet) er det prioriteringsutfordringer i tjenesteutøvelsen, blant annet spiller pasientrettigheter, valgfrihet og ulikheter i folks helsekompetanse inn. Det at vi har fått mulighet til å rekruttere en ny stipendiat i det HSØ-finansierte prosjektet CLINPRI («*Health care professionals' views on constraints and opportunities for priority setting*») (se s. 19), gir oss mulighet til å forske videre på prioriteringsbeslutninger, og spesielt på om prioriteringskriteriene er nyttige for beslutninger i en klinisk hverdag.

HØKH har siden 2013 vært koordinator for Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning. En av nettverkets viktigste oppgaver er å arrangere nasjonale konferanser. I 2024 ble konferansen arrangert i Bergen med Høgskulen på Vestlandet, NORCE og UiB som lokale arrangører, med overordnet tema: «Prioritering, etikk og ulikhet i helse» (se s. 16). Konferansen lyktes med å nå både forskere og beslutningstakere. For å være relevante må vi som forsker på tjenesten hele tiden «være på ballen», både når vi initierer forskningen vår, underveis i forskningsprosjektene og ikke minst når vi presenterer våre resultater. Vi trenger et kritisk blikk - og noen ganger også en realitetsorientering. Det er derfor nyttig og viktig at brukere av våre resultater deltar på denne arenaen og gir oss ris og ros. Trolig bidrar sameksistensen også til kunnskapsoverføring til praksis, forvaltning og politikk; at våre resultater når ut og bidrar til å tette kunnskapshull slik at vår felles helsetjeneste kan styrkes og forbedres.

Tema for den nasjonale konferansen i 2025 er «Kunnskaps- og innovasjonsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene». Konferansen arrangeres i Trondheim, og for andre gang tar SINTEF ansvar for organiseringen. Tematikken er svært relevant i lys av to store utlysninger fra Forskningsrådet i 2024: KommuneHelse (Forskning og innovasjon for å styrke bærekraften i kommunale helse- og omsorgstjenester) og Pilot Helse som lyste ut midler til innovasjonsløp som skal bidra til bærekraft i helse- og omsorgstjenestene og verdiskaping i norsk helsenæring. NordForsk-utlysningen (Sustainable

health and social care systems for elderly) med søknadsfrist i februar 2025 er også relevant innenfor denne tematikken. Vi på HØKH jobber mot disse utlysningen sammen med våre samarbeidspartnere

Myndighetene tildeler fortsatt en god del midler til utvikling av helsetjenesten i form av kvalitetsprosjekter, forbedringsprosjekter og tjenesteinnovasjonsprosjekter. Utprøvingene har imidlertid sjeldent et design som gjør det mulig å si noe om kausalitet og overførbarhet. Det mangler ofte gode før-data, sjelden inkluderes det kontrollgrupper og ofte er det flere ting som endrer seg samtidig. I etterkant igangsettes det følgeevalueringer hvor forskerne ofte må ty til fornøydhetsundersøkelser og ad hoc analyser for å gi noen enkelt svar. I den nye strategien fra det nasjonale nettverket oppfordres myndighetene til å tenke forskning når nye modeller prøves ut, noe som også er forankret i den norske utredningsinstruksen (Instruks om utredning av statlige tiltak, se LOVDATA).

Hvis nye organisasjons- og finansieringsmodeller designes og igangsettes som forskningsbaserte utprøvinger vil en kunne avdekke faktorer som fasiliteter, men også de som hindrer iverksetting - og dermed i større grad identifisere hva som må til for å lykkes hvis ordningen skal breddes. Dette er et mulighetsrom for oss som forsker på tjenestene. Vi må følge med på de ulike utprøvinger og forsøk som igangsettes og designe kvasi-eksperimentelle og pragmatiske studier. På HØKH er vi godt i gang med å utforske virkningen av Ahus' satsning på integrerte tjenester for eldre (se s. 20), men det er mange andre naturlige eksperimenter, som endringer i DRG-satser og egenandeler, som ligger godt til rette for forskning og publisering. Det vil ofte kreve litt ekstra innsats å få tilgang til data og koble ulike registre, men stort sett finnes registerdataene allerede.

HØKH fyller 20. år i juni 2025. Vi har vist oss levedyktig i form av målbare indikatorer som publikasjoner, eksterne midler og disputerte PhD-kandidater. Vi har forsket frem viktige resultater av betydning for helsetjenesten, og lokalt på Ahus har vi bidratt med metodestøtte til klinikere innenfor helsefag, helseøkonomi, statistikk, forskningsdesign og forskningsmetoder. Vi har siden starten vært en dynamisk arbeidsplass, alltid i utvikling, alltid klar for noe nytt. I våre faste og tidsavgrensede stillinger har vi den perfekte kombinasjonen av stabilitet og mobilitet. Jeg er stolt over fortsatt å lede en avdeling med så hyggelige, flinke, dedikerte og hardtarbeidende kolleger.

Hilde Lurås
Leder av HØKH



Noen viktige resultater

Norsk verdsett for EQ-5D-5L: Et viktig fremskritt for helseøkonomisk arbeid i Norge.

Garratt, Andrew M., **Knut Stavem**, James W. Shaw, and **Kim Rand**. "EQ-5D-5L value set for Norway: a hybrid model using cTTO and DCE data." **Quality of Life Research** (2024): 1-11.

Hva er EQ-5D-5L og hvorfor er det viktig?

EQ-5D-5L er det mest brukte pasientrapporterte utfallsmålet til bruk i helseøkonomiske analyser. Direktoratet for medisinske produkter (DMP) anbefaler bruk av EQ-5D for måling av helserelatert livskvalitet som skal inngå i helseøkonomiske analyser av nye metoder til bruk i Norge. EQ-5D er et kort standardisert spørreskjema som vurderer helse på tvers av fem dimensjoner: mobilitet, egenomsorg, vanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst/depresjon. I -5L versjonen har hver dimensjon alvorlighetsgrader, fra "ingen problemer" til "ekstreme problemer". For at spørreskjemaet skal være nyttig i økonomiske evalueringer, må hver mulig helsetilstand få en "verdi" som gjenspeiler hvordan befolkningen vurderer dens ønskelighet i forhold til perfekt helse og død. Disse verdiene danner det som kalles et "verdisett" eller "tariff" og er avgjørende for å beregne kvalitetsjusterte leveår (QALYs), som er standardmålet for utfall i helseøkonomiske evalueringer.

Utviklingen av det norske verdisetet

Et utvalg på 1237 voksne ble intervjuet som representanter for den generelle befolkningen i Norge. Datainnsamlingen fulgte den standardiserte EuroQol Valuation Technology (EQ-VT) protokollen, som sikrer metodisk konsistens på tvers av land. Deltakerne ble bedt om å verdsette helsetilstander med to ulike tilnærminger:

1. Time trade-off (cTTO): Deltakerne indikerte hvor mye levetid de ville ofre for å unngå å leve i visse helsetilstander
2. Diskrete valgeksperimenter (DCE): Deltakerne valgte mellom par av helsetilstander

Statistisk modellering kombinerte disse verdsettelsene for å skape et verdsett som representerer norske preferanser for alle mulige måter å fylle ut EQ-5D-5L skjemaet.

Hovedfunn og implikasjoner

Det norske verdisetet indikerer at nordmenn anser angst/depresjon som den mest betydningsfulle dimensjonen, etterfulgt av smerte/ubehag, egenomsorg, mobilitet og vanlige aktiviteter. Dette mønsteret samsvarer med andre vesteuropeiske land, men skiller seg fra østeuropeiske land, hvor fysiske dimensjoner ofte rangeres høyere. Det nye verdisetet skiller seg vesentlig fra den tidligere brukte crosswalk-tilnærmingen. Spesielt blir færre helsetilstander vurdert som "verre enn død", ved å ha en verdi under 0 (11 % versus 27 %), og det er en generell forskyvning mot høyere verdier. Dette nasjonalt representative verdisetet forbedrer legitimiteten ved bruk av EQ-5D-5L i norske økonomiske evalueringer, klinisk forskning og kvalitetsmåling. Det representerer også Norges fulle deltakelse i det internasjonale helseøkonomiske fellesskapet, med verdier som er sammenlignbare men distinkte fra andre land, og gjenspeiler unike norske kulturelle verdier og helseprioriteter.

Overgang til bruk av det nye verdisetet

Frem til nå har Norge vært avhengig av en midlertidig "crosswalk"-metode som koblet EQ-5D-5L-svar til et eldre britisk verdsett utviklet på 1990-tallet for EQ-5D-3L (Dolan 1997). Det nye verdisetet er ganske annerledes, hvilket i teorien kan lede til andre beslutninger. For å sikre transparens og unngå usikkerhet knyttet til hva som skjer med tidligere vurderinger arbeider DMP nå med å lage en overgangsordning.



Kim Rand



Knut Stavem

Hva forteller pasienter med hjertesvikt om sin legemiddelbruk hjemme?

Frigaard C, Menichetti J, Schirmer H, et al. What do patients with heart failure disclose about medication adherence at home to their hospital and primary care doctors? **BMJ Open**

Når leger og pasienter snakker sammen i forbindelse med en konsultasjon, har legen anledning til å spørre om pasientens legemiddelbruk for å vurdere om det er behov for å gjøre endringer eller komme med støttende tiltak. Det estimeres at rundt 50% av eldre med hjertesvikt sliter med å bruke legemidlene sine som forskrevet. Dette fører til at eldre i denne pasientgruppen oftere må legges inn på sykehus for behandling og dør tidligere enn forventet.

I denne studien har vi fulgt 25 eldre pasienter med hjertesvikt fra de ble lagt inn på Ahus for hjertesvikt til noen uker etter utskrivning til eget hjem. For hver pasient analyserte vi lydopptak av tre konsultasjoner hvor det er vanlig å snakke om pasientens legemiddelbruk: (1) første visitt på hjerateavdelingen, (2) utskrivningssamtalen, (3) første fastlege-time etter utskrivning. Vi ønsket å undersøke hvor ofte, og hva slags informasjon pasientene delte. I 74 konsultasjoner fant vi 427 pasient-yringer som ga legen relevant informasjon om pasientens motivasjon og evne til å bruke legemidlene sine, hvorav 55% signaliserte et potensielt eller pågående problem. Vi observerte at pasienter som signaliserte problemer med å etterleve legemiddelbehandlingen hadde en tendens til å gjøre det uoppfordret.

Studien ble presentert på International Conference on Communication in Healthcare konferansen i Zaragoza, Spania (oktober 2024).



Christine Frigaard

Yrkesklassifisering og 45 års dødelighet blant norske kvinner og menn

Veenstra M, Lie Selle M, Johannessen A, Gulsvik A, Stavem K. Occupational class inequalities in all-cause and cardiovascular mortality in Norwegian men and women: a population-based approach with 45 years follow-up. **Public Health.**

Personer med gode, sikre jobber har bedre helse og lever lengre enn de med jobber som er mer utsatt. Effekten har vedvart over tid og er økende i enkelte land. I forskning på sosial ulikhet er yrke et viktig mål på sosioøkonomisk posisjon og peker på sosiale strukturer, makt og utnyttelse som forklaringsmekanismer. Det er imidlertid ingen entydig måte å klassifisere yrke på.

Vi har analysert hvordan 45-års dødelighet blant 97 469 norske menn og kvinner henger sammen med tre etablerte yrkesklassifikasjoner: The European Socio-Economic Classification (ESeC), The Oslo Register Data Class Scheme (ORDC) og The International Socio-Economic Index (ISEI).

Resultatene viser at sammenhengene primært drives av høyere dødelighet blant yrkesgrupper med større jobb usikkerhet, kombinert med lav kulturell kapital (f.eks. utdanningsnivå og type) og vedvarende lav inntekt. Men mens ESeC antyder at det er inntektsikkerhet og lavere kontroll over arbeid som gir høyere dødelighet, vektlegger ORDC at det både er mengde og sammensetning av kapital (kulturell versus økonomisk) som er viktig, med ulik betydning for menn og kvinner. Resultatene for ISEI peker på yrker som gir dårligere muligheter for å oversette fullført utdanning til inntekt. Ved å anvende ulike klassifiseringer bidrar vår studie til fornyet oppmerksomhet på yrke som en sosial helsedeterminant og søkelyset utvides fra et snevert fokus på yrkesrisiko- og skader, og på å være i arbeid eller ikke.



Marijke Veenstra

Utvikling av et generisk verktøy for overvåking av en pandemisk situasjon.

Šaltytė Benth J, Benth FE, Nakstad ER. Nearly Instantaneous Time-Varying Reproduction Number for Contagious Diseases-a Direct Approach Based on Nonlinear Regression. **Journal of Computational Biology**. 2024;31(8):727-41.

I denne artikkelen foreslår vi en ny metode for å beregne reproduksjonstall for smittsomme sykdommer. Metoden bruker antall positive PCR-tester som input og kombinerer dette med dynamikken i en såkalt SIR-modell. Kort tid etter starten av en pandemi gjør vår tilnærming det mulig å fortløpende estimere daglige reproduksjonstall. På den måten unngår en andre usikre informasjonskilder som potensielt kan bidra med ekstra variasjon.

Vi bruker norske COVID-19-data som casestudie og viser at resultatene våre stemmer godt overens med endringer i smittetall som følge av introduserte kontrolltiltak. Våre estimerte reproduksjonstall varierer mindre, gir mer troverdige korttidsprognoser for antall smittede, og kan være et godt alternativ til metoder som ble brukt under pandemien.

Vår tilnærming kan bidra til økt beredskap mot fremtidige pandemier, da den kan fungere som et enkelt, men kraftfullt overvåkningsverktøy, gi prognoser på kort sikt og dermed støtte beslutningsprosesser som gjelder tidsriktige og målrettede kontrolltiltak.



Jurate Šaltytė Benth

Dødelighet og livskvalitet blant eldre pasienter med langvarig bruk av vanedannende medisiner

Bjelkarøy MT, Simonsen TB, Siddiqui TG, Cheng S, Grambaite R, Benth JS, Lundqvist C. Mortality and health-related quality of life in older adults with long-term use of opioids, z-hypnotics or benzodiazepines: a prospective observational study at 5 years follow-up. **BMJ Open**.

På grunn av fare for alvorlige bivirkninger er langvarig bruk av vanedannende medikamenter som opioider, z-hypnotika og benzodiazepiner generelt frarådet for eldre pasienter. Potensielle bivirkninger inkluderer nedsatt kognisjon, sedering, ustøhet og fare for fallskader, dempet pusterefleks og død. Likevel er det mange eldre pasienter som får denne typen medikamenter foreskrevet på en regelmessig basis.

Vi brukte data fra en studie gjennomført på Akershus universitetssykehus (2017-2018) som tidligere har funnet at 41% av eldre sykehusinnlagte pasienter hadde langvarig bruk av en eller flere av de tre medisingruppene. Ved oppfølging etter fem år fant vi at de med langvarig bruk hadde om lag to ganger så høy risiko for dødelighet sammenlignet med de uten langvarig bruk. Videre analyser fant likevel at høy alder og det å være mann var eneste faktorer assosiert med dødelighet. Vi fant videre at helserelatert livskvalitet forbedret seg over tid for både de med og de uten langvarig bruk av denne typen medisiner uten signifikant forskjell mellom gruppene. Funnene bekrefter resultat fra andre studier som også viser en økt dødelighet blant eldre pasienter med langvarig bruk av denne typen medisiner. Videre belyser funnene at forhold som multimorbiditet og sykdomsbyrde påvirker foreskrivingsgraden av denne typen medikamenter i denne pasientgruppen og at dette er forhold som i seg selv er assosiert med økt dødelighet.



Maria Torheim Bjelkarøy

Forskningspriser

Prestisjefyllt forskerpris til Julia Menichetti Delor



Julia Menichetti Delor mottok i 2024 Jozien Bensing Young Investigator Award. Prisen ble opprettet i 2008 og deles ut annethvert år av den internasjonale kommunikasjonsforskningsorganisasjonen EACH. Vinnerne har tidligere vært fra Nederland, USA, Italia og Irland. Prisen gis til talentfulle forskere tidlig i karrieren og baseres blant annet på antall publikasjoner innenfor kommunikasjonsforskning, og innflytelsen disse har.

Julia kom til HØKH i mai 2018, først som 2-årig postdoc finansiert av Universitetet i Oslo. Hun hadde da nettopp disputert og hadde allerede over 20 artikler i porteføljen. Hun hadde bachelor i nevropsykologi og master i klinisk psykologi fra før.

Siden hun kom til HØKH har hun skaffet sitt eget 3-årige postdoktorprosjekt, som ble avsluttet i 2024. Prosjektet handler om hvordan leger gir informasjon til pasienter. Videre har hun vært en drivende kraft i en stor NFR-søknad der vi studerer hvordan leger i hjerteavdelingen og fastleger snakker med gamle hjertesviktpasienter om medikamenter, og har også bidratt til en bevilgning fra UiO til en 4-årig PhD-stilling ved Avd. for medisinske atferdsfag. Som om ikke dette var nok, klarte hun å oppnå HSØ-finansiering av 1½ stilling i tre år til et forskerprosjekt som handler om hvordan leger fanger opp pasientenes helsekompetanse.

Julia har også engasjert seg i nasjonalt og internasjonalt samarbeid, nettverksbygging, EACH Summer School og mye annet.

Årets disputaser

A Publicly Informed Objective Theory of Illness Severity.



Borgar Jølstad disputerte 19. mars 2024 over avhandlingen: A Publicly Informed Objective Theory of Illness Severity.

Hovedveileder: Seniorforsker Mathias Barra

Medveiledere: Professor Niklas Juth og førsteamanuensis Carl Tollef Solberg.

Alvorlighet er et av tre kriterier for prioritering av helsetjenester i Norge, men det er ikke entydig hva alvorlighet betyr for befolkningen eller hvordan begrepet burde brukes i helsevesenet. Det er heller ikke klart hvilken sammenheng det er, eller burde være, mellom befolkningens perspektiver på alvorlighet og hvordan begrepet er operasjonalisert innen prioriteringssystemet for helsetjenester. Borgar Jølstad utforsket alvorlighetsbegrepet gjennom teoretiske argumenter og analyser av befolkningsperspektiver på alvorlighet.

To av artiklene i avhandlingen omhandlet teoretiske perspektiver knyttet til velferd og rettferdig fordeling. Konklusjonene i artiklene var at alvorlighetsgraden av en sykdom påvirkes av hvorvidt det er mulig å tilpasse seg den, og at selv små forskjeller i framtatt livslengde bør påvirke sykdommens alvorlighetsgrad.

Doktorgraden var tilknyttet et bredere prosjekt der befolkningens perspektiver på alvorlighet ble undersøkt med kvalitative og kvantitative metoder. Disse studiene er del av en større bevegelse de senere tiår der forskere undersøker befolkningens synspunkter på moralske spørsmål. Det er uklart på hvilken måte disse studiene av hva befolkningen synes er moralsk riktig er relevante for hva som faktisk er moralsk riktig. Det finnes slik sett et gap, både teoretisk og praktisk, mellom befolkningsstudier og teoretiske arbeider innen moralfilosofi.

I artikkel tre av doktorgraden utforsket kandidaten hvordan befolkningsperspektiver kan inkluderes i moralfilosofisk arbeid. Konklusjonen var at disse perspektivene bør sidestilles med de moralske intuisjonene filosofer lener seg på når de skriver teori, så lenge de er tilstrekkelig overveide. I artikkel fire undersøkte kandidaten i hvilken grad befolkningsperspektivene på alvorlighet kunne anses som velbegrunnede. Ved å knytte perspektivene opp mot relevant filosofisk teori argumenterte kandidaten for at befolkningsperspektivene meningsfylt kan inkluderes i det normative arbeidet rundt alvorlighet som prioriteringskriterium. Det ser derfor ut som om det er mulig å bygge bro mellom empirisk og teoretisk etikk.

