

Doktoravhandlinger

Michael 2021; 18: 166–74

For å gi et lite innblikk i bredden av forskningstema ved Helsam, er det valgt ut noen ph.d-avhandlinger fra avdelingene. Avhandlingene presenteres ved et sammendrag skrevet av den enkelte doktorand. Utvalget er gjort ut fra at doktoranden har disputert ved Helsam, at doktoranden fremdeles har stilling ved Helsam og at temaet fyller ut forskningsbildet ved Helsam.

Eira Bjørvik: «Conceiving Infertility. Infertility Treatment and Assisted Reproductive Technologies in 20th Century Norway»

Avhandlingen tar for seg fremveksten av infertilitetsbehandling og assistert befruktning i Norge gjennom det 20. århundret. Den kanoniske fortellingen om assistert befruktning i Norge presenteres gjerne som en biomedisinsk skapelsesberetning hvor in vitro-fertilisering (IVF) danner utgangspunktet. Denne avhandlingen nyanserer dette bildet ved å vise at moderne biomedisinsk infertilitetsbehandling har en klinisk og politisk historie. Fra midten av 1930-tallet ble det et politisk mål å bekjempe ufrivillig barnløshet i ekteskap. Dels inngikk dette i et bredere folkeopplysningsprosjekt påbegynt på 1920-tallet hvis mål var å opplyse befolkningen om temaer knyttet til seksualitet, kjønnsykdommer og forplantning. Dels fant initiativet sin begrunnelse i helsemyndighetenes bekymring for at barnløse ekteskap var negativt for etterkrigstidens nasjonsbyggingsprosjekt. Utad ble imidlertid behovet for behandling av infertilitet fremsatt som ivaretagelse av kvinners biologiske behov for å få barn. Dette ble ansett å være et argument med bredere sosial appell enn samfunnets interesse av at ekteskap ble til barnefamilier. Infertilitet ble også rammet inn i et utvidet statlig helsebegrep hvor livslykke sto sentralt. Denne ideologien tiltok i styrke etter annen verdenskrig da 30-tallets sosialistiske tenkere kom inn i sentrale helsepolitiske posisjoner. Rasjonale bak behovet for adekvat medisinsk kunnskap

om og behandling av infertilitet tilsa nå at infertilitet skulle forstås empatisk som menneskelig lidelse, men tilnærmes med vitenskapens og medisinsens metoder. Denne tilnærmingen kombinerte en pragmatisk biologisk forståelse av forplantning med ideen om at ønske om barn var en sunn og normal forventning til livet. Dette fornuftsgrunnlaget ga implementeringen av sosialt og etisk kontroversielle metoder som sæddonasjon legitimitet. Medisinsens tilsvar til disse helsepolitiske initiativer var, fra midten av 1960-tallet og fremover, systematisering av et behandlingstilbud som inntil da hadde vært begrenset av den geografisk mangelfulle spredningen av gynekologer og pasienters privatøkonomi, og avhengig av enkeltlegers interesse for og kunnskap om infertilitet. Utviklingen var samtidig nært forbundet med økt pasientpågang, naturvitenskapenes fremvekst og kunnskapsflyt fra biologi og endokrinologi inn i gynekologifaget. Systematiseringen hadde flere formål: For det første å ta unna den stadig økende pågangen av infertilitetspasienter. For det andre å kamuflere det faktum at kausaliteten mellom instituert behandling og graviditet hvilte på et svakt bevisgrunnlag. For det tredje var systematisering og standardisering avgjørende for overføringsverdien i diagnostiske og terapeutiske prosedyrer, og derfor sentrale for den geografiske utbyggingen av infertilitetsutredning og -behandling. For det fjerde anså man at et behandlingstilbud i seg selv kunne ha terapeutisk effekt. Et gjennomført behandlingsopplegg, uavhengig av utfall, ville kunne gi pasienter visshet om at alle muligheter var forsøkt, og slik sett fungere som en hjelp til erkjennelse av en vanskelig livssituasjon. Mot slutten av 1970-tallet var infertilitetsutredning og -behandling relativt systematisert innenfor rammen av klinisk infrastruktur. IVF kom til å endre dette bildet; både epistemologisk og organisatorisk. I det større bildet avhandlingen tegner opp, fremstår omorganisering av klinisk praksis, og endringer i relasjonen mellom det kliniske og det laboratorieutførte arbeidet som sentralt. Fremveksten av infertilitetsbehandling og teknologier for assistert befruktning er dermed også en historie om fremveksten av livsvitenskapsforskning, bioteknologi og medisin i Norge. Avslutningsvis er det et sentralt poeng i avhandlingen at infertilitetsbehandlingens historie er uløselig knyttet til verdier nedfelt i den nordiske velferdsmodellen, og dagsaktuelle diskusjoner om grensedragningen for hvilke former for assistert befruktning velferdsstaten skal påta seg.

