

Forslag nr.	Navn	Kommune/enhet	E-postadresse	Pasient/brukergruppe, populasjon	Hvilke tiltak/metode/behandling er du interessert i å vite noe om?	Ønsker du å sammenligne tiltaket med andre metoder?	Hva ønsker du å måle?	Beskriv bakgrunnen for spørsmålet eller spørsmålene - hvorfor ønsker du dette temaet undersøkt?	Tilleggsopplysninger:	Sortering FHI	Bestillerut. Innstilling
70	Hilde Karin Storum	Os	hko@os.kommune.no	sjukeheimsbebuarar	Influensavaksinering av personale i helseinstitusjon			Forholdet mellom influensaførekost hos sjukeheimsbebuarar som er influensavaksinert og andel personale som er vaksinert med influensavaksine	Praksis viser at det er vanskelig å motivere personalet i sjukeheimar til å ta influensavaksine frivillig. Vi ønsker å få dokumentasjon på om det er kostbart å motivere seg som personale når bebuarane er vaksinert, om det er ein samanheng mellom influensaførekost hos sjukeheimsbebuarar som er influensavaksinert og andel personale som er vaksinert med influensavaksine. Dette med bakgrunn i kunnskap vi har om at eldre er mindre beskytta av vaksine enn yngre. Vi har ei antning om at tydelig dokumentasjon på lønner er det ein samanheng vil ha større effekt på motivasjonen til å vaksinere seg enn "moraliserande" råd fra heilemyndighetene		1 A
116	Beate Haakonsen	Etat for helseetjenester Bergen kommune	beate.haakonsen@bergen.kommune.no	Voksne over 18 år med ervervet hodeskade med kognitive skader/ufall.	Kognitiv rehabilitering i primærhelsetjenesten	Ingen systematisk oppfølging/ingen tiltak.	Ønsker å måle/undersøke brukererfaring av systematisk kognitiv rehabilitering i primærhelsetjenesten sammenlignet med ingen systematisk oppfølging. Ufallsmål: Brukers opplevelse av hverdagsmestring, hvordan velkommande opplever å håndtere oppgaver og utfordringer som vedkommende møter.	Det er område som kommunen trenger kunnskap om og kunnskap vil være aktuell for andre kommuner. Det er økende fokus på kognitive vansker og hvordan kognitive vansker kan få betydelige konsekvenser, for eksempel i skole, arbeidsliv og fritid. Kunnskap om kommunen ytterligere bør satse på tilbud som innebærer systematisk kognitiv rehabilitering. Brukergruppe utfordrer tjenestene i Bergen kommune. Det foreligger et system med rehabilitering i spesialhelsetjenesten og kommunal rehabilitering, samt tjenester fra innsatssteam. Utover dette er oppfølgingen mer fragmentert, samtidig som flere etater på tvers av IHO gir tilbud til brukergruppen og det er ofte behov for tverrprofesjonell og tværfaglig samarbeid. Bergen kommune har i Handlingsplan for habilitering og rehabilitering trukket frem samordning av innsats for personer med omfattende svikt som et av flere satsingsområder. Kommunen har fått tilkudd fra Fylkesmannen til prosjektet "Øke kompetanse i kommunehelsetjenesten i fht.k kognitiv svikt som følge av ervervet/traumatisert hjerneskade".	Forsknings spørsmål: Har voksne personer over 18 år med kognitive skader/ufall effekt av kognitiv rehabilitering i kommunehelsetjenesten et år etter ervervet hodeskade? Outcome: Brukers opplevelse av hverdagsmestring		1 A
117	Tove Bergan	Etat for helseetjenester	tove.bergan@bergen.kommune.no	Barn 6-12 år med Cerebral Pærese (CP) med GMFCS 4 og 5	Aktiviteter / intervensjoner som fremmer deltakelse i lek i skolen	Nei	Dei	Fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunen gir tett oppfølging til barn med CP, helt fra fødsel og opp i voksenalder. Om lag 2 av hver 1000 levende fødte barn har cerebral pærese. Aktivitetsgraden varierer fra lett nedstøtt gang- og håndfunksjon, til store problemer med å bevege seg uten hjelp.	Klinisk spørsmål: Hvilke intervensjoner kan fremme økt deltakelse i uteaktivitet/frimunt i skolen for barn 6-12 år med CP med GMFCS 4 og 5?		1 A
67	Kjersti Andersen	Askøy kommune/Fagavdeling Individ og levekår	kjersti.andersen@askoy.kommune.no	Brugergruppe: Personer med utviklingshemning og personer med diagnoser i autismespekteret	1. Ulike former for boligtilbud til personer med utviklingshemning 2. Gode tilbud til personer med diagnoser i autismespekteret	1. Ønsker sammenligning av dagens praksis i ulike kommuner. Hvordan løser vi som kommune å gi et optimalt boligtilbud til dagens brukere? 2. Ønsker å få økt kunnskap om hvordan man skal gi et best mulig tjenestetilbud til personer med diagnoser i autismespekteret i samarbeid med pårørende.	1. Finnes det relevant forskning på dette området som kan være veiledende i hvordan vi som kommune bør organisere boligtilbud til denne brukergruppen på best mulig måte. 2. Er det sammenheng mellom tjenestetilbudet og atferdsutfordringer for autister?	1. Etter HVPJ reformer har kommuner løst boligtilbudet til utviklingshemmede på forskjellige måter. Det er ulike meninger om hvilke boliformer som er det beste for den enkelte, det går på antall boenheter samlokalisert, funksjonsnivået, beliggenhet osv. Vi opplever en endring i behov og utfordringer, f.eks sosiale medier. 2. Vi som kommune opplever stor økning av barn med alvorlig autisme og atferdsutfordringer.		1 B	
74	Pia Syversen	Lindås kommune	pia.syversen@lindas.kommune.no	Brukarar av heimetesta som får hjelp til/har vedtak på medisinhandtering.	Multidose i heimetesta.	Samanlikne multidose med det at sjukepleiarar sjlv lagar til dosettar.	Effekten av multidose i heimetesta målt opp mot avvik og ressurseffektivitet	Erfarer at det ofte er behov for dosett i tillegg til multidose. Av ulike grunnar er det ofte slik at endringar må sjkje manuelt, mange tablettar kan skjje pakkast i multidose, og kommunikasjon om endringar går ofte for seint slik at medisin må leggas i dosett i staden for multidose.	Målet med multidose er meire sikker medisinadministrering og effektivt ressurssbruk. I praksis opplevast det ofte ikkje slik då det er for mange unntak frå hovudregelen. Mange unntak gir større rom for avvik, og auka ressurssbruk og dermed fell helsen til multidose bort.		1 B
86	Berit Kløppe	Voss, helse og omsorg	berit.kloeppe@voss.kommune.no	Personer med demens	Individuell plan	dagens praksis	Bur personer med demens hjemme lenger dersom det er utarbeidet individuell plan i tidlig stadium? Er personer med demens bedre tilpasset oppfølging når det er utarbeidet individuell plan?	Det er utfordrende å gi gode tilbud til personer med lang kommen demens dersom en ikke har sjekket ut interesser, ønsker og behov i tidlig stadium av sykdomsutviklingen.		2 B	
81	Redun Minde Janøy	Meland kommune	redun.minde@gmail.com	Pasienter med residverende UVU.	Hiprex-behandling	Sammenlignet med ikke hiprex-behandling	Førekost av UVU	Mange pasienter står på Hiprex uten at hjemmesykepleien opplever at det har noen effekt. Lurer derfor på om det finnes forskning på dette området.			1
82	Redun Minde Janøy	Meland kommune	redun.minde@gmail.com	Pasienter med permanent urininkastet	Ukentlig urinposeskift	Urinposeskift kun ved urininkastet skift ved indikasjon	Førekost av UVU	Hjemmesykepleien har flere pasienter med permanent kateter. Vi opplever at rutineene er forskjellige når pasienter kommer fra sykehus/andre opphold ang. hvor ofte urinposen skal skiftes. Lurer derfor om det finnes forskning som kan si noe om førekosten av UVU knyttet til skift av urinpose.			1
91	Liv Olsen	Askøy kommune/Helse og omsorg	liv.olsen@askoy.kommune.no	Primært ansatte i hjemmetjenesten og sykehjem Sekundært brukere i hjemmetjenesten og sykehjem	Ansatte i turnus i hjemmetjeneste og sykehjem med langvakter.	Bruka av langvakter (12,5 timer eller mer) kontra ordinære vakter (7 - 7,5 L) på turnus	Howdan påvirker dette trivsel for ansatte, hvordan påvirker dette stressnivået. Howdan påvirker dette brukerne i hjemmetjenesten og sykehjem	Heltdiskultur er satt på dagsorden både lokalt og sentralt. Som en del av dette arbeidet, legges det bl.a. opp til langvakter på ukedager og/eller helger. Det er flere kommuner som tar dette i bruk. Vi ser at det kan være ulike utfordringer fra arbeidstakerorganisasjoner og arbeidsgiver om en slik arbeidsordning om en slik arbeidsordning er til det gode for ansatte og brukere.			1