Understanding Severity: Exploring Public Views on the Meaning of Severity of Ill Health.



Mille Sofie Stenmarck Korsgaard disputerte 24. februar 2024 over avhandlingen: Understanding severity: exploring public views on the meaning of severity of ill health.

Hovedveileder: Seniorforsker Mathias Barra

Medveiledere: Professor Hilde Lurås, Professor Rachel Baker, Dr. David Whitehurst

Med økende etterspørsel og begrenset tilgang på helseressurser, er helsevesenet avhengig av tydelige retningslinjer for prioritering for å styre ressursallokeringen. Prinsippene som ligger til grunn for disse rammene er tema for en pågående debatt i akademisk litteratur, i helsepolitikken og i den offentlige diskursen. Et av disse prinsippene er 'alvorlighet' som er et prioriteringskriterium som brukes i Norge, Sverige, Nederland og Storbritannia. En sykdoms alvorlighetsgrad er ment å modifisere kostnadseffektivitetsanalyser for å sikre at behandling av alvorlige sykdommer kan gis til tross for at de ikke nødvendigvis oppfyller konvensjonelle terskler for kostnadseffektivitet. Det er imidlertid ingen enighet om hva 'alvorlighet' betyr. Målet med denne avhandlingen har vært å utforske befolkningens syn på hva som menes med alvorlighet i kontekst av helse og sykdom.

Avhandlingen omfatter tre studier. Den første utforsker befolkningens syn på alvorlighetsgrad via tematisk analyse av gruppeintervjuer. Den andre studien identifiserer generelle synspunkt på alvorlighetsgrad, ved å bygge på data fra gruppeintervjuene og data fra en ny datainnsamling ved bruk av Q-metodikk (se s. 15). Den tredje studien undersøker fordelingen av disse synspunktene i et representativt utvalg av den norske befolkningen, også ved bruk av Q-metodikk.

Samlet viser funnene i avhandlingen at det finnes fler ulike og til dels motstridende synspunkt av alvorlighet betyr i befolkningen, og flere av synspunktene inneholder tolkninger av begrepet som ikke er representert i helsepolitiske operasjonaliseringer av alvorlighetsgrad. Avhandlingen tar for seg potensielle implikasjoner av dette mangfoldet, og diskuterer rollen til befolkningens synspunkt i operasjonalisering av prioriteringsprinsipper. Til slutt fremhever avhandlingen den utfordringen politikere står overfor når det er en slik diskrepans mellom offentlige synspunkt og helsepolitisk operasjonalisering.

Ansatte i HØKH

Den samlede fagbakgrunnen i HØKH inkluderer psykologi, samfunnsmedisin, allmennmedisin, nevrologi, indremedisin, fysioterapi, kiropraktikk, sykepleie, epidemiologi, sosiologi, sosialantropologi, statsvitenskap, samfunnsøkonomi, statistikk og matematikk. Vi stimulerer til flerfaglige og tverrfaglige diskusjoner i alle studier, spesielt er vi opptatt av å utnytte ulike metodiske tilnærminger i søknadsskriving og i planlegging og oppstart av nye studier. De fleste større prosjektene har betydelig internasjonalt samarbeid, noe som gjenspeiles i publikasjonene våre. I tillegg til å drive egen forskning yter HØKHs forskere statistikk- og metodestøtte og arrangerer kurs og seminarer til forskere på Ahus og Campus Ahus. Vi samarbeider med forskere på OsloMet om tilbud til helsefaglig ansatte på Ahus.

Vi har et betydelig forskningssamarbeid med sykehusets klinikere, og bidrar i evalueringer av nye, innovative tjenestetilbud på sykehuset. De akademiske stillingene er tilknyttet UiO, Institutt for klinisk medisin, Klinikk for helsetjenesteforskning og psykiatri, mens forskerne er ansatt på Ahus. Flere av forskerne har også akademiske stillinger ved andre institusjoner, noe som ytterligere bidrar til tverrfaglighet og nasjonalt samarbeid. I 2024 har HØKH hatt 13 PhD-stipendiater, alle finansiert via eksterne midler, de fleste via bevilgninger fra Forskningsrådet eller Helse Sør-Øst.

Professorat/professorbedømt forsker UiO

- Pål Gulbrandsen, Dr. med (Samfunnsmedisin). Professor.
- Hilde Lurås, Dr. polit (Samfunnsøkonomi). Professor.
- Jūratė Šaltytė Benth, PhD (Biostatistikk). Professorbedømt forsker.
- Malin Eberhard Gran, Dr. med (Psykometri). Professor (20 %).
- Christofer Lundqvist, Dr. med (Nevrologi). Professor (20 %).

Seniorforskere

- Jorun Rugkåsa, PhD (Sosiologi). Professor (40 %) OsloMet
- Mathias Barra, PhD (Matematikk). Forsker (20 %) UiO
- Marijke Veenstra, PhD (sosiologi) Forsker (20 %) Senter for omsorgsforskning, NTNU, Gjøvik.
- Torbjørn Wisløff (Statistikk). Forsker (20 %) UiO.
- Anne Werner, Dr. philos (Sosiologi).
- Julia Menichetti Delor, PhD (Psykologi).
- Ellen Deilkås (40 %), PhD (Pasientsikkerhet). Forsker (20 %) Helsedirektoratet.
- Ellen Kristvik (40 %), Dr. polit (Sosialantropologi).
- Kim Rand (40 %), PhD (Psykologi).
- Olav Nytingnes (50 %), PhD (Psykologi).

Forskere med bistillinger på HØKH

- Knut Stavem, Dr. med (Lungemedisin). Hovedstilling Ahus.
- Geir Godager, PhD (Samfunnsøkonomi). Hovedstilling Heled, UiO.

- Anne-Kari Johannessen, PhD (Helsefag). Hovedstilling OsloMet.
- Lene Berge Holm, PhD (Farmasi). Hovedstilling OsloMet.
- Jennifer Gerwing, PhD (Psykologi).

Postdoktorstipendiater

- Tahreem Ghazal Siddiqui, PhD (Psykologi).
- Socheat Cheng, PhD (medisin)

PhD-stipendiater

- Maria Torheim Bjelkarøy, MSc (Kiropraktikk).
- Odd Borgar Jølstad, Cand Psychol.
- Mille Sofie Stenmarck, MD.
- Christine Frigaard, MSc (Farmasi).
- Sara Gilani, MD.
- Marius Lium, MSc (Samfunnsøkonomi).
- Herman Bjørnstad
- Marius Torjussen, MD.
- Kristin Mork Hamre, MD
- Sanjai Gyawali, MPhil (Global Health)
- Lieke Fleur Heupink, MPhil
- Marianne Lomheim Tang, MA (Sociology)
- Yasin Adil, MD

Forskningsstøtte, inkludert statistikk

- Owen Thomas, PhD (Statistikk).
- Maria Lie Selle, PhD (Statistikk).
- Tone Breines Simonsen, MSc (Helsefag).

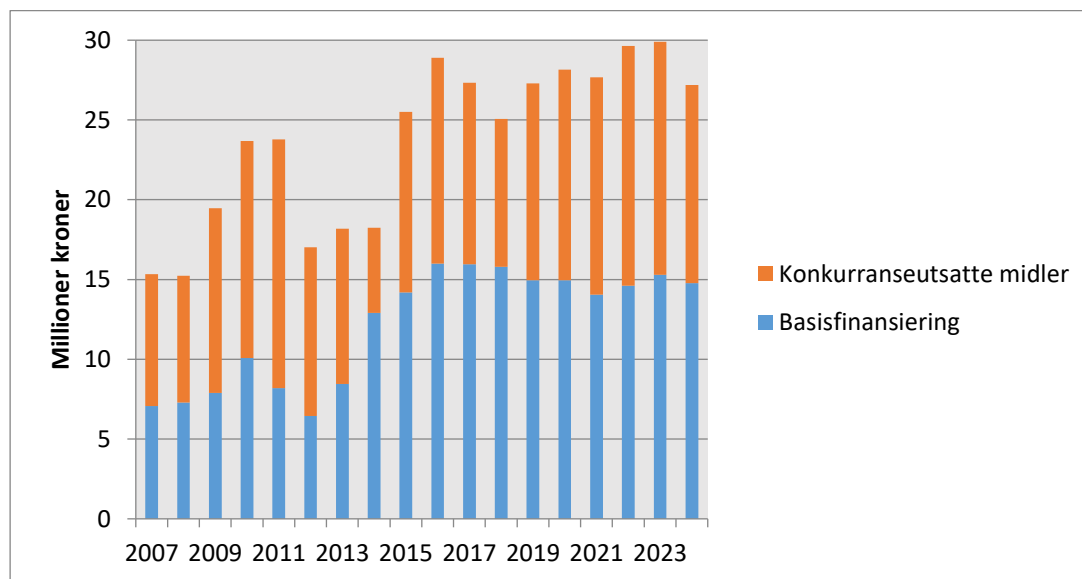
Koordinator i Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning

- Tove Klæboe Nilsen, MA (Statsvitenskap). Hovedstilling Helse Nord.

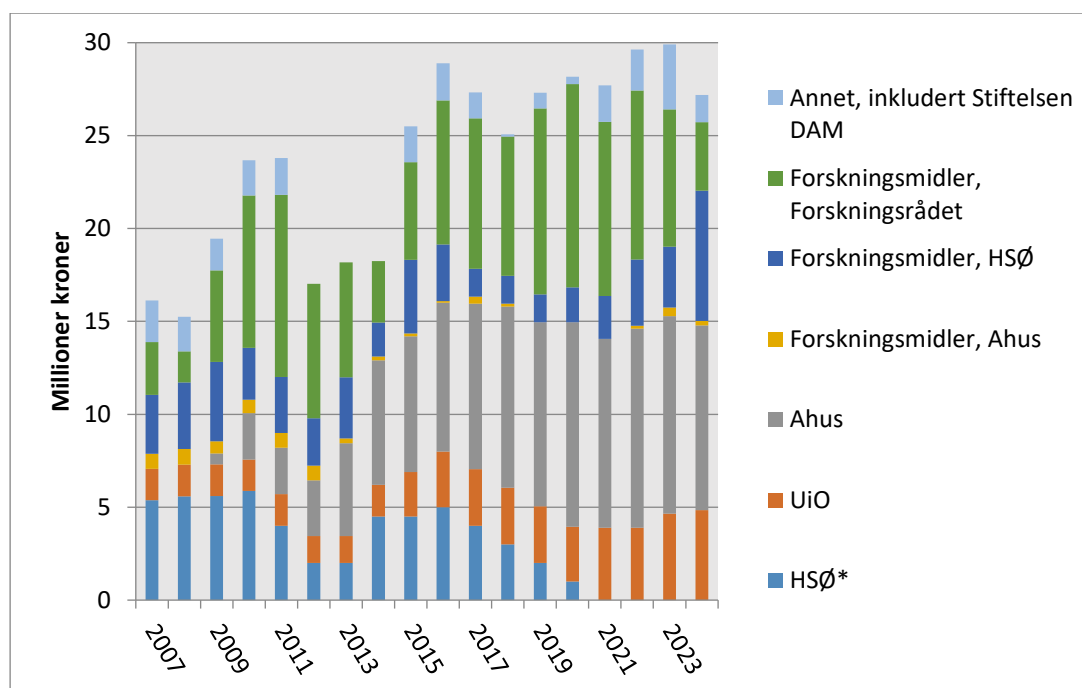
Finansiering

HØKHs budsjett utgjorde i 2024 i overkant av 27 millioner kroner. Figur 1 viser fordelingen mellom ekstern (konkurranseutsatt) finansiering og basismidler, mens figur 2 gir en detaljert oversikt over de ulike finansieringskildene. Andelen av aktiviteten som er eksterntfinansiert avhenger av tilslag på søknader. I 2024 utgjorde ekstern finansiering 46 % av budsjettet.

Basisfinansiering fra Ahus og UiO utgjorde henholdsvis 9,9 og 4,8 millioner kroner. Det er Forskningsrådet som gjennom årene har utgjort den viktigste eksterne finansieringskilden for HØKH, men ved utgangen av 2023 fikk vi innvilget finansiering til 4 studier fra HSØ som derfor ble vår viktigste eksterne kilde. I 2024 utgjorde bevilgninger fra HSØ ca. 7 millioner kroner.



Figur 1: Fordeling mellom konkurranseutsatt (ekstern) og basis (intern) finansiering. 2007-2024.



Figur 2: Fordeling mellom ulike finansieringskilder. 2007-2024.

Forskningssatsinger og metoder

Helsetjenesteforskning er et bredt sammensatt anvendt forskningsfelt hvor vi med ulike metoder forsker på helsetjenesten (se boks 1 og 2).

De første årene var forskningsaktiviteten på HØKH konsentrert rundt klinikknære problemstillinger relevante for spesialisthelsetjenesten, og problemstillinger som omhandlet tiltak på tvers av forvaltningsnivåer i helsetjenesten. Helsepolitiske og forskningspolitiske føringer, ikke minst knyttet til mulighetene for ekstern finansiering, har bidratt til at forskningen vår nå også inkluderer de kommunale helse- og omsorgstjenestene og velferdstjenestene.

Det nasjonale nettverket i helsetjenesteforskning pekte i sin strategi for perioden 2023 til 2027 på at det er et særlig et behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor følgende områder:

1. Nye måter å levere tjenester på
2. Praksisvariasjon, uønsket variasjon og sosial ulikhet i helse
3. Prioritering og begrensende valg
4. Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse
5. Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov.

Strategien pekte også på at metoder for utnyttelse av registerdata og studier med et kvasiekperimentelt design, er spesielt viktig i neste strategiperiode. Dette vil også være førende for HØKHs innsats fremover.

Vår ambisjon er at forskningen skal være kumulativ: vi bruker det vi har gjort tidligere som fundament for det vi skal gjøre i fremtiden. Vi forsøker å ta utgangspunkt i hva vi til sammen har lært om deler av og sammenheng i helsesystemet, og identifiserer den potensielle overførbarheten mellom prosjektene våre.

Vårt mål er å utvikle kunnskap om helsetjenesten som er relevant for klinikere i praksisfeltet, ledere av tjenestene, og de som utformer og beslutter rammevilkårene. Forskningen må derfor være synlig og tydelig ved at resultatene formidles konsist i de rette kanaler og gir klare råd. For HØKH er selvsagt publikasjoner i internasjonale refereebaserte tidsskrift det viktigste, men vi legger også vekt på annen type formidling, inkludert sosiale media, og vi presenterer våre funn på en rekke arenaer hvor folk fra tjenestene, forvaltningen og andre forskningsmiljø møtes.

Innenfor et tverrfaglig forskningsfelt som helsetjenesteforskning benyttes perspektiver fra ulike teoretiske og empiriske tilnærminger. Vi har gjennom årene utviklet bred ekspertise og kompetanse innenfor en rekke områder som vi

mener er godt egnet til å belyse kompleksiteten i tjenestene. Vi jobber systematisk med å videreutvikle metodene i samarbeid med nasjonale og internasjonale kolleger. I alle studiene våre utnytter vi den betydelige institusjonelle kunnskapen som våre ansatte har om helsetjenesten og rammevilkårene som gjelder i helsevesenet.

Boks 1:

The integration of epidemiological, sociological, economic, and other analytic sciences in the study of health services. Health services research is usually concerned with relationships between need, demand, supply, use, and outcome of health services. The aim of the research is evaluation, particularly in terms of structure, process, output, and outcome.

Beskrivelse av Helsetjenesteforskning fra PubMed Revision date 2018/06/29

Boks 2:

Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care. The main goals of health services research are to identify the most effective ways to organize, manage, finance, and deliver high quality care; reduce medical errors; and improve patient safety.

Beskrivelse av Helsetjenesteforskning fra Agency for Healthcare Research and Quality

Datahåndtering

Vi har opparbeidet oss høy kompetanse på uthenting, kobling og behandling av data fra elektroniske pasientjournaler og nasjonale registre. Dette har gitt oss kunnskap om hvilke data som er tilgjengelig, og kompetanse på å bruke data fra lokale, regionale og nasjonale helse- og velferdsregistre. Data lagres på sikre forskningsservere, og vi benytter UiOs TSD løsning for sikker deling av data i samarbeidsprosjekter.

Kvantitative metoder

For å analysere kompleksiteten i tjenestene generelt og klinikknære problemstillinger spesielt, anvender vi blant annet statistisk analyse, matematisk modellering og simulering. I mange av studiene representeres problemkomplekset gjennom en forenklet beskrivelse av virkeligheten. Dette inkluderer alt fra enkle deterministiske input-output sammenhenger til modeller hvor vi inkluderer usikkerhet, ofte i form av regresjonsmodeller. Et av våre spesialområder er operasjonsanalyse hvor vi setter sammen ulike kvantitative metoder på komplekse problemstillinger. Når vi har utviklet en forenklet modell benytter vi denne i eksperimenter for å evaluere effekter av ulike scenarier. Dette gir oss mulighet til å måle effekter av intervensjoner og endrede insentiver i en modellvirkelighet, noe som er langt mer effektivt og innebærer mindre risiko enn å gjennomføre forsøkene i en klinisk virkelighet.

Kvalitative og eksplorative metoder

For å få kunnskap om og belyse et problemkompleks, inklusive personlige erfaringer med dem, benytter vi ulike kvalitative metoder. Med dybdeintervjuer utforsker vi enkeltpersoners oppfatninger og erfaringer, mens fokusgrupper benyttes for å bringe frem forskjeller eller likheter mellom deltageres erfaringer, oppfatninger, holdninger, eller for å generere ideer til et tema eller en problemstilling. Videre samler vi inn video- og audioopptak fra kliniske situasjoner for analyse av atferd og kommunikasjon. Vi benytter også strukturerte workshops, hvor deltakerne diskuterer en problemstilling med mål om konsensus som et grunnlag for å bygge realistiske simuleringsmodeller. Datainnsamling skjer ofte via lydopptak som transkriberes og analyseres. For å få frem fordelingen av ulike oppfatninger, opplevelser og erfaringer benytter vi også surveyer.

Q-metodikk

I forskningsprosjektet SEVPRI som ble avsluttet i 2024 og den nye studien ClinPri som mottok forskningsmidler fra HSØ i 2023 benytter vi Q-metodikk. Q-metodikk er utviklet for å studere menneskers subjektive perspektiver og holdninger. Ved å kombinere kvantitative og kvalitative forskningsmetoder er den særlig egnet til å utforske

komplekse og flerdimensjonale begreper. I stedet for å måle objektivt fokuserer Q-metodikk på å kartlegge den varierte måten individer forstår, opplever og gir mening til verden på. Deltakere blir bedt om å sortere utsagn eller påstander som er relevante for studietemaet på en måte som reflekterer grad av enighet eller uenighet. Q-metodikk er særlig verdifullt innen helse- og medisin fordi metoden er egnet til å utforske hvordan ulike grupper oppfatter helsemessige konsepter, intervensjoner eller helsepolitikk. Metoden kan for eksempel brukes til å studere hvordan pasienter, helsepersonell og pårørende forstår og verdsetter ulike aspekter ved pasientomsorg, behandlingsalternativ eller livskvalitet. Det er også utviklet metoder for å måle utbredelsen av ulike synspunkter avdekket med Q-metodikk i en befolkning gjennom såkalte Q-to-Survey studier.

Brukermedvirkning og kunnskapsoverføring

Brukerne av helsetjenesteforskning er pasienter og pårørende, helsepersonell, beslutningstakere fra forvaltningen og fra ulike helseinstitusjoner, pasient- og interesseorganisasjoner, i tillegg til andre forskere. For å sikre at brukernes synspunkter ivaretas i våre studier opprettet vi i 2016 et permanent Brukerpanel som består av representanter fra disse gruppene. Vi involverer panelet i alt fra diskusjoner om pasientutvalg og etiske spørsmål, til utprøving av spørreskjemaer og diskusjon og tolkning av resultater. Vi har også dialog om nye problemstillinger det kan være relevant å forske på. Kunnskapsoverføring til praksis og politikk er sentralt i et anvendt helsetjenesteforskningsmiljø, og vi involverer Brukerpanelet i diskusjoner om kunnskapsdeling og spredning av resultater. Panelet møtes to ganger i året.