Eira Bjørvik er i dag post. doc ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap, men doktorgradsarbeidet ble utført ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse.

Hilde Robinson: «Pelvic girdle pain and disability during and after pregnancy. A cohort study».

Bekkenleddsmerter (eller bekkenløsning) er vanlig under og etter graviditet, og affiserer kvinnenens fysiske funksjon og deltagelse. Graden av, og variasjonen i, funksjonsnedsettelse var imidlertid ukjent. For å bedre forståelsen av tilstanden var det interessant å undersøke om utvikling av bekkenleddsmerter og funksjonsnedsettelse var assosiert med respons på kliniske tester, samt å identifisere risikofaktorer for utvikling av og å ha vedvarende bekkenleddsmerter.

Vi fulgte 326 gravide kvinner fra første kontakt med helsestasjonene til 12 uker etter fødsel, senere utvidet til 52 uker etter fødsel. Det ble brukt spørre-skjemaer og kliniske undersøkelser (i uke 15, uke 30, 12 og 52 uker etter fødsel) og tatt blodprøver ved inklusjon og 52 uker etter fødsel.

Forekomsten av selvrapporterte bekkenleddsmerter var høy under og etter graviditet. Det var stor variasjon i graden av funksjonsnedsettelse. Graviditet medførte funksjonsnedsettelse og bekkenleddsmerter som forverret denne. Selvrapportert smertelokalisasjon i bekkenet, positiv smerteprovokasjonstest for bakre bekkenstrukturer (P4 test) samt sum av positive smerteprovokasjonstester i graviditetsuke 15 var assosiert med økt smerte og redusert funksjon i uke 30. Psykisk stress var assosiert med funksjonsnedsettelse. Sum av positive provokasjonstester i uke 30 var risikofaktor for økt smerte og funksjonsnedsettelse 12 uker etter fødsel. Antall smertemråder i kroppen og tidligere korsryggmerter var risikofaktorer for henholdsvis økt smerte og funksjonsnedsettelse.

Den høye forekomsten av selvrapporterte bekkenleddsmerter tyder på at dette bør tas alvorlig. Den store variasjonen i funksjonsnedsettelse, hvor noe skyldes graviditet, er imidlertid viktig å være klar over. Identifisering av kliniske risikofaktorer er nytt, og viktig for utvikling av behandlings- og forebyggings-strategier. Forskjellige risikofaktorer for utvikling av og vedvarende bekkenleddsmerter tyder på at disse fasene er forskjellige. I tillegg til avhandlingen, er det publisert 4 artikler til fra dette materialet (inkludert ett års oppfølgingen).

Hilde Robinson er i dag førsteamanuensis ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap.

Trygve Lereim Sævareid: «Advance care planning in nursing homes – A mixed methods study of a complex intervention using a whole-ward approach»

Implementering av forhåndssamtaler kan forbedre sykehjemspasienters involvering i beslutningsprosesser i viktige beslutninger om deres helse, liv og død. Det er én konklusjon fra denne avhandlingen gjennomført ved Senter for medisinsk etikk (SME). Ved SME har det blitt gjort betydelig forskning på klinisk etiske problemstillinger knyttet til samhandling og beslutningsprosesser mot livets slutt. I så måte faller denne avhandlingen, og prosjektet den var del av, godt inn i SME sin klinisk etiske forskningsprofil.

Avhandlingen handlet om forhåndssamtaler (advance care planning) i sykehjem. Forhåndssamtale er samtale mellom pasient, helsepersonell og gjerne også pårørende. Den handler om hva som er viktig for pasienten, samt ønsker for medisinsk behandling og omsorg. Gjennom slike forhåndssamtaler blir det lettere å handle i tråd med pasientens ønsker og verdier på et senere tidspunkt, spesielt dersom pasienten ikke lenger skulle være i stand til å velge selv. Forbedret pasientinvolvering i beslutningsprosesser var det overordnede målet med prosjektet, mens målet med denne avhandlingen var å evaluere implementering av forhåndssamtaler.

Avhandlingen var basert på et implementeringsprosjekt som inkluderte en klynge-randomisert klinisk studie. For å fange opp kompleksiteten som preger en kompleks intervensjon som forhåndssamtaler ble det benyttet både kvantitative (journalgjennomgang) og kvalitative (intervju og observasjon) metoder for å generere og evaluere data.