94	Janne A. Gullestad	Voss, rus- og psykiatritenesta	janne.a.gullestad@voss.kommune.no	Barn og unge	organisert fysisk aktivitet	Ikke med i organisert fysisk aktivitet	lagare prevalens av psykiske helseplager	kan det å vere med i eit idrettslag/aktivitetsgruppe vere førebeyggande for psykiske helseplager samanlikna med sei som ikkje er det?			1
95	Janne A. Gullestad	Voss, rus- og psykiatritenesta	janne.a.gullestad@voss.kommune.no	personar med psykiske helseutfordringar	fysisk aktivitet	tradisjonell samtalerapi	grad av forbetring av psykiske helseplager	samanlikning mellom fysisk aktivitet som behandling samanlikna med tradisjonell samtalerapi			1
104	Hilde Karin Storum	Os helsetjenester	hko@os.kommune.no	pasientar i bufellesskap (kan evt droppes) med alvorlig sjøskading som har vore utsett for seksuelle overgrep, aldersgruppe: 18-35	Effekt av tett oppfølging i form av fast vakt og beskyttande tiltak for å forhindre sjøskading.	Samanlikne desse miljøterapeutiske tiltaka med miljøterapi som gir pasienten med ansvar for eiga helse: ansvarliggjering kontra «moderlig omsorg» beskyttende eller kompensierende omsorg	Effekt på hyppighet og alvorlighetsgrad av sjøskading	Utgangspunktet er ein konkret pasientcase, men vi undrer oss generelle i høve til kva tilnærming som virker best på denne gruppa; ansvarliggjering kontra beskyttande tilnærming.	I vår pasientcase opplever vi at oppmerksomhet på den destruktive affekten frå pasienta bidrar til eskalering av sjøskadinga. Det oppstår ein regresjon hos pasient og behov for å styre og kontrollere dei andre som bur i bufellesskapet. Det at pasienten må konkurrere med mange om personalet sin oppmerksomhet bidrar til auking av destruktiv affekt. Det å skade seg sjølv kan oppfattast som ein måte å få oppmerksomhet på eller straffe personale fordi personale er oppteken av andre bebuarar.		1
107	Annette K. Servan	Bergen kommune	annette.servan@bergen.kommune.no	eldre innbyggere	Effekt av bestillingstransport/aldersvennlig transport på eldres aktivitet og deltakelse. Eksempel på slike løsninger er rosa busser i Oslo.	Ordinære kollektivtilbud	Aktivitet, deltakelse, sosiale nettverk, ensomhet og helse	Formålet med seniorplanen til Bergen kommune er å legge til rette for aktiv aldring og å bli et mer aldersvennlig samfunn. En viktig del av dette er mobilitet og mulighetene til å komme seg dit man skal på en enkel og trygg måte. Flere og flere ønsker å prøve ut løsninger med aldersvennlig transport/bestillingsløsninger. Vi lurer derfor på om det finnes et kunnskapsgrunnlag som sier noe om hvilken effekt slike tilbud har på ektes hverdag og mulighet til å leve aktive liv lengre.			1
109	Mona Louise Bakkevig	Bergen kommune	monalouise.bakkevig@bergen.kommune.no	Pårørende til personer med utviklingshemning	Hvilke tiltak har vist effekt for å bedre samarbeid mellom pårørende til personer med utviklingshemning og tjenesteytere? Det skal gjennomføres et pårørendeprosjekt innen tjenester til utviklingshemmede. I det forbindelse trenger vi informasjon om hvilke tiltak som kan gi bedring av samarbeid. Har for eksempel et berørgsurs om pårørendesamarbeid effekt på kunnskap om pårørendes rettigheter blant ansatte? Har man sett effekt av tiltak for å bedre samarbeid mellom pårørende og tjenesteytere? Har man kunnskap om ulike intervensjoner som har vist effekt?	Ønsker kunnskapssopsummering om effekt av ulike intervensjoner	Ulike resultat kan være interessant: - intervensjoner som gir bedre samarbeid mellom pårørende og tjenesteytere - intervensjoner som gir bedre kunnskap om pårørendetilheter blant tjenesteytere	Det skal gjennomføres et pårørendeprosjekt innen tjenester til utviklingshemmede. En kunnskapssopsummering ville være nyttig når dette prosjektet skal planlegges, og man skal vurdere å iverksette ulike tiltak. Temaet kan også være relevant for andre tjenester som har fokus på pårørendesamarbeid. Problemstillingen kunne også vært undersøkt i anheng av tjeneste.			1

115	Bernt A. Tungodden	Seksjon for økonomi- og kontraststyring	bernt.tungodden@bergen.kommune.no	Personer med behov for særlig ressurskrevende tjenester, både innenfor tjenester til utviklingshemmede og tjenester for eldre (institusjon)	Økt bemanning som tiltak for å løse afterduofordringer forårsaket av kognitive tilstander som demens, utviklingshemming, skade etc.	Jeg er nysgjerrig på hva som finnes av forskning på effekt av bemanningspåkning versus andre tiltak når brukere får store afterduofordringer som nevnt. Dette kan være forskjellige tiltak, som bruk av spesifik kompetanse, opplæring, medisinering, ulike former for terapi etc.	Jeg ønsker å vite om forskning som fokuserer på å prøve tiltak for å løse afterduofordringer i tjenestens som begrensar eller eliminerer behovet for bemanningspåkning. Behov for bemanningspåkning eventuelt omsatt i økonomisk verdi er derfor interessant å måle. En populærvitenskaplig spørsmål kan være: Hva sier forskningen er den beste måten å løse afterduofordringer på? Hos oss er svaret oftest å øke bemanningen	Jeg ønsker å vite om forskning som fokuserer på å prøve tiltak for å løse afterduofordringer i tjenestens som begrensar eller eliminerer behovet for bemanningspåkning. Behov for bemanningspåkning eventuelt omsatt i økonomisk verdi er derfor interessant å måle. En populærvitenskaplig spørsmål kan være: Hva sier forskningen er den beste måten å løse afterduofordringer på? Hos oss er svaret oftest å øke bemanningen	Problemstillingen er svært aktuelt innenfor både Etat for tjenester til utviklingshemmede og Etat for sykehjem. Økt grad av afterduofordringer blir brukt som en viktig, kanskje den viktigste forklaringen på at tjenesten bruker mer økonomressurser enn budsjettet, spesielt med og dette omfattes ofte som lite å gjøre med. Dynamikken er at utfordringene må løses med økt bemanning og endret turnus, og beslutningsprosessen går i stor grad på om det skal gøres slik ending eller ikke. Etaten bruker nå betydelig mer ressurser enn tidligere på å vurdere slike spørsmål, og antall saker / sakenader om økt bemanning som følge av afterduofordringer og andre lignende utfordringer eksploderer. Det omfattes ofte i generelle former som at beboerne blir stadig sykere. Men utviklingen er ikke økonomisk bærekraftig i en tid etter etterspørselen etter våre tjenester øker i langt større grad enn de økonomiske rammene. I budsjettet for 2020 foreslår byrådet å øke ressursene til sykehjem med 11 mill nettopp til denne problemstillingen. Behovet er (kanskje?) enda høyere. Men konsekvensen av dette er at det ikke er ressurser til å gjennomføre satsninger som er prioriterte i form av bostyretvedtatte sektorplaner. Det blir derfor svært viktig å være kjent med alternativene og jeg antar dette må være et rimelig uansett spørsmål, som kanskje har vært mer fokusert på i områder med mindre økonomiske ressurser enn vårt. Den forskningen er jeg interessert i	Kan gjerne diskutere problemstillingen med dere, evt. ta med nøkkepersoner fra aktuelle etater om ønskelig.	1