Boks 3: HØKHs Brukerpanel 2024

Sverre Lundevall
Bendik Hegna
Bente Irene Henning
Fareeha Siddiqui Khan
Arne Lein
Arne Bakka
Elisabeth Arntzen
Arnfinn Gisleberg
Inger Betsy Torp
Mette Garvoll
Reidun Rønningen

Våre forskningsnettverk

Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning

HØKH har siden 2013 vært koordinerende miljø for Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning. Nettverkets arbeid tar utgangspunkt i en anbefaling fra en skrivegruppe nedsatt av Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG). For å øke kunnskapsgrunnlaget og gi et bedre grunnlag for å levere tjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov identifiserte skrivegruppen forskningsområder som burde styrkes i en nasjonal satsing. Forskningsområdene og tematikken favner makro, meso og mikroperspektiver på helsetjenesten.

2020 var det siste året hvor RHFene ved HSØ finansierte det nasjonale nettverket. Fagmiljøene har deretter i en felles dugnad ivarettatt og videreført arbeidet, og favner nå de fleste store fagmiljø som er opptatt av hvordan helsetjenesten organiseres, finansieres og tilbys.

Nettverkets fagråd ledes av Vidar Halsteinli (St.Olav og NTNU), Marianne Storm (UiS) er nestleder og **Tove Klæboe Nilsen** (Helse Nord og HØKH) er nettverkets koordinator. Sammen med leder av HØKH **Hilde Lurås** utgjør de nettverkets arbeidsutvalg. Fagrådsmedlemmene er ambassadører for helsetjenesteforskning i egne fagmiljø. Ambisjonen er å tilrettelegge arenaer og møteplasser for diskusjon av faglige problemstillinger som kan bidra til nye forskningsideer, faglige forbindelser, nettverksbygging, forskningssøknader, nye prosjekter, og en kunnskapsbasert helsetjeneste. Boksen viser medlemmer i Fagrådet.

Boks 4: Fagråd i helsetjenesteforskning

Vidar Halsteinli, StOlav, NTNU
Linda Midttun, Helse Midt
Johan Håkon Bjørngaard, NTNU, Regforsk
Marianne Storm, UiS
Frode F. Jacobsen, Omsorgssenter Helse Vest
Jon Harald Kaspersen, NORCE
Birgit Abelsen, UiT
Eva Stensland, SKDE
Eline Aas, UiO, Norcher
Linda Pedersen, OUS
Kjetil Telle, FHI
Marian Ådnes, Sintef

I 2023 har Fagrådet utarbeidet et nytt strategidokument (se vedlegg). I kommende strategiperiode er det særlig et behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor følgende områder:

1. Nye måter å levere tjenester på
2. Praksisvariasjon, ønsket variasjon og sosial ulikhet i helse
3. Prioritering og begrensende valg
4. Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse
5. Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov

Dette er relevante tema i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingen mellom dem. Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, inkludert kvalitative data, legger et godt grunnlag for interessante og relevante studier. Metoder for utnyttelse av registerdata og studier med et kvasieksperimentelt design, er spesielt viktig i neste strategiperiode.

De årlige konferansene i regi av nettverket har blitt en ettertraktet møteplass for forskere og beslutningstakere, og vi får gode tilbakemeldinger på nytten av denne møteplassen.

Konferansen i 2024, den syvende nasjonale helsetjenesteforskningsskonferansen, ble arrangert i Bergen 22. og 23. november med Høgskulen på Vestlandet, NORCE og UiB som lokal arrangør. Tittelen på konferansen var «Prioritering, etikk og ulikhet i helse».

Konferansen samlet nærmere 200 deltakere, både forskere og beslutningstakere/brukere av forskningsresultatene. Vi mottok 90 abstracts som ble presentert i parallellsesjoner med et stort mangfold av tematikk.

Tema for den nasjonale konferansen i 2025 er «Kunnskaps- og innovasjonsbehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene». Konferansen blir i Trondheim med SINTEF som lokal arrangør.

Nettverket har egen nettside:

<https://www.ahus.no/fag-og-forskning/helsetjenesteforskning/>

Improving medication use for the elderly

Dette nettverket er etablert av **Christofer Lundqvist**, og er et samarbeidsprosjekt mellom norske og internasjonale spesialister innenfor nevrologi, geriatri, allmennmedisin, avhengighetsforskning, smerteforskning og farmakologi. Nettverkssamarbeidet har ledet til et stort antall vitenskapelige artikler, to doktorgrader og et doktorgradsprosjekt som ble levert i 2024. Det har gitt input til flere intervensjonsfokusede prosjekter innen tematikken, inkludert et postdoktorprosjekt innvilget fra Helse Sør-Øst for 2022-2024.

SMDM: Society for Medical Decision Making

SMDM er en internasjonal organisasjon for forskere som jobber med forskning relatert til beslutninger i helsetjenesten. Det er to hovedgrener innen forskningen som gjøres av forskere som er medlem av organisasjonen, den ene er rettet mot kommunikasjon mellom pasient/befolkning og behandlere/myndigheter. Den andre grenen er forskning rettet mot å understøtte beslutninger, primært på overordnet nivå, hvor helseøkonomiske evalueringer har en framtrædende plass.

Organisasjonen utgir to internasjonale tidsskrift, Medical Decision Making (MDM) og MDM Policy & Practice, hvorav førstnevnte er et nivå 2 tidsskrift i det norske systemet. **Torbjørn Wisløff** har tidligere sittet i styret for organisasjonen, og leder nå en arbeidsgruppe med ansvar for vitenskapelig konsensus og er i tillegg assisterende redaktør i MDM. Han deltar også i arrangementskomiteen for SMDM 2026 som skal arrangeres i Oslo.

OCHER: Oslo Communication in Healthcare Education and Research group

Den store satsningen på anvendt forskning om kommunikasjon mellom leger og pasienter i sykehus har siden 2006 vært ledet av **Pål Gulbrandsen**, og er gjennomført i tett samarbeid med Avdeling for atferdsfag ved UiO. Ved å opprette en årlig internasjonal forskningsworkshop har vi bygget et stort internasjonalt nettverk. Workshopen er unik idet den fokuserer på å gi godt rom for å presentere forskningsprosjekter som er underveis. Ideen er at workshopen blir et ekte arbeidsmøte der forskere får hjelp av det samlede miljøet til å forbedre sine prosjekter. Dessuten har vi lagt vekt på interdisiplinært samarbeid, og OCHER er et av få steder i verden der lingvister møter psykologer, sosiologer og helsepersonell for å diskutere kommunikasjonsforskning i helsetjenesten. Dette har skapt stor etterspørsel etter å få være med, men

for å holde på et produktivt arbeidsmiljø avgrenser vi deltakelse til 60 personer. De siste årene har det vært 40-60 deltakere fra opptil ni land på tre kontinenter. Fra 2024 har **Julia Menichetti** ledet OCHER-workshopen.

EuroQol Group Association

EuroQol Group Association er en internasjonal not-for-profit forskningsstiftelse registrert i Rotterdam, Nederland. Stiftelsen organiserer et globalt nettverk av forskere som jobber med måling av helserelatert livskvalitet (health-related quality of life, HRQoL).

Stiftelsens formål er å utvikle og fremme bruk av instrumenter som måler HRQoL med fokus på måling av kvalitetsjusterte leveår (quality-adjusted life-years, QALYs), til bruk i helseøkonomiske analyser. EuroQol har idag 94 medlemmer, hvorav tre fra Norge. EuroQol Group har utviklet, og eier rettighetene til, spørreskjemaet EQ-5D, som er det mest brukte skjemaet til måling av QALYs globalt. Inntektene fra lisensiering av EQ-5D går til drift av organisasjonen og finansiering av relevant forskning gjennom EuroQol Research Foundation.

Siden 2012 har **Kim Rand** sittet i gruppens Scientific Executive Committee, og har vært gruppens valgte leder siden høsten 2020. **Knut Stavem** ble valgt inn i fondets finansielle styre i 2018. Samarbeidsprosjekter i EuroQol faller i tre kategorier: Stavem er involvert i flere prosjekter knyttet til dokumentasjon av helserelatert livskvalitet i kliniske populasjoner.

Kim Rand og Mathias Barra er involvert i flere prosjekter om metodiske utfordringer ved verdsetting av helse. Rand og kolleger har utviklet et rammeverk for statistisk modellering av preferanser for helse målt med instrumentet EQ-5D. Dette rammeverket er blant annet brukt til generering av nasjonale verdisett for EQ-5D i Kina, Malaysia, Filippinene og Singapore.

FOSTREN: Fostering and strengthening approaches to reducing coercion in European mental health services

FOSTREN er et COST-Action nettverk finansiert av EUs European Cooperation in Science and Technology for perioden 2020-2024. Formålet er å bygge et forskningsnettverk for å forstå bruk av tvang i psykisk helsevern og hvordan tvangsbruk kan reduseres der den er for høy. Behovet for et slikt nettverk vises gjennom stor variasjon både i hvilke tjenester som tilbys dem med alvorlige psykiske lidelser og i bruk av ulike former for tvang. I tillegg er forskningen på feltet fragmentert, og det mangler gode strategier for å implementere kunnskap i praksis. Nettverket, som til nå har 27 land med,

arbeider derfor opp mot fem hovedtemaer:

- Risikofaktorer for tvangsbruk
- Alternative intervensjoner
- Utfall og recovery
- Implementeringsvitenskap
- Formidling og utnyttelse av kunnskap

FOSTREN ledes av professor Richard Whittington ved St. Olavs hospital, avdeling Brøset. **Jorun Rugkåsa** er med i nettverkets Management Committee.

ISPH nettverket

The International Society for Priorities in Health, grunnlagt 1996, er et internasjonalt nettverk av forskere med formål å fremme fremragende vitenskapelig arbeid om helseprioriteringer og beslutningstaking.

Som vitenskapelig samfunn søker ISPH å opprettholde og styrke nettverksfunksjonen ISPH har for sine medlemmer. ISPH ledes for tiden av Joseph Millum ved St. Andrews University in Scotland. **Mathias Barra** er medlem av ISPHs styringsgruppe. ISPH arrangerer annethvert år den internasjonale prioriteringskonferansen, avholdt i Bergen i 2022.

SiA: Social Inequalities in Ageing

SiA er et Nordisk nettverk finansiert av FORTE i Sverige som fremmer Nordisk forskning og forskningssamarbeid om sosial ulikhet i aldring og eldre år. Nettverket er en videreføring av et Nordforsk forskningsprosjekt under samme navn som gikk fra 2015 – 2022 (www.sia-project.se).

For å møte utfordringene som ligger i en aldrende befolkning og økende sosiale helseforskjeller, er det avgjørende med mer kunnskap om sunn og god aldring i et livsløpsperspektiv. Dette innebærer også

et fokus på hvordan velferdsinstitusjoner møter eldres behov og om det er slik at økende individualisering bidrar til nye former av sosial ulikhet. Selv om befolkningssaldring er noe som kjennetegner alle Nordiske land er det betydelige nasjonale variasjoner når det gjelder samfunnsutvikling og helsereformer.

Nettverket samler forskere og stipendiater med ulik faglig bakgrunn fra alle fem Nordiske land (Sverige, Danmark, Finland, Island og Norge). Dermed styrkes grunnlaget for å utvikle nye komparative og tverrfaglige forskningssamarbeid.

SiA ledes av professor Johan Fritzell ved Ageing Research Centre (ARC), Karolinska Institute Stockholm. **Marijke Veenstra** har deltatt i dette nettverket siden 2015, og er involvert i flere forskningssamarbeid.

NSQH: Nordic Research Network for Safety and Quality in Healthcare

Formålet med nettverket er å fremme forskning på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samt legge til rette for samarbeid mellom forskningsinstitusjoner og kliniske miljø i Norden. Det nordiske nettverket ble dannet i 2008 og ledes av professor Henning Boje Andersen ved Danish Technical University (DTU).

Ellen Tveter Deilkås og professor Siri Wiig representerer Norge i nettverkets nordiske programkomite som er nettverkets hovedaktivitet, og ansvarlig for å arrangere Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare. Den nordiske programkomiteen ledes av Axel Roos. Åhus er vertskap for 7th Nordic Conference on Research in Patient Safety and Quality in Healthcare som arrangeres i Oslo I 2024.

DETECTOR: Adverse Event Detection Network

Detector er et tverrfaglig europeisk nettverk som skal harmonisere definisjoner, resultater og nøkkelegenskaper til metoder for å måle og rapportere pasientskader. Nettverket skal oppsummere og diskutere tekniske utfordringer, kostnader, og metoder for å finne bærekraftige løsninger for ulike europeiske helsesystemer. DETECTOR vil utforske måter å involvere pasienter og deres familier i hvordan pasientskader måles og rapporteres.

Formålet er å muliggjøre en debatt og heve bevissthet om pasientskader og risiko i helsetjenestene på tvers av land, og beskrive innovative strategier som kan redusere risiko i pasientbehandling på lengre sikt. DETECTOR ledes av Dr Sarah Musy ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Basel, Sveits. Nettverket består av 15 eksperter og forskere, fra 12 forskjellige europeiske land og søkte i 2022 om finansiering fra COST som er en EU finansiert organisasjon for å understøtte forskningsnettverk.

Ellen Tveter Deilkås er med nettverket og bidro i søknaden som eneste norske forsker.

Forskningsprosjektene

Forskningsprosjektene i HØKH spenner fra store registerstudier basert på nasjonale datakilder, studier hvor data samles i klinikken, og kvalitativt innrettede studier basert på intervjuer, fokusgrupper eller deltakende observasjon. Noen av prosjektene består av mange delstudier og involverer flere PhD-stipendiater og postdoktorer, mens andre er mindre studier som involverer enkeltforskere. Nedenfor følger en kort beskrivelse av studiene som er forankret i avdelingen.

1. STUDIER FORANKRET PÅ HØKH

SEVPRI: Alvorlighet og helseprioriteringer

SEVPRI: Alvorlighet og helseprioriteringer
Prioriteringer innen helsevesenet er uunngåelige og har vidtrekkende konsekvenser for pasienter og pårørende. I Norge er det enighet om et «alvorlighetsgradskriterium»: det er de mest alvorlig syke som skal prioriteres høyest. Alvorlighetsgrad som prioriteringskriterium har vært en hjørnestein i den norske prioriteringstradisjonen fra det første Lønningutvalget i 1987, og alvorlighetsgrad består som ett av de sentrale begrepene i etterfølgende prioriteringsutvalg (Lønning II 1997, Norheim 2014, Blankholm 2018). Likevel har alvorlighetskriteriet vært kontroversielt, og følgende spørsmål melder seg: tenker vi på det samme når vi beskriver en tilstand som «alvorlig»? Er begrepet alvorlighet robust nok som grunnlag for gode prioriteringer som befolkningen vil slutte opp om? Mener helsearbeidere, helseøkonomer, og politikere det samme med alvorlighet? Hva synes pasientene selv, og betyr alvorlighet noe annet i Alta enn i Oslo?

I SEVPRI (Severity and Priority Setting in Health Care) kartlegger vi hvilket meningsinnhold som tillegges begrepet «alvorlighet» generelt, og i forbindelse med helseprioriteringer spesielt. Gjennom samtaler med et bredt utvalg mennesker skal vi fremskaffe et kvalitativt råmateriale for videre analyse. Ulike kvantitative og kvalitative metoder anvendes for å beskrive meningsmangfoldet fra ulike teoretiske rammeverk. Forskergruppen er bredt sammensatt med filosofer, økonomer, og helsepersonell. SEVPRI skal analysere alvorlighet som prioriteringskriterium så uttømmende som mulig, slik at vi kan skille områder der vi er enige fra områder med reell uenighet. Målet er å forbedre språket i den offentlige prioriteringssamtalen, slik at prioriteringer oppfattes som forståelige og rettferdige av flest mulig, og med akseptable kompromisser der uenigheten er uløselig.

Prosjektleder er **Mathias Barra**. Det har vært ansatt to PhD-stipendiater på prosjektet, som disouterte i 2023 og 2024, ved HØKH og en stipendiat ved BCEPS, Universitetet i Bergen som skal levere avhandling med planlagt disputas våren 2025.

SEVQoL: Alvorlighet og EQ5D

SEVQoL står for «Severity and Quality of Life», og er et søsterprosjekt til SEVPRI med fokus på alvorlighet og verdsetting av helse til bruk i beregning av kvalitetsjusterte leveår (QALY-er). Prosjektet er helfinansiert gjennom EuroQol Research Foundation, og inkluderer en større datainnsamling (data-assisterte personlige intervju med 600 individer fra den norske normalbefolkningen), og et doktorgradsløp for Marius Torjusen med oppstart januar 2023. Kjernespørsmålet for SEVQoL er i hvilken grad folk ønsker å benytte andre prioriteringskriterier på toppen av helseveginst målt i QALY-er når de blir bedt om å prioritere pasienter til behandling. Alternative prioriteringskriterier inkluderer alder, (kort) gjenværende levetid og momentant livskvalitetstap. Utviklingen av datainnsamlingsplattformen startet i 2021, datainnsamlingen blir ferdig tidlig i 2023, og avhandlingen forventes levert innen utgangen av 2025. **Kim Rand** og **Mathias Barra** er prosjektledere.

CLINPRI: Kliniske prioriteringer

Målet med CLINPRI er å gjøre det enklere å omsette prioriteringsretningslinjer til klinisk praksis. CLINPRI skal nå dette målet gjennom å observere og beskrive hvordan helsepersonell:

- Definerer prioriteringer. Hva inkluderer (og ekskluderer) helsepersonell i prioriteringsbegrepet? *Hva?*
- Oppfatter behovet for prioriteringer. Støtter helsepersonell prioriteringer? *Når?*
- Utfører prioriteringer. Oppfatter helsepersonell seg som delaktige i prioriteringsbeslutninger. *Hvordan?*

Prioriteringer i helsevesenet er et felt med relativt lange tradisjoner i Norge. Såkalte *kliniske prioriteringer* er mindre godt forstått, og mye er ukjent om hvordan slike prioriteringer foregår. CLINPRI skal benytte Q-metodikk for å utforske klinikers forståelser av prioriteringsbegrepet, gjennom gruppesamtaler med helsepersonell om

temaet «kliniske prioriteringer». I en oppfølgingsfase skal CLINPRI undersøke utbredelsen av ulike forståelser av prioriteringsbegrepet blant helsepersonell, og kartlegge eventuelle skillelinjer langs profesjonsidentitet, ansenitet, eller ansvarsområde. Målet er å bedre forstå hvordan helsepersonell oppfatter og slutter opp om beskjeder om «å prioritere tøffere i klinikken.» CLINPRIs resultater skal gi beslutningstakere, klinikkledere, og helsepersonell bedre forutsetninger for å kommunisere om, og gjøre, kliniske prioriteringer. Helse Sør-Øst bevilget i 2023 forskningsmidler til en stipendiatstilling. Yasin Adil (lege) er ansatt for 3 år. **Mathias Barra** er prosjektleder.

IHT-forskning: Integrerte helsetjenester til hjemmeboende eldre med omfattende bruk av helse- og omsorgstjenester

Nasjonalt og internasjonalt etterlyses det nye modeller for integrerte tjenester tilpasset de komplekse behovene til hjemmeboende skrøpelige eldre. Mangelfullt samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og profesjoner medfører mange akuttinnleggelser og høyt forbruk av helsetjenester for disse personene. Siden 2020 har Akershus universitetssykehus (Ahus) sammen med fem kommuner prøvd ut en samarbeidsmodell for integrerte helsetjenester (IHT-modellen) som skal sikre et bedre tjenesteforløp. Sykepleier og lege fra kommuner og sykehus utgjør sammen med bruker og pårørende et team og utarbeider en individuell behandlingsplan. Det er behov for å dokumentere effekter av IHT-modellen for bruker, pårørende og helsepersonell. Kunnskap fra prosjektet bidrar til å nå målene i Ahus og LHLs strategier for å sikre gode helsetjenester til en aldrende befolkning.

