



HELTEF (Stiftelse for helsetjenesteforskning) er en frittstående forskningsstiftelse som siden starten i 1993 har vært lokalisert til Akershus Universitetssykehus (Ahus) - tidligere Sentralsykehuset i Akershus.

HELTEF skal produsere kunnskap som gir bedre helsetjenester til pasienter og befolkning, samt effektiv og rettferdig bruk av ressurser i helsetjenesten.

Stiftelsen er opprettet av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Akershus fylkeskommune som hver oppnevner 3 av styrets 7 medlemmer og varamedlemmer, mens 1 styremedlem velges av og blant de ansatte.

Styret er HELTEFS styrende organ med ansvar for og myndighet over stiftelsens virksomhet. Den daglige virksomhet ledes av en instituttssjef.

INN H O L D

Styrets beretning 2001	4
Organisering, personale, lokalisering	4
Faglig aktivitet	4
Økonomi	5
Institutt sjefens kommentar	6
Avtroppende institutt sjef Bjørn Guldvog	6
Fungerende institutt sjef John-Arne Røttingen: HELTEFs rolle i en endringens tid	6
HELTEF og Akershus Universitetssykehus (Ahus)	10
Ansatte og engasjerte	11
Faglig	13
Helseprofil for barn og unge i Akershus	13
Kvalitet i sykehus. Viktig trekk ved lokal ledelse i sykehus	15
RESKVA-databasene: En milepæl er nådd!	18
Kontinuitet og organisering i sykehus	18
ARKVA - ARbeidsforskning og KVALitetsutvikling i sykehus	19
Mestring etter sykehusopphold blant pasienter med kronisk sykdom	19
Kjøp av helsetjenester i utlandet: pasienterfaring og egenopplevd helsegevinst	19
Sosial ulikhet i erfaringer og tilfredshet blant sykehuspasienter	19
Kvalitet i pasient- og arbeidstakerperspektiv	20
Med blick på behandlingen: Epilepsi og livskvalitet. Muligheter for og konsekvenser av seponering av anti epileptisk medikasjon	21
Hodeskader og livskvalitet	21
Akutt hodepine - etiologi, prediktorer og prognose: en sykehusbasert studie	21
Kapasitet på somatiske spesialisthelsetjenester sett fra allmennpraksis	22
Køer	23
Gode og dårlige levekår	23
Hvor gamle blir vi?	23
Aldersspesifikk dødelighet, en seleksjon?	23
Forprosjektet NYE SIA	23
Task Force	24
Hjerneslag	24
Regnskap 2001	25
Publikasjonsliste 2001	27

STYRETS BERETNING 2001

Styret avholdt 6 styremøter og behandlet totalt 52 saker i 2001. I tillegg til oppfølging av budsjett og regnskap, virksomhetsplaner og lønns- og arbeidsforhold, er to viktige spørsmål behandlet i flere styremøter. Begge omhandler i hovedsak HELTEFs videre forankring, organisering, finansiering og revisjon av statutter. Iverksetting av ny lov om helseforetak ved årsskiftet 2001/2002 medførte at fylkeskommunens eieransvar og drift av sykehus ble overført staten, samtidig som Ahus har fått universitetsfunksjoner. Begge deler vil få betydning for HELTEFs fremtidige organisering. En planlagt evaluering av HELTEFs virksomhet ble dessuten gjennomført høsten 2001. Evalueringsgruppen ble oppnevnt i september, presenterte en foreløpig konklusjon i desember og overleverte sin endelige rapport i januar 2002. Evalueringens vurderinger og anbefalinger er presentert i NIFUs skriftserie nr. 1/2002 (www.nifu.no). Gruppen har vurdert fire organisatoriske løsninger for HELTEF med hensyn til videre forankring, organisering og finansiering. Styret er i dialog med begge stifterne av HELTEF. I forståelse med disse er det tatt initiativ for å få endret vedtektene som en følge av at Akershus fylkeskommune nå trer ut av stiftelsen etter den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten.

HELTEFs styresammensetning 2001

Marie Sleveland, styreleder, brukerkoordinator Nye SiA, Sentralsykehuset i Akershus (Ahus)
Haakon Melsom, varaleder, sjeflege, Ullevål sykehus
Arne Bakka, avd.overlege, kirurgisk avdeling, Sentralsykehuset i Akershus (Ahus)
Lars Hanssen, helsedirektør, Statens helsetilsyn
Eva Holmsen, tidligere ass.fylkeslege i Akershus
Unni Krogstad, forsker, HELTEF
Dagfinn Sundsbø, leder hovedutvalg helse- og sosialsaker i Akershus

HELTEF har på bakgrunn av evalueringen konkludert med at det er ønskelig å opprettholde lokalisering og tilknytning til Akershus universitetssykehus som basis for fortsatt fri og uavhengig forskning.

Organisering, personale, lokalisering

Stiftelsen ledes av en instituttsjef. Fra 01.09.01 har dr.med. Bjørn Guldvog hatt permisjon fra denne stillingen for å bidra ved etableringen av et nytt Sosial- og helsedirektorat. Ass.instituttsjef, dr.med. John-Arne Røttingen har ledet HELTEF under Guldvogs fravær.

Det årlige internseminar for ansatte fokuserte på en intern evaluering av HELTEF. Ledelsen har fulgt opp konklusjonene fra seminaret med en plan for bedret struktur, kommunikasjon, prioriteringer og veiledning/fadderordninger. Ved årets slutt hadde stiftelsen 5 ansatte i kontor-/administrative stillinger, 16 forskere i heltids/deltids stillinger og 1 forskningsstipendiat. Fire nye forskere ble ansatt i løpet av året og to forskere sluttet. Totalt ble det i løpet av 2001 utført 17,0 årsverk.

Stiftelsen har siden starten i 1993 vært lokalisert til Undervisningspaviljongen ved Ahus. En planlagt flytting i løpet av 2001 er utsatt til mai/juni 2002. Parallelt med planer for midlertidige lokaler foregår planlegging av HELTEFs tiltenkte lokaler i de nye sykehuslokalene.

Faglig aktivitet

En betydelig forsknings- og utredningsinnsats er utført både når det gjelder oppdrags-forskning for offentlige institusjoner og forskningsprosjekter med offentlig finansiering. Enkelte prosjekter går over flere år, og flere av stiftelsens forskere og IT-ansvarlige har således vært engasjert også i 2001 med utvikling av kvalitetsindikatorer. Fire doktor-gradsprosjek-

ter pågår, hvorav ett forventes avsluttet i løpet av første halvår 2002. I alt 10 artikler er publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter, 2 artikler i norske tidsskrifter, én forskningsrapport, 33 utredningsrapporter og 5 arbeidsnotater er ferdigstilt. Vi viser for øvrig til nærmere prosjektbeskrivelser og oversikt over publiserte arbeider i årsmeldingen.

HELTEF presenterte forskningsresultater på bl.a. 6th European Forum on Quality Improvement in Health Care i Bologna, 18th ISQua Conference i Buenos Aires, XI Nordic Lung Congress, Helsinki og International Epidemiological Association and Society for Social Medicine i Oxford.

Av seks søknader om forskningsmidler er det gitt tilsagn for 2002 om midler fra Helse- og rehabilitering til tre prosjekter: "Helseprofil barn og unge i Akershus", "Prospektiv studie av hodeskader. 20 års etterundersøkelse" og "Muligheter for konsekvenser og

seponering av antiepileptisk medikasjon. Livskvalitet og epilepsi". Norges forskningsråd har gitt tilsagn om midler til prosjektet "Sosial ulikhet i erfaringer og tilfredshet blant sykehuspasienter" i tillegg til fortsatt dr.gradsstipend til prosjektet "Hospitalisation and illness management among chronically ill in Norway" som forventes avsluttet i 2003.

Økonomi

Regnskapet for 2001 viser et overskudd på kr 978.102,03, en økning på kr 62.281,85 i forhold til revidert budsjett. Tre prosjekter lot seg ikke avsluttes før 1.kvartal 2002 og totalt kr 533.600,- er periodisert til 2002. Årets overskudd tillegges egenkapitalen og investeres i fremtidige prosjekter og drift. Ved å ha bygget opp en relativt høy egenkapital, har stiftelsen en nødvendig sikkerhet for videre drift ved eventuelle reduksjoner i tildeling av offentlige tilskudd.

Nordbyhagen, 13.mars 2002

Marie Sleveland
styreleder

Arne Bakka

Lars Hanssen

Unni Krogstad

Eva Holmsen

Haakon Melsom

Dagfinn Sundsbø

INSTITUTTSJEFENS KOMMENTAR

Avtroppende instituttsjef Bjørn Guldvog:

Jeg har vært med på HELTEF-laget siden oppstarten i 1993. Solveig Eggen, vår kontorsjef, og jeg var de to første ansatte. Statsviteren Dag Hofoss, legen Kjell Erik Arnesen og IT-konsulent Geir-Joar Hval kom raskt til. Årene ved HELTEF har vært et spennende eventyr med vekst til omkring 30 personer i heltids eller deltidsengasjementer. Ca. 50 mennesker har hatt sin daglige jobb ved HELTEF i løpet av disse årene, og et omtrent like stort tall personer har vært tilknyttet gjennom store og små prosjekter. Vi har fått til mye i denne perioden, og det er mange ting vi kan være stolte av. Vi har sammen med Sentralsykehuset i Akershus bygget opp et slagkraftig forsknings- og utviklingsmiljø med fokus på kvalitetsarbeid. Vi har etablert et godt akademisk miljø, og har også lyktes i å frembringe flere doktorander. Jeg er dypt takknemlig overfor mine kolleger og alle styrerepresentanter opp gjennom årene som har gitt meg mulighet til å være med på dette. Jeg vil uttrykke en helt spesiell takknemlighet overfor tidligere styremedlem Peter F. Hjort, som gjennom mange år har vært en sterkt motiverende kraft for meg. Jeg vil også fremheve den betydningen tidligere styremedlem Jan Erikssen har hatt for HELTEF, som inspirator for en rekke av forskerne som har vært innom instituttet.