72	Margrethe Moss- Iversen Lundegård	Bergen kommune / Etat for sykehjem	margrethe.lundegard@bergen.kommune.no	sykehjemsbeboere med demens av omsorgstjenester og behov for helsehjelp	Bruk av teknologi i miljøbehandling for mennesker med demens. I hovedsak Virtual Reality teknologi (VR-briller) og Tovertafte (påk- teknologi)	Det er ønskelig å sammenligne tiltaket med metoder som har tilsvarende formål for å øke livskvalitet. Hos den enkelte som for eksempel individualløst musikkbasert miljøbehandling	1. Måle livskvalitet/tilfredshet/uroilighet før og etter bruk av VR og AR teknologi 2. Kan teknologi være en døråpner mellom beboer og personal på den måten at beboer åpner opp og forteller om hendelser fra egen livshistorie basert på materialet som vises frem? 3. Hvordan er optimal bruk av slik teknologi i demensomsorgen?	1. Måle livskvalitet/tilfredshet/uroilighet før og etter bruk av VR og AR teknologi 2. Kan teknologi være en døråpner mellom beboer og personal på den måten at beboer åpner opp og forteller om hendelser fra egen livshistorie basert på materialet som vises frem? 3. Hvordan er optimal bruk av slik teknologi i demensomsorgen?	Det er økende fokus på bruk av VR og AR teknologi i helse og omsorg generelt, og flere leverandører som ønsker å tilby sine produkter på dette feltet enten til utprøving av materialet for sykehjemsbeboere med demens, eller som ferdig produkt. Innen demensomsorgen har det vært utprøving blant annet i England og Danmark, med fokus på hvordan slik teknologi kan bidra til å gi gode og meningsfulle opplevelser til mennesker som ikke lenger kan komme seg ut til tilsvarende opplevelser i den virkelige verden. Teknologien byr på muligheter til å se igjen gamle resemler, håndverksarbeid fra gamle dager, dyr, natur og kulturopplevelser. Bergen kommune, etat for sykehjem har investert i VR-teknologi for de kommunale sykehjemmene, og utprøvingen vår har vekket stor oppmerksomhet i store deler av landet. Vi har delt erfaringer på større konferanser om demens i Hordaland, Møre og Romsdal og Østfold. I tillegg er vi blitt kontaktet av Barum kommune og Trondheim kommune som har vært interessert i erfaringer og som selv har ønsket å prøve ut teknologien. Det er med andre ord av interesse for flere kommuner i Norge å få mer kunnskap på dette feltet.	Det er mye fokus på individuelt tilpasset musikk i demensomsorgen, men som med andre aktiviteter, så er det ikke alle som har samme glede av musikk som andre. Det vil være spennende å vite noe mer om VR-teknologi og aktivitet med Tovertafte kan være et alternativ til personrettet miljøbehandling på lik linje som musikkterapi.	2
75	Pia Syversen	Lindås kommune	pia.syversen@lindas.kommune.no	Eldre med behov for tett oppfølging av omsorgstjenester og behov for helsehjelp	Omsorgsbustad med helsehjelpsbemanning	Ønsker å sammenlikne tilbudet i helsehjelpsbemanning omsorgsbustad kontra sykehjemsplass/langtidsplass.	Opplevd kvalitet hos brukar/prårørende økonomisk gevinst for kommunen	Erfarer at brukarar i helsehjelps omsorgsbustadar i aukande grad er brukarar som har behov for mykje tenester helle døgnret. Vanskelig å skille mellom institusjon og omsorgsbustad. Rikrønde forventer ofte tenester i helsehjelpsbemanning. Tiltaket har problem med å skille og sjå forskjellen på tenestene. Så kvar går "grensa" mellom helsehjelpsbustad og institusjon med tanke på kva som er den beste løysinga for både brukarar og effektiv ressursbruk i kommunen (no og framtidige behov som kjem).		2	
76	Veronika Skiftesvik Natås	Askøy	veronika.skiftesvik@askoy.kommune.no	generelt	Effekten av oppfølging fra tverrfaglige team		Mottar brukere med oppfølging av tverrfaglige team mindre tjenester på skilt vs. brukere som får tradisjonell oppfølging?	Bruk av tverrfaglige team er i vinden som aldri før. Lurer på om det er gjort noen studier som bekrefter at dette gir større gevinst for brukar vs. tradisjonell oppfølging. Kommunen bruker mye tid og ressurser på å omorganisere seg til slike team.		2	
79	Liv Olsen	Askøy	liv.olsen@askoy.kommune.no	Eldre pasienter (80+) med behov for rehabilitering etter funksjonstap der spørsmålet er om de skal hjem med hjemmehabilitering eller til rehabilitering på sykehjem.	Hjemmehabilitering	Hjemmehabilitering kontra rehabilitering i sykehjem	Hvilken effekt har hjemmehabilitering for personer med funksjonstap etter sykehjemsopphold kontra de som kommer til sykehjem for rehabilitering. Hvordan påvirker behandlingen i hjemmet når det gjelder å få en økt funksjon kontra de som får behandling i sykehjem.	Pasienter blir utskrevet fra sykehus tidligere nå enn før. Dette gjelder også rehabiliteringspasienter. Vi ser at sykehusene ofte vurderer at pasientene må på sykehjem for rehabilitering. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er redusert til "spesialist-spesialist", mens kommunene får overført en del pasienter som tidligere ville fått tilbud i spesialisthelsetjenesten. Tiltaket på kommunene og sykehjemmene øker, og det kan være behov for å kunne vurdere mer rehabilitering i hjemmet for en del av pasientene.		2	
83	Reidun Minde Janøy	Meland kommune	reidun.minde@gmail.com	Pasienter med obstpasjon	Volumpkende laksantia	Tarmstimulerende midler	Normal tarmfunksjon, jevnlig avføring	Når jennesmykleppen har pasienter med problemer med jevnlig tarmtømming/obstpasjon er det svært tilfældig hvilket avføringsmiddel leger forskriver til pasientene. Finnes det forskning på effekt og bivirkning av de ulike avføringsmidlene.		2	
84	Reidun Minde Janøy	Meland kommune	reidun.minde@gmail.com	Pasienter med diabetes type 2 som står på kostregulert- eller tablettbehandling.	Blodsockermålinger	Å ikke ta blodsockermålinger	Bedre blodsukker-regulering	Hjemmesykleppen får ofte beskjed om å måle blodsukker daglig/ en gang i uken/ en gang i måneden på pasienter med diabetes type 2 som er tablettregulert. Vi lurer på om det finnes forskning som sier noe om dette har noen hensikt, eller kunne disse pasientene ikke godt kun målt langtidssukker (HbA1c)?		2	
85	Berit Kløppe	Voss, helse og omsorg	berit.kleppe@voss.kommune.no	Personer med angst og depresjon	Gruppebehandling	Individualsamtaler	Kortere oppfølging	Det er en utfordring å få avsluttet brukere som har lett angst/depresjon og som har individualsamtaler. Det er ønskelig å få kunnskapoppsummering for å se om gruppebehandling gir kortere behandlingstid.		2	
90	Anne Therese Hatle	Habiliterings- og rehabiliteringsstasjonen i Fyllingsdalen og Laksveig, Bergen Kommune	anne.hatle@bergen.kommune.no	Eldre pasienter som har gjennomgått en hofteoperasjon med innsettning av hemi- og/eller helprotese	Overholdelse av restriksjoner når de skal ta på strømper/sko (bøye seg over 90 grader i hofte) de 3 første mnd etter operasjon	IKKE overholdelse av restriksjoner når de skal ta på strømper/sko (bøye seg over 90 grader i hofte) de 3 første mnd etter operasjon	Risiko for hofteuksjasjon	Kommunen bruker mye ressurser på å gi inn med hjemmesykleppe innenfor restriksjonsstid - selv om pasientene er i stand til å ta på strømper selv før hele 3 mnd er gått. Er må pasienter bruke penger og gå til innkjøp av strømppelekkere- som de opplever som en stor kostnad når det er snakk om en kortere periode. Erfaring tilsier at pasienter som ikke IKKE overholder restriksjoner, pga for eksempel demens/ manglende forståelse for å holde seg til restriksjoner når de er kommet så langt etter operasjon at de selv klarer å ta på strømper, kvekk like lukser i hofte. Er nyere operasjonsmetoder kanskje bedre enn tidligere- og er det nødvendig med disse ressurskrevende restriksjoner i så pass mange mnd etter operasjon?		2	