Prosjektets overordnede målsetting er å dokumentere hvordan og i hvilken grad IHT-modellen bidrar til bedre livskvalitet og mer effektive helsetjenester til (skrøpelige) eldre med sammensatte behov og et høyt forbruk av helsetjenester. Delmål er: (i) å identifisere betydningen av IHT-modellen for endringer i sammensetning, og dermed kostnader, av helsetjenester innenfor og på tvers av sektorer; (ii) å vurdere i hvilken grad og hvordan IHT-modellen påvirker livskvalitet og mestring blant brukere og deres pårørende; og (iii) å studere faktorer som hemmer og fremmer implementering av IHT-modellen. Delmålene skal utforskes gjennom longitudinelle analyser av data om bruk av helse- og omsorgstjenester fra ulike registre, kliniske tester og spørreundersøkelser blant brukere og deres pårørende og kvalitative intervjuer med helsepersonell, pårørende og beslutningstakere.

Prosjektleder er **Marijke Veenstra**. Kristin Mork Hamre (geriatri) og Marianne Lomheim Tang

(sosiologi) er ansatt som stipendiat på prosjektet med finansiering fra henholdsvis Helse SørØst og Stiftelsen DAM (gjennom LHL). IHT-prosjektgruppen og brukerrepresentant fra LHL inngår i prosjektets referansegruppe.

TRILL: Ulik aldring og betydningen av sentrale overganger i senlivet

Den demografiske utviklingen med en økende andel og et økende antall eldre i befolkningen krever et større fokus på helse og velvære gjennom hele livet, ikke minst i eldre år. Formålet med TRILL prosjektet er å kartlegge sentrale overganger senere i livet og betydningen av disse overgangene for muligheten for en god alderdom på tvers av kjønn, sosioøkonomisk posisjon og lokal kontekst. En styrke ved prosjektet er bruken av nasjonale, store longitudinelle aldringsstudier (NorLAG og Tromsøstudien) i kombinasjon med registeropplysninger og kvalitative intervjuer. Analysene vil bestå av tre steg: (1) undersøke potensielle sårbare overganger i livet (eks. yrkesavgang, tap av helse eller funksjon, ektefelles/partners bortgang; (2) analysere overgangenes betydning for velvære og helse; og (3) vurdere hvordan noen eldre klarer å håndtere overgangene, trass i vanskelige sosioøkonomiske forhold gjennom livet (resilience).

Prosjektet er uformet i et livsløpsperspektiv, som vektlegger muligheter for utvikling og tilpasning også sent i livet, samt betydningen av nære relasjoner og av lokal kontekst. Ved å studere variasjoner i aldring, især blant personer med lav sosioøkonomisk status, tas det også høyde for den betydelige heterogeniteten som finnes blant dagens eldre i Norge. Prosjektet vil dermed bidra til økt oppmerksomhet om aldring og alderdom innenfor ulikhetsforskningen som i stor grad har oversett eldre og siste del av livsløpet.

I 2024 har 13 respondenter fra Tromsøundersøkelsen deltatt i et personlig intervju om deres erfaringer og perspektiver på en god alderdom. Intervjuene har blitt transkribert og datamaterialet blir analysert. Så langt er fem artikler blitt publisert, seks artikler er under arbeid og 21 brukerrettede formidlingstiltak har blitt gjennomført. Resultater fra TRILL har også blitt formidlet gjennom en keynote foredrag på den 26. Nordiske Kongress for Gerontologi i Stockholm. Overskriften var Tackling Social Inequalities in Later life: A Battle Worth Fighting for? En oversikt over publikasjoner og andre aktiviteter i TRILL prosjektet finnes på nettsiden til prosjektet (<https://uni.oslomet.no/trill/news/>).

TRILL er et samarbeid mellom Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH) ved Akershus universitetssykehus, NOVA, OsloMet,

Folkehelseinstituttet, og forskere fra tre ledende institutter for aldersforskning i Europa. Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd og prosjektleder er **Marijke Veenstra**.

RECON: Hvordan kan vi redusere bruken av tvungent psykisk helsevern ovenfor personer med alvorlig psykisk sykdom?

Helsemyndighetene i Norge har satt politiske mål for å redusere bruken av tvungent psykisk helsevern for dem med alvorlige psykiske lidelser, men dette har til nå hatt begrenset effekt. Det finnes lite forskning om hvordan bruken av tvang, her forstått som tvungent vern og ikke enkelte tvangsmidler, kan reduseres. Denne studien, som er et samarbeid mellom HØKH, Senter for medisinsk etikk på UiO og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), vil, ved å besvare sentrale spørsmål i 5 arbeidspakker undersøke hvor potensialet for reduksjon av tvang ligger. Finansieringen er fra Forskningsrådet og prosjektleder er **Jorun Rugkåsa**.

Arbeidspakke 1: Hva er 'problemet' med tvang? En policy analyse av konkurrerende diskurser om problemdefinisjoner og løsninger

Hvordan et 'problem' beskrives former både hvordan det diskuteres og hvordan det søkes løst. Siden det finnes svært ulike representasjoner av hva problemet med tvang er, blir det viktig å undersøke disse i sammenheng for å finne ut hvorfor tiltak for å redusere tvang lykkes eller ikke. Del 1 av arbeidspakken består av en diskursanalyse av publiserte dokumenter og ytringer i forbindelse med at myndighetene, som del av sin strategi for å redusere tvangsbruk, påla helseforetakene å innføre medisinfrie behandlingstiltak. Denne er publisert. Del 2 av arbeidspakken er en systematisk litteraturstudie om pasienters perspektiver på tvang. Denne arbeidspakken er del av postdoc prosjektet til Olav Nytingnes.

Arbeidspakke 2: Hvor stor er variasjonen i bruk av tvungent psykisk helsevern mellom tjenestene, og hva karakteriserer tjenester med høyt og lavt nivå av tvangsbruk?

Det er stor variasjon i bruken av tvungent psykisk helsevern mellom tjenestene og regionene i Norge, noe som i seg selv indikerer at det kan være potensiale for reduksjon der bruken er høy. Basert på NPR data om tvungent vern i perioden 2013-2018 vil variasjonen i bruk av tvang mellom ulike opptaksområder undersøkes. Denne arbeidspakken er et PhD-prosjekt ved Senter for Medisinsk Etikk,

og ledes av Tonje L Husum, med Jorun Rugkåsa som bi-veileder.

Arbeidspakke 3: Hva er sammenhengen mellom lavt og høyt nivå av tvang og pasientutfall?

Det finnes ingen gode beskrivelser av hvordan variasjon i bruk av tvang sammenfaller med positive eller negative pasientutfall. Denne arbeidspakken er del av postdoktorprosjektet til Olav Nytingnes og utforsker hvorvidt lav forekomst av tvang kan gi negative effekter. Data er fra NPR.

Arbeidspakke 4: Kan en intervensjon på kommunenivå redusere bruken av tvang?

Intervensjoner for å redusere tvangsbruk på sykehus har vist gode resultater, men ingen slik intervensjon har blitt laget eller testet for bruk i kommunen selv om henvisninger til tvungent vern oftest kommer fra fastleger eller andre kommunale tjenester. Et omfattende kvalitativt arbeid har klargjort de vanlige veiene til tvang og potensialet for å intervenere. I samarbeid med kommunale tjenester og brukere har arbeidspakken utviklet en intervensjon for å redusere bruken av tvang. Fem kommuner er randomisert til å teste effekten av denne, og fem andre er kontroller. Arbeidspakken ledes av Trond Hatling ved NAPHA, og har et PhD-prosjekt ved NTNU knyttet til seg, hvor Jorun Rugkåsa er biveileder.

Arbeidspakke 5: Hva er implikasjonene av 1-4 for hvordan vi skal utøve gode, etisk forsvarlige tjenester og hvordan kan denne kunnskapen implementeres i praksis?

I det fjerde, og siste året av prosjektet skal funnene fra arbeidspakke 1-4 brukes til å analysere følgende tverrgående temaer:

- Hvor ligger potensialet for å redusere bruken av tvunget psykisk helsevern?
- Hva er de etiske implikasjonene av det vi nå vet om tvangsbruk i Norge?
- Hva er implikasjonene av våre funn for policy og praksis?

Vi vil også undersøke hvordan våre funn kan brukes i politikkkutforming og i praksisfeltet

UNTAP: Understanding temporal variation in involuntary psychiatric admissions and its implications for care quality

Tjenestevariasjon i bruken av tvangsinnleggelser er en potensiell trussel mot kvaliteten på tjenestene fordi det kan bety at noen pasienter utsettes for tvang som de ikke har nytte av. Formålet med dette prosjektet er å identifisere muligheter for å styrke

tjenestekvaliteten ved å undersøke graden av 'temporal' (tidsmessig) variasjon i bruken av tvangsinnleggelser i psykisk helsevern i Norge. Med 'temporal' variasjon mener vi hvordan innleggelser kan være uforholdsmessig avhengig av tid på døgnet, ukedag eller sesong.

Brukere har reist bekymring rundt denne typen variasjon og sier det kan oppleves at avgjørelser ikke nødvendigvis avhenger av det symptomtrykket de har, men av organisatoriske faktorer som bemanning og tilgjengelighet utenom normal åpningstid. Noen opplever at de blir utskrevet for å klarere avdelingen for helgen. Andre sier at siden det ikke er nok dekning i de kommunale tjenestene i for eksempel sommerferien, øker det symptomtrykket, og kan føre til en innleggelse på tvang. Bekymring er også reist over at i 38 % av henvisninger til tvungent vern blir slikt vern ikke etablert. En slik høy avvisningsrate kan tyde på dårlig kontinuitet mellom omsorgsnivåene eller at lovverket tolkes forskjellig. Dette kan reflektere kvalitetsutfordringer samt påføre pasienter som ikke faktisk tvangsinnlegges, høy grad av opplevd tvang.

Analyser om hvordan tvangsinnleggelser og også 'ikke-etablering' etter henvisning varierer over tid kan informere tjenesteutvikling mot bedre og redusert bruk av tvangsinnleggelser for de med alvorlige psykiske problemer. Tre deskriptive registerstudier skal tallfeste og beskrive slike mønstre i temporal variasjon nasjonalt ved å (gjen)bruke RECON data om alle tvangsinnleggelser mellom 2014-2018, med følgende problemstillinger:

- Hva er mønstrene i og størrelsesordenen på temporal variasjon i tvangsinnleggelser mht tid på døgnet og ukedag?
- Hva er mønstrene i og størrelsesordenen på sesongbasert temporal variasjon i tvangsinnleggelser?
- Er det temporal variasjon i andelen av henvisninger til tvang som ender med at tvungent vern ikke blir etablert?

Prosjektleder er **Jorun Rugkåsa**, finansieringen er fra Helse Sør Øst.

FOSTREN Law and Policy Project

FOSTREN (Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services) er en EU-finansiert COST Action opprettet for å etablere et bærekraftig, tverrfaglig nettverk av forskere og tjenesteutøvere for å forbedre forståelsen for hvordan man kan redusere bruk av tvang i psykiske helsetjenester på tvers av Europa (se s. 17). Flere land har, eller er i ferd med å gjennomføre lovendringer for å oppfylle kravene i FNs Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), mens det i andre land synes vanskelig å komme til

enighet om hvordan man best tilpasser seg denne nye agendaen. Dette prosjektet har som målsetning å bidra med forskningsbasert kunnskap inn i disse endringene. Datagrunnlaget er informasjon om lovgivning, policy og tjenesteutvikling relatert til tvang innhentet fra 28 medlemsland. Dette vil gi en unik oversikt over hvor feltet står og legge grunnlag for analyser av likheter og ulikheter i tilnærmingen i ulike land, samt retninger for hvor Europeisk psykisk helsepolitikk og -lovgivning er på vei. **Jorunn Rugkåsa** deltar fra Norge.

Simulering av pasientflyt i Barne og ungdomsklinikken på Ahus

Dette prosjektet er en arbeidspakke i det Forskningsrådsfinansierte SFI-et C3: «Centre for Connected Care. Accelerating adoption and diffusion of patient-centric innovations, som på norsk heter "Senter for fremtidig helse". HØKHs arbeidspakke har bidratt med modellering og analyse av pasientflyten gjennom helsevesenet. Prosjektet har hatt fokus på utvikling av datasimuleringsmodeller ved Barne- og ungdomsklinikken på Ahus. Formålet var å bruke modellene for å optimalisere pasientflyt og ressursbruk hovedsakelig ved Hjemmesykehus for barn.

Datasimuleringsmodellene har blitt brukt for å studere potensielle flaskehalser og uoptimal pasientflyt og ressursbruk og for å simulere mulige løsninger på de identifiserte problemene. Det 3C-finansierte prosjektet ble avsluttet i juni 2023, men simuleringsprosjektet er fremdeles aktivt gjennom internfinansiering. Avslutningsleveransen til C3-prosjektet besto av et kapittel om datasimulering og pasientflyt i boken «Håndbok i helseinnovasjon. Forskningsbaserte råd og verktøy for å forme fremtidens helsetjeneste», samt konferansen The Connected Care Conference der dette prosjektet ble presentert i en halvdags workshop. Prosjektleder er **Lene Berge Holm**.

COMEINFO: Hvordan kan legen oppnå at pasienten husker og forstår medisinsk informasjon bedre etter samtalen?

Dette er en deskriptiv studie om informasjonsgivning i legesamtaler med pasienter, der det fattes beslutninger om behandling. Det er tidligere publisert to systematiske oversiktsartikler. I 2023 ble legers informasjonsstrategier, innramming («framing») og verktøy («devices») beskrevet i en empirisk artikkel i det høyest rangerte kvalitative helsetidsskriftet Qualitative Health Research. En analyse av materiale spesifikt samlet inn for å studere hvordan leger med godt rykte for sine kommunikasjonsferdigheter gir informasjon er nylig

avsluttet og en artikkel er innsendt. Artikkelen finner lege- og avdelingsspesifikke mønstre. Hvordan leger resonnerer omkring sin praksis vil også bli analysert som ledd i et UiO-finansiert PhD-prosjekt. Resultater skal brukes til å lage et kunnskapsbasert kurs om å informere pasienter. Prosjektet avsluttes i 2024. Prosjektleder er **Pål Gulbrandsen**. Julia Menichetti er postdoktor i prosjektet. Finansieringen er fra Helse Sør-Øst.

MAPINFOTRANS: Bedre kvalitet på medisinformasjon til hjertesviktspasienter

Dette prosjektet er forankret i UiO og finansiert av Forskningsrådet med 2 PhD-stipendiater og en forsker i 50% stilling over tre år. I prosjektet er det samlet inn data om 45 hjemmeboende eldre pasienter med hjertesvikt rekruttert ved innleggelse i hjerteavdelingen ved Ahus.

Det er samlet inn data fra legesamtaler med pasienten i form av lydopptak, skjemaer og korte intervjuer i avdelingen, ved utskrivning og hos fastlegen, og til slutt bilder av skriftlig informasjon og intervju hjemme hos pasienten. Studien er fokusert på informasjon om legemidler, og vi observerer også pasientens etterlevelse og tid til eventuell reinnleggelse. Analyse pågår, midtveisevaluering er gjennomført for begge stipendiater, en artikkel er publisert og en til er innsendt. Prosjektleder er **Pål Gulbrandsen**.

HeaLin: Building patient HEALTH Literacy during medical Interactions

Prosjektet benytter dataene samlet inn fra COME INFO- og MAPINFOTRANS-prosjektene (video- og lydopptak av lege-pasient-samtaler og pasienters helsekompetansespeskjema) for å undersøke hvordan pasienters helsekompetanse kommer til uttrykk i ulike kliniske samtaler, og hvordan leger håndterer dette og ev. bruker det til å bygge pasientenes helsekompetanse. Slik kunnskap vil bidra til at leger kan gjenkjenne og utnytte muligheter til å forbedre pasientenes generelle helsekompetanse.

Vi vil gjennomføre tre eksplorative delstudier for å identifisere:

- *hvordan pasienter* viser helsekompetanse i medisinske samtaler, og om dette er konsistent over tid og med hva de samme pasientene selv rapporterer i validerte helsekompetansespeskjema.
- *hvordan leger* (lykkes med å) stimulere helsekompetanseinformasjon fra pasienter, tilpasse egen informasjon til det og dermed styrke helsekompetansen til pasientene.

- *hvilke elementer som må til i intervensjoner* designet sammen med brukere (pasienter, medisinske studenter, leger og lærer) og forskere (fra lingvistisk og pedagogisk bakgrunn), for å gi opplæring på dette feltet til leger på ulike karrieretrinn.

Finansieringen er fra Helse Sør-Øst. Prosjektleder er **Julia Menichetti Delor**

RURRR: Nyutdannede legers usikkerhet

I dette prosjektet, som er forankret i Ahus og finansiert av Helse Sør-Øst, studerer vi nyutdannede legers (LIS1) erfaring med medisinsens iboende usikkerhet i klinisk praksis. 20 LIS1, rekruttert etter svarmønstreanalyse av utfylt initialt spørreskjema er fotfulgt gjennom to arbeidsdager med ca. ½ års mellomrom. Etter observasjonen ble legene intervjuet. Lydopptak fra intervjuene og de fleste lege-pasientsamtalene er samlet inn. Datainnsamling var ferdig i mars 2023. Prosjektet er i analysefasen og midtveisevaluering er gjennomført. Prosjektet er innvilget utsettelse fordi stipendiaten arbeider i redusert stilling. En spørreskjemaanalyse er ferdig og artikkel er innsendt. Prosjektleder er **Pål Gulbrandsen**.

Rescuevoice Pro: Utvikling av en interaktiv og selvlærende kommunikasjonsimulator for nødsamtaler

Dette innovasjonsprosjektet ble bevilget til Somsagt AS fra Norges forskningsråd (prosjektnr ES726076) i 2023. Prosjektleder er Bård Fossli Jensen. Prosjektet er et samarbeid mellom Somsagt AS, Universitetet i Oslo, Akershus universitetssykehus, Sykehuset i Vestfold, OsloMet, Oslo Universitetssykehus og Crayon AS. Innovasjonsprosjektet innebærer å utvikle en simulator skreddersydd behovet for trening i de 16 nødsentralene ved Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK #113).

Det bygger på et pilotprosjekt i 2020 finansiert av Forskningsrådet der Somsagt AS gjennomførte opplæring av AMK-operatører. Det ble påvist tydelig endring i ønsket retning. Analysen ble gjennomført av Jennifer Gerwing i HØKH. Pål Gulbrandsen og Jennifer Gerwing var involvert i pilotprosjektet og vil også delta i innovasjonsprosjektet. I 2024 har detaljplanlegging foregått, inkludert kontraktsinngåelser mellom institusjonene og det er opprettet kontakt med REK Sør-øst for planlegging av datainnhenting og studiedesign. IT-selskapet Crayon har utviklet en aller første demo til brukergrensesnitt. Det er ansatt en medarbeider med metodekompetanse, Kristina Edman, som skal veiledes av Gerwing. Prosjektet

skal være ferdig i 2027. Prosjektleder er **Bård Fossli Jensen**, internt i HØKH **Pål Gulbrandsen**. Prosjektet er i oppstartsfasen.

HosPrepTool: Lessons from the pandemic. Developing a tool for monitoring hospital capacity during public health crises

Under COVID-19-pandemien innførte myndighetene en rekke inngripende og kostbare kontrolltiltak, ofte basert på mangelfull dokumentasjon av effekt. Tilgjengelige epidemiologiske modeller presisjonen som var nødvendig for å forutsi spredningen av viruset, og praktiske, politiske og metodiske problemer innebar at det var vanskelig å teste effekten av tiltakene i sanntid. Pandemien tydeliggjorde at det er nødvendig med en styrket beredskap for å håndtere kriser og hendelser hvor det kan komme en rask økning i antallet alvorlig syke som varer over tid. Dette er blant annet vektlagt i Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHFene.