2001 ble året for store reformer i helsetjenesten. Sykehusreformen var den største. Parallelt med den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten kom omorganiseringen av den sentrale sosial- og helseforvaltning. For meg innebar den sistnevnte organiseringen mulighet til nye og spennende arbeidsoppgaver. Som helsetjenesteforsker gjennom mange år, har jeg opparbeidet mye kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer. Nå håper jeg å lære mer om hvordan man kan skape konstruktivt samspill som kan gi

grunnlag for ønskete endringer. I skrivende stund er jeg blitt ansatt som divisjonsdirektør i divisjon for sosial- og helsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet. Dette er et spennende arbeid, og jeg gleder meg til å ta fatt på det. HELTEF-årene har gitt meg en god ballast, og i mitt nye arbeid vil jeg ha stor glede av samarbeid med miljøer som nettopp HELTEF.

Jeg føler meg trygg på at HELTEF vil utvikle seg videre som en spennende aktør i helsetjenesten. Lykke til videre!

HELTEFS rolle i en endringens tid

John-Arne Røttingen, fungerende instituttsjef

2001 har vært et utfordrende og interessant år for HELTEF. Flere eksterne og interne forhold har bidratt til dette:

- Det har vært tre endringsprosesser utenfor HELTEF som har konsekvenser for stiftelsens videre virksomhet:
 - etableringen av universitetsfunksjon ved det som nå kalles Akerhus Universitetssykehus,
 - statlig sykehusovertakelse, og
 - omorganisering av sosial- og helseforvaltningen.
- HELTEF har høsten 2001 gjennomgått en ekstern evaluering.
- HELTEF s instituttsjef siden etableringen i 1993, Bjørn Guldvog, har hatt et halvt års permisjon for å arbeide som assisterende prosjektdirektør under etableringen av et nytt Sosial- og helsedirektorat.

HELTEF har på tross av dette hatt en betydelig forsknings- og utredningsaktivitet slik denne årsmeldingen viser. Medarbeiderne ved HELTEF har ytt en stor innsats dette året, og HELTEFS styre har hatt mange utfor-

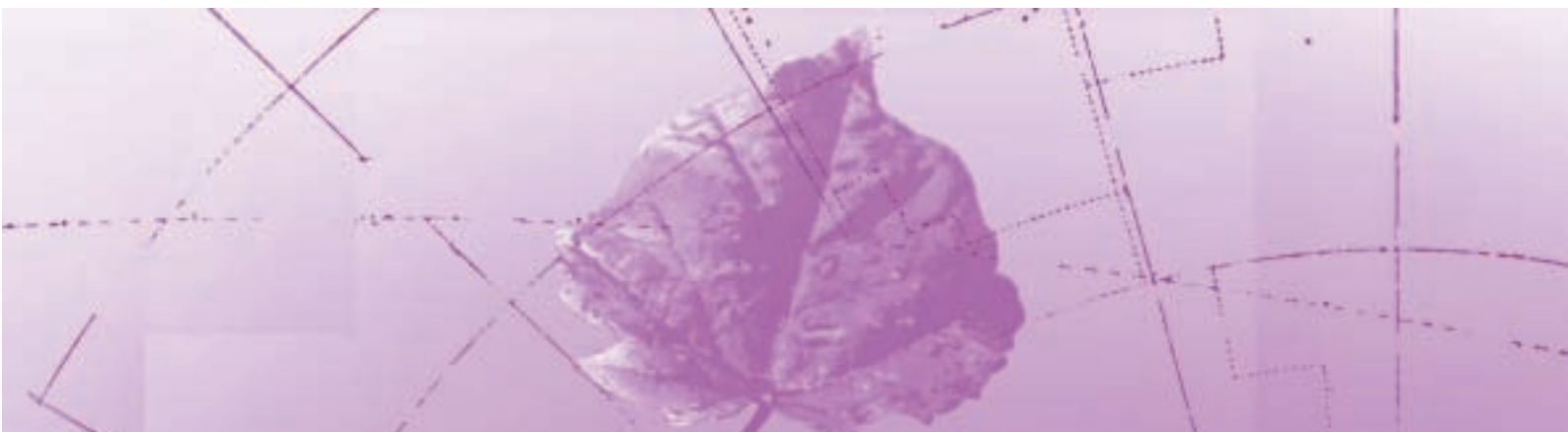
dringer å arbeide med på bakgrunn av endringene. Jeg vil likevel her først og fremst fokusere på forholdene omtalt ovenfor.

Det er svært gledelig sett fra HELTEF s side at etableringen av universitetsfunksjonen ved Sentralsykehuset i Akershus har skutt fart det siste året. De første akademiske stillingene er nå på plass, og en rekke stillinger er under besettelse. HELTEF vil bidra videre til denne reetableringen av universitetsfunksjon, og helsetjenesteforskning ved HELTEF er ett av de tre planlagte forskningsmessige satsingsområdene. Stillingsbeskrivelser for to professorater i helsetjenesteforskning – en hovedstilling og en bistilling knyttet til lederfunksjonen ved HELTEF – er nå under vurdering i organer ved Det medisinske fakultetet i Oslo. En slik universitetstilknytning for stiftelsen er svært ønskelig og vil gi stiftelsen mulighet til å styrke sin forskning. På mange måter er et av de statuttfestede målene for stiftelsen – det å *"bidra til å bevare og videreutvikle faglig miljø og vitenskapelig kompetanse"* ved Sentralsykehuset i Akershus – dermed godt ivaretatt. HELTEF vil nå i samarbeid med universitetet og det nye foretaket Akershus Universitets-sykehus sikre at målet vil kunne bli etterlevd også i årene fremover.

Fra årsskiftet 2001/2002 er ikke en av HELTEFS stiftere, Akershus fylkeskommune, lenger eier av sykehuset hvor HELTEF er lokalisert. HELTEFS etablering

var et resultat av en avtale mellom fylket og staten om å etablere et klinisk forankret helsetjenesteforskningsmiljø som kunne bevare og videreutvikle forskningskompetansen ved sykehuset. Fylket har stilt lokaler til disposisjon mens staten har gitt et årlig basistilskudd til stiftelsen. Fylket har signalisert at HELTEF fortsatt har en viktig rolle å fylle, men at fylkeskommunen ikke lenger ser sin naturlige rolle i stiftelsens styre. Det er derfor behov for statuttendringer for HELTEF. Styret har i 2001 startet en dialog med begge stifterne om dette. Denne prosessen er ikke avsluttet, men vil sannsynligvis kunne ut i reviderte statutter for stiftelsen 1. januar 2002. Disse vil avklare den videre organisasjonsform for stiftelsen, styresammensetning og hvordan staten ønsker å bruke stiftelsen i årene fremover.

For HELTEF har statlig sykehusovertakelse også betydd at noen av våre hovedoppdrags-givere – sykehusene – har vært avventende i forhold til bl.a. å gjennomføre pasient- og personalerfaringsundersøkelser. HELTEF har derfor hatt et noe mindre volum innen disse områdene i 2001. Gjennom etableringen av de fem regionale helseforetakene, fokuseringen på at pasientenes røst må bli hørt i sterkere grad, og satsingen på å etablere gode kvalitetsindikatorer for sykehusene, er situasjonen nå en annen. HELTEF vil sammen med andre forskningsmiljøer bidra til at det i 2002 blir utviklet et sett av indikatorer for helseforetakene/sykehusene.



Sosial- og helseforvaltningen har blitt omorganisert i løpet av 2001. Sosial- og helsedepartementet er delt i to departementer, og mange underliggende forvaltningsorganer er samlet i Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Våre sentrale oppdragsgivere har derfor også hatt behov for å gjennomtenke videre satsinger på nytt dette året. Et tema som særlig har hatt betydning for HELTEF, er hvordan departementet har tenkt rundt organiseringen av et miljø for metode- og kunnskapsvurdering. Departementet ønsket å organisere et sterkt sosial- og helsetjenesteforskningsmiljø som en del av den nye forvaltningen gjennom bl.a. å samle eksisterende miljøer. HELTEF ble informert om denne prosessen fra departementets side, og vi har møtt forståelse for hvor viktig det er for HELTEF å beholde en klinisk forankring. Prosessen er ikke endelig avsluttet og Sosial- og helsedirektoratet vil i.a. 2002 legge fram en nasjonal plan for sosial- og helsetjenesteforskningsområdet. HELTEF ser frem til en bred dialog i forbindelse med utformingen av en slik plan og tror denne vil kunne bidra til en styrking av klinisk forskning og helsetjenesteforskning i Norge.