92	Cathrine Haugland og Åse Tiller	Bergen kommune	cathrine.haugland@bergen.kommune.no	Parkinson	Gruppetrening ledet av fysioterapeut	Deløkelse i aktiviteter utenfor hjemmet	Livskvalitet	Deløkelse i aktiviteter utenfor hjemmet Livskvalitet	Vi har pasienter som opplever at de har blitt for dårlig til å delta i gruppetrening på fysikalske institutt og henvises derfor til kommunal fysioterapitjeneste for oppfølging. Vi får også henvist brukere med Parkinson som har behov for økt tilrettelegging og hjelp fra hjemmetjenesten og vi lurer på om vi kunne hjulpet med treningstiltak på et tidligere tidspunkt for å forebygge funksjonstap. Burde vi iværsette egne grupper for parkinsonpasienter?	Vi gruppetrening ledet av fysioterapeut kunne bidra til økt livskvalitet og sekhjulpenhet for parkinsonpasienter?	2
98	Christer Pettersen	Voss, stab	christer.pettersen@voss.kommune.no	ansatte i helse og omsorg	utevakkende bruk av digitale verktøy	sidesystem	bedre kvalitet på dokumentasjon, flere journalnotat	det er lav dataskompetanse blant ansatte. Hvordan påvirker dette tenestene? Reduserer gode pleieplaner tid brukt på journalnotat?		2	
100	Siv Lutro Kvalnes	Habiliterings- og rehabiliteringsstasjonen i Bergen kommune	siv.kvalnes@bergen.kommune.no	Eldre hjemmeboende over 75 år som har hatt hoftebrudd siste år og har hatt "vanlig" referte måned etter bruddet.habiliteringsforløp	Styrketrening som tiltak/metode (intensitet, dosering,øvelsesutvalg, utstyr, varighet av trening)	Nei	Om pasientene oppnår selvstendig gangfunksjon ute	Eldre med hoftebrudd oppnår sjelden selvstendig gangfunksjon ute etter bruddet. Det fører ofte til økt hjelpebehov hos den enkelte og isolasjon.	Vi vet at styrketreninggenerelt er nyttig for alle eldre, men hvilke øvelser er mest nyttige for å oppnå bedre gangfunksjon?		2
101	Åse Tiller og Siv Hege Lillemork	Habiliterings- og rehabiliteringsstasjonen i Fyllingsdalen og Laksveig	ase.tiller@bergen.kommune.no	KOLS	Tverrfaglig rehabilitering/mestring- poliklinisk (ikke døgnbasert)	Rene treningsgrupper med fysioterapeut	Livskvalitet	Kapasitet og utholdenhet (f.eks 6 min gangtest)	Per i dag drives det rene treningsgrupper ved fysikalske institutt. Spesialisthelsetjenesten har hatt et bredt poliklinisk rehabiliteringsbudbud til KOLS pasienter, men har i de senere år snevret dette inn til å bli kun gjelde de dårligste pasientene. Vi ønsker å utforske faglig grunnlag for om det kan være nyttig å etablere et tverrfaglig opplegg i kommunen som når de pasientene med mer lettdaglig KOLS.	Ifht punkt 5. Vi ønsker kunnskap om hvilke styrkegrupper og type tilbud (undervisning, trening...) som bør være involvert i et tverrfaglig opplegg.	2
105	Annette K. Servan	Bergen kommune	annette.servan@bergen.kommune.no	Eldre innbyggere (i arbeid)	En oppsummering av forskning på løsninger/tiltak som bidrar til at arbeidstakere kan være lengre i arbeidslivet. Tiltakene kan gjerne være både på samfunnsnivå og på den enkelte arbeidsplass.	Lengde på deltakelse i arbeidslivet		I Bergen kommune sin seniorplan er det målt at alle innbyggere skal ha mulighet til å delta i samfunnet og bidra med egne ressurser. Bergen kommune ønsker å tilrettelegge for at flere kan være en del av arbeidslivet lengre.		2	
113	Martha Gindl	Os kommune, tjenester for utviklingshemmede	magi@os.kommune.no	Tjenestemottakere i bofellesskap med diagnose reaktiv tilknytningsforstyrrelse.	Dagens praksis som består av en liten personalgruppe, få utskiftinger.	Konsekvens av å utvide team, ha samme personal som resten av brukerne i bolig.	Konsekvens av å utvide team, ha samme personal som resten av brukerne i bolig.	Gjennom dagens teori er det hjemlet at mennesker med reaktiv tilknytningsforstyrrelse trenger trygge rammer og få omsorgspersoner tidlig for å oppnå effekt og for å endre/brede fremtidsutsiktene. Hvordan stiller forskning seg til arbeid med denne type brukere i bofellesskap for voksne? Hva er konsekvensen av at man eksempelvis lar være å søke støttekontakt fordi man er redd det skal bortfalle senere? Er det også i bofellesskap mest nyttig å ha en liten personalgruppe rundt brukere?		2	
114	Martha Gindl	Os kommune, tjenester for utviklingshemmede	magi@os.kommune.no	Tjenestemottakere i bofellesskap	Skifte av suprapubisk kateter.	Dagens praksis som er regelmessig skifte ved spesialavdeling på sykehus.	Konsekvens av å bytte dette i bolig, uten lege tilgjengelig og med lav sykepleierdekning.	Konsekvens av å bytte dette i bolig, uten lege tilgjengelig og med lav sykepleierdekning.	Suprapubisk kateter har vært regelmessig byttet på urologisk avdeling på sykehus. Dette uten negativ konsekvens. prosedyren har blitt gjennomført uproblematisk og det har ikke vært nødvendig å øke hyppigheten av bytte. Sykehuset endrer seg nå om sykepleiers i bofellesskap kan få opplæring i skifte av suprapubisk kateter, og gjennomføre dette selv. Man stiller seg noe kritisk til dette på grunn av at man ikke har lege tilgjengelig i bofellesskapet og det er lav sykepleiedekning.		2

118	Tove Bergan etat for helsejenester	Bergen kommune, tove.bergan@bergen.kommune.no	Barn med Cerebral Parese (GMFCS 3-5)	Sammenligne effekt av to type ståtjelpemiddel for barn med CP	Ja. Sammenligne bruk av dynamiske ståtjelpemiddel med bruk av statiske ståtjelpemiddel	Hvilken effekt bruk av ulike typer ståtjelpemiddel har på utvikling (sentrerer) av hofteleddene hos barn med CP (for å forebygge hofteleddluskasjon)	Om lag to av hver 1000 levendeafde barn har cerebral parese. Avforlghetsgraden varier fra lett nedslagt gang- og hånåfunksjon, til store problemer med å beveg seg uten hjelp. Nasjonalt og internasjonalt benyttes et klassifkasjonssystem for å beskrive alvorlghetsgrad knyttet til motorisk funksjon og barnets forflytngsvansker: GMFCS (Gross Motor Function Classification System). Mange barn med CP har også tilleggsvisvansker, som kognitive problemer, kommunikasjonsvansker, synsproblemer og epilepsi. Barn med CP har også økt risiko for å utviklehofteleddluskasjon. Hofteleddluskasjon betyr at leddhodel gir ut av leddskålla og hofte dermed er ute av ledd Dette gjelder særlig barn som ikke kan gå eller stå ved egen hjelp. Hofteleddluskasjon kan allerede forekomme ved 2-3 års alder, og de fleste luskasjoner skjer i førskolealderen (Hagglund 2007, 2014). Å forebygge hofteleddluskasjon sparer barnet for smerte og plager, og for senere behov for operasjoner. Forebygging sparer også samfunnet for økonomiske utgifter med behandling. Å stå oppreist, ved å benytte ulike typer ståtjelpemiddel, er et mye brukt tiltak for å forebygge hofteleddluskasjon. Fysioterapeuter i kommunen er ansvarlig for å organisere og administrere tiltaket i samarbeid med barnets foreldre og sykehust. Barnet må daglig benytte ståtjelpemiddelet for at det skal ha effekt. Det finnes idag ulike typer ståtjelpemiddel/ ståtstativ for dette formålet: dynamiske (NF walker) og statiske (ståtstativ og ståskål som bla Caribou). Utgifter til ståtstativ dekkes av NAV/folketrygden. I Norge er det ulik praksis på hvilken type ståtjelpemiddel som benyttes. Også lokalt er praksis ulik. Å undersøke hvilken effekt bruk av dynamisk ståtstativ sammenlignet med statisk ståtstativ på utvikling av hofteledd hos barn og unge med CP er viktig både fra et pasientperspektiv og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. En kunnskapsoppsummering på området kan gi kunnskap om behov for å endre tiltak mot pasientgruppen i kommunehelsestjenesten	Forskningsspørsmål: Hvilken effekt har bruk av dynamisk ståtstativ sammenlignet med statisk ståtstativ på utvikling av hofteledd hos barn og unge med CP ? P: Barn med CP (GMFCS 3- 5) I: Dynamisk ståtjelpemiddel (NF walker ex) C: Statisk ståtjelpemiddel / ståtstativ (Caribou, ex). O: Forandre hofteleddluskasjon hos barn med CP / sentrerer av hofteleddet	2	