Hensikten med dette ambisiøse prosjektet som inkluderer to PhD-stipendiater, er å forberede samfunnet på nye pandemier og lignende hendelser.

I del A av prosjektet (*Modelling of virus-borne diseases with focus on reproductive numbers and control measures*) skal vi utvikle et statistisk verktøy (A) som skal brukes til å fastslå spredningen av smittsomme sykdommer, og hvilke effekter ulike kontrolltiltak vil ha på befolkningen og samfunnet i stort.

I del B (*Developing a tool for monitoring hospital capacity during public health crises*) skal vi utviklet et annet statistisk verktøy (B) til bruk i sykehus for å omfordele senger, personale og utstyr ved utbrudd av smittsom sykdom. Del A er internfinansiert fra HØKH, mens del B har mottatt finansiering fra Helse Sør-Øst (prosjektnummer 2024051). Prosjektleder og hovedveileder for begge prosjekter er **Jūratė Šaltytė Benth**. PhD kandidaten i del A Sanjay Gyawali startet 1.1.2024, mens kandidaten i del B Lieke Heupink, startet 1. mai 2024.

Reversing medication misuse among elderly. The role of pain

Med utgangspunkt i Forskningsrådsprosjektet PATHWAYS, og som en direkte fortsettelse av det HSØ finansierte prosjektet «Improving medication use for elderly» er fokuset i denne studien å beskrive

sammenhengen mellom eldre pasienters smertesituasjon og deres inntak av sterke medisiner med virkning på hjernen.

Målsetningen er å følge opp og forstå hvordan eldre pasienters smerte utvikles i relasjon til denne medisinbruken. Vi skal også utvikle en kort intervensjon (Brief Intervention) som kan brukes av fastleger eller sykehusleger for å redusere uegnet bruk av sterke medisiner blant eldre. Fokus på smerte og relasjonen mellom smerte og søvn er sentrale aspekter.

Utgangspunktet er vår tidligere rekrutterte kohort av 246 eldre pasienter fra en sykehuspopulasjon. Kohorten følges opp over tid med tanke på medisineringsendringer og smerteutvikling. På et utvalg av pasientene som bruker medisinen på en uegnet måte har vi prøvd ut en pilot intervensjonsstudie for å teste gjennomførbarhet og logistikk av en kort intervensjon. Prosjektleder er **Christofer Lundqvist**.

BI-SOVE: Brief intervention for medication misuse among elderly – establishing the effect and usefulness of brief intervention

Hensikten med dette prosjektet er å utvikle en intervensjonsmetode for uegnet bruk av medisiner blant eldre. Våre tidligere studier viste at bruk av sterke smertestillende, sovemedisiner eller beroligende medisin har sammenheng med avhengighet, lavere livskvalitet, dårligere kognitiv funksjon, ensomhet, sterkere smerte og multimorbiditet. Den største gruppen av de ovennevnte medisinene er sovemedisiner som også i andre studier har vist seg å være assosiert med risiko for bivirkninger.

I prosjektet gjennomfører vi en to-armet randomisert og kontrollert studie for å teste ut effekten av en atferdsrettet kort intervensjon (Brief Intervention) hvor målet er å stoppe eller redusere bruk av sovemedisiner hos eldre. Vi vil også undersøke om assosiasjonene vi fant i våre tidligere studier er reversible, og dermed om vi kan si mer om kausalitet. Metoden er optimalisert og testet for gjennomførbarhet og akseptabilitet blant eldre i en pilotstudie. Vår tidligere erfaring med metoden og fra pilotstudien peker på at det beste intervensjonsnivå er fastlegene og at metoden er godt egnet for bruk i primærhelsetjenesten. Studien pågår og første rekrutteringsperiode og intervensjon er avsluttet. Prosjektleder er **Christofer Lundqvist**.

Skadelig alkoholbruk hos eldre pasienter - et fortiet tema i sykehus?

De siste 20 årene har alkoholforbruket og alkoholrelaterte skader og sykehusinnleggelser økt blant eldre i mange land, inkludert Norge. Alkohol antas å være en medvirkende årsak til mer enn 200 sykdommer og skader som behandles i helsetjenesten. Kroppens sårbarhet for alkohol og legemidler endres med alderen og aldringsprosessen. Helsedirektoratet anbefaler kartlegging av alkoholvaner ved sykehusinnleggelse. Forskning har gjentatte ganger vist at underliggende alkoholproblemer hos eldre pasienter ofte forblir uoppdaget og ubehandlet.

Formålet med studien er å få økt innsikt i hvordan helsepersonell identifiserer og håndterer potensielt skadelig alkoholbruk hos eldre sykehusinnlagte pasienter med somatisk sykdom eller skader. Datamaterialet består av 21 kvalitative intervjuer med leger og sykepleiere i sykehus. Datamaterialet analyseres med tematisk tverrgående metode. Resultater av studien kan benyttes til forebyggende tiltak og intervensjon i sykehus. Prosjektleder er **Anne Werner**.

Å ta farvel med eit dødfødd barn

Dei siste åra har førekomsten av dødfødsjar stadig gått ned. Dødfødsjar har gått frå å vere eit ikkje-tema, til ei legitim årsak til sorgreaksjonar, men held fram med å vere ei stor utfordring for dei som skal handtere ein slik situasjon. Det aukande innslaget av fødande frå religiøse og etniske minoritetsgrupper, der dødfødsjar framleis kan vere eit tabuisert tema, gjer situasjonen ytterlegare kompleks. Dette prosjektet vil gi ny innsikt i utfordringar knytta til dødfødsjar, og det som verkar inn på ein sorgbearbeidingsprosess. Betydninga av eit markert farvel, i form av ein valgt seremoni, gravferd eller minnestund, vil bli spesielt undersøkt. Innsamlinga av materiale frå 27 dødfødsjar er fullført og materialet er no under bearbeiding. Ein artikkel om fastlegars rolle, med spesielt fokus på sjukmelding, vart publisert juni 2021. Ein artikkel om rolla til sjukehusprestane vart publisert i 2023. Ein artikkel om rolla til jordmødrer er under arbeid. Prosjektleder er **Ellen Kristvik**.

Pasientsikkerhetsstudier

Måling og forbedring av pasientsikkerhetskultur

Vi har tidligere testet ut den norske oversettelsen av spørreskjemaet Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Short Form på Ahus. Dette har dannet grunnlag for flere prosjekter som omhandler validering av SAQ verktøyets pålitelighet og gyldighet til bruk i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, nasjonalt og internasjonalt. SAQ er inkludert i den nasjonale medarbeiderundersøkelsen ForBedring som gjøres årlig i alle helseforetak.

Ellen Deilkås er involvert i tre studier om pasientsikkerhetskultur: (1) En kvalitativ studie om helsepersonell og pasienters oppfatninger om pasientsikkerhetskultur på operasjonsavdelinger. (2) En studie av hvordan en postoperativ enhet både lærer av uønskede hendelser og av positive erfaringer, og hvordan det henger sammen med pasientsikkerhetskultur. (3) En validering av spørreskjema for å måle pasientsikkerhetskultur på helsestasjoner. Hun er også involvert i studier om måling av pasientsikkerhetskultur i dansk kommunal omsorgstjeneste i 2024, sammen med danske samarbeidspartnere.

Pasientskadeundersøkelser

I 2007 ble en metode for å måle pasientskade, Global Trigger Tool (GTT), innført på fem avdelinger på Ahus. Korrelasjon mellom målingene av pasientsikkerhetskultur og pasientskade med GTT er dokumentert. **Ellen Deilkås** designet, koordinerte, og har lært opp team i alle helseforetak til å undersøke pasientjournaler systematisk, i tråd med GTT metoden. Undersøkelsen gjennomføres nå i alle helseforetak. På bakgrunn av GTT målinger i norske og svenske sykehus viser en artikkel at norske sykehus fortsatt har flere kirurgiske skader enn svenske. Deilkås er involvert i flere forsknings og innovasjonsprosjekt som studerer variasjon i vurdering av pasientskade mellom GTT team i 17 helseforetak. Studien skal belyse vilkårene for å utvikle GTT målingen til å bli en nasjonal kvalitetsindikator.

Studier om kvalitetsforbedring

Legeforeningens Forskningsinstitutt (LEFO) gjennomfører regelmessig panelundersøkelser på et representativt panel av norske leger. I samarbeid med LEFO har **Ellen Deilkås** ledet en studie som har undersøkt i hvilken grad norske leger er interessert i og har arbeidstid avsatt til å arbeide med kvalitetsforbedring.

2. STUDIER MED DELTAKELSE FRA HØKH

MiPAC: Variasjoner i pasientforløp, bruk og kostnader i kommunale akutte døgnenheter

I Norge så vel som internasjonalt har det vært økt fokus på å unngå 'unødvendige sykehusinnleggelser'. Med Samhandlingsreformen i 2012 ble kommunalt øyeblikkelig hjelp-døgntilbud (KAD) innført. Målet med KAD var å redusere bruk av dyre spesialisthelsetjenester og gi pasienter et helsetjenestetilbud nærmere der de bor. Det overordnede målet med prosjektet er å bidra med ny og oppdatert kunnskap om KAD. I prosjektet benytter vi helsedata og administrative registerdata samt data samlet i pågående og tidligere prosjekter.

Arbeidet er organisert i fire arbeidspakker. Den første arbeidspakken er en litteraturstudie av AAIC-modeller i europeiske høyinntektsland. Arbeidspakke to skal utforskes KADs rolle i eksisterende tjenestemottakeres pasientforløp. Den tredje arbeidspakken handler om variasjoner i bruken av KAD, mens den fjerde arbeidspakken gjennomfører en kostnadsanalyse av KAD-tilbudet. Marianne Skinner, Senter for omsorgsforskning, NTNU Gjøvik er prosjektleder. **Hilde Lurås** og **Marijke Veenstra** deltar i prosjektet som finansieres gjennom Forskningsrådets HELSEVEL program.

QUALcare: Et måleverktøy for tjenesterelatert livskvalitet

Kommunale helse- og omsorgstjenester til eldre utgjør et stort og viktig tjenestetilbud i den norske velferdsstaten. Det sikrer at personer som har behov for hjelp får dette. Tjenestene er i kontinuerlig utvikling og endring. Utviklingen vi ser i Norge følger internasjonale trender, der det i økende grad fokuseres på at eldre skal ha mulighet for å bo lengst mulig i eget hjem, ha mulighet for å medvirke, ha valgmuligheter og kontroll over eget liv, selv når hjelpebehov oppstår. En ser også en dreining mot at nye aktører som lokalmiljø og frivillige i økende grad inviteres inn som aktører i tjenestene.

QUALcare tar utgangspunkt i et engelsk kartleggingsverktøy (The Adult Social Care Outcomes Toolkit, ASCOT) som oversettes til og testes ut i en norsk kontekst. Verktøyet måler betydningen av omsorgstjenestene som ytes for livskvaliteten til tjenestemottakerne og kan benyttes på tvers av tjenestemottakerne som hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehjem. Tjenesterelatert livskvalitet måles gjennom åtte domener som dekker behov som mat, sikkerhet, aktivitet, sosial deltagelse og verdighet. Prosjektet finansieres av Forskningsrådet. Maren Sogstad, Senter for

omsorgsforskning, NTNU Gjøvik er prosjektleder. **Hilde Lurås** deltar i prosjektet.

Selvbestemmelse og samtykkevurderinger i pre-hospitalt arbeid

Avdeling for pre-hospitalt arbeid ved OsloMet har flere pågående doktorgradsprosjekter som undersøker praksisen blant ambulansepersonell når det gjelder selvbestemmelse og samtykkevurderinger i kliniske møter med personer med psykisk helse- eller rusproblemer.

Det ene prosjektet fokuserer på ambulansepersonells kunnskap om, og erfaring med tematikken, og det andre utforsker hva som hemmer og fremmer ambulansepersonells respekt for selvbestemmelsesretten og samtykkekompetansevurderinger. Finansieringen er fra OsloMet og Dam. Prosjektleder er Kristin Häikiö, og **Jorun Rugkåsa** er med som medveileder.

ACT1: Akershus Clinical Trial 1

Ahus har flere pågående initiativ for å øke antall studier. Et av disse er innenfor pragmatiske studier hvor Helge Røsjø er prosjektleder og **Torbjørn Wisløff** deltar som statistiker. Den første studien under paraplyen Akershus Clinical Research Center er ACT1 studien som evaluerer effekt av innføring av pasientsikkerhetstavler ved ortopedisk klinikk. Studien er et samarbeid mellom flere avdelinger på Ahus.

Befolkningsundersøkelser i Nord

Befolkningsundersøkelser i Nord har vært et stort tverrfakultært prosjekt ved UiT Norges Arktiske Universitet hvor Torbjørn Wisløff var prosjektleder i perioden 2019-2021 og Sameline Grimsgaard i perioden 2021-2023. Prosjektet jobbet for å øke samarbeid om befolkningsundersøkelser ved forskjellige fakultet ved UiT. I en undergruppe av prosjektet var fokus på sosial ulikhet i helse med fire stipendiater ved fire forskjellige institutt, hvor alle fire har veiledere fra minst to fakultet ved UiT. Chi Quynh Vo disputerte i 2024 med **Torbjørn Wisløff** som biveileder.

Hepatitt E vaksinstudie hos fertile kvinner i Bangladesh

Hepatitt E er lite studert, både i Norge og i land hvor det er mer vanlig. Joakim Øverbø ved

Folkehelseinstituttet disputerte i 2023 med en avhandling om Hepatitt E i Norge og Bangladesh. **Torbjørn Wisløff** har vært biveileder. Han er også bi-veileder for Asma Binte Aziz i samme prosjekt. En av artiklene i hennes avhandling ble publisert i *Lancet Global health* (impact 19.9) i 2024 (*Receipt of hepatitis E vaccine and fetal loss in rural Bangladesh: further analysis of a double-blind, cluster-randomised, controlled trial*).

CORAL

CORAL er et prosjekt forankret på Institutt for Helse og Samfunn ved UiO. Prosjektet er et samarbeid mellom UiO, Tannhelsetjenestens kompetansesenter Øst, og flere andre. Det arbeides med tiltak for å bedre samhandling for å øke oppslutning om tannhelsetjeneste til hjemmeboende eldre. Prosjektleder er Ragnhild Hellesø, **Torbjørn Wisløff** er hovedveileder for en stipendiat.

CONNECT

Dette er et nasjonalt offentlig-privat samarbeid mellom universitetssykehusene, legemiddelfirmaer, Legemiddelverket, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Kreftforeningen. I CONNECT jobbes det med problemstillinger knyttet til persontilpasset kreftbehandling. Et av delprosjektene fokuserer på finansieringsløsninger og ledes av professor Eline Aas fra UiO og Karoline Knutsen fra AstraZeneca. I dette delprosjektet deltar **Torbjørn Wisløff** på vegne av Ahus. I 2023 og 2024 har hovedfokus for arbeidet vært hvordan en bedre kan inkorporere klinikers innspill i metodevurderinger.

NCDNOR

Prosjektet har som formål å belyse utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) inkludert mental helse, muskel-skjelettsykdommer og omfanget av det å ha mer enn en NCD (multimorbiditet), og inkluderer også medisinbruk (polyfarmasi). NCDNOR skal identifisere mulige underliggende årsaksfaktorer og ulike risikofaktors betydning for utviklingen, samt betydningen av ulike livsforhold som sosioøkonomisk posisjon, familiesituasjon og bosted. Hensikten er å etablere ny kunnskap om hvordan psykisk helse, helseatferd og biologiske markører påvirker risikoen for utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer i et livsløpsperspektiv.

Forskningen vil gi ny kunnskap på NCD-området, som igjen vil kunne bidra til å identifisere arenaer for strukturelle og mer målrettede tiltak, og effekter av tiltak, på lokalt og nasjonalt nivå. Dette vil styrke det norske folkehelsearbeidet på sentrale områder

beskrevet i Helse- og omsorgsdepartementets Folkehelsemelding (2019). Prosjektet ledes av Inger Ariansen og Wenche Nystad ved Folkehelseinstituttet og er et samarbeid mellom et stort antall universitet, helseinstitusjoner og forskningsinstitusjoner, i samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. Prosjektleder er Inger Ariansen (FHI). **Torbjørn Wisløff** deltar i prosjektet med særlig ansvar for å sørge for å tilpasse data til bruk i helseøkonomiske evalueringer på NCD-feltet.

PRECISE

PRECISE skal bidra til bedre beslutninger knyttet til håndtering av usikkerhet i finansiering av persontilpasset behandling med usikker evidens. PRECISE vil utvikle eksisterende metoder for håndtering av usikkerhet og heterogenitet innen økonomisk evaluering av persontilpasset medisin. I tillegg til metodeutvikling, skal PRECISE anvende metodene på evalueringer av legemidler, samt vurdering av persontilpasset medisin. Målet er å demonstrere verdien av å anvende metodene på beslutninger om å finansiere nye tiltak. I 2024 disputerte stipendiat Mathyn Vervaart ved UiO, og prosjektet er nå avsluttet. Prosjektleder er Eline Aas, og **Torbjørn Wisløff** er prosjektdeltaker. PRECISE er finansiert av NordForsk og et samarbeidsprosjekt mellom UiO, Statens Legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Linköping Universitet, University of Sheffield, University of York og University of Bristol.

Sunne valg for alle

Dette er et stort tverrfaglig prosjekt ved UiT Norges Arktiske Universitet. Prosjektet har som mål å beskrive og bidra til å redusere ulikheter i helse i Norge. **Torbjørn Wisløff** deltar i prosjektet.

NoFract

I en stor randomisert studie som involverer 7 norske sykehus har man undersøkt effekten av en intervensjon som har som mål redusere risiko for nye brudd blant pasienter som har fått et lav-energi-brudd tidligere. Tiltaket viste lavere risiko for nye brudd og død. **Torbjørn Wisløff** deltar i prosjektet.

proACT, NEWS2 og MIG: En tiltakspakke for å styrke pasientsikkerheten ved Ahus

Pasienter som legges inn i sykehus er mer pleietrengende enn tidligere, og behandlingen som tilbys er mer kompleks. Den teknologiske utviklingen innebærer at sykehuset kan tilby avansert behandling til kritisk syke pasienter.

Utviklingen medfører økt behov for helsepersonell med høy kompetanse, bl.a. knyttet til vurdering av pasienters kliniske tilstand. Målet med prosjektet finansiert av OsloMet, er å bygge bro mellom utdanning, forskning og praksis, samt å få kunnskap om betingelser for et godt pasientsikkerhetsarbeid i sykehus i tilknytning til anvendelsen av tiltakspakken som består av opplæringsprogrammet proACT, skåringssystemet National Early Warning Score (NEWS2) og mobil intensiv gruppe (MIG). Prosjektet har et kvalitativt forskningsdesign bestående av intervjuer med sykepleiere og leger fra sengepost og MIG.

I tre delstudier utforsker vi: 1) Erfaringer med pasientsikkerhetstiltakspakken (Hospital nurses and physicians' experiences practicing patient safety work to recognize deteriorating patients: a qualitative study - PubMed), 2) Etiske utfordringer som kan oppstå ved assistanse fra MIG i forbindelse med akutt forverring hos sykehusinnlagte pasienter, og 3) Erfaringer fra en behovsidentifisert forskningsprosess. **Anne Werner** er medveileder for stipendiaten.