HELTEFS statutter har hatt en bestemmelse om at virksomheten skal evalueres etter en del års drift. I 2001 ble stiftelsen evaluert av en ekstern gruppe bestående av Finn Kamper-Jørgensen, direktør ved Statens Institut for Folkesundhed i Danmark, Grete Botten, professor ved Senter for helseadministrasjon og tidligere sosialminister og direktør i NAVF, Leif Arne Heløe. Forsker Vera Schwach ved Norsk institutt for studier av forskning og høyere utdanning har vært sekretær for gruppen. Evalueringen er publisert som en rapport i NIFUs skriftserie nr 1/2002 og er offentlig tilgjengelig. Jeg velger å gjengi følgende fra sammendraget:

"Heltef er enestående i norsk og nordisk sammenheng. Det er et helsetjenesteforskningsinstitutt innplassert ved et stort sykehus hvor det utgjør et klinisk helsetjenesteforskningsmiljø. ... Evalueringsutvalget ønsker spesielt å fremheve temaområdet kvalitet i sykehus, herunder undersøkelsene av pasienttilfredshet og arbeidsmiljøene i sykehus. Dessuten er det skapt en fruktbar kobling i forskning innenfor kliniske emner mellom deler av Sentralsykehuset i Akershus og Heltef. Kvaliteten av forsknings- og utredningsarbeidet ved Heltef er gjennomgående god og samsvarer med internasjonale normer for slike forskningsinstitusjoner. Evalueringsgruppen mener likevel at det drives mye utredningsarbeid og utarbeiding av rapporter. Instituttets publisering er for beskjeden og i for liten grad internasjonalsert. ...Evalueringsgruppen anbefaler at en rekke verdier som har kjennetegnet Heltef – faglige og strukturelle – videreføres: Spisskompetansen i forskningstemaet kvalitet i helsetjenesten bør videreutvikles fra en nesten rendyrket fokusering på sykehus til også å inkludere primærhelsetjenesten og "det gode pasientforløp" mellom og i helsetjenestens delsektorer. Det bør overveies om Heltef skal få en mer sentral posisjon i Norge for forskning- og utredning om kvalitet i helsetjenesten. Heltef har en unik nærhet til sykehus – arbeidet bør videreføres som et klinisk helsetjenesteforskningsmiljø. Heltef bør sikres uavhengighet i sin forskningsvirksomhet."

Evalueringen har vært nyttig for HELTEF og stiftelsens styre. Evalueringsgruppen har gjort en betydelig innsats på kort tid og har gjennomført arbeidet på en svært god måte. HELTEF s styre har på bakgrunn av evalueringen foreløpig konkludert med at stiftelsen bør beholdes som et helhetlig miljø og fortsatt være lokalisert ved sykehuset, at HELTEFS forskningsfrihet og uavhengighet må beholdes, at universitetstilknyt-

ningen blir viktig, og at videre oppdragsvirksomhet bør ivaretas gjennom en fleksibel organisasjonsform. HELTEF vil i 2002 ta aktivt tak i evalueringen og vil utnytte denne til en videre utvikling av stiftelsens virksomhet.

Undertegnede har fungert som institutt-sjef det siste halvåret av 2001 da Bjørn Guldvog har hatt permisjon for å bidra til etableringen av det nye direktoratet. Bjørn Guldvog har hatt den sentrale rolle i og betydning for utviklingen av HELTEF til det stiftelsen er i dag – en, etter evalueringsgruppens mening, institusjon som er "*enestående i norsk og nordisk sammenheng*". Han ønsker nå å arbeide mer direkte med forvaltningen av norsk helsetjeneste gjennom en stilling som divisjonsdirektør i tjenstedivisjonen i direktoratet, og har sagt opp stillingen som institutt-sjef ved HELTEF. Dette er selvfølgelig et stort tap for HELTEF, men samtidig en styrke for direktoratet og norsk helsetjeneste. HELTEF ønsker Bjørn Guldvog lykke til i sitt videre utfordrende arbeid. Stillingen som leder ved HELTEF har vært utlyst, og styret har tilsatt Pål Gulbrandsen, medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske lægeforening, som ny direktør fra 1. juni 2002. HELTEFS medarbeidere ser frem til at ny leder kommer på plass og til de mange spennende utfordringene som ligger i tiden fremover.



HELTEF OG AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS (AHUS)

HELTEF er ein viktig del av det faglege miljøet ved Akershus Universitetssykehus (Ahus)

*styremedlem Arne Bakka,
avdelingsoverlege kirurgisk avdeling, Ahus*

Sjukehuspersonale av alle kategoriar har stor trong for kunnskap om korleis ein skaper gode helsetenester, også i Ahus. Medisinske studentar, framtidige legar, er i ein fagleg og menneskeleg periode der entusiasmen er høg og potensialet stort for å kunne fatte og utvikle ei av dei viktigaste utfordringane i helsetenesta, å kunne integrere individuelle ønske frå pasientane og generelle krav frå befolkningen med profesjonelle kvalitetskrav i diagnostikk, behandling, pleie og omsorg. Det krevst validerte leiings- og samarbeidssystem for å fremje slik integrasjon.

Innanfor den kunnskapsbase og forskningsinteresse som er samla i HELTEF, finn og ventar sjukehuset at fagmiljøet kan tilføre viktige impulsar gjennom undervisning og samarbeid i mange fagoråde: Vitenskapsteori, epidemiologi, medisinsk beslutningsteori, medisinsk sosiologi og antropologi, medisinsk statistikk, helseøkonomi, førebyggjande arbeid og helsetenesteforskning i relativt breitt format. At HELTEF også har eit godt kontaktnett til primærhelsetenesta, er ein tilleggsstyrke både ved undervisning av studentar og tilsette og under samarbeid med kliniske forskarar i sjukehuset.

Det tradisjonelle samarbeidet bygd over kliniske problemstillingar med vekt på pasientbehandling, gir HELTEF god innsikt og basal kontakt med det interne miljøet i sjukehuset – og bør takast vare på, jamvel styrkast. Den utvikling av kontaktnett og rasjonell samhandling som dette har gitt grunnlag for, er vidareført i andre retningar og viser seg konkretisert i så

forskjelligarta samarbeid som utvikling av pasientregister, utvikling av indikatorar for måling av omstillingseffekt i klinisk drift av medisinske sjukepostar, effektiv komplikasjonsregistrering, analyse av "objektivt" medisinsk utcome i relasjon til pasientens subjektive utcome, datamessig innovasjon for rettmessig innsyn og opning av profesjonsgrenser osv.

Det er ein aukande kompleksitet i helsetenesta. Store sjukehus som Ahus er høgspesialiserte verksemder, kunnskapsbedrifter, teknologiske sentra, undervisningsinstitusjonar, og fremst: Behandlings- og omsorgsinstitusjonar. Det blir stilt stadig større krav til "prosesskompetanse", evne til samarbeid for å skape gode resultat. Som universitetsklinikk har Ahus eit særskilt ansvar for å føre studentar og nyutdanna legar gjennom opplæring til samhandling på tvers av nivåa. Det kan illustrerast i eit mangfald "interne" og "eksterne" samhandlingsområde, t.d. legavaktsamarbeid, ambulanseteneste, akuttmedisin, smertebehandling, rehabilitering, arbeid med kronisk sjuke og omsorg ved dødsleie. HELTEF kan og bør bidra i slik prosessutvikling. Forskningsmiljøet der kan vere med å avdekke konsekvensar av val, slik også visualisere at det er etiske konsekvensar av val, at det trengst og må respekterast grunngitte avvikande val, understreking av livskvalitet i individual- og samfunnspektiv, oppbygging av motivasjon for forbyggjande samtale og intervensjon, livsstilsvurdering/-endring etc.

HELTEF har, bør ha og kan i enda større monn enn nå ha påverknad på og medverknad i helsetenestene frå Ahus på ei rekke nivå. HELTEF set merke på kvalitetsutviklinga m.a. i pasientbehandling, pasienterfaringar, arbeidsmiljø og organisering. Dei nære geografiske og personlege relasjonane til Ahus er avgjerande for denne funksjonen.

ANSATTE OG ENGASJERTE



Anne Alvik
Seniorforsker, cand.med.
M.Sc., DLSHTM



Idunn Brekke
Prosjektmedarbeider, cand.polit
(sosiolog) og sykepleier



Jocelyne Clench-Aas
Seniorforsker, Ph D.,
Dr.-es-Sciences



Espen Dahl
Seniorforsker, dr.polit.



Kari Aanjesen Dahle
Prosjektmedarbeider,
cand.scient.



Tomislav Dimoski
IT-sjef



Monica Djupvik (sluttet 01.08.01)
Forsker, cand.polit,
medisinsk geograf



Just Ebbesen
Forsker, cand.med.



Solveig Normann Eggen
Kontorsjef



Gøril Groven
Prosjektmedarbeider,
cand.polit (sosiolog)



Bjørn Guldvog (sluttet 01.03.02)
Instituttssjef, dr.med.



Dag Hofoss
Seniorforsker, professor
dr. philos (statsvitenskap)



Therese Opsahl Holte
Prosjektmedarbeider, cand.polit
(sosiolog) og sykepleier



Saga Høgheim
Førstesekretær



Unni Krogstad
Forsker, cand.polit., sosial-
antropolog, sykepleier



Morten Lossius
Forsker, cand.med.,
Spes. neurologi



Petter Mowinckel
Seniorstatistiker, cand.real



Knut Nestvold
Forsker, cand.med.,
Spes. neurologi



Lam Ngoc Nguyen
IT-medarbeider



Vanja Ohna (sluttet 01.05.02)
Forsker, cand.polit.,
sosiolog



Berit Paulsrud (sluttet 01.08.02)
Konsulent, ergoterapeut



Kjell Ingar Pettersen
Seniorforsker, cand.med.



Ole Morten Rønning
Seniorforsker, dr.med.



John-Arne Røttingen (sluttet 01.03.02)
Ass. inst.sjef fra 1.12.2000
dr.med., MSc



Ingeborg Strømseng Sjetne
Prosjektleder, off.godkj. syk.,
kand. sykepleievidenskap



Ingrid Sperre Saunes
Prosjektmedarbeider, cand.polit
(sosiolog)(begynte 01.02.02)



Knut Stavem
Seniorforsker, dr.med.