121	Birthe Helland	Bergen Kommune, Etat for tjenester til utviklingshemmede	birthe.helland2@bergen.kommune.no	Unge personer som har lett utviklingshemming og seksuelt skadelig atferd	Hvilken effekt har dagens nettvettsopplering for denne gruppen?	Finne effekt og utmåle forberedingsomåder	Erfaringene tilsier at mange unge mennesker med utviklingshemming synes å ha liten eller ingen kunnskap om nettvet og egen seksuelle fremferd		2	
68	Nora Moe-Nilsen	Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Bergen Kommune, avd. Barn og ungdom	Nora.Moe-Nilsen@bergen.kommune.no	Hardt rammede hjemmeboende ME pasienter i alderen 10-20 år.	Nei	Hvilken målemetode/kartleggingsverktøy egner seg til å kartlegge pasientens fysiske og mentale kapasitet. Målemetoden må ikke være for omfattende for pasienten.	Det eksisterer målemetoder og kartleggingsverktøy for pasienter som ikke er så hardt rammet av sykdommen, og som har mental kapasitet til å detaljert kartlegge sine aktiviteter hver time gjennom døgnet i 2 uker på egenhånd. Disse verktøyene benyttes også i spesialisthelsetjenesten når pasienten gjerne er innlagt og utredres for sykdommen. Når vi kommunen møter pasienten, stemmer gjerne ikke beskrivelsen i utredningen med det bildet vi møter. En mulig årsak er at sykdommen har endret seg, eller at sykdomsbildet ser annerledes ut i hjemmet enn på et sykehus. Det er da ofte behov for en ny kartlegging som ikke er så omfattende at pasienten blir ytterligere utmattet. Pasientene vi møter er ofte ikke selv i stand til selv å kartlegge alle sine aktiviteter detaljert i løpet av 2 uker, og vi er avhengig av rett oppfølging av foresatte for å finne pasientens kapasitets- og funksjonsnivå for å tilpasse hensiktsmessig tiltak/oppfølging.		3	
69	Anne Jorunn Brandeggen	Bergen Kommune, Hjemmebaserte tjenester i Bergen	anne.brandeggen@bergen.kommune.no	Hjemmeboende eldre.	Siden 2017/2018 har vi jobbet i avdelingene våre for å gjennomføre NEWS baselene av alle nye pasienter som får vedtak på hjemmesykepleie. For å gjøre det har vi benyttet et observasjonsskjema, og fylt ut NEWS. Og de ansatte har gjennomført kurs i ProAct. Jeg er interessert i å vite om dette har ført til færre innleggelser i sykehus, at vi har kunne gjennomføre mer presise observasjoner av pasientene som gir rett behandling på rett nivå. .	Antall pasienter som hjemmesykepleien sender til legevakt, hvor mange av de som blir innlagt i sykehus, og hvor mange av de som kommer direkte hjem etter de har blitt sett til av lege. Med andre ord, det at hjemmesykepleien gjør grundigere observasjoner av pasientene, bidrar det til at vi behandler de på rett nivå? Og benytter rett hastegrad?	Evaluere nye arbeidsmetoder.		3	
71	Marit Strand	Askøy kommune	mariekjeks.marit264@gmail.com	Familier	Hvilken effekt har barnevernet kontra oppfølging fra helsestaterstjenesten? Hva er barnevernets mandat? Skal det å hjelpe i samarbeid med makten de har til å frata foreldrene ansvaret? Hvorfor benyttes ikke barnevernet i utredning og saksbehandling? Hvorfor får ikke brukere lese gjennom referat som en naturlig del av undersøkelsen slik en gjør hos politiet? Krav til antall saksbehandlere som håndterer saken - fragmentert og tilfeldig saksbehandling. Frivillig blir brukt som en term, men hvis en ikke ønsker å delta blir det notert at en ikke er samarbeidsvillig. Er det da riktig å kalle det "frivillig"? Barnevernet burde ha vært pålagt å gi skikkelig informasjon nderveis i undersøkelsen. Hva foregår, hvorfor og hva kan bli resultatet. Hvem kontrollerer hva barnevernet gjør? Ref. at de er utmått offentligheten. Mangelen på utvikling av informasjon mellom de ulike etatene som har hatt med familien å gjøre.	Barnevernets "resultater" kontra å få oppfølging på andre arenaer - Helsestaterstjenesten, NAV, informasjon fra skole, enkel veiledning og rettleiding.	Vi ser saker hvor barnevernet har sviktet, men hva når barnevernet selv tramatiseres? Har det tatt av motstatt retning? Se punkter under spørsmål 5.	For di mitt møte med barnevernet var skremmende. Jeg opplevde det som store overgrep, som så enkelt kunne ha vært unngått.	3	
73	Sveinung Hope	Bergen Kommune /Tab. og rehab. tjenesten	sveinung.hope@bergen.kommune.no	Klienter på sykehjem i Bergen med vedtak på korttidsopphold Sykehjem Kort Rehabilitering (Heretter "SKR"), som er et døgnehabiliterings tilbud i kommunal regi.	Bergen kommune har arbeidet fram "Metodebok for rehabilitering", som er vedtatt fram til 2021. Forvaltingstjenestene i Bergen kommune velger, i samarbeid med avd. leder på sykehjemmet og hab. og rehab. tjenesten, hvilke kandidater som kan nyte godt av et døgnehabiliteringsopphold SKR.	Jeg ønsker å sammenligne praksiser på utvelgelse av klienter i ulike bydeler, samt eventuelt forskjell i bedring i fysisk funksjonsnivå på kortere og lengre sikt.	Måling av fysisk funksjon ved inkomst (Blir gjort p.t. med SP8B test). Måling av forbedring av fysisk funksjon ved utreise (Blir gjort p.t. med SP8B test) og 4 uker etter hjemkomst. Hvor mange av klientene som har hatt SKR i Bergens bydelar har institusjonsplass 3 måneder etter hjemreise? Hvor mange av klientene som har hatt SKR i Bergens bydelar har institusjonsplass 6 måneder etter hjemreise?	Jeg ønsker at menneskelige og økonomiske ressurser blir brukt på best mulig måte, og at effekten av døgnehabiliteringsoppholdet SKR i størst mulig grad er varig for de som får tilbudet.	Min erfaring tilsier at det er ulike samarbeidskonstellasjoner i ulike bydelar i arbeidet med å velge hvilke klienter som skal nyte godt av et SKR. Ressursene lagt inn i tilbudet bør gi positive effekter. Min hypotese er at ulike bydelar arbeider ulikt i utvelgelsen av klienter til SKR, og at det av den grunn er stor forskjell mellom bydelene på kortvarig og langvarig effekt på fysisk funksjon hos pasienter som har hatt SKR i Bergens 4 bydelar.	3
77	Veronika Skiftesvik	Askøy	veronika.skiftesvik@askoy.kommune.no	alle	Effektivisering og innsparing- fører dette til dårligere tjenester eller blir kommunen flinkere til å treffe/spisse tjenestetilbudet til brukerne?	Fremtidig kostnad på tjenester	Kommunene må i perioder redusere bl.a. på forebyggende tiltak pga stram kommunøkonomi. Det hevedes at dette gir dyrere tjenester på sikt. Er dette en kunnskapsbasert påstand?		3	
78	Veronika Skiftesvik Natås	Askøy	veronika.skiftesvik@askoy.kommune.no	personer med diagnose i autismespekteret	Oppfølging og utvikling av tjenester til personer med diagnose i autismespekteret	Øker antallet personer med diagnose inne autismespekteret? Dette er et inntrykk kommunen har. Hvis dette stemmer; hva betyr det for fremtidens tjenester?	Kommunen har et inntrykk at vi har flere barn/unge med diagnose innen autismespekteret. Disse kan ha andre behov for tjenester enn det kommunen tilbyr pr. i dag. Hva betyr dette for planlegging av fremtidige boformer og tjenestetilbud?		3	
80	Grethe Almønning	Bergen kommune, BHO	grethe.almønning@bergen.kommune.no	Barn og unge.	Heleprofil 0-20 år. Har vært brukt siden 010110 i Bergen kommune. Kunne vært interessant å vite noe om tiltak har blitt satt i verk, evt hvilke tiltak og evt effekten av disse etter at vi tok i bruk så strukturert registrering i tjenesten. Men dette er trolig noe Etat for barn og familie må stå tiling til.	Trolig ikke lett å få til, men ville vært spennende å sammenligne seg med andre kommuner med samme fagssystem som ikke bruker Heleprofil 0-20 i forhold til dette.	Iverktøing av tiltak som følge av strukturert registrering, og effekten av disse - evt om man får målt effekt av iverksatte tiltak god nok.	Strukturert registrering i luterskole tilbud ifht forebyggende helsearbeid har hatt mye motstand, ville vært interessant å sett om/hva som kommer ut av det.	Tilleggsinformasjon som jeg ikke får lagt inn i forhold til tema over: ICNP har "nylig" blitt anbefalt som kodeverk for sykepleietjenesten - innføring av dette i helseundersøkelsene kan være en måte å knytte interasjonalt kodeverk til skjemaene på, hvis man ser at det kan være hensiktsmessig i fortsettelsen. Dette er nok utoverfor "tema" kunnskapsoppsummering, men ville vært et tiltak for enklere kunnskapsoppsummering senere?	3