KOMA: Kompetansebygging i kommunehelsetjenesten

Kortere liggetid i sykehus og en aldrende befolkning stiller store krav til helsepersonells kompetanse i kommunehelsetjenesten. Det er behov for kunnskap om hva endringene betyr for sykepleieres kliniske arbeid og rolle, og for praksisbasert læring og utdanning. Mye tyder på at det er behov for å øke ansattes observasjonskompetanse og grunnleggende ferdigheter i å oppdage og iverksette tiltak ved somatisk sykdomsforverring hos pasienter. De siste tiårene har det vært fokus på tiltak som reduserer uønskede hendelser og øker pasientsikkerheten i sykehus. Med dette formålet innføres det å tilsvarende tiltak i kommunehelsetjenesten. Et utvalg sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere trenes som instruktører og skal lære opp sine kollegaer i klinisk observasjonskompetanse (KlinObsKommune). I prosjektet bruker vi KlinObsKommune som case for å studere kompetansebygging i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Målet er å bidra med kunnskap om hvilke implikasjoner kompetanseoverføring kan få for sykepleierollen og utdanningen, samt hvilke betingelser som er nødvendig for å få til kompetansebygging i kommunen. Prosjektet har et kvalitativt forskningsdesign og kombinerer observasjon, intervjuer og fokusgruppeintervjuer. OsloMet finansierer en stipendiat i prosjektet hvor **Anne Werner** er prosjektleder.

COVIDEO: Terapeuters motivasjon og forventninger til å gi videobasert kognitiv terapi til ungdom med sosial angst

Covideo-studien er en større randomisert kontrollert multisenter effektstudie av kognitiv terapi for sosial angst hos ungdom gitt på video versus på kontor. I en av delstudiene til doktorgradsstipendiat Toril Skumsnes (Sykehuset Innlandet og NTNU) utforskes terapeuters motivasjon og forventninger til å gi videobasert kognitiv terapi til denne pasientgruppen. Terapeuter i Cvideo-studien blir invitert til å delta i fokusgruppeintervjuer og å svare på et spørreskjema i forkant av videobasert terapi. Fokusgruppeintervjuene vil bli analysert med Malteruds systematisk tekstkondensering - en firetrinns tematisk analysemetode av kvalitative data. Prosjektleder for den randomiserte kontrollerte studien er Einar Røshol Heiervang (Sykehuset Innlandet, BUP Tynset). Studien er finansiert av Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK). Hovedveileder i doktorgradsprosjektet er Jo Magne Ingul (NTNU), prosjektdeltaker er Marianne Aalberg (Ahus/FOU enheten psykisk helsevern). **Anne Werner** deltar i den kvalitative delstudien.

Nevro-NORCAST: Nevrologisk del av Norwegian cardiorespiratory arrest study

Nevro-NORCAST: Nevrologisk del av Norwegian Cardiorespiratory Arrest Study
NORCAST prosjektet som utgår fra OUS Ullevål har rekruttert 259 pasienter som har hatt dokumentert hjertestans utenfor sykehus, og deretter resuscitert og behandlet med nedkjøling og sedasjon samt kardiologisk intensivbehandling. Den nevrologiske delen som ledes av **Christofer Lundqvist** fokuserer på klinisk prognostisering, og nevrologisk og nevropsykologisk oppfølging av langtidsoverlevende etter 6 måneder og etter 5 år. Overlevelse er 50%, og de fleste pasientene oppnår god funksjon ved oppfølgingstidspunktet. Analyse av kognitiv outcome og nevrologiske prediktorer av dette er underveis.

NOR-PARK

Dette er en RCT i et samarbeidsprosjekt med Nevrosysmed på Haukeland sykehus som er Norges første nasjonale senter for forskning på hjemmens sykdommer, blant annet Parkinsons sykdom. Studien har et multisenter design hvor Ahus er et av flere sentre for pasientrekruttering. Målet er å finne og teste intervensjoner som kan bremse parkinsonsykdommens utvikling over tid. Prosjektet

har også en tungt eksperimentell og preklinisk gren. Samarbeidspartner ved HØKH er **Christofer Lundqvist**.

CANDMIG

Dette prosjektet utgår fra Nasjonalt kompetansesenter for hodepine, NTNU, Trondheim. Prosjektet er en RCT hvor blodtrykksmedisinen Atacand testes mot placebo. Hodepineseksjonen ved nevrologisk avdeling Ahus inngår som et av 9 nasjonale sentra. Prosjektet er finansiert fra Forskningsrådet via NTNU. Samarbeidspartner ved HØKH er **Christofer Lundqvist**. Prosjektet er avsluttet i år og vil bli publisert i løpet av 2024.

Return to work: Stress, medisiner og smerte

Prosjektet utgår fra Ahus, FOU enheten ved avdeling for Psykisk helsevern og rus i samarbeid med Oslo Met og Ortopedisk avdeling Ahus. Prosjektansvarlig er Prof Johannes Gjerstad.

I prosjektet inngår en pilotstudie av gjennomførbarhet av Brief Intervention for å redusere bruk av opiatsmertestillende blant pasienter med ryggsmerte. **Christofer Lundqvist** er involvert i flere faser av prosjektet, og spesielt planlegging og gjennomføring av Brief Intervention. Pilotprosjektet er gjennomført og skal inngå i en masteroppgave.

RESOLUTION

Studien er en sponsordrevet RCT studie som utgår fra det Danske legemiddelfirmaet Lundbeck. Fokus er på kronisk migrene med medikamentoverforbrukshodepine. Brief Intervention metodikken som vår gruppe tidligere har beskrevet som en effektiv intervensjon er den behandlingen som ligger til grunn i begge armene i studien. Selve RCT-delen fokuserer på sammenligning mellom Brief Intervention pluss intravenøs infusjon av Eptizumab (en forebyggende medisin, såkalt CGRP hemmer) sammenlignet med Brief Intervention og placebo infusjon. Behandlingen gjentas etter 3 måneder da samtlige deltakere får Eptinezumab. Hovedutfallsmål er antall dager med migrene. 16 pasienter er randomisert i Norge hvorav 6 ved Ahus (mål er 30/32 pasienter før sommer 2024). Totalt er nesten 400 av 570 pasienter randomisert i studien internasjonalt. **Christofer Lundqvist** er medarbeider i prosjektets internasjonale Steering Committee, er Nasjonal Coordinator og principal investigator ved Ahus. Han har vært med i design og planlegging av prosjektet og er hovedansvarlig for gjennomføringen i Norge.

Emergent abdominal surgery: Optimal handling of acute appendicitis and risk factors for unplanned reoperations after abdominal emergencies

Dette er et PhD prosjekt for klinisk stipendiat og kirurg Ingeborg Steinholt, hvor **Jūratė Šaltytė Benth** er medveileder og Knut Magne Augestad er prosjektleder og hovedveileder. I prosjektet skal stipendiaten undersøke behandling/akutt kirurgi av appendisitt (blindtarm) ved Ahus. Del 1 av studien består av å være deltagende norske senter i PERFECT studien (initiert av forskere i Finland), en multisenter RCT der man ønsker å undersøke hvordan tilbakehold av antibiotika i ventetiden før operasjon for appendisitt virker inn på prognosen. I del II av studien skal det trekkes ut data om alle som er operert for appendisitt på Ahus over en 10 års periode for å evaluere hvilken innvirkning antibiotikabruk har på prognose ved behandling for akutt appendisitt. Videre, skal det undersøkes hvem som blir reoperert og hvilken rolle kirurgens erfaring på har på reoperasjoner.

Using Norwegian and US rectal cancer quality of care registry data for personalized precision cancer care. Development of nomogram decision aids to optimize rectal cancer treatment

Dette er et Helse-Nord finansiert PhD prosjekt for klinisk stipendiat Jose Bravo, hvor **Jūratė Šaltytė Benth** er medveileder og Knut Magne Augestad prosjektleder og hovedveileder. I prosjektet skal stipendiaten kombinere data fra to norske registre: Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft og Kreftregister. Hensikten er å identifisere prediktorer for komplett respons etter neoadjuvant kjemoradioterapi og risikofaktorer for metastatisk tilbakefall (definert som lokalt eller metastatisk tilbakefall). Det skal også utvikles et online verktøy for å beregne sannsynlighet for tilbakefall, lokalt tilbakefall og metastatisk tilbakefall blant pasienter med rektalkreft.

The clinical skill of providing information to patients: Generating evidence-based knowledge to inform theory- and evidence-based training and practice

Dette PhD-prosjektet er finansiert fra Avdeling for atferdsmedisin, Institutt for medisinske basalfag, UiO. Prosjektet er knyttet til COMEINFO prosjektet, og målet er å finne, co-designe og implementere opplæringsintervensjoner for medisinstudenter for å øke informasjonskompetanse. Prosjektleder er Hanne C. Lie. **Julia Menichetti Delor** er involvert i

analysefasen av prosjektet og er medveileder for stipendiat Herman Egenberg. Prosjektet avsluttes i 2025.

Pasientinvolvering i beslutninger om behandling ved avansert lungekreft

«Improving decision-making and patient trajectories in advanced lung cancer treatment - a multicenter implementation study» er en studie som utgår fra Helse Bergen, finansiert av Helse Vest. Den ser på en spesifikk situasjon, når undersøkelser viser at pasienten ikke responderer på førstelinjebehandling, og den da nødvendige diskusjon om valg av videre behandling. Prosjektleder er lungespesialist Margrethe Schaufel. Det er gjennomført en større kvalitativ undersøkelse med intervjuer og fokusgruppeintervjuer med leger og sykepleiere om utfordringer med involvering av pasienter i beslutningene, og det arbeides med en intervensjon. Én artikkel er publisert med HØKH-adresse. **Pål Gulbrandsen** er involvert i flere faser av prosjektet.

Bedre behandling av brystsmarter i akuttmottaket

«Improving diagnostic precision and management for patients with acute chest pain – a multidisciplinary conversation analytic intervention» er en studie av samtaler mellom pasienter og leger i akuttmottaket på tre sykehus, Nordlandssykehuset, Ahus og St. Olavs hospital. Pasientene rekrutteres i akuttmottaket og det tas videoer av samtalene, som så blir analysert ved hjelp av konversasjonsanalyse. Bakgrunnen for dette er tilsvarende studier fra Storbritannia som viser at detaljer i hvordan pasient og lege snakker sammen kan indikere hvilken diagnose som ligger bak anfall av nevrologisk karakter, noe som kan peke i retning av at det finnes mønstre i atferd som kan hjelpe i diagnostikk. Studien er finansiert av Helse Nord og utgår fra Nordlandssykehuset. Prosjektleder er Eirik Ofstad og postdoktorstipendiat er Anne Marie Landmark. **Pål Gulbrandsen** er involvert i analysefasen av prosjektet.



Fra vårt årlige HØKH seminar på Støtvig hotell. Mai 2024

Publiserte artikler i år

1. Alm-Kruse K, Gjerset GM, Tjelmeland IBM, Isern CB, Kramer-Johansen J, Garratt AM. **How do survivors after out-of-hospital cardiac arrest perceive their health compared to the norm population? A nationwide registry study from Norway.** Resuscitation plus. 2024;17:100549.
2. Aluh DO, Lantta T, Lourenco T, Birkeland SF, Castelpietra G, Dedovic J, Caldas-de-Almeida JM, Rugkasa J. **Legislation and policy for involuntary mental healthcare across countries in the FOSTREN network: rationale, development of mapping survey and protocol.** BJPsych open. 2024;10(5):e154.
3. Amri M, Jolstad B, Bump JB. **Health equity and distributive justice: views of high-level African policymakers.** BMC medical ethics. 2024;25(1):151.
4. Andreassen C, Dahl C, Solberg LB, Borgen TT, Wisloff T, Gjertsen J-E, Figved W, Stutzer JM, Nissen FI, Nordsletten L, Frihagen F, Bjornerem A, Omsland TK. **Epidemiology of forearm fractures in women and men in Norway 2008-2019.** Osteoporosis international. 2024;35(4):625-33.
5. Bakken R, Benth JS, Fauske H, Lien L, Landheim AS. **Individual Trajectories of Specialist Substance Use Disorder and Mental Health Treatment Utilization Among Young Adults With Substance Use Problems: A Cohort Study.** Journal of dual diagnosis. 2024;20(3):251-65.
6. Banipal GS, Stimec BV, Andersen SN, Edwin B, Nesgaard JM, Saltyte Benth J, Ignjatovic D, group RCCs. **Are Metastatic Central Lymph Nodes (D3 volume) in right-sided Colon Cancer a Sign of Systemic Disease? A sub-group Analysis of an Ongoing Multicenter Trial.** Annals of surgery. 2024;279(4):648-56.
7. Berg AMN, Werner A, Knutsen IR, Johannessen A-K. **Hospital nurses and physicians' experiences practicing patient safety work to recognize deteriorating patients: a qualitative study.** BMC health services research. 2024;24(1):1429.
8. Bergsholm YKR, Langaas HC, Krogstad T, Holm LB. **Academic Detailing is a Preferred Knowledge Update Tool Among Norwegian Pharmacists to Improve Antibiotic Counseling: Results From a Quantitative Study Employing the Provider Satisfaction With Academic Detailing (PSAD) and the Detailer Assessment of Visit Effectiveness (DAVE) Tools.** Inquiry : The Journal of Health Care Organization Provision and Financing. 2024;61:469580241273228.
9. Bernhardsen GP, Thomas O, Mantyselka P, Niskanen L, Vanhala M, Koponen H, Lehto SM. **Metabolites and depressive symptoms: Network- and longitudinal analyses from the Finnish Depression and Metabolic Syndrome in Adults (FDMSA) Study.** Journal of affective disorders. 2024;347:199-209.
10. Birkeli GH, Thomas OMT, Deilkas ECT, Ballangrud R, Lindahl AK. **Effect of the Green Cross method on patient safety culture in a postanaesthesia care unit: a longitudinal quasi-experimental study.** BMJ open quality. 2024;13(4).
11. Bjelkaroy MT, Benth JS, Simonsen TB, Siddiqui TG, Cheng S, Kristoffersen ES, Lundqvist C. **Measuring pain intensity in older adults. Can the visual analogue scale and the numeric rating scale be used interchangeably?** Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry. 2024;130:110925.
12. Bjelkaroy MT, Simonsen TB, Siddiqui TG, Halset S, Cheng S, Grambaite R, Benth JS, Gerwing J, Kristoffersen ES, Lundqvist C. **Brief Intervention as a Method to Reduce Z-Hypnotic Use by Older Adults: Feasibility Case Series.** JMIR formative research. 2024;8:e51862.

13. Bjelkarøy MT, Simonsen TB, Siddiqui TG, Cheng S, Grambaite R, Saltyte Benth J, Lundqvist AC. **Mortality and health-related quality of life in older adults with long-term use of opioids, z-hypnotics or benzodiazepines: a prospective observational study at 5 years follow-up.** BMJ open. 2024;14(2):10.
14. Bohn SKH, Oldervoll LM, Reinertsen K, Seland M, Fosså A, Kiserud C, Skaali T, Nilsen TS, Blomhoff R, Henriksen HB, Lie HC, Berge T, Fjerstad E, Wisloff T, Slott M, Zajmovic, Thorsen L. **The feasibility of a multidimensional intervention in lymphoma survivors with chronic fatigue.** Supportive Care in Cancer. 2024;32(1):13.
15. Brenna IH, Waleur KM, Benth JS, Solli KK, Mordal J, Loberg E-M, Weimand B, Tanum L. **Patients with Opioid Use Disorder Choosing Treatment with Extended-Release Naltrexone: A 6-Month Naturalistic Study.** European addiction research. 2024:1-12.
16. Cestelli L, Johannessen A, Gulsvik A, Stavem K, Nielsen R. **Risk Factors, Morbidity, and Mortality in Association With Preserved Ratio Impaired Spirometry and Restrictive Spirometric Pattern: Clinical Relevance of Preserved Ratio Impaired Spirometry and Restrictive Spirometric Pattern.** Chest. 2024:13.
17. Cestelli L, Stavem K, Johannessen A, Gulsvik A, Nielsen R. **Outcome-based Definition of the Lower Limit of Normal in Spirometry: A Study of 26,000 Young Adult Men.** Annals of the American Thoracic Society. 2024;21(9):1261-71.
18. Chai Q, Yang Z, Liu X, An D, Du J, Ma X, Rand K, Wu B, Luo N. **Valuation of EQ-5D-5L health states from cancer patients' perspective: a feasibility study.** The European journal of health economics. 2024;25(6):915-24.
19. Delalic L, Grosland M, Godager G, Oien H. **Continuity of care in general practice in Norway.** PloS one. 2024;19(7):e0305164.
20. Dhayyat A, Mykland Hilde J, Jervan O, Rashid D, Gleditsch J, Stavem K, Ghanima W, Steine K. **Exercise pulmonary hypertension in chronic thromboembolic pulmonary disease: A right heart catheterization study.** Pulmonary circulation. 2024;14(4):e70018.
21. Engedal K, Benth JS, Wagle J, Gjora L, Selbak G, Persson K. **Normative Scores on the Clock Drawing Test Among Older Adults from a Large Population Survey in Norway: The HUNT Study.** Journal of Alzheimer's Disease. 2024;101(1):223-34.
22. Fjeldheim H, Anke TMS, Norheim HMS, Werner A, Aalberg M, Moe V. **"As a Grandmother, I Trust Her 100%!" A Qualitative Study of Therapists' Experiences with Unexpected Changes in the Mother–Grandmother Relationship Among Perinatal Women with Adverse Childhood Experiences.** Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy. 2024;23(4):301-19.
23. Fjeldheim H, Werner A, Anke T, Moe V, Norheim HS, Aalberg M. **Parenting the parent without losing sight of the child. A qualitative study of therapists' experiences with intergenerational adversities in perinatal psychotherapy.** Infant mental health journal. 2024;45(2):201-16.
24. Frigaard C, Menichetti J, Schirmer H, Bjornstad H, Breines Simonsen T, Wisloff T, Gulbrandsen P, Gerwing J. **What do patients with heart failure disclose about medication adherence at home to their hospital and primary care doctors? Exploratory interaction-based observational cohort study.** BMJ open. 2024;14(8):e086440.
25. Garratt AM, Stavem K. **COVID-19 and self-reported health of the Norwegian adult general population: A longitudinal study 3 months before and 9 months into the pandemic.** PloS one. 2024;19(10):e0312201.