Karin Anne Vassbakk
Prosjektadministrator



Marijke Veenstra
Forsker, cand.sociol,
sosiolog



Hans Thomas Waaler
Seniorforsker, dr.philos,
sosialøkonom



Randi Østhus (sluttet 01.08.01)
Forsker, cand.polit,
statsvitenskap

Helseprofil for barn og unge i Akershus

Jocelyne Clench-Aas, jcaas@heltef.no

Formålet med undersøkelsen Helseprofiler for barn og ungdom er å kartlegge den fysiske og psykososiale helse hos disse aldersgruppene. Helseprofilen vil bli et informasjonsgrunnlag for videredistribusjon til både politikere, helsetjeneste, skoler og kultur, foreldre, barn og ungdom.

Undersøkelsen skal være et hjelpemiddel i styring og planlegging av kommunal og fylkeskommunal helsetjeneste, særlig for å fremme innsatsen på det forebyggende og helsefremmende området. Deler av resultatene vil være utgangspunkt for en tverretattlig, forebyggende og helsefremmende innsats.

Undersøkelsen vil dekke følgende områder:

- Generelle spørsmål om sosio-demografiske forhold
- Bruk av rusmidler
- Kost, holdning til egen kropp
- Andre spørsmål om livsstil
- Sosialt nettverk og skolen
- Kommunikasjon
- Opplevelse av egen helse og trivsel
- Fysisk helse og trivsel
- Psykisk helse
- Kjennskap, holdning og bruken av helsetjeneste

Formålet med undersøkelsen er:

1. Status eller tilstand av helse og velvære for barn og ungdom i Akershus i år 2002.
2. Status eller tilstand i faktorer som influerer helse og velvære som f.eks. livstilsfaktorer, adferd, kommunikasjon og behov for helsetjenesten.
3. Sammenligning av tilstand i Akershus med tidligere og nåværende undersøkelser i Oslo, ellers i Norge og internasjonalt.

4. Oppfølging av status eller tilstand med jevne mellomrom (f. eks. 5 år) med hensikt å monitorere helse og velvære, å evaluere eventuelle helsefremmende eller forebyggende tiltak og evaluere effekten av større endringer i samfunnet som berører helse og trivsel, f.eks. programmene om fysisk aktivitet, sunt kosthold, tobakksforebygging, ulykkesforebyggende arbeid, redusering av abort og seksuelt overførbare sykdommer, opptrappingsplan for psykisk helse, fastlegeordningen, osv.
5. Kartlegging av barn og ungdoms egne behov for bl. a. fritidsaktiviteter og behov for helsetjenester, som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

Det er viktig i denne undersøkelsen å innhente synspunkter fra flere interessegrupper, bl.a. elever i ungdom- og videregående skole.

Den planlagte undersøkelsen skal være en tverrsnittsundersøkelse om barn og ungdom. Undersøkelsen som tar utgangspunkt i minst 1000 barn per deltagende kommune, har som mål å beskrive tilstand for barn og ungdoms helse og trivsel (helseprofil) i Akershus. Det er interessant også å kunne følge dette opp over tid.

Elevene blir inndelt i følgende grupper:

- Elever fra 1. til 4. klasse
- Elever fra 5. til 7. klasse
- Elever i ungdomsskoler
- Elever i videregående skole

Elever i grunnskolen og videregående skole i Akershus vil få tilbud om å delta i undersøkelsen. Utvalget

vil være basert på frivillighet. Alle kommuner i Akershus fylke skal delta på undersøkelsen.



Planlegging

- Identifisering av problemstillingen
- Avgrensning av undersøkelsesområdet
- Utforming av protokoll
- Utforming av spørreskjema
- Utforming av andre underlag, f. eks. brev, informasjon til interessegrupper osv.

Forberedelse

- Utforming av manualen for å sikre samordnete metoder
- Godkjennelse fra etisk råd
- Pilotundersøkelse
- Trykking av skjemaer, manualer og andre underlag
- Kontakt med interesseorganisasjoner og andre interessegrupper

Feltarbeid

- Utvelgelse av skoler
- Distribusjon og innhenting av spørreskjemaer skal foregå på skolen, samme dag og klassesstime for alle på én skole.
- Kontroll av deltagelse og ikke deltagelse
- Opprettelse av database
- Bearbeidelse og kontroll av data kvalitet.

Dataanalyse og utarbeidelse av resultater

- Analyse og utarbeidelse av resultater
- Kontakt med interessegrupper om resultatene
- Workshop/konferanse for kommunene i Akershus

Endelig utgivelse av resultater

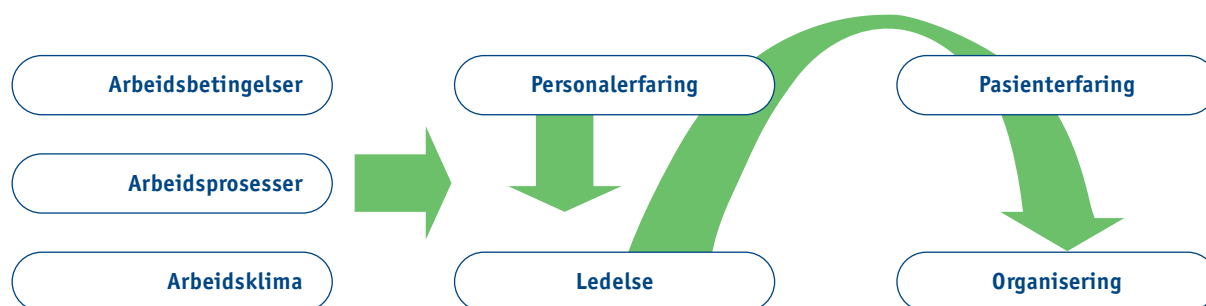
- Skrivning av rapporter
- Workshop/konferanse for kommunene i Akershus
- Utgivelse i form av foredrag til konferanse
- Vitenskapelig publikasjoner

KVALITET I SYKEHUS. VIKTIGE TREKK VED LOKAL LEDELSE I SYKEHUS

Forsker Unni Krogstad og stipendiat Marijke Veenstra,
ukrogstad@heltef.no og mveenstra@heltef.no

Den 18. International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQUA) ble holdt fra 2. til 5. oktober 2001, i Buenos Aires, Argentina. HELTEF bidro med et foredrag i sesjonen "Improving quality through leadership".

Bidraget var basert på undersøkelser av pasienterfaringer og personalerfaringer ved de samme 123 sykehusposter i Norge i 1998 etter følgende teoretiske modell. (Se nyheter på HELTEFS hjemmeside <http://www.heltef.no/>)



Undersøkelser av pasienterfaringer gjennom flere år (1993-2001) har vist oss at pasienter peker på organisatoriske forhold når de skal si hva de var minst fornøyd med. Spør vi personalet, har de ikke noe spesielt å utsette på organiseringen. De peker derimot på ulike aspekter av ledelse som områder som bør forbedres. Vi ønsket å undersøke om det var sammenheng mellom pasienters erfaringer med organisering og personalets erfaring med ledelse, på de samme

sengepostene. Analysen baseres på personellgrupper som kan knyttes til postnivå dvs. sykepleiere og hjelpepleiere.

Et første mål var å analysere hvilke aspekter av ledelse som var relatert til jobbtilfredshet blant pleiepersonalet. Dette ble analysert ved hjelp av multippel regresjon med utgangspunkt i personalmaterialet fra 2000 (N=2496 pleiere).

Dependent variable: nurses job satisfaction

Constant		0.000
The hospitals management have good knowledge about situations on the wards	-0,001	0,962
In this hospital management's priorities are very good	0,088	0,001
Department management are well informed of the wards work	0,007	0,776
In my department leaders priorities are very good	0,115	0,000
My nearest leader have good knowledge about my work situation	0,079	0,004
The hospital management are concerned about keeping their staff	0,069	0,003
Leaders on the ward demand knowledge and skill	0,063	0,004
I get the support and encouragement i need from my nearest leader	0,166	0,000
My nearest leader give me feedback on my performance of work	0,002	0,950
My nearest leader has clear objectives for development of this unit	0,061	0,033
My nearest leader is good at solving conflicts	-0,025	0,451
My nearest leader is always expressing herself/himself clearly	-0,008	0,785
My nearest leader is an important inspiration in our unit	0,014	0,680
My nearest leader always inform us about objectives and outcomes	0,032	0,234

Tabell 1

Det andre målet var å kartlegge i hvor stor grad pleiernes erfaringer med ledelse og generell arbeidstrivsel var relatert til pasienters erfaringer med organisering og kontinuitet. Tidligere undersøkelser har vist at pasienters erfaringer med organisering varierer, ikke bare mellom sykehus, men også mellom poster

ved samme sykehus. Spørsmålet var om en del av denne variasjonen kunne assosieres med sykepleiernes opplevelse av ledelse og generelle jobbtilfredshet, også når vi tok hensyn til en rekke pasientkarakteristika. Dette ble undersøkt ved hjelp av flernivåanalyse (Tab 2).