Implementeringsstøtten vi gav ansatte på sykehjem fokuserte blant annet på at flest mulig pasienter (også de med kognitiv svikt) skulle få mulighet til å delta i og at flest mulig av de ansatte skulle kunne gjennomføre forhåndssamtaler. Etter implementering fant vi at flere pasienter deltok i slike samtaler sammenliknet med pasienter i kontrollgruppe. Observasjoner av samtaler indikerte også at pasientene var aktive deltakere i samtalen på tross av at flere av dem hadde kognitiv svikt. Samtalene ble beskrevet som pasientsentrerte og å bidra positivt til beslutningsprosessen i intervju av pasienter, pårørende og helsepersonell. I tillegg ble det antydnet at helsepersonell ble mer komfortable med å gå inn i eksistensielle samtaler med pasienter. Vi konkluderte at forhåndssamtaler kan bidra til personsentrert omsorg i sykehjem, selv om kognitiv svikt var en utfordring for pasienters medvirkning.

Trygve Lereim Sævareid er i dag forsker ved Senter for medisinsk etikk.

Ivan Spehar: «Leadership in Norwegian hospitals: a qualitative study of clinical managers' pathways, identities, and influence strategies»

Endringer i sykdomsbildet og økende forventninger til kvalitet i helse-tjenester stiller ikke bare krav til helsefaglig kompetanse, men også ledelses-faglig kompetanse i helsevesenet. I doktorgradsarbeidet mitt var jeg opptatt av å forstå klinikerens motivasjon for å bli ledere, samt hvordan de opplever og utøver lederrollen. Dette arbeidet har bidratt til å avdekke noen viktige temaer for ledelsesutvikling i helsevesenet.

Veien inn i ledelse og utviklingen av lederidentitet: Et av hovedfunnene fra doktorgraden var at ledere beskrev veien inn i ledelse som preget av tilfeldigheter, samt opplevelser av indre og ytre press for å påta seg oppgaven. Lederne omtalte også overgangen til lederrollen som krevende, blant annet fordi det innebar å redusere, eller gi helt slipp på, pasientkontakt og forskning. Klinikere som beskrev en positiv overgang til lederrollen, fortalte om en identifikasjon med lederrollen, og en opplevelse av å få tilfredsstilt behovene sine for kompetanse, autonomi og sosial støtte i lederrollen. Disse faktorene utgjør det som psykologer omtaler som «grunnleggende psykologiske behov», og er i forskningslitteraturen blitt relatert til blant annet motivasjon og jobbtilfredshet. Forskningen vår antyder at psykologiske behov også kan spille en rolle i forhold til klinikerens overgang til, og identifisering med, lederrollen.

Implikasjoner for ledelsesutvikling i helsevesenet: Det har vært et økende fokus på å rekruttere og utvikle kompetente, kliniske ledere i helsetjenesten. Doktorgradsarbeidet har vist at det er viktig med en systematisk tilnærming til rekruttering og utvikling av ledere med klinisk bakgrunn til lederstillinger i helsevesenet. Tidlig opplæring og lokal støtte, blant annet i form av formaliserte mentorordninger, er viktig i en slik tilnærming. Det kan også være nyttig å inkludere tradisjonelt underprioriterte temaer i ledelsesutvikling, som identitet og rolleforståelse. For eksempel er det viktig å anerkjenne opplevelsen av «savn» eller «tap», som kan prege den innledende overgangen fra en klinisk til en ledelsesfaglig stilling.

Ivan Spehar er i dag førsteamanuensis (20%) ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Edel Jannecke Svendsen: «Restraint during medical procedures in hospitalized preschool children: An exploratory study»

Bruk av tvang forekommer ofte under smertefulle og ubehagelige prosedyrer i forbindelse med diagnostisering og behandling av barn i sykehus, og førskolebarn er spesielt utsatt. Nasjonalt og internasjonalt er det lite forskningsbasert kunnskap om tvang innenfor somatiske helsetjeneste til barn. Studien bak avhandlingen hadde derfor et utforskende kvalitativ design med hensikt å få ny kunnskap, innsikt og forståelse av ulike perspektiver på tvang mot barn i sykehus.

Proseduren, innsetning av perifer venekanyle, ble valgt som eksempel på en prosedyre hvor tvang ble benyttet. Mellom 2011 og 2012 ble barn i alderen 2 til 5 år filmet i slike situasjoner sammen med deres foreldre, leger og sykepleiere (n=28). I etterkant av prosedyrefilmingen ble leger, sykepleiere og foreldre som deltok i prosedyren, invitert til intervju.