87	Berit Kløppe	Voss, helse og omsorg	berit.kleppe@voss.kommune.no	Personer med mulig kognitiv svikt	Utgreiing i hjemmen	Meir presis utgreiing. Utsette behov for institusjonsplass	Gjør utgreiing i hjemmen et meir presist bilete av den kognitive svikten, og vil ein kunne tilpasse tenestene betre slik at brukar kan bu heime lenger?		3	

89	Tove Bergan, Bergen kommune, tove.bergan@bergen.kommune.no	Pasienter over 18 år med kroniske helseutfordringer (eks: psykiske lidelser, funksjonshemming, diabetes, kobb, MS, med flere)	Bruk av pasienters egen kompetanse (i litteraturen benyttes ulike begrep som erfaringskompetanse, erfaringskunnskap, brukerkunnskap mv.) i lærings- og mestingskurs. Ønsker å vite både noe om: a. effekt (kvantitativt spørsmål) b. erfaring/opplevelse (kvalitativt spørsmål)	a. For effektspørsmål: Ønsker å sammenligne effekt av lærings- og mestingskurs som integrerer pasienters egen erfaringskunnskap (kunnskap pasienter besitter i kraft av å ha en kronisk diagnose) som del av kursets kunnskapsgrunnlag med lærings- og mestingskurs som ikke integrerer pasienters erfaringskunnskap som del av kunnskapsgrunnlaget. Se PICO lenger ned. b. For kvalitativt spørsmål: Ønsker å undersøke hvilke opplevelser helsepersonell og pasienter har der pasienters erfaringskunnskap (og ikke bare den kunnskap helsepersonell besitter) er en del av kunnskapsgrunnlaget i lærings- og mestingskurs. Se PICO c. Et tredje spørsmål: Ønsker å undersøke hvilke faktorer som kan fremme (suksesskriterier) (og ev. hemme) pasienters læringsutbytte i lærings- og mestingskurs.	a. For effektspørsmål: Utsafnml kan være flere, for eksempel livskvalitet, mestring av helseutfordringer, mindre reinnleggelser i sykehus b. For det kvalitative spørsmålet er vi ute etter å få en dypere innakt og forståelse for helsepersonell og pasienters opplevelser med bruk av pasienters erfaringskunnskap i lærings- og mestingskurs c. Hvilke faktorer kan fremme (og ev. hemme) læringsutbytte hos pasienter som deltar på lærings- og mestingskurs (læringsutbytte kan være økt livskvalitet eller mestring av helseutfordringer)	Aktiv delttagelse og medvirkning fra pasienter, brukere og pårørende er et sentralt prinsipp i helsetjenesten i dag. Det å sette pasienter med kronisk sykdom/kroniske helseutfordringer i stand til å leve med, og mestre egen sykdom, er en viktig del av helsetjenesten (lov om pasient- og brukerrettigheter, nasjonal veileder, rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinatord). Læring og mestring er aktuelt i alle deler av helsetjenesten; fra forebygging til rehabilitering. I følge «Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse» (NKM) er det et mål at lærings- og mestingsaktiviteter skal inngå i helhetlig tjenesteforløp for brukere, pasienter og deres pårørende. Brukeres, pasienters og pårørendes erfaringskunnskap om å leve med langvarige helseutfordringer er avgjørende for å tilby kvalitativt gode lærings- og mestingsaktiviteter. Kilde: https://mesting.no/wp-content/uploads/2013/03/Utvalgtning_HP_211215.pdf Å sette brukere med kroniske helseutfordringer i stand til å mestre egen sykdom vil spare den enkelte pasient for bruk av helsetjenester (nytte), og ikke minst være samfunnsøkonomisk besparende (ressurser) på både kort og lang sikt. På nettsiden til NKM står dette om lærings- og mestingsaktivitet: «Det finnes en rekke former for lærings- og mestingsaktiviteter som er utviklet for definerte målgrupper. Disse omfatter både individuelle tilbud og gruppetilbud. I tillegg inngår læringselementet som en integrert del av svært mange aktiviteter innen helse- og omsorgstjenesten. Metodikken som anvendes i tilbudene varierer og spenner fra overføring av kunnskap fra fagpersoner til brukere, pasienter og pårørende, sidestilling av fag- og erfaringskompetanse, og til tilbud som primært omhandler erfaringsdeling mellom brukere, pasienter eller pårørende».	På bakgrunn av det som er beskrevet over ser faggruppen for lærings- og mestingsaktivitet i Alek Helsekyllinge behov for at det blir gjort en kunnskapsoppsummering for å undersøke følgende, der vi har utformet 3 problemområder. a. Hvilken effekt har lærings- og mestingskurs som integrerer pasienters egen erfaring som en del av kunnskapsgrunnlaget sammenlignet med kurs som ikke integrerer pasienters egen erfaring som del av kunnskapsgrunnlaget? P: Pasienter over 18 år med kroniske helseutfordringer i Lærings- og mestingskurs med brukererfaring C: Lærings- og mestingskurs uten brukererfaring O: Livskvalitet, mestring av helseutfordringer, mindre reinnleggelser i sykehus b. Hvilke opplevelser har pasienter og fagpersoner med å integrere brukerkunnskap/erfaringskunnskap som del av kunnskapsinnholdet i lærings- og mestingskurs? P: Pasienter over 18 år med kroniske helseutfordringer / helsepersonell (Interst): Opplevelser med bruk av erfaringskunnskap (Context): Lærings- og mestingskurs	3
93	Liv Olsen Askøy kommune/Helse og omsorg liv.olsen@askoy.kommune.no	Brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester med eller uten oppnevnt koordinator	Hvordan fungerer bruk av koordinator for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester både i 1. og 2. linjetjenesten.	Hvordan påvirkes behandling/oppfølging av pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester sammenlignet med de som ikke har oppnevnt koordinator. (1. og 2. linjetjenesten)	For pasienter med oppnevnt koordinator - gir dette bedre tjenester kontra de som ikke har det? Hvorfor dette tjenestene - behandlingen den enkelte har behov for?	Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett på koordinator både i 1.linjetjenesten og 2.linjetjenesten. Utfordringen i 1.linjetjenesten er at det kan være vanskelig å oppnevne koordinatortil alle som har behov/rett til det - og dette kan føre til at det er pasienter ikke får oppnevnt koordinator. Pasienter opplever også at det ikke tilbys koordinator i 2.linjetjenesten.	Blir det for omfattende å se på både 1. og 2. linjetjenesten, er det 1.linjetjenesten som er interessant for oss.	3
96	John Fredrik Sletner Voss, forebygging og rehabilitering john.f.sletner@voss.kommune.no	personar med hoftebrudd	kvardagrehabilitering	rehabiliteringsoppdahl i institusjon	forskjell i funksjonsvil etter eit år	har personar med hoftebrudd betre utfall av kvardagrehabilitering enn behandling i institusjon?		3
97	Janne A. Gulstad Voss, rus- og psykiatritjeneste janne.a.gulstad@voss.kommune.no	eldre over 70 år	ikke medlem	medlem i lag eller forening	mindre behov for kommunale helsetjenester	er det positiv sammenheng mellom aktiv deltaking i lag og foreninger og meldt behov for kommunale tenester (inkl dagtilbud, støttekontakt, heimebeste osv) for eldre?		3
99	Christer Pettersen Voss, Stab helse og omsorg christer.pettersen@voss.kommune.no	ansatte i helse og omsorg	registrere avvik på mobile enheter	Dagens praksis (må bruke PC, to ulike innlogginger med passord)	Bedre kvalitet på tenestene. Økt tillit og sikkerhet.	Det registreres få avvik i tenestene		3