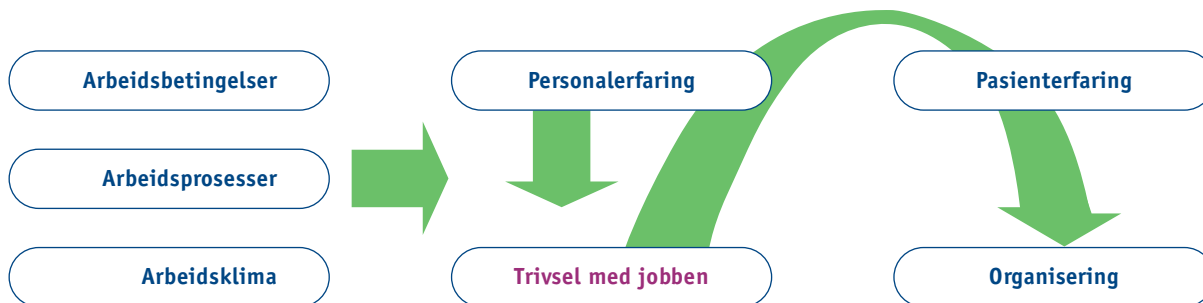
- Gjennomsnittlig pasientskåre på «organisering» = 69.7 (skala 0-100)
- Totalvariansen mellom pasienter er stor: 474.1 (nivå 1)
- Også signifikant variasjon mellom poster: 17.1 (nivå 2)
- Intra-class correlation er 0.035 or 3.5% (innen post)

Tabell 2

Pasienters erfaring med organisering av sykehustjenesten kan variere med bakgrunn i mange faktorer. Foruten at tilfredshet varierer med kjønn, alder og utdanning kan vi tenke oss at det spiller en rolle om pasienten er lagt inn som øyeblikkelig hjelp, har ligget kort eller lenge, har fått en diagnose eller ikke, om sykehuset var stort eller lite, om avdelingen var spesialisert eller ikke – og kombinasjoner av slike faktorer. Vi har også lagt inn som en variabel andelen pleiere på den enkelte posten som var fornøyd med de viktigste aspektene av ledelse (Tab 1) og generelt

trivdes på jobben. Her har vi lagt inn en og en av disse variablene i regresjonen for å se om modellen ble forbedret. To spørsmål om ledelse viste signifikant forbedring av modellen helt til vi la inn spørsmålet om generell jobbtrivsel. Denne faktoren "overdøvet" de enkelte lederfaktorene.

Resultatene viste altså at poster med en større andel sykepleiere som er fornøyd med jobben sin, også har en større andel pasienter som er positive til organiseringen av sykehustjenesten.



- Blant mange organisatoriske faktorer er ledelse en viktig prediktor for pleieres arbeidstrivsel
- Blant flere aspekter av ledelse kan vi identifisere de syv som størst betydning
- Blant flere årsaker til variasjon i pasienters erfaringer med organisering av sykehustjenester, er andelen pleiere som trives i jobben sin, en signifikant prediktor

RESKVA-databasene: En milepæl er nådd!

It-sjef Tomislav Dimoski, *tdimoski@heltef.no*

RESKVA-databasene er brukt i flere store undersøkelser i HELTEFS regi (RESKVA-1: 1995-97, RESKVA-2: 1996, 1998, RESKVA: 2000, 2001). Antallet deltagende sykehus har variert fra 14-25 i disse undersøkelsene. Per 01.01.2002 er Reskva-databasene installert og testet på 32 norske sykehus.

RESKVA-databasene er et system av MS Access databaser som er brukt til å sende spørreskjema til 108 192 pasienter som er utskrevet fra norske sykehus. Når utsending av spørreskjemaer er avsluttet, inneholder RESKVA-databasene ved HELTEF i praksis bare anonymiserte data.

Det ligger teknisk til rette for videre oppfølging av pasientene ved å oppdatere dødelighet og/eller reinnleggelse av pasientene på samme sykehus i ubegrenset ettertid. Datainnsamlingen og oppdateringen er konsesjonspliktig og vi kan med stolthet konstatere at HELTEF har håndtert sensitive personopplysninger fra 32 norske sykehus med høyest mulig grad av informasjonssikkerhet.

I tillegg til RESKVA-databasene er det en annen faktor som er uunnværlig i denne sammenhengen, nemlig det tette samarbeidet mellom HELTEF og Reskva-IT-ansvarlige fra alle de 32 norske sykehusene. HELTEF takker alle deltakere for et praktfullt samarbeide så langt. Vi gleder oss til neste gang!

Hittil har RESKVA-databasene hentet data fra sykehusenes PAS-systemer bare for inneliggende somatiske pasienter. Det foreligger også planer om å utvide utvalget med polikliniske- og dagpasienter i 2002.

Kontinuitet og organisering i sykehus

Prosjektansvarlig Unni Krogstad,
ukrogstad@heltef.no

Norges Forskningsråd har finansiert utviklingen av dette prosjektet som fokuserer på kontinuitet i sykehustjenester som et viktig kvalitetsaspekt. Prosjektet ønsker å utvide kontinuitetsbegrepet til å gjelde mer enn personlig kontinuitet og ser på betydningen av kontinuitet i intern organisering, tverrfaglig samarbeid og personalets stabilitet på arbeidsstedet.

Spørreskjemaet som er benyttet i 1998, 2000 og 2001 har blitt evaluert og revidert i flere omganger og er for tiden gjenstand for validering når det gjelder egenskaper i å måle organisatoriske arbeidsforhold.

Validering og analyser fra prosjektet skal publiseres i internasjonale tidsskrifter. Publikasjoner hittil finnes i publikasjonslista, se også presentasjon om betydningen av ledelse i sykehus annet sted i årsmeldingen.

ARKVA - ARbeidsforskning og KVAlitetsutvikling i sykehus

Seniorforsker Dag Hofoss, dhofoss@heltef.no

I videreføringen av ARKVA- og RESKVA-undersøkelsene forbedrer HELTEF måleinstrumentene og gir tilbud om undersøkelser til nye sykehus. Vi arbeider for tiden med validering av ARKVA.

Undersøkelsene gir også et stort forskningsmateriale, som flere HELTEF -forskere arbeider med. Det veiledes i øyeblikket på fem artikler fra disse prosjektene.

Mestring etter sykehusopphold blant pasienter med kronisk sykdom

Marijke Veenstra, mveenstra@heltef.no

Sykehus i Norge og flere andre vestlige land er organisert rundt en modell for akutte sykdommer. En generell bekymring er at disse ikke er tilpasset dagens raske endringer både i forhold til sykkelighet og sosiale forventninger. En viktig endring er relatert til det økende antallet kronisk syke. Dette medfører økende krav til helsetjenester både i omfang og i kompleksitet. Gjennom dette doktorgradsarbeidet fokuseres det på hvilken rolle sykehus og andre helsetjenester spiller i forhold til kronisk syke og deres måte å takle sykdomskonsekvensene på. Prosjektet er finansiert av Medisin og helse, Norges forskningsråd for perioden fra 01.04.00 til 31.03.03.

Kjøp av helsetjenester i utlandet: pasienterfaring og egenopplevd helsegevinst

Seniorforsker Dag Hofoss – dhofoss@heltef.no

Stortinget bevilget høsten 2000 en milliard kroner til kjøp av helsetjenester i utlandet. Rikstrygdeverket, som har ansvaret for den praktiske gjennomføringen av tiltaket, har initiert flere evalueringsprosjekter. HELTEF har fått ansvaret for å undersøke hvordan ordningen fungerer for pasientene. Mulige problemstillinger er: Er erfaringene og de selvopplevde helsegevinstene blant utenlandspasientene like gode, dårligere eller bedre enn blant tilsvarende pasienter som behandles i Norge, er det sosiale eller regionale forskjeller i pasientenes vurderinger eller i deres vilje til å ta imot tilbudet om behandling i utlandet og hvilke forhold har vært avgjørende for om pasientene takket ja eller nei til tilbudet.

I løpet av år 2000 er inngått kontrakt med RTV om innholdet av og rammene for prosjektet, og prosjektleder er ansatt: sosiolog Gøril Groven.

Sosial ulikhet i erfaringer og tilfredshet blant sykehuspasienter

Seniorforsker Espen Dahl
og prosjektmedarbeider Idunn Brekke,
edahl@heltef.no; ibrekke@heltef.no

Med midler fra Norges forskningsråd starter HELTEF opp et prosjekt med tittelen "Sosial ulikhet i erfaringer og tilfredshet blant sykehuspasienter". I prosjektet undersøkes hvordan sykehuspasientenes erfaringer henger sammen med deres sosiale og

økonomiske bakgrunn. Spesielt studerer vi effektene av "inntektskilde", herunder status som sosialklient, sysselsettingsstatus, yrkesaktiv/ikke-yrkesaktiv, utdanning, og yrkesklasse. Med erfaringer sikter vi i første rekke til hvilken informasjon pasientene har fått, og vurdering av behandlingsutbytte, feks. om oppholdet førte til bedring av sykdommen. Resultatene vil bli publisert på engelsk i form av to tidskriftartikler. Datamaterialet er hentet fra HELTEFS RESKVA-undersøkelse (RESultatforskning og KVA-litetsforbedring i sykehus). Medarbeidere på prosjektet er Idunn Brekke og Espen Dahl.

Kvalitet i pasient- og arbeidstakerperspektiv

Prosjektleder Ingeborg Strømseng Sjetne,
issjetne@heltef.no

I løpet av de siste tiårene har opplevelsene til brukerne av helsetjenester fått et stadig skarpere fokus. Med start på midten av nittitallet har HELTEF utviklet og brukt en metode for å samle inn og formidle oppfatningene til pasienter som har vært innlagt i somatiske sykehus. Undersøkelsen går under navnet RESKVA (resultatforskning og kvalitetsevaluering i sykehus). Til sammen 31 sykehus har deltatt i de fire undersøkelsene som er gjennomført, og nesten 70000 pasienter blitt kontaktet med spørreskjema i brev fra HELTEF.

Spørsmålene i RESKVA handler i hovedsak om konkrete forhold ved sykehusoppholdet, så som personalets omsorg og kyndighet, informasjonen som ble gitt, organiseringen av arbeidet og kvaliteten på fysiske omgivelser og utstyr ved sykehuset. Etter en justering som jevner ut forskjeller som skriver seg fra ulikhet i pasientsammensetningen, blir svarene formidlet tilbake til sykehusenes sengeposter og avdelinger i form av statistiske framstillinger. Resultatene blir sammenliknet med gjennomsnittresultater i totalmaterialet.