26. Garratt AM, Stavem K, Shaw JW, Rand K. **EQ-5D-5L value set for Norway: a hybrid model using cTTO and DCE data.** Quality of Life Research. 2024.
27. Gerwing J, White AEC, Henry SG. **Communicative Practices Clinicians Use to Correct Patient Misconceptions in Primary Care Visits.** Health communication. 2024;39(12):2682-97.
28. Gjestad E, Nerdal V, Saltvedt I, Lydersen S, Kliem E, Ryum T, Grambaite R. **Delirium in acute stroke is associated with increased cognitive and psychiatric symptoms over time: The Nor-COAST study.** Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases. 2024;33(6):107667.
29. Gulbrandsen P. **Død i vente.** Tidsskrift for Den norske legeforening. 2024;144(13):1053-.
30. Gulbrandsen P. **Kan Norge finne veien til forsvarlig sparsommelighet i helsetjenesten?** Michael. 2024;21(1):92-9.
31. Gaarden TL, Engedal K, Benth JS, Larsen M, Lorentzen B, Mollnes TE, Bjolseth TM, Castellheim AG. **Persistent pro-inflammatory trait in elderly patients following treatment-resistant major depressive disorder: a longitudinal exploratory study.** Nordic Journal of Psychiatry. 2025;79(1):42-51.
32. Hagen K, Winsvold BS, Bjørk MH, Tronvik E, Mathiesen LB, Ofte HK, Lundqvist C, Sønnervik J, Bäcklund N. **Room for improvement in the follow-up for unilateral headache with autonomic symptoms.** Tidsskrift for Den norske legeforening. 2024;144(7).
33. Hauksson IT, Havdal MB, Benth JS, Hoelsbrekken SE, Randsborg P-H. **Collagenase Clostridium histolyticum Versus Needle Fasciotomy for Primary Metacarpophalangeal Dupuytren Contracture: Five-Year Results from a Randomized Controlled Trial.** JBJS Open Access. 2024;9(4).
34. Horn SA, Norheim OF, Barra GMH. **An Alternative Approach to Measuring Health Inequality in Norway and Implications for Municipal Priority Setting.** Tidsskrift for omsorgsforskning. 2024;10(2):65-89.
35. Husum TL, Wormdahl I, Kjus SHH, Hatling T, Rugkasa J. **Something Happened with the Way We Work: Evaluating the Implementation of the Reducing Coercion in Norway (ReCoN) Intervention in Primary Mental Health Care.** Healthcare. 2024;12(7).
36. Ibsen TL, Strand BH, Bergh S, Livingston G, Luras H, Mamelund S-E, Voshaar RO, Rokstad AMM, Thingstad P, Gerritsen D, Selbak G. **A longitudinal cohort study on the use of health and care services by older adults living at home with/without dementia before and during the COVID-19 pandemic: the HUNT study.** BMC health services research. 2024;24(1):485.
37. Jevremovic D, Aroen A, Thomas OMT, Berge HM, Khan AA, Ulstein S. **Anterior Cruciate Ligament Reconstruction and Concomitant Focal Cartilage Lesions: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prognosis after Surgical Treatment.** Cartilage. 2024:19476035241292719.
38. Jolstad B, Gustavsson E. **Against tiebreaking arguments in priority setting.** Journal of medical ethics. 2024;50(5):320-3.
39. Jolstad B, Juth N, Solberg CT, Barra M. **When Should Popular Views be Included in a Reflective Equilibrium?** Erkenntnis. 2024:18.
40. Jolstad B, Stenmarck MS, Barra M. **Preparing popular views for inclusion in a reflective equilibrium: A case study on illness severity.** Social Science & Medicine. 2024;348:116794.
41. Juhl MH, Olesen AE, Deilkas ET, Bruun NH, Obling KH, Rytter N, Larsen MD, Kristensen S. **Patient Safety Climate in Danish Primary Care: Adaption and Validation of the Danish Safety Attitudes Questionnaire (SAQ-DK-PRIM).** Clinical epidemiology. 2024;16:533-47.

42. Kuklin V, Sovershaev M, Bjerner J, Keith P, Scott LK, Thomas OMT, Szpirt W, Rock G, Stegmayr B. **Influence of therapeutic plasma exchange treatment on short-term mortality of critically ill adult patients with sepsis-induced organ dysfunction: a systematic review and meta-analysis.** Critical Care. 2024;28(1):12.
43. Kval LAH, Gulbrandsen P, Werner A, Bergland A. **Implementation of the four habits model in intermediate care services in Norway: a process evaluation.** BMC health services research. 2024;24(1):1196.
44. Larsen RE, Hole K, Selle ML, Johannessen Landmark C, Krogstad T, Holm LB. **Access to a tailored mobile application enhances medication adherence among young users of antidepressants.** Frontiers in pharmacology. 2024;15:1379700.
45. Liao M, Yang Z, Rand K, Luo N. **Testing "Pits" Time Trade-Off: Can Data Quality be Improved by Removing Death From Valuation of Health States?** Value in Health. 2024;27(9):1261-9.
46. Lloyd A, Rand K, Pike C, Ellis C. **Preference-based utility weights for the Individualized Neuromuscular Quality of Life Questionnaire (INQoL), with a focus on non-dystrophic myotonia (NDM).** The European journal of health economics. 2024;25(8):1461-9.
47. Macedo MD, Rislokken J, Rotstein E, Benth JS, Ellstrom Engh M, Siafarikas F. **Pelvic floor symptoms according to the severity of second-degree perineal tears within 12months post-partum: Alongitudinal prospective cohort study.** Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2024;103(7):1366-76.
48. Makoul G, Noble L, Gulbrandsen P, van Dulmen S. **Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters.** Patient education and counseling. 2024;122:108158.
49. Malik YG, Benth JS, Hamre HM, Faerden AE, Ignjatovic D, Schultz JK. **Chemotherapy reduces long-term quality of life in recurrence-free colon cancer survivors (LaTE study)-a nationwide inverse probability of treatment-weighted registry-based cohort study and survey.** Colorectal disease. 2024;26(1):22-33.
50. Malik YG, Benth JS, Hamre HM, Farden AE, Schultz JK. **Effect of radiotherapy on long-term quality of life in recurrence-free rectal cancer survivors (LaTE study): nationwide inverse probability of treatment-weighted registry-based cohort study and survey.** BJS open. 2024;8(5).
51. Mecinaj A, Gulati G, Ree AH, Gravdehaug B, Rosjo H, Steine K, Wisloff T, Geisler J, Omland T, Heck SL. **Impact of the ESC Cardio-Oncology Guidelines Biomarker Criteria on Incidenceof Cancer Therapy-Related Cardiac Dysfunction.** JACC: CardioOncology. 2024;6(1):83-95.
52. Menichetti J, Gulbrandsen P, Landmark AM, Lie HC, Gerwing J. **How Do Physicians Frame Medical Information in Talks With Their Patients? An Inductive Microanalysis.** Qualitative health research. 2024;34(1-2):101-13.
53. Mikkola P, Martin OA, Chandramouli S, Hartmann M, Pla OA, Thomas OMT, Pesonen H, Corander J, Vehtari A, Kaski S, Bürkner P-C, Klami A. **Prior Knowledge Elicitation: The Past, Present, and Future.** Bayesian Analysis. 2024;19(4):1129-61.
54. Nordhaug M, Willassen ET, Tveiten S, Jerpseth H, Johannessen AK. **Implications of constrained educational pathways for development of nursing students' professional identity - A qualitative study.** Nordisk Sygeplejeforskning. 2024;14(1):1-13.
55. Nordum FH, Tveit SH, Idland A-V, Øyen LA, Thomas OMT, Søvik S, Hyldebrandt JA. **Predictors of cerebral blood flow during surgery in the Trendelenburg position, and their correlations to postoperative cognitive function.** Frontiers in Anesthesiology. 2024;3:11.

56. Norheim I, Pedersen R, Selle ML, Rossberg JI, Hestmark L, Heiervang KS, Ruud T, Asholt VM, Hansson KM, Moller P, Fosse R, Romoren M. **Implementation of guidelines on Family Involvement for persons with Psychotic disorders: a pragmatic cluster randomized trial. Effect on relatives' outcomes and family interventions received.** *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1381007.
57. Nystad W, Hjellvik V, Larsen IK, Robsahm TE, Sund ER, Krokstad S, Hopstock LA, Grimsgaard S, Langhammer A, Bramness JG, Wisloff T, Lergenmuller S, Dalene KE, Meyer HE, Holvik K, Helgeland J, Karlstad O, Ariansen I. **National health registries - a 'goldmine' for studying non-communicable disease occurrence in Norway - the NCDNOR project.** *Scandinavian journal of public health*. 2024;52(8):988-96.
58. Nystrom V, Luras H, Moger T, Leonardsen A-CL. **Patient experiences and clinical outcomes of admissions to municipal acute wards versus a hospital: a multicentre randomised controlled trial in Norway.** *Scandinavian journal of primary health care*. 2024;42(4):659-67.
59. Olesen AE, Juhl MH, Deilkas ET, Kristensen S. **Review: application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care - a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units.** *BMC primary care*. 2024;25(1):37.
60. Omland T, Røsjø H, Wisløff T, Bernard ML, Hiltbold AE, Khatib S, Polin GM, Rogers PA, Morin DP. **Serial secretoneurin measurement and risk of ventricular arrhythmias and death in patients with left ventricular systolic dysfunction.** *Clinical biochemistry*. 2025;135:110868.
61. Ovrebotten T, Mecinaj A, Stavem K, Ghanima W, Bronstad E, Durheim MT, Lerum TV, Josefsen T, Grimsmo J, Heck SL, Omland T, Ingul CB, Einvik G, Myhre PL. **Trajectory of cardiac troponin T following moderate-to-severe COVID-19 and the association with cardiac abnormalities.** *BMC cardiovascular disorders*. 2024;24(1):206.
62. Randsborg P-H, Brinchmann JE, Owesen C, Engebretsen L, Birkenes T, Hanvold HA, Benth JS, Aroen A. **Autologous Chondrocyte Implantation Is Not Better Than Arthroscopic Debridement for the Treatment of Symptomatic Cartilage Lesions of the Knee: Two-Year Results From a Randomized-Controlled Trial.** *Arthroscopy, sports medicine, and rehabilitation*. 2024;6(2):100909.
63. Ree AH, Saltyte Benth J, Hamre HM, Kersten C, Hofslie E, Guren MG, Sorbye H, Johansen C, Negard A, Bjornetro T, Nilsen HL, Berg JP, Flatmark K, Meltzer S. **First-line oxaliplatin-based chemotherapy and nivolumab for metastatic microsatellite-stable colorectal cancer-the randomised METIMMOX trial.** *British journal of cancer*. 2024;130(12):1921-8.
64. Rosjo H, Solberg OG, Aaberge L, Bosse G, Omland T, Stavem K, Myhre PL. **Trans-Cardiac Gradient of Secretoneurin in Patients with Takotsubo Syndrome.** *Cardiology*. 2024;149(5):466-71.
65. Ruud T, Selle ML, Clausen HK, Heiervang KS, Odden S, Stuen HK, Landheim A. **Clinical outcomes and outcome predictors of two-year assertive community treatment in Norway: an explorative prospective pre-post study.** *BMC psychiatry*. 2024;24(1):729.
66. Šaltytė Benth J, Benth FE, Nakstad ER. **Nearly Instantaneous Time-Varying Reproduction Number for Contagious Diseases-a Direct Approach Based on Nonlinear Regression.** *Journal of Computational Biology*. 2024;31(8):727-41.
67. Skar-Froding R, Clausen HK, Biringer E, Ruud T, Saltyte Benth J, Veland M, S Heiervang K. **Service and Treatment Factors as Predictors of Satisfaction with Mental Health Services Among Service Users with Psychosis.** *Community mental health journal*. 2024.
68. Sletten R, Berger Christiansen O, Oldervoll LM, Astrom L, Kjesbu Skjellegrind H, Saltyte Benth J, Kirkevold O, Bergh S, Gronberg BH, Rostoft S, Bye A, Mork PJ, Slaaen M. **The association between age and long-term quality of life after curative treatment for prostate cancer: a cross-sectional study.** *Scandinavian journal of urology*. 2024;59:31-8.

69. Sletten R, Slaaen M, Oldervoll LM, Skjellegrind HK, Benth JS, Astrom L, Kirkevold O, Bergh S, Gronberg BH, Rostoft S, Bye A, Mork PJ, Christiansen OB. **Self-reported health, function, and use of health care services in older prostate cancer survivors compared to matched controls: a cross-sectional study.** Journal of Cancer Survivorship. 2024.
70. Slaaen M, Royset IM, Saltvedt I, Gronberg BH, Halsteinli V, Dohl O, Vossius C, Kirkevold O, Bergh S, Rostoft S, Oldervoll L, Bye A, Melby L, Rosstad T, Eriksen GF, Sollid MIV, Rolfson D, Saltyte Benth J. **Geriatric assessment with management for older patients with cancer receiving radiotherapy: a cluster-randomised controlled pilot study.** BMC medicine. 2024;22(1):232.
71. Smets EMA, Menichetti J, Lie HC, Gerwing J. **What do we mean by "tailoring" of medical information during clinical interactions?** Patient education and counseling. 2024;119:108092.
72. Smith ME, Sharma D, Rivero-Arias O, Rand K, Barrack L, Ogburn E, Young M, Field P, Multmeier J, Muzaffar J. **Digital thErapy For Improved tiNnitus carE Study (DEFINE): Protocol for a randomised controlled trial.** PloS one. 2024;19(1):0.
73. Sorheim P, Barra M, Norheim OF, Gamlund E, Solberg CT. **Premature Death as a Normative Concept.** Health Care Analysis. 2024;32(2):88-105.
74. Standal K, Solbakken OA, Rugkasa J, Halvorsen MS, Abbass A, Wirsching C, Brakstad IE, Heiervang KS. **Medication-Free Treatment in Mental Health Care How Does It Differ from Traditional Treatment?** Patient preference and adherence. 2024;18:315-35.
75. Stenmarck MS, Whitehurst DG, Baker R, Barra M. **Charting public views on the meaning of illness severity.** Social Science & Medicine. 2024;347:116760.
76. Stenmarck MS, Whitehurst DG, Luras H, Rugkasa J. **"It's hard to say anything definitive about what severity really is": lay conceptualisations of severity in a healthcare context.** BMC health services research. 2024;24(1):490.
77. Storm M, Morken IM, Austin RC, Nordfonn O, Wathne HB, Urstad KH, Karlsen B, Dalen I, Gjeilo KH, Richardson A, Elwyn G, Bru E, Soreide JA, Korner H, Mo R, Stromberg A, Luras H, Husebo AML. **Evaluation of the nurse-assisted eHealth intervention 'eHealth@Hospital-2-Home' on self-care by patients with heart failure and colorectal cancer post-hospital discharge: protocol for a randomised controlled trial.** BMC health services research. 2024;24(1):18.
78. Strand BH, Haberg AK, Eyjolfssdottir HS, Kok A, Skirbekk V, Huxhold O, Loset GK, Lennartsson C, Schirmer H, Herlofson K, Veenstra M. **Spousal bereavement and its effects on later life physical and cognitive capability: the Tromso study.** GeroScience. 2024;46(6):6055-69.
79. Tevik K, Skrastad RB, Benth JS, Selbak G, Bergh S, Eldholm RS, Krokstad S, Helvik A-S. **Prevalence and change in alcohol consumption in older adults over time, assessed with self-report and Phosphatidylethanol 16:0/18:1 -The HUNT Study.** PloS one. 2024;19(5):e0304714.
80. Torjusen ML, Feiring E, Barra M, Vøllestad NK, Solberg CT. **Priority Setting in Norwegian Municipal and Health Care Services: A Thematic Analysis of Public Consultation Documents.** Tidsskrift for omsorgsforskning. 2024;10(2):124-37.
81. Vazquez Fernandez L, Diz-Lois Palomares A, Vicedo Cabrera AM, Freiesleben De Blasio B, Di Ruscio F, Wisloff T, Rao S. **Short-term association between air temperature and mortality in seven cities in Norway: A time series analysis.** Scandinavian journal of public health. 2024:14034948241233359.
82. Vazquez Fernandez L, Diz-Lois Palomares A, Vicedo-Cabrera AM, Gasparriani A, De Blasio BF, Di Ruscio F, Masselot P, Wisløff T, Rao-Skirbekk S. **Municipality assessment of temperature-related mortality risks in Norway.** Environmental Research. 2024;266:9.

83. Veenstra M, Lie Selle M, Johannessen A, Gulsvik A, Stavem K. **Occupational class inequalities in all-cause and cardiovascular mortality in Norwegian men and women: a population-based approach with 45 years follow-up.** Public health. 2024;236:230-8.
84. Vikan M, Deilkas EC, Valeberg BT, Bjornnes AK, Husby VS, Haugen AS, Danielsen SO. **The anatomy of safe surgical teams: an interview-based qualitative study among members of surgical teams at tertiary referral hospitals in Norway.** Patient safety in surgery. 2024;18(1):7.
85. Vo CQ, Wilsgaard T, Samuelsen P-J, Mathiesen EB, Sommerseth HL, Eggen AE, Wisloff T. **Longitudinal cholesterol trends across socioeconomic groups in Norway: the influence of lipid-lowering drugs in the population-based Tromso Study 1994-2016.** BMJ open. 2024;14(12):e089819.
86. Vaage AM, Benth JS, Meyer HE, Holmoy T, Nakken O. **Premorbid lipid levels and long-term risk of ALS-a population-based cohort study.** Amyotrophic lateral sclerosis & frontotemporal degeneration. 2024;25(3-4):358-66.
87. Werner A, Knutsen IR, Johannessen A-K. **Between Public Guidelines for User Involvement and Ideals About Free Research: Using Collaborative Autoethnography to Explore Researcher Experiences From a User Involvement Process.** Health Expectations. 2024;27(5):e70055.
88. Wimmer H, Stenones SH, Benth JS, Lundqvist C, Andersen GO, Draegni T, Sunde K, Nakstad ER. **Outcome prediction in comatose cardiac arrest patients with initial shockable and non-shockable rhythms.** Acta anaesthesiologica Scandinavica. 2024;68(2):263-73.
89. Yang Z, Devlin NJ, Rand K, Luo N. **Testing 2 Alternative Time Trade-Off Methods for Valuation of Children's Health States.** Value in Health. 2024;27(1):43-50.
90. Yang Z, Rand K, Luo N. **Valuation of Multidimensional Health States With a Bolt-On: Is There a Shortcut?** Value in Health. 2024;27(11):1544-52.
91. Yang Z, Rand K, Stolk E, Busschbach J, Luo N. **Exploring non-iterative time trade-off methods for valuation of EQ-5D-5L health states.** The European journal of health economics. 2024;25(7):1087-94.
92. Young J, Seeberg KA, Aakre KM, Borgeraas H, Nordstrand N, Wisloff T, Hjelmessath J, Omeland T, Hertel JK. **The liver-heart axis in patients with severe obesity: The association between liver fibrosis and chronic myocardial injury may be explained by shared risk factors of cardiovascular disease.** Clinical biochemistry. 2024;123:110688.
93. Aalokken TM, Ashraf H, Einvik G, Lerum TV, Meltzer C, Rodriguez JR, Skjonsberg OH, Stavem K. **CT abnormalities 3 and 12 months after hospitalization for COVID-19 and association with disease severity: A prospective cohort study.** PloS one. 2024;19(5):e0302896.
94. Aars OK, Godager G, Kaarboe O, Moger TA. **Sending emails to reduce medical costs? The effect of feedback on general practitioners' claiming of fees*.** Journal of Behavioral and Experimental Economics. 2024;109:10.
95. Aasen L, Werner A, Ruud Knutsen I, Johannessen A-K. **Collaboration between professionals in primary and secondary healthcare services about hospital-at-home for children: A focus group study from the perspectives of stakeholders.** Journal of interprofessional care. 2024:1-9.



Ledergruppen i HØKH 2024: Jurate Saltyte Benth, Mathias Barra, Hilde Lurås, Jorun Rugkåsa, Marijke Veenstra.

Vedlegg: Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning. Strategidokument 2023 – 2027

Sammendrag

Kunnskap om effektive måter å organisere, lede, finansiere og levere helse- og omsorgstjenester med høy kvalitet er viktig. Det er bakgrunnen for opprettelsen av Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning i 2013. Nettverket har på disse 10 årene etablert seg som en nasjonal aktør på feltet, og inkluderer nå forskningsmiljø i universitets- og høyskolesektoren, helsetjenesten og instituttsektoren i hele landet. Aktiviteten er høy blant forskere i nettverket, og publiserte artikler har både et mikro- meso- og makroperspektiv på helsetjenesten. I samarbeid med lokale arrangører ulike steder i landet, har nettverkets fagråd siden 2017 arrangert Den nasjonale helsetjenesteforskningsskonferanser hvor målgruppen er forskere og beslutningstakere. Dette skal videreføres.

I kommende strategiperiode er det særlig et behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor følgende områder:

1. Nye måter å levere tjenester på
2. Praksisvariasjon, uønsket variasjon og sosial ulikhet i helse
3. Prioritering og begrensende valg
4. Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse
5. Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov.

Dette er relevante temaer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, i spesialisthelsetjenesten og i samhandlingen mellom dem. Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, inkludert kvalitative data, legger et godt grunnlag for interessante og relevante studier. Metoder for utnyttelse av registerdata og studier med et kvasieksperimentelt design, er spesielt viktig i neste strategiperiode.

Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning 2013-2022

For å øke kunnskapsgrunnlaget og gi et bedre grunnlag for å levere helsetjenester med høy kvalitet tilpasset befolkningens behov, ble det etablert en nasjonal satsing på helsetjenesteforskning i 2013. Gruppen som utarbeidet grunnlagsdokumentet bestod av representanter fra alle de fire helseregionene og de fire breddeuniversitetene¹. Formålet med satsingen var:

- å bygge opp sterke fagmiljø i helsetjenesteforskning
- å styrke den klinikknære helsetjenesteforskningen i helseforetakene
- å skape en bedre integrering innenfor helsetjenesteforskning mellom universiteter og helseforetak
- å bidra til flerregionalt samarbeid
- å legge til rette for forskningsaktivitet med forankring mot kommunene og velferdstjenestene

¹ Grunnlagsdokumentet er tilgjengelig på våre nettsider: <https://helsetjenesteforskning.org/>

Gruppen lanserte fem forskningsområder som burde styrkes: (1) Kvalitet og pasientsikkerhet, (2) Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling, (3) Behov og brukervedvirkning, (4) Styring og ledelse av og i helsetjenesten og (5) Fordeling, organisering og finansiering av helsetjenester.

Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning (NSG) vedtok forslaget, og i 2013 ble Nasjonalt nettverk for helsetjenesteforskning opprettet. Avdeling for helsetjenesteforskning (HØKH) på Akershus universitetssykehus (Ahus) ble oppnevnt som koordinerende miljø for nettverket, og mottok årlig 1,5 millioner kroner fra HSØ for dette. I tråd med retningslinjene fra NSG, ble det oppnevnt et fagråd med representanter fra alle fire helseregioner med tilhørende universitet.

Det nasjonale nettverket ble evaluert i 2016, og anbefalt videreført en ny periode, ut 2019. Fra 2020 har fagmiljøene i en felles dugnad ivaretatt og videreført arbeidet. Fagrådet har en tydelig geografisk forankring ved at alle helseregioner er representert. I tillegg er bredden i sektortilhørighet, fagbakgrunn og forskningstilnærming ivaretatt. HØKH ivaretar fortsatt rollen som koordinerende miljø, bla med ansvar for møtene i fagrådet, medarrangør av de årlige nasjonale konferansene, og drift av nettverkets hjemmeside (<https://helsetjenesteforskning.org/>).

I 2022 ble fagrådet utvidet med representanter fra tre nye miljø, henholdsvis fra NORCE (forskningsinstituttet), Regforsk (NTNU) og Norcher (UiO). Nettverket favner nå de fleste store fagmiljø som er opptatt av hvordan helsetjenesten organiseres, finansieres og tilbys. Detaljer om fagrådets nåværende sammensetning finnes i boks 1. Nettverkets arbeidsutvalg består av leder og nestleder, en koordinator og leder av HØKH.

Boks 1: Nasjonalt fagråd i helsetjenesteforskning 2023

Vidar Halsteinli, St Olav, PhD (samfunnsøkonomi). Leder.
Marianne Storm, UiS, PhD (helsevitenskap). Nestleder.
Linda Midttun, Helse Midt, PhD (statsvitenskap)
Johan Håkon Bjørngaard, Regforsk NTNU, PhD (sosiologi)
Frode F. Jacobsen, Senter for omsorgsforskning vest, PhD (antropologi)
Jon Harald Kaspersen, NORCE, PhD (teknologi)
Birgit Abelsen, UiT, PhD (statistikk)
Eva Stensland, SKDE, PhD (medisin)
Eline Aas, UiO, PhD (samfunnsøkonomi)
Linda Pedersen, OUS, PhD (fysiologi)
Kjetil Telle, FHI, PhD (samfunnsøkonomi)
Marian Ådnes, Sintef, PhD (psykologi)

Koordinatorer

Tove Klæboe Nilsen, Helse Nord og HØKH, Cand.polit. (statsvitenskap)
Hilde Lurås, HØKH og UiO, Dr.polit. (samfunnsøkonomi)

Den nasjonale helsetjenesteforskningskonferanse som arena

Etter oppstartkonferansen på Ahus i 2015 hvor «alle med interesse for helsetjenesten» ble invitert, diskuterte fagrådet målgruppe og innretning for fremtidige møteplasser. Det var enighet om at det nasjonale nettverket skulle ha merverdi både for forskere og tjenesten, og bidra til gode forskningsprosjekter og resultater for beslutningstakerne, tjenestene og pasientene. Det ble derfor valgt en løsning hvor forskere i parallellsesjoner innenfor de fem prioriterte områdene skulle få god tid til å presentere og få tilbakemelding på sine studier, mens nasjonale og internasjonale forskningsresultater og helsepolitiske føringer innenfor konferansens tematikk skulle presenteres i plenumssesjoner. Med den innretningen har deltakerne på de nasjonale helsetjenesteforskningskonferansene vært en blanding av forskere og beslutningstakere.

Nettverksbygging var en av de viktigste årsakene til at NSG tok initiativ til et nasjonalt nettverk. I lys av det besluttet fagrådet at ulike miljø skulle utfordres til å arrangere de nasjonale konferansene. Det ville sikre at nettverket når nye deltakere, både forskere, beslutningstakere og praksisutøvere. Den første nasjonale konferansen ble arrangert i Trondheim (NTNU) i 2017. Deretter arrangerte Oslo (UiO) i 2018, Trondheim (Sintef) i 2019 og Oslo (FHI) i 2020. På grunn av pandemien ble den 5. nasjonale konferansen arrangert som et webinar (UiO). I 2022 ble konferansen arrangert i Tromsø (SKDE). Stavanger (UiS) står klar til å arrangere konferansen høsten 2023, mens Bergen (Høgskolen på Vestlandet og NORCE) skal arrangere konferansen i 2024. Tabell 1 gir flere detaljer om konferansedeltakelse og overordnet tematikk. Den lokale arrangøren bestemmer tema og har ansvaret for den tekniske gjennomføringen av konferansene. Koordinatorere i nettverket deltar i programkomite hvert år og sørger for kontinuitet i nettverkets arbeid. Konferansen har blitt en ettertraktet møteplass, og deltakerne gir gode tilbakemeldinger på nytten.

Tabell 1: Den nasjonale helsetjenesteforskningskonferansen 2017-2024

Når	Arrangør	Tittel	Deltakere
2017	NTNU	Den 1. nasjonale helsetjenesteforskningskonferansen	170
2018	UiO	Primærhelsetjenesten og bedre samhandling på tvers	150
2019	SINTEF	Digitalisering og helseteknologi – til pasientens beste	120
2020	FHI	Gode helsetjenester for alle	200*
2021	UiO	Webinar med forskningsresultater fra andre land	250
2022	SKDE	Praksisvariasjon i helsetjenesten – er likeverdighet en illusjon	170
2023	UiS	Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027; implikasjoner for htjf	
2024	NORCE/HVL	Prioritering	

*: antall påmeldte. På grunn av utbruddet av Covid-19 pandemien fikk mange påmeldte reiseforbud i dagene før konferansen. Konferansen ble avsluttet etter dag 1 som følge av nedstengningen av Norge.

Hva har kommet ut av det nasjonale nettverkets 10 første år?²

Den store interessen for den nasjonale konferansen viser at denne møteplassen har dekket et behov. For forskerne har det vært nyttig at beslutningstakere og brukere av resultatene har gitt tilbakemelding på studiene som presenteres. Det har gjort forskningen mer relevant, men trolig også bidratt til kunnskapsoverføring til praksis, utdanning og politikk. Brukermedvirkning i alle faser av forskningsprosessen, ikke bare fra sluttbrukere, men også fra brukere av forskningsresultatene er i tråd med overordnede føringer fra HOD.

Konferansene har også bidratt til at forskere har blitt oppmerksom på andre enkeltforskere og miljø innenfor eget og tilgrensende forskningsområde. Det har bidratt til forskningssamarbeid på tvers av profesjon og geografi, forskningssøknader som favner hele pasientforløpet og søknader som favner flere sektorer.

På de årlige konferansene har de mest sentrale forskningstemaene fra 2017-2022 vært innen følgende kategorier, der de fire første har samlet absolutt flest forskningsbidrag:

- Pasientbehandling, pasientforløp og samhandling
- Styring og ledelse
- Organisering og finansiering
- Pasientbehandling og praksisvariasjon.
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Behov og brukermedvirkning

Det er også stimulert til nye forskningsområder, og invitert til bidrag i innen følgende tema:

- Teknologi, e-helse, digitalisering og innovasjon
- Randomiserte og kvasi-eksperimentelle studier
- Kommunale akutte døgnenheter
- Forskning etter covid-19

Styrker og utfordringer

Fagrådet oppsummerte styrker og utfordringer for helsetjenesteforskningen i NSG i juni 2022. Ved inngangen til en ny strategiperiode er dette fortsatt relevant.

Styrker

- Det er stor interesse for helsetjenesteforskning i forskningsmiljøene både i UH-sektoren, helseforetakene, kommunene og instituttsektoren
- Det er stor interesse for helsetjenesteforskning hos beslutningstakere og de som finansierer forskning (Forskningsrådet, RHF-ene, DAM, Kreftforeningen mfl)
- Helsetjenesteforskning oppfattes som tilgjengelig og forståelig, og kan umiddelbart nyttiggjøres

² Se også årsrapporter til RHFene på <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/N-4> (2013) og <https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/2014121> (2014-2021)

- Det er forskningsaktivitet innenfor alle de fem prioriterte områdene og nye områder har kommet til
- Det er sterke fagmiljøer innen flere akademiske områder, for eksempel helseøkonomi, helsepolitikk og helsesosiologi
- Det er høy kvalitet på søknader til Forskningsrådet
- Datatilfanget fra nasjonale registre, elektroniske pasientjournaler og egeninnsamlede data, inkludert kvalitative data, legger et godt grunnlag for interessante og relevante studier

Utfordringer

- Det er fortsatt mange kunnskapshull og forskningen dekker ikke alle de store utfordringene tjenestene står overfor. Fagrådet ser særlig behov for forskning på tiltak i kommunehelsetjenesten og de helprivate tjenestene.
- Forskningsprosjektene er fortsatt i for liten grad tverrfaglige og flerfaglige i sin innretning
- Resultater fra helsetjenesteforskning er ikke synlig nok
- Mange av forskningsmiljøene er små, og studiene (utenom de store Forskningsrådsprosjektene) er små og dels overlappende
- Den konkurranseutsatte forskningsfinansieringen utenfor Forskningsrådet er ukoordinert og fragmentert
- Kunnskap fra forskningen når ikke ut til praksis, utdanning og beslutningstakere i tilstrekkelig grad

Organisering av Nasjonalt nettverk i helsetjenesteforskning 2023 – 2027

Det nasjonale nettverket har i løpet av de første 10 årene funnet en god arbeidsform. Det skal fortsatt arrangeres tre fagrådsmøter i året, to digitale og et fysisk i tilknytning til den nasjonale konferansen. HØKH fortsetter som koordinerende miljø, med ansvar for å forberede og arrangere møtene, oppdatere nettverkets hjemmeside og delta i programkomiteen for de nasjonale konferansene. Miljøene som inngår i fagrådet i 2023 videreføres i den neste strategiperioden (se boks 1). Medlemmene i fagrådet rekrutteres på bakgrunn av betydelig forskningserfaring innenfor helsetjenesteforskning på de relevante satsingsområdene. Eventuelle utskiftninger i og utvidelser av fagrådet diskuteres og beslutes i fagrådet. Fagrådets ambisjon er fortsatt å tilrettelegge arenaer og møteplasser for diskusjon av faglige problemstillinger som kan bidra til nye forskningsideer, faglige forbindelser, nettverksbygging, forskningssøknader, nye prosjekter og en kunnskapsbasert helsetjeneste.

Satsingsområder 2023 – 2027

Det siste året er det lagt frem en rekke nasjonale utredninger på bestilling av regjeringen. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4) foreslår en helhetlig innsats på flere områder for å nå målet om en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Sykehusutvalget (NOU 2023:8) foreslår blant annet å endre finansieringsmodellen for behandling av pasienter som trenger tjenester fra flere nivå gjennom et samhandlingsbudsjett. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (april 2023) har blant annet fremmet forslag om endringer i organisering og finansiering av fastlegetjenesten. Det kan forventes en rekke forslag til tiltak fra regjeringen når ny Helse- og samhandlingsplan fremlegges høsten 2023. Det blir dessuten stadig tydeligere både for beslutningstakere og befolkningen at det i årene fremover er nødvendig med en sterkere prioritering av ressursene, noe som har resultert i at HOD har nedsatt flere ekspertutvalg innenfor prioriteringsområdet.

Den rike datatilgangen fra nasjonale registre og elektroniske pasientjournaler kombinert med ulike kvalitative undersøkelser legger godt til rette for helsetjenesteforskning innenfor en stor bredde av problemstillinger. Fagrådet vil i neste strategiperiode stimulere forskningsmiljøene til å utnytte det komparative fortrinnet vi har innenfor data i Norge. Mulighetsrommet for kvasi-eksperimentelle og pragmatiske studier er fortsatt stort og uutnyttet. Naturlige eksperimenter som eksempelvis ved endringer i DRG-satser og egenandeler, ligger godt til rette for forskning og publisering. Internasjonalt er denne typen studier av stor interesse, og fagrådet er opptatt av at dette bør utnyttes fremover. Forskningsmiljøene må også stimuleres til åpenhet når det gjelder deling av problemstillinger og kildekoder for tilrettelegging av data og analyse. Dette er en nødvendig betingelse for legitimitet til forskningen og resultatene.

I grunnlagsdokumentet fra 2013 ble det pekt på behov for å styrke helsetjenesteforskningen innenfor de fem områdene: styring, ledelse, finansiering, organisering, samhandling. I neste strategiperiode vil fagrådet peke på noen nye områder hvor det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget. Forskningen må fortsatt både inkludere analyser basert på kvalitative (intervjuer, observasjoner, dokumenter mm) og kvantitative data (spørreskjema, registerdata, data fra pasientjournaler mm).

Nye måter å levere tjenester på

Nye måter å organisere og levere helsetjenester på innbefatter alt fra hjemmesykehus og brukerstyrt poliklinikk, til endret oppgavedeling eller oppgaveforskyvning mellom forvaltningsnivå og mellom helseprofesjoner, bruk av nye teknologiske løsninger i tjenesten og i pasientens hjem, helsefellesskap og virtuelle og nettverksbasert sykehus. Helheten i tjenesteleveransene og god/bedre samhandling mellom de to forvaltningsnivåene er viktig. Fortsatt er imidlertid kunnskapsgrunnlaget i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mangelfullt. For å sikre at nye løsninger har den ønskede effekten på pasientbehandlingen, de ansattes arbeidshverdag, sykehus- og kommuneøkonomi og bruken av samfunnets ressurser som gjør at tiltaket bør breddes i tjenesten, er det nødvendig med forskningsbasert kunnskap. Det bør både gjøres forskningsbaserte evalueringer av nye tiltak som settes i gang uten forutgående forskning, og komparative studier på ulike organisering av samme tiltak på ulike steder i landet.

Praksisvariasjon, uønsket variasjon og sosial ulikhet i helse

Praksisvariasjon kan både være ønsket og uønsket. Problemstillinger knyttet til uønsket variasjon, inkludert underbehandling, overbehandling og overdiagnostikk er viktig. Helseatlasene til SKDE³ viser at det er geografisk variasjon i forbruk av helsetjenester, og også variasjon langs dimensjonene alder, kjønn og diagnose. Noe som imidlertid er lite dokumentert, er variasjon mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Sosial ulikhet i helse er en viktig helsepolitisk problemstilling. I tillegg til tiltak for å redusere uønsket praksisvariasjon rettet mot tilbudssiden som fagrevisjoner, metodebøker og andre verktøy, er det behov for forskning som går grundig inn i å beskrive tjenestevariasjon mellom ulike befolkningsgrupper, og hva som kan være mulige forklaringer på at pasienter med tilsynelatende samme behov ikke mottar det samme tjenestetilbudet. Selv om beskrivelser av variasjon i helsetjenester gir viktig informasjon for videre undersøkelser, sier ikke slike undersøkelser i seg selv noe om hva som er «riktig» eller ønsket nivå på tjenestetilbudet til enkeltpasienter og grupper. Analytiske studier om praksisvariasjon er derfor sentralt.

Prioritering og begrensende valg

Prioritering skjer på overordnet politisk nivå, på administrativt nivå og i det enkelte pasientmøte. Selv om det i Norge er innført prioriteringskriterier (nytte, ressurs og alvorlighet) er det prioriteringsutfordringer i tjenesten. Pasientrettigheter, valgfrihet og ulikheter i folks helsekompetanse spiller inn i dette. Forskning knyttet til prioriteringsbeslutninger, og spesielt om prioriteringskriteriene er nyttige for beslutninger i det enkelte pasientmøtet, er viktig fremover. Nettverket ønsker mer forskning på evaluering av tiltak på alle nivå i tjenesten. Dette er viktig for å identifisere konsekvenser for pasient og pårørende, samt økt forståelse for allokering av begrensede ressurser (kostnadseffektivitetsanalyser). Det å benytte økonomiske insentiv som takster, egenandeler og innsatsstyrt finansiering for å endre adferd er godt dokumentert i nasjonal og internasjonal forskning. En spennende utfordring til forskningsmiljøene er å undersøke hvordan økonomiske insentiv kan designes for å sikre en bedre prioritering i helse- og omsorgstjenesten. En annen utfordring kan være å undersøke hvordan faglige insentiver, herunder helsepersonells ønsker om å yte gode tjenester, være dyktige fagfolk og arbeide etter profesjonsetiske normer, kan tillegges vekt i prioritering.

Digitalisering, teknologisk utvikling og e-helse

Ulike e-helse tiltak er en viktig del i utviklingen av fremtidens helsetjeneste. Det kan avhjelpe behovet for mer arbeidskraft, gjøre hverdagen enklere for de ansatte og gi trygghet for pasientene. Utviklingen av digitale løsninger må understøttes av helhetlige analyser som vurderer gevinstpotensialet opp mot virkningene i alle berørte arbeidsprosesser før beslutning om innføring tas. Helsetjenesteforskningen kan i denne sammenhengen gi viktige bidrag i form av forskningsbasert evaluering av piloter. I tillegg til å vektlegge personell og brukers involvering i utvikling av hensiktsmessige digitale løsninger, er det viktig å fokusere på implementeringsaspektet: Hva er det som hemmer og fremmer en god implementering? Kunnskap om hvordan digitale løsninger bør integreres og organiseres i tjenesten er avgjørende med tanke på å realisere gevinster. Gevinstrealisering er krevende og understreker igjen viktigheten av økt forskningsbasert kunnskap både når det gjelder å utvikle og å ta bruk digitale løsninger.

³ Senter for dokumentasjon og evaluering i Helse Nord RHF

Arbeidsforhold, utdanning og kompetansebehov

Høyt sykefravær, turnover og helsearbeidere som forlater klinisk arbeid eller yrke, er kostbart. Det er dyrt å lære opp nye og erstatte erfarne sykepleiere, leger og andre helsearbeidere, og turnover og underbemanning er en risiko for pasientsikkerheten. Forskning kan bidra til kunnskap om tiltak som kan initiere HR-politikk, og hvilke utdanningsbehov det er i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og i ulike geografiske områder. I Helsepersonellkommisjonens rapport (NOU 2023:4) foreslås det å etablere arenaer for systematisk læring, kunnskapsdeling og refleksjon. Det er gjennomført forskning som viser at dette er hensiktsmessig, og har bidratt til brukermedvirkning fra pasienter, pårørende og helsepersonell, høyere kvalitet i samhandling og bedre overganger i overføring av pasienter mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Helsetjenesteforskning har et viktig bidrag både i å designe og evaluere effekter av slike tiltak og hvordan det kan implementeres.

Avdeling for helsetjenesteforskning

Boks 1000

Akershus universitetssykehus

1478 Lørenskog