102	Tone Torvund Bergen Kommune, Hab./rehab tj. Arna/Åsane tone.torvund@bergen.kommune.no	Hjemmeboende over 75 år.	Hjelpemiddelformidling	Hvordan kan kommunen best organisere formidling av hjelpemiddel, både for best utnyttelse av samfunnets ressurser, til beste for brukere (rett hjelpemiddel til rett tid) og betydning av formidlers kompetanse.	- samfunnsøkonomi i hjelpemiddelformidlingen - om valgt organisering av hjelpemiddelformidling påvirker brukers mulighet til å nyttiggjøre seg hjelpemiddelet - hvilken betydning har fagkompetansen til formidler av hjelpemiddel for overnevnte	Det oppleves i dag at det er mange aktrører i kommunen som kan bestille hjelpemiddel, hjelpemiddelformidlingen kan oppleves fragmentert. Det er mange tjenester som skal kunne bestille hjelpemiddel og det skal være lettere og raskere for brukere å få tak i enklere hjelpemidler. Det kan være bra, men blir kvaliteten varetatt? får brukere rett hjelpemiddel til rett tid? og hvilken kompetanse bør formidler ha for å bestille/levere hjelpemiddel for at kvaliteten på formidlingen og samfunnsøkonomi blir varetatt?		3
106	Hilde Karin Storum Os PLOM hks@os-ho.kommune.no	rekrutter til Helsefagarbeidarlaget og sjukepleiarlaget samannitt med rekrutter til fysioterapi, ergoterapi og legestudie. Ferdig utdanna personale kan også nyttast dersom ein har data på denne gruppa og ikkje på dei som søker seg til utdanningane	Kva sosiokulturell bakgrunn har personar som søker seg til yrke som helsefagarbeidar og sjukepleiar Med sosiokulturell bakgrunn meins: eigen utdanning, samt utdanning og legestudie. Med sosiokulturell bakgrunn meins: eigen utdanning, samt utdanning og legestudie.	Kan samannitt med rekrutter til fysioterapi, ergoterapi, legestudiet	Samannitt den sosiokulturelle bakgrunnen mellom spikjarar til helsefagarbeidar- og sjukepleiarutdanning i høve til søkjarar til fysioterapi- ergoterapi- og legestudiet	Vi ser i praksis at spesielt i høve til overhalving av dokumentasjonsplikta er denne svak i gruppa helsefagarbeidarar og til dels også i sjukepleiarargruppa. Dette ser vi også i høve til det å ha dele seg fagleg oppdatert. Vi har ei hypotese om at dette kan ha sin årsak i sosiokulturell bakgrunn: at denne gruppa har valgt utdanning ut frå ein praktisk fokus og ikkje intellektuelt fokus. Vi har samtid ei hypotese om at sjølvstendige behandlarar som fysioterapeutar og ergoterapeutar og legar er meir opptekne av å ha dele seg fagleg oppdatert og samtid dokumentere den helsehjelpa dei gir. Dette kan bunne i at denne gruppa i større grad enn helsefagarbeidarar og sjukepleiarar opplever ei sjølvstendig ansvar for helsehjelpa. Difor kan det vere at rekrutter til ergo, fysio og lege utdanningar vektlegg det intellektuelt fokus når dei vel utdanning enn gruppa og sjukepleiarar og helsefagarbeidarar.	Med praktisk fokus meins praktisk kunnskap Med intellektuelt fokus meins teoretisk kunnskap (både medisinsk kunnskap og juridisk kunnskap) Vår hypotese er at sosiokulturell bakgrunn har noko å seie for kva studieretning ein vel innan helsehjelp. Dette har sin bakgrunn i kva forventningar ein har til utdanninga. Det som vel helsefagarbeidar eller sjukepleiarutdanning har kanskje ein forventning om at yrket har ein meir praktisk karakter, medan dei som vel ergo- fysio eller lærerutdanning har ein forventning om at yrket har ein meir intellektuell karakter. Dette viser jo også poengkravet til spes fysio- og legestudiar. Dette får igjen konsekvensar for motivasjon og evne til meir intellektuelle arbeidsprosasar som t.d. det å overhalde dokumentasjonsplikta og det personlege ansvaret om fagleg oppdatert. Slik viten er viktig som bakgrunn for veivalg vi som vaksommetalarar må ta i høve til livstilslutning av dokumentasjonsverktøy og opplæring, samt rutinar, krav og forventning til fagleg oppdatert i høve til denne personargruppa. Vi er svært usikker på om det finnes forskning på dette. Kanskje dette også burde vere sortert under kategori forskningsbestilling, men det er vel lov å prøve seg ???	3
108	Hilde Karin Storum Os PLOM hks@os-ho.kommune.no	personar med behov (somatisk helsehjelp) for sjukeheimplass/heldags omsorg	Kva variablar påvirkar behovet for sjukeheimplass,	Kan ein ved hjelp av statistikk (t.d. IPIOS) lese utvikinga dei siste 10 år og derfra kunne seie noko om tendensane og framskrive desse ca 10 år fram i tid. Korleis vil den typiske sjukeheimplassen sjå ut om 10 år? Er det noko forskning på dette?	Vi har sett ei stor endring dei siste 5-10 år. Den typiske sjukeheimplassen ser anslått ut nå enn fr 5-10 år sidan, meir fysisk spreke demente med også meir utfordrande adferd(uro, agitasjon) Meir behandlingskrevande somatisk sjuke	Er det gjort noko forskning på tendensar i høve til dei pleie og omsorgstrendane i kommunane og kan ein ved hjelp av desse tendensane predikere behovet for denne gruppa om ca 10 år. Kva variablar er det som spelar inn? Det er ikkje berre ei aldrende befolkning som er den avgjerande variabelen, men også t.d. sjukdomsutvikling, nye behandlingmetodar, utvikling av helsepersonell, oppgåve forsking osv. Er slik framskriving vil vere gull verdt for kommunane. Da kan ein koma i forkant av utfordringane. Sjølvsgvt vil det også vere risikabelt dersom framskrivinga slår heilt feil. Vi har derimot hatt IPIOS statistikk sidan 2006 og er det t.d. mulig å lese nokon tendensar ut frå dette?? Denne perioden har også fått med seg effekten av t.d. samhandlingsreforma (2009).	Kan hende at det ikkje er noko forskning på dette, at det heller skulle ha vere ei bestilling på forskning, men det går vel an å prøve seg??	3
110	Mona Louise Bakkevig Bergen kommune Monalouise.bakkevig@bergen.kommune.no	Personer med utviklingshemming	Hvordan påvirker størrelse på bofellesskap og avlastningsbolger ulike aspekter ved tjenestetilbudet.	Behov for kunnskapsoppsummering på hvordan størrelse av bofellesskap/avlastningsbolger påvirker ulike aspekter, slik som: - opplevd kvalitet på tjeneste fra bruker/pårørende - tjenesteytters opplevelse av kvalitet på tjenestene - tjenesteytters opplevelse av fagmiljø i små og større enheter - vurdering av kostnadsulikheter til drift i små og større bofellesskap/avlbolger	Det skal etableres flere boliger for personer med utviklingshemming og avlastningsbolger. Det er behov for en kunnskapsoppsummering som kan legge føringer for størrelse av bofellesskap og avlastningsbolger.			3

112	Martha Gindl	Os kommune, Tjenester for utviklingshemmede	mag@os-ho.kommune.no	Tjenestemottakere med epilepsi og utviklingshemming.	Fysisk aktivitet i forhold til epileptiske anfall.	Førekost av epileptiske anfall under fysisk aktivitet.	En del mennesker i vår tjeneste med epilepsi, vegrer seg for fysisk aktivitet i fare for å trigge epileptiske anfall. Dette fører til økt immobilitet og økt risiko for livstidsykdommer.	3		