I ARKVA (arbeid og kvalitet i sykehus) blir de ansatte ved sykehusene via et spørreskjema bedt om å beskrive sin oppfatning om arbeidstrivsel, organisering og arbeidsbetingelser på sitt arbeidssted. ARKVA er gjennomført tre ganger, til dels til samme tid og på de samme avdelinger som RESKVA. Til sammen 9300 ansatte ved 22 sykehus er blitt invitert til å beskrive sine arbeidssteder gjennom HELTEFS spørreskjema.

Innenfor helsetjenestens virksomhet vil det stadig være avstand mellom det idéelle og det realistiske, og man vil neppe noen gang kunne angi noen grense mellom "godt nok" og "for dårlig". Systematiske undersøkelser med muligheter for sammenlikning med store svarergrupper og også sammenlikninger over tid (ved gjentakelser) er et verdifullt element i arbeidet med å redegjøre for kvaliteten i arbeidet som sykehusene utfører. I den kommende tiden vil HELTEF arbeide med å modifisere disse to kartleggingsundersøkelsene med tanke på å utvikle instrumenter som er egnet for en løpende overvåking av kvalitetsaspekter ved norske sykehus.

Med blick på behandlingen: Epilepsi og livskvalitet. Muligheter for og konsekvenser av seponering av antiepileptisk medikasjon

Forsker Morten Lossius - mlossius@heltef.no

Gjennom studien håper vi å avdekke mulige prediktorer på fortsatt anfallsfrihet etter seponering av anti-epileptisk medikasjon hos epilepsipasienter. Dette vil gjøre det lettere å iverksette tidlig seponering. Vi ønsker også å avdekke nye eller undervurderte bivirkninger av antiepileptisk medikasjon. Lykkes vi med ovenfor nevnte intensjoner, mener vi at denne viten vil kunne gi en stor del av epilepsipasientene et bedre behandlingstilbud.

Fra en allerede godkjent og etablert database over pasienter med epilepsi fra 18 til 67 år, som følges opp ved Akershus Universitetssykehus, har vi "valgt" ut de som har vært anfallsfrie i minimum 2 år og som fyller øvrige inklusjonskriterier. Disse har blitt forespurt om de ønsker å delta i en dobbelt blindet randomisert seponeringsstudie. Før, under og etter seponering vil vi foreta en rekke undersøkelser.

Vi startet inkluderingen ultimo september 1999. Pr. januar 2002 har vi inkludert 110 studiedeltagere. Datainnsamlingen vil ta 2-3 år, og arbeidet planlegges avsluttet etter ca 5 år. Pasienten vil være inkludert i studien i ett år.

Vi mottar støtte fra Norsk epilepsiforbund, Norsk epilepsiselskap og Stiftelsen for norske helse og rehabiliteringsorganisasjoner.

Hodeskader og livskvalitet

Forsker Knut Nestvold, knestvold@heltef.no

Etter hodeskader er det mange pasienter som den første tiden har subjektive plager som blant annet hodepine, svimmelhet, nedsatt hukommelse og svekket konsentrasjonsevne. De fleste blir symptomfri i løpet av det første året. Noen har fortsatt plager. Vi har liten kunnskap om disse plagene er vedvarende over år, og om det er noen relasjon mellom skadegrad og senere subjektive plager. 263 (72%) har besvart et spørreskjema vedrørende levevaner, subjektive plager og livskvalitet. Av de 205 som ble innkalt til videre undersøkelse, møtte 83% til neurologisk us, 76% til EEG og 66% til cerebral CT. Undersøkelsen forsøker å kartlegge omfanget av disse plagene 20 år etter skaden og relasjon mellom plagene og den aktuelle skade. Den vil videre kartlegge funn ved cerebral CT og EEG og relasjon mellom disse funn og subjektive plager og den aktuelle skade.

Avslutning av prosjektet er finansiert av midler fra HELSE og REHABILITERING.

Akutt hodepine – etiologi, prediktorer og prognose: en sykehusbasert studie

**Overlege/forsker Siri Hylleraas Bø,
Neurologisk avdeling, Akershus
Universitetssykehus/ HELTEF, sboe@heltef.no**

Hvert år blir det innlagt ca. 120 pasienter ved Neurologisk avdeling pga. akutt innsettende, intens hodepine. Hensikten med innleggelse er først og fremst å utelukke subaraknoidalblødning, som er en livs-

truende tilstand, med en årlig insidens på 6-8/100000. Av innlagte pasienter har ca. 25% subaraknoidalblødning, mens hos de øvrige finner man en rekke ulike årsaker. Ut ifra det kliniske bildet kan det være umulig å skille mellom SAB og en benign årsak.

Målet med studien er å undersøke om det finnes kliniske kjennetegn eller markører som gjør diagnostikken sikrere og derved informasjonen til pasientene og behandlingen bedre.

I studien vil diagnostikken basere seg på en oppfølging av pasientens hodepineplager over 12 måneder sammenholdt med anamnese og kliniske og supplerende funn ved innleggelse.

Vi vil også sammenlikne disse pasientenes egne opplysninger om hodepineplager og livskvalitet ved innleggelsestidspunkt og ett år senere, med de samme opplysninger fra en kontrollgruppe pasienter som er innlagt med ekstremitetsfrakturer.

Kapasitet på somatiske spesialisthelsetjenester sett fra allmennpraksis

**Seniorforsker Petter Mowinckel
og konsulent Berit Paulsrud,**
pmowinckel@heltef.no

Det er flere forhold som indikerer at kapasiteten på spesialisthelsetjenester er for liten i Norge, f.eks. at det er relativt lang ventetid på relativt mange spesialisthelsetjenester. Før man bestemmer seg for hvilke tiltak som bør igangsettes for å øke denne kapasiteten, er det viktig å ha relevant og god kunnskap om hvor behovet for slik kapasitetsøkning er størst. Er det for eksempel noen få pasientgrupper som utmerker seg her?

En mye brukt metode for å få økt kunnskap om behov for kapasitetsøkning, er å kartlegge gjennomsnittlig ventetid for ulike spesialisthelsetjenester. Dette er viktig og relevant kunnskap. Imidlertid kreves det bred klinisk kompetanse og erfaring for å bruke slike ventetider som basis for prioritering. Det kan f.eks. være akseptabelt å vente i 6 måneder på noen helsetjenester, mens det for andre helsetjenester er uakseptabelt å vente i 3 måneder. Et kompliserende forhold er at effekt kan variere betydelig mellom ulike helsetjenester.

En annen metode er å registrere antall brudd på ventelistegarantien. Denne metoden er imidlertid lite velegnet, blant annet fordi antall brudd påvirkes i betydelig grad av hvor strenge kriterier som benyttes ved tildeling av ventelistegaranti.

I dette prosjektet – som er en spørreskjemastudie – prøver vi å innhente kunnskap om hva norske allmennpraktikere mener om behov for økt kapasitet på somatiske spesialisthelsetjenester.

Allmennpraktikere som gruppe har god medisinsk kompetanse, klinisk erfaring med "alle slags" pasienter, og mye erfaring i å samarbeide med spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn mener vi at allmennpraktikere – i forhold til andre yrkesgrupper – har spesielt gode forutsetninger for å vurdere hvor behovet for kapasitetsøkning er størst innen spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen ble gjennomført som en spørreskjemaundersøkelse til alle allmennleger i Akershus på høsten 2001.

Prosjektet ble finansiert av Akershus fylke.

Køer

Hans Th Waaler, htwaaler@heltef.no

Samarbeidet med Senter for helseadministrasjon om utvikling av matamatiske kømodeller for sykehus fortsatte i 2001 med noen forsinkelser. Vi har revidert programmet POWERSIM har kommet med et nytt program som er lettere å behandle. Vi har nå testet ut modellen som ser ut til å fungere. Vi er igang med et input av informasjon som simulerer et faktisk sykehus. Første problem vi vil undersøke er trade-off mellom effektivitet og kødannelse av to systemer, ett der akutte og elektive pasienter behandles på samme avdeling og ett der de to pasientgrupper behandles på særskilte avdelinger.

Gode og dårlige leveår

Hans Th Waaler, htwaaler@heltef.no

En artikkel på engelsk ble ferdiggjort. Resultatene blir lagt fram ved et internasjonalt møte i Tunisia ultimo april 2002. Dag Hofoss er medforfatter sammen med Liv Grøtvedt. Resultatet ser ut til å være klart: Fra 1985 til 1998 økte levealderen i Norge. Antall gode leveår økte enda mer. Den statistiske signifikansen ble testet ved hjelp av Poisson-simulerte tellere. Utviklingen av denne metode var mer tidkrevende enn antatt.

Hvor gamle blir vi?

Hans Th Waaler, htwaaler@heltef.no

Det er laget et utkast til en artikkel om dette spørsmålet. Problemet omfatter demografi og biologi, Arbeidet vil foregå i et samarbeid med JA Røttingen og Bjarne Waaler.

Aldersspesifikk dødelighet, en seleksjon?

Hans Th Waaler, htwaaler@heltef.no

Tre sammenlikninger av aldersspesifikk dødelighet: Norge vs USA, svarte amerikanere vs vite amerikanere og Sogn-og Fjordane vs Finmark tyder alle på en selektiv dødelighet før 60-års alderen. Observasjonen har betydning for antagelser om fremtidig dødelighet

Forprosjektet NYE SIA

Prosjektansvarlig Unni Krogstad,

ukrogstad@heltef.no

SiA's ledelse tok i samarbeid med Sykehusprosjektene i Akershus (SPA), initiativ til å kartlegge om det var enheter i sykehuset som var motivert for å prøve ut nye måter å organisere arbeidet sitt på. Prosjektet bygger på tanken om rett person på rett plass og mulighetene som ligger i ny teknologi og nytt sykehus.

HELTEF gjennomførte intervjuer og fokusgruppemøter høsten 2001. Resultatene ble presentert i en intern rapport til Ahus og SPA i desember 2001. Denne vil bli brukt som grunnlag for å vurdere om videre prosjekt skal iverksettes.

Task Force

Prosjektleder Vanja Ohna, *heltef@online.no*

I løpet av 2001 har HELTEF bidratt i utviklingen av en web-basert database for helsesatsningen Task Force on Combating Communicable Diseases in the Baltic Sea Region. Databasen er bygget opp etter styringsverktøyet Logical Framwork Approach som er mye brukt i utviklingsprosjekter. Databasen skal være kjernen i monitoreringen av Task Force satsningen. HELTEF har hatt ansvar for å lage prototypen og sørge for den logiske strukturen i databasen. Databasen har vært i forsøksvis drift siden sommeren 2001 og ferdigstilles før sommeren 2002.

HELTEF har laget utkast til evalueringen av Task Force programmet som ble lagt fram på Task Force møtet i Luxemburg den 13.november 2001. Utkastet brukes som arbeidsplan for evalueringen av styringsgruppa for evaluering som ble oppnevnt etter møtet.

Hjerneslag

Ole Morten Rønning, *omronning@heltef.no*

I 2001 er det arbeidet videre med artikler om hjerneslag: Overlevelse etter hjerneslag.
Forekomst av antikoagulasjonsrelaterte hjerneblødninger, Livskvalitet ved hjerneslag.

RESULTATREGNSKAP 2001

	Noter	Regnskap 2001	Regnskap 2000
Inntekter			
Renteinntekter		763.389,94	777.319,84
Basistilskudd	1	4.696.000,00	4.559.000,00
Prosjektmidler staten	1	2.844.700,00	2.429.950,00
Prosjektmidler andre		2.633.410,60	1.043.728,00
Refusjon trygdemidler		118.302,00	194.795,00
Frie inntekter		472.650,00	203.144,60
Sum inntekter		11.528.452,54	9.207.937,44
Kostnader			
Lønn og sosiale kostnader	2	8.406.649,58	6.633.157,57
Kontor- og trykkingskostnader		363.197,44	488.338,36
Reise- og møtekostnader		533.245,76	393.143,33
Husleie	3	203.186,00	199.314,50
Andre driftsutgifter		505.965,65	1.101.079,31
Vedlikehold lokaler		0	3.742,00
Utstyr		538.106,08	609.825,36
Sum kostnader		10.550.350,51	9.428.600,43
Årets resultat		978.102,03	-220.662,99

BALANSE PR. 31.12.2001

Eiendeler:			
Forskudd lønn		0	-9.003,01
Kundefordringer gruppe			163.525,00
Fordring Norges forskningsråd		147.600,00	176.930,00
Bankinnskudd, kontanter o.l.		12.434.561,80	11.152.064,69
Sum eiendeler:		12.582.161,80	11.483.516,68
Egenkapital		200.000,00	200.000,00
Annen egenkapital		8.770.771,27	8.770.771,27
Beregnet resultat		978.102,03	
Sum egenkapital		9.948.873,30	8.970.771,27
Gjeld			
Leverandørgjeld gruppe		815.400,76	709.777,70
Skyldig forskuddstrekk		355.285,00	352.302,00
Trukket fagforeningskontingent		0	3.279,26
Skyldig pensjon 8,8%	4	-57.290,00	-67.738,17
Oppgjørskonto mva.		82.047,00	0,00
Skyldig arbeidsgiveravgift		192.700,00	171.149,00
Arbeidsgiveravgift på feriepenger		87.929,84	73.385,17
Påløpne feriepenger		623.615,90	525.552,45
Periodisering SHD	5	223.200,00	0,00
Periodisering SHD	5	260.400,00	45.038,00
Periodisering allmennpraktikerprosjekt	5	50.000,00	300.000,00
Periodisering Reskva	5		400.000,00
Sum gjeld		2.633.288,50	2.512.745,41
Sum egenkapital og gjeld		12.582.161,80	11.483.516,68

NOTER TIL HELTEFS REGNSKAP 2001

Inntekter:

1. *Statstilskudd:*

Basistilskudd fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet:	kr 4.696.000
Tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet:	
Driftstilskudd	kr 100.000
Prosjektet "Kvalitetsindikatorer"	kr 1.776.800
Prosjektet "Monitoring the Task Force Intervention"	kr 402.100
Prosjektet "Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region"	kr 148.800
Norges forskningsråd	kr 417.000

Kostnader:

2. Omfatter lønn faste stillinger, inklusive lønn til instituttssjef, kr 489.039.
3. Husleie, inklusive elektrisitet, oppvarming og renhold.

Kortsiktig gjeld:

4. Innbetalinger Statens pensjonskasse, totalt kr 57.290 for mye.
5. Prosjektmidler periodisert til 2002.

PUBLIKASJONSLISTE 2001

Publiserte artikler 2001:

Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H, Sandvik L. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001;161:2317-23.

Odland J, Nieboer E, Romanova N, Thomassen, **Hofoss D**, Lund E. Factor analysis of essential and toxic elements in human placentas from deliveries in arctic and subarctic areas of Russia and Norway. *J Environ Monit* 2001;3:177-84.

Krogstad, U. Organisering: Pasienten først – En selvfølge og en utfordring. I: Pasientens rettigheter og Ansvar i Norden – en utmaning for ledarskap og organisasjon. Artikkelsamling fra Nordisk Samarbejds-gruppe for Helsetjeneste-forskning, Universitetsstrykkeriet, Uppsala 2001.

Bell RF, Sivertsen A A, **Mowinkel P**, Vindenes H. A bilateral clinical model for the study of acute and chronic pain after breast-reduction surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001 May;45(5): 576-582.

Jørgen J, **Mowinkel P** and Erikssen J. Offentlig misforståelse i helsevesenet om hva forskning er. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2306.

Rønning OM, Guldvog B, Stavem K. The benefit of an acute stroke unit in patients with intracranial haemorrhage: a controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:631-4.

Røttingen JA, Cameron D, William GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV. How much really is known? *Sex Transm Dis* 2001;28:579-97.

Røttingen JA, Frich P. Fremveksten av infeksjonssykdommer – en konsekvens av ulikheter. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001;121:841-4.

Garnett GP, **Røttingen JA**, Measuring the risk of HIV infection. *AIDS* 2001;15:641-3.

Garnett GP, **Røttingen JA**. Understanding the transmission of HIV: implications for interventions. *IAS Newsletter* 2001;19:4-7.

Dembic Z, **Røttingen JA**, Dellacasagrande J, Schenck K, Bogen B. Phagocytic dendritic cells from myelomas activate tumor-specific T cells at a single cell level. *Blood* 2001;97:2808-14.

Laake JH, **Røttingen JA**. Rocuronium and anaphylaxis – a statistical challenge. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001;45:1196-1203.

Stavem K, Bjørnes H, Lossius MI. Properties of the 15D and EQ-5D utility measures in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy Res* 2001;44:179-89.

Stavem K, Hofoss D, Aasland OG, Loge JH. The self-perceived health status of Norwegian physicians compared with a reference population and foreign physicians. *Scand J Public Health* 2001;29:194-9.

Arnesen KE, Erikssen J, **Stavem K**. Factors influencing physicians' assessment of urgency for inpatient surgery. *J Health Serv Res Policy* 2001;6:214-9.

Stavem K, Ruud E, Kjelsberg FN. Reliability and validity of the Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ) in obstructive sleep apnea. *Eur Resp J* 2001;18 (Suppl 33):255.

Kjelsberg FN, Ruud E, Stavem K. Association of anxiety and depression with daytime sleepiness and health-related Quality of life in obstructive sleep apnea. *Eur Resp J* 2001;18 (Suppl 33):254.

Andre tidsskrifter:

Hofoss D. Statistisk prosesskontroll – en øvingsoppgave. *Run-tester. InForum* 2001;8:7-8.

Lossius MI. Mopedbilen Aixam. *Epilepsinytt*, februar 2001.

Rapporter:

Haavik TK, Sandvik L. Oppfatninger om regionalt helseplanarbeid. *HELTEF-rapport 1*, 2001, ISBN 82-91402-15-9.

Utredningsrapporter:

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA – høst 2000. Ringerike sykehus. Utredningsrapport 1/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA – høst 2000. Haukeland sykehus klinisk avdeling. Utredningsrapport 2/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA – høst 2000. Haukeland sykehus – medisinsk avdeling. Utredningsrapport 3/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA – høst 2000. Fylkessjukehuset på Stord. Utredningsrapport 4/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA – høst 2000. Regionsykehuset i Tromsø. Utredningsrapport 5/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M. ARKVA- høst 2000 . Sentralsykehuset i Akershus. Utredningsrapport 6/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Bærum sykehus. Utredningsrapport 7/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Orkdal Sanitetsforenings sykehus.
Utredningsrapport 8/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Mandal sykehus. Utredningsrapport 9/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Lister sykehus. Utredningsrapport 10/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Kongsgård sykehus.
Utredningsrapport 11/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
ARKVA – høst 2000. Diakonhjemmets sykehus.
Utredningsrapport 12/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Ullevål sykehus.
Utredningsrapport 13/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Buskerud Sentralsykehus.
Utredningsrapport 14/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Ringerike sykehus.
Utredningsrapport 15/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Haukeland sykehus.
Utredningsrapport 16/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Fylkessjukehuset på Stord.
Utredningsrapport 17/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Regionsykehuset i Tromsø.
Utredningsrapport 18/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Vest-Agder Sentralsykehus.
Utredningsrapport 19/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Kongsberg sykehus. 20/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000 Sentralsykehuset i Akershus.
Utredningsrapport 21/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000 Fylkessjukehuset i Haugesund.
Utredningsrapport 22/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Bærum sykehus.
Utredningsrapport 23/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Namdal sykehus.
Utredningsrapport 24/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Hammerfest sykehus.
Utredningsrapport 25/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Orkdal Sanitetsforenings sykehus.
Utredningsrapport 26/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Aust-Agder Sentralsykehus.
Utredningsrapport 27/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Mandal sykehus.
Utredningsrapport 28/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Lister sykehus.
Utredningsrapport 29/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Kongsgård sykehus.
Utredningsrapport 30/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Oppland sentralsykehus, Gjøvik.
Utredningsrapport 31/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
RESKVA – høst 2000. Narvik sykehus.
Utredningsrapport 32/2001.