119	Bodil Berg Kristensen	Bergen kommune/ BHO seksjon for kvalitet, mestring, voksne, eldre	bodil.kristensen@bergen.kommune.no	Personer med demens med utfordrende adferd - APSD (adferdskonferanser og psykiske symptomer ved demens)	Hva er forsterket skjermert enhet? Hva betyr bruk av ulike modeller/tiltak innen Personsentret omsorg for personer med APSD i forsterket skjermert enhet? eksempel 1. VIPS praksismodell, 2. Dementia Care Mapping (DCM), 3. Marte Meo Veiledningsmetode, 4. Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende adferd (TIO), 5. Strukturert miljøbehandling i Demensomorgen, VIPS praksismodell Hva betyr bruk av ulike modeller/tiltak innen Miljøbehandling for personer med APSD i forsterket skjermert enhet? eksempel 1. Musikterapi 2. Litemiljø 3. Innemiljø 4. Kommunikasjon Hviken betydning har forsterket enhet på livskvaliteten til personer med APSD? Hvor mange pasienter med demens har utagerende adferd?	Hvilken forskjell gjør bruk av forsterket skjermert enhet for pasientene sammenlignet med dagens praksis hvor personer med APSD er i vanlig avdeling i sykehjem? Dagens praksis i sykehjem gir også personsentret omsorg og miljøbehandlingstiltak. Hvilken effekt har tiltaket forsterket skjermert enhet på trygghet og omsorg for personer med APSD? Får pasientene bedre livskvalitet i forsterket enhet til forskjell fra vanlig enhet i sykehjem? Noordan går det med pasientene? Hvilken effekt har personsentret omsorg for personer med APSD i forsterket skjermert enhet? Hvilken type tiltak kan ha størst betydning for pasientenes livskvalitet? Hvilken effekt har miljøbehandling for personer med APSD i forsterket skjermert enhet? Hvilken kompetanse er grunnleggende nødvendig og den beste for å gi personer med APSD god livskvalitet? Hvordan best organiserer en forsterket skjermert enhet for å kunne gi pasienter best mulig livskvalitet?	Det skal etableres forsterket skjermert enhet for personer med APSD. Det er store utfordringer med å bygge opp gode tjenester til denne pasientgruppen; utfordringer både i forhold til organisering og til kompetansebehov. Det er manglende kompetanse i kommunen for å ivareta denne pasientgruppen. Det er ønskelig å etablere en trygg og omsorgsfull behandling for personer med APSD. God livskvalitet for pasientene. Trygge kompetente ansatte.	3		
120	Birthe Helland	Bergen Kommune, Etat for tjenester til utviklingshemmede	birthe.helland2@bergen.kommune.no	Personer som har lett utviklingshemming og psykiske lidelser.	Effekt av kognitiv samtalerapi for personer som har lett utviklingshemming og psykiske lidelser.	Nei. Vi ønsker å få kunnskap om effekten av kognitiv samtalerapi for personer som har utviklingshemming og psykiske lidelser.	Har kognitiv samtalerapi effekt i behandling av psykiske lidelser hos mennesker med lett utviklingshemming?	Vi ønsker dette undersøkt da erfaringer tilsier at mennesker med utviklingshemming og psykiske ofte blir avvist fra behandling med bakgrunn i en oppfatning av at de ikke kan nytte seg kognitiv samtalerapi.	3	
122	Eliken Langedal	Bergen kommune, Byrådsavdeling for helse og omsorg	eliken.langedal@bergen.kommune.no	Ungvoksne og voksne personer med langvarige og sammensatte behov som etter spesialisert rehabilitering (rehabilitering) spesialisthelsetjenesten overføres til primærhelsetjenesten for videre rehabilitering og oppfølging.	Utforske potensiale for å ambulant virksomhet kan bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste	Dagens praksis.	Kvalitet på tjenestene (eks. helhetlige og koordinerte pasientforløp, pasienttilfredshet/erfaringer, pårørende/tilfredshet/erfaringer) Helseeffekt for pasientene Økonomisk gevinst (kost/nytte) Eks. færre reinnleggelser, om tidlig innsats og koordinering kan redusere forbruk av tjenester senere i rehabiliteringsforløpet	Ambulante tjenester har til nå vært lite brukt for pasienter som trenger rehabilitering i kommunen etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig er det nasjonale og regionale føringer som påpeker at hovedtyngden av rehabilitering og rehabilitering skal skje i pasientens hjem og nærmiljø, som oftest i hjemkommunen, samt at spesialisthelsetjenesten skal yte mer ambulant virksomhet og veiledning enn det som gjøres i dag. Bergen kommune v/ Byrådsavdeling for helse og omsorg og Helse Bergen v/ Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) har i samarbeid med Personskadeforbundet i august-19, sendt inn sknad til Extra-stiftelsen om tilskuddsmidler til et utviklingsprosjekt. Hovedformålet med prosjektet er å utvikle og innføre en modell for ambulante tjenester som sikrer samhandling og kompetanseoverføring mellom AFMR og kommunen som er ansvarlig for videre rehabilitering av pasienter med sammensatte vansker og komplekse utfall etter et traume som krever bred og tverrfaglig tilnærming. Viktige prinsipielle forutsetninger for modellen er a) å utvikle og samhandle med pasient og nærpersoner, og mellom tjenestevikene, skal skje så tidlig som mulig i rehabiliteringsprosessen b) benytte mest hensiktsmessige og minst kostnadskravende samhandlingsformen ut i fra situasjon og behov (videokonsultasjon, fysiske møter, ambulant virksomhet) c) tiltak skal gjennomføres nært pasientens hjem og nærmiljø.	3	
123	Tove Bergan	Bergen kommune, etat for tjenester til utviklingshemmede	tove.bergan@bergen.kommune.no	Barn med funksjonsnedsettelse (muskelsykdom, Cerebral Parese, syndrom med mer) med behov for mobilteknisk hjelpemiddel (elektrisk rullestol)	Bruk av elektrisk rullestol (for 6 års alder)	Om tidlig bruk (for 6 års alder) av elektrisk rullestol for barn kan resultere i større deltagelse i lek med andre barn, selvstendighet, psykossiale ferdigheter, positiv utvikling av kognitiv funksjon	En oversikt fra NAV -Hjelpemiddelsentralen i et av fylkene i Norge viser at størsteparten av barn med funksjonsnedsettelse med behov for elektrisk rullestol mottar dette rundt 6 års alder. I kommunen har ergoterapeuter ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler, deriblant elektriske rullestoler til barn. (Utprøving, tilpassing, finne rett type, søke om utlån fra hjelpemiddelsentralen, har ansvar for opplæring i bruk med mer)	God tilgang til riktig hjelpemiddel i rett tid er viktig for at barn og unge skal leve aktive og selvstendige liv. (Norges handikapforbund 2015). Det finnes kunnskap om at mobilitet gjennom egen forflytning positivt kan påvirke barnets utvikling, kognitivt som psykossialt. Det finnes også undersøkelser (har ikke kilde) som viser at barn med til ett års alder kan mestre å kjøre elektrisk rullestol på egen hånd. Det vil derfor være aktuelt å undersøke gjennom en kunnskapsoppsummering på hvilket tidspunkt aldersmessig sett det er mest optimalt å introdusere et hjelpemiddel som elektrisk rullestol for små barn.	3	
88	Anne Therese Hatle og Kristi Rørtien	Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Fyllingsdalen og Laksveig	anne.hatle@bergen.kommune.no	Voksne slagspasienter med kognitive vansker som sequele etter hjernestøt	Gruppetiltak/ Mestringsgrupper	Individuell tilnærming eller ingen tiltak	Primært mål: Mestring av hverdagen, livskvalitet Sekundært mål: Uavhengig/ selvhjulpn. Utmål: Depresjon, angst, isolering	Mindre store motoriske følger etter slag ved nyere behandlingsmetoder, flere som lever med kognitive vansker- lite tilbud til disse. Større fokus på kognitive vansker i klinikken og i forskningsmiljøer, og svake anbefalinger på hva som har effekt i nasjonal retningslinjer.	Vi er i gang med Masteroppgave i kunnskapbasert praksis for helsefag (HVL) fra høst 2019 (Kull 2017), og ønsker å jobbe videre med en systematisk oversikt på denne problemstillingen selv.	slått sammen med 116
103	Maren Nygård	Os kommune, Luranetunet	many@os-ho.kommune.no	Sykehjemsbeoere	Om bruk av Hiperex forbygger residverende UVI	Bruk av Tranebær for å forebygge residverende UVI	Om bruk av Hiperex resulterer i en signifikant reduksjon av residverende UVI hos sykehjemsbeoere	En opplever at residverende UVI er en utfordring for mange sykehjemsbeoere, samtidig som det er et mål å redusere antibiotikabruken.	slått sammen med 81	
111	Pha Syversen	Lindås kommune, sjukeheimstena	pha.syversen@lindas.kommune.no	Sjukeheimspasienter og tilsette i sjukeheim.	Kvalitative effekter av bemanningsløsning med langvakter.	Det vil vere hensiktsmessig å samanliene med tradisjonell bemanning i sjukeheim.	Kvalitetsforbedring og arbeidsmiljøeffekter som følge av bemanningsløsning med langvakter.	Lindås kommune arbeidar aktivt med tiltak for kvalitetsforbedring og å redusere ufriwillig deltid. Vi ønskjer meir kunnskap om erfaringar og effekter av langvakter når vi skal arbeide vidare med dette.	slått sammen med 91	