Østhus R og Krogstad U. Personalerferinger ved Norske sykehus –
Resultater fra Arkva i 1998 - 2000.
Utredningsrapport 33/2001.

Arbeidsnotat:

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
Pasienterfaringer ved Buskerud Sentralsykehus – Foreløpig
rapport fra RESKVA 2000. 1/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
Pasienterfaringer ved Aust-Agder Sentralsjukehus – Foreløpig rapport fra RESKVA 2000. 2/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
Opptrappingsplan for psykisk helse i Akershus – Forslag til hvordan arbeidet med psykiatrisk helsetjeneste og psykiatrisk opptrappingsplan kan følges opp. 3/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
Personalerfaringer v/Gastro kir. Sengepost A2, Regionsykehuset i Trondheim. 4/2001.

Sjetne IS, Østhus R og Djupvik M.
Pasienterfaringer ved Gastro-Kirurgiske sengepostene A2 og B2. 5/2001.

Foredrag:

Bø, SH. Subaraknoidalblødning og andre årsaker til akutt hodepine; preliminare data fra en pågående studie.
Nevrodagene 2001 – Nasjonalt forum for nevrologisk forskning, diagnosikk og behandling.

Hofoss D, Veit C. Measurement for learning.
6th European Forum for Quality Improvement in Health Care, Bologna 29-31 March, 2001.

Hofoss D, Batalden P, Holm HA.
Continuous Quality Improvement in Health Care: The European School for Quality Improvement. 6th European Forum for Quality Improvement in Health Care, Bologna 29, 30, 31 March, 2001.

Hofoss D. Produktansvaret i helsetjenesten. Nordland legeförening, Grunnkurs for allmennleger, Bodø, mai 2001.

Hofoss D. Legeföreningens gjennombruddsprojekter.
Fylkeslegen i Nordland, Bodø, mai 2001 og Videreutdanning i kvalitetsforbedring, Universitetet i Bergen, september, 2001.

Hofoss D. Statistisk prosesskontroll. Fylkeslegen i Nordland, Bodø, mai 2001 og Videreutdanning i kvalitetsforbedring, Universitetet i Bergen, september, 2001.

Hofoss D. Statistisk prosesskontroll. Intensivmedisinernes høstmøte, Soria Moria, oktober, 2001.

Lossius MI, Stavem K, Gjerstad L. Overrapportering av anfallsfrihet hos personer med epilepsi – erfaringer fra en randomisert seponeringsstudie. Nevrodagene, 2001.

Lossius MI. Epilepsi og førerkort. Epi-forum, mars 2001.

Lossius MI. Bivirkninger av anti-epileptika. Hedmark Epilepsiförening, april, 2001.

Lossius MI. Epilepsier hos voksne. Romerike Epilepsiförening, september 2001.

Lossius MI. Epilepsi – forekomst og klinisk tegn. Primærhelsetjenesten, oktober, 2001.

Lossius MI. Kliniske erfaringer med Topimax. Nevrologer og barne-nevrologer, SiR, november 2001.

Lossius MI. Kliniske erfaringer med Keppra. Epi-forum, november, 2001.

Røttingen JA. Kvalitetsindikatorer i sykehus: hva kan vi lære av andre land, og hvordan bør vi innrette oss når staten har overtatt sykehusene? Avdelingsseminar, 29.05.01, Sykehusavdelingen, SHD.

Røttingen JA. Modelling infectious diseases. Summer school of methods in infectious disease epidemiology, Danmark 19-20.06.01.

Røttingen JA. Estimating epidemics. An introduction to modelling of infectious diseases. Summer School of Methods in Infectious Disease Epidemiology, Berlin 18-26 June 2001.

Brøyen T, Stavem K, Dahle G. Kirurgisk behandling av primær lungecancer. Et femårsmateriale 1994-98. Norsk kirurgisk forenings høstmøte, Oslo, november 2001.

Brøyen T, Stavem K, Dahle G. Ikke kardial torakskirurgi ved et sentralsykehus. Et femårsmateriale 1994-98. Norsk kirurgisk forenings høstmøte, Oslo, november 2001.

Waalder HT. Helse for eldre fram til 2030. Fylkeslegens helse-personellmøte i Nord-Trøndelag, 13.06.01.

Waalder HT. Prognoser for fremtidens eldreomsorg, flere eldre, færre unge til å pleie dem. Den fjerde nasjonale eldrekonferanse, Tromsø, 5.11.01.

Waalder HT. Eldre og helse fram til 2030. Fylkeslegens haustmøte i Hordaland, 19.11.01.

Krogstad U, Veenstra M. What's important about leadership. ISQUA konferansen i Buenos Aires, oktober 2001.

Krogstad U. Arbeidsorganiserings betydning og personellbehov i sykehus. Innlegg på HLF-seminar, januar 2001.

Krogstad U. Kontinuitet og arbeidsorganisering i sykehus. Innlegg på fagdag for anesthesi-personell – SiA, januar 2001.

Krogstad U. Kontinuitet og kompetanse. Seminar på Statens Senter for Epilepsi, mai 2001.

Sandvik L, **Mowinckel P**. The impact of smoking on duration of chronic disease until death. International Epidemiological Association and Society for Social Medicine, Oxford, 12-14 September.

Posters/abstracts:

Ørstavik R, Haugeberg G, **Mowinckel P**, Lilleås F, Kvien TK. Vertebral deformities (VD) are more prevalent and more strongly related to bone mineral density (BMD) in rheumatoid arthritis (RA) than in matched controls: A case control study. American College of Rheumatology, Annual Scientific Meeting in San Francisco, november 2001.

Pettersen KI, **Mowinckel P**, Vaage S. Improvement of doctor services using patients experiences. 6th European Forum on Quality Improvement in Health Care, Bologna, March 29-31, 2001.

Ruud E, Kjelsberg FN, **Stavem K**. Characteristics of users and nonusers of CPAP/BiPAP in sleep apnea. XL Nordic Lung Congress, Helsinki, June 2001.

Kjelsberg FN, Ruud E, **Stavem K**. Predictors of health-related quality of life in sleep apnea. XL Nordic Lung Congress, Helsinki, June 2001.

Stavem K, Ruud E, Kjelsberg FN. Reliability and validity of the Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ) in obstructive sleep apnea. European Respiratory Society, Berlin, september 2001.

Kjelsberg FN, Ruud E, **Stavem K**. Association of anxiety and depression with daytime sleepiness and health-related Quality of life in obstructive sleep apnea. Eur Resp J 2001;18 (Suppl 33):254.

Stavem K, Ruud E, Kjelsberg FN. Reliability and validity of the Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ) in obstructive sleep apnea. Eur Resp J 2001;18 (Suppl 33):255.

Krogstad U, Veenstra M. What's important about leadership. ISQUA konferansen i Buenos Aires, oktober 2001.

Lossius MI, Rønning OM, Gjerstad L. Incidence and predictors of post stroke epilepsy. The Akershus stroke study. Five years follow-up. 24th ICE Buenos Aires, 2001.

Røttingen JA, Garnett GP. Modelling the impact of HSV-2 infection on the spread of HIV. International Congress of Sexually Transmitted Infections 2001. Int J STD & AIDS 2001;12 (Suppl 2):17.

Garnett GP, Røttingen JA. Understanding the dynamic consequences of infectious disease interactions and fractions attributable to STDs. International Congress of Sexually Transmitted Infections 2001. Int J STD & AIDS 2001;12 (Suppl 2):20-1.

DeBlasio BF, Røttingen JA. Intercellular calcium and impedance oscillations in MD-cells: A lattice stochastic model based on gap junctional flux. XI International Conference on Electrical Bio-Impedance. Oslo, June 17-21, 2001.

Røttingen JA, Fraser C, Garnett GP. Systematic bias in the population attributable fraction for infectious diseases. IEA & SSM Joint Conference. Abstract 66. J Epidemiol Community Health 2001;55 (Suppl 1):A17-8.

Annet:

Krogstad U, Sjetne I, Marijke V. Nye SiA, Arbeidsorganisering og kompetanse. Forprosjektrapport, HELTEF, 2001.

Veenstra M. Prosjektpresentasjon. Stipendiat-/forskingsamling i program for helsetjenester og helseøkonomi, Norges forskningsråd.

HELTEF skal produsere kunnskap
som gir bedre helsetjenester
til pasienter og befolkning,
samt effektiv og rettferdig
bruk av ressurser i
helsetjenesten

HELTEF
Stiftelse for
helsetjenesteforskning

Postboks 55
1474 Nordbyhagen

Telefon: +47 67 92 94 60
Telefax: +47 67 92 94 69
e-mail: heltef@online.no