Det empiriske bidraget fra studien viser at barna hadde sterke uttrykk, fortolket som flukt, protest og utfoldelse. Interaksjonen mellom foreldre og helsepersonell var preget av sekvensielle faser hvor foreldre først understøttet handlingene til helsepersonellet ved for eksempel å opprettholde en ubekymret samtale om hverdagslige ting, men ettersom tvangen utfoldet seg, gikk foreldre over til å avvise og nekte å samarbeide med helsepersonellet. Etter å ha mistet først barnets og så foreldrenes samarbeid gjennom prosedyren, valgte dernest helsepersonellet enten å ikke uttrykke noe verbalt, men å vise nonverbalt at de gjorde alt de kunne for å få til prosedyren, eller at de fortsatte den ubekymrede, hverdagslige samtalen seg imellom uten foreldrene. I intervjuene av helsepersonell kom det frem at de ikke hadde en lik forståelse av tvang, eller av når en situasjon ble definert som tvang. Begrepet holding ble benyttet uansett. Helsepersonellet gjorde imidlertid alt de kunne for å unngå fastholdingen mot barnets vilje. De mente at informasjon om hvorfor prosedyren var viktig var viktigst for at prosedyren forløp greit. Samtidig mente de at utrygge foreldre oftest førte til at det ble benyttet tvang, og dermed hadde de mindre innvirkning på tvangen. Intervjuene med foreldrene viste at de var usikre på sin rolle i bruk av tvang og følte at de ikke hadde argumentert godt nok for alternative måter å gjennomføre prosedyren på. Foreldrene ga uttrykk for at de godt visste hvor nødvendig prosedyren var.

Avhandlingen peker på et tabubelagt, kompleks og underutforsket tema innenfor behandlingen av barn i sykehus og de utfordringene helsepersonell, foreldre og barn møter i sykehus.

Edel Svendsen er i dag post doc ved Avdeling for sykepleievitenskap.

.Anja Maria Brænd: «Clinical drug trials in Norwegian general practice. A study of a 10-year cohort of trials identified from applications to the Norwegian Medicines Agency 1998–2007».

Kliniske legemiddelstudier gir kunnskap om effekt og uønskede hendelser. De fleste resepter i Norge skrives ut i allmennpraksis, men de fleste legemiddelstudier blir gjennomført på sykehus. Formålet med avhandlingen var å undersøke legemiddelutprøvinger i norsk allmennpraksis, om studieresultatene ble publisert og hvordan resultatartiklene beskrev studiene med henblikk på ekstern validitet.

Vi identifiserte legemiddelstudier fra søknader til Statens Legemiddelverk 1998–2007. Knappt en tidel var planlagt gjennomført helt eller delvis i allmennpraksis (196 av totalt 2054 legemiddelstudier), og legemiddelindustrien stod bak 96 %. Tre av fire studier inkluderte også pasienter fra spesialisthelsetjenesten.

Vi fant offentlig tilgjengelige resultater for 82 % av studiene, som oftest i form av en tidsskriftartikkel. Artiklene var publisert i perioden 2000 til 2015. Publisering var vanligere hvis studien sammenlignet utprøvningsmedikamentet med et annet legemiddel, inkluderte mange pasienter og var av lengre varighet. I løpet av tiårsperioden var det en positiv utvikling med tanke på publisering.

En klinisk studie bør beskrives slik at leseren kan vurdere overføringsverdien av resultatene til andre pasientgrupper. I studienes hovedartikler undersøkte vi rapporteringen av opplysninger som er viktig for ekstern validitet. Studiens kliniske setting ble bare beskrevet i 22 % av artiklene. Om pasientene hadde andre sykdommer eller brukte andre medisiner ble beskrevet i henholdsvis 40 % og 20 % av artiklene. Antall sykdommer og medisinbruk ble oftere rapportert de senere årene, mens dette ikke gjaldt informasjon om hvilken del av helsetjenesten studien ble gjennomført i. De primære endepunktene var surrogatendepunkt i 45 %, kliniske utfallsmål i 29 % og pasientrapporterte utfallsmål som symptomer eller andre aspekter ved helse og livskvalitet i 19 % av studiene.

Vi konkluderte med at det ble gjennomført få legemiddelstudier i norsk allmennpraksis. De fleste studiene ble publisert, men viktig informasjon om overføringsverdien ble ofte utelatt i artiklene.

Anja Brænd er i dag førsteamanuensis ved Avdeling for allmenmedisin.

Emily Burger Annika: «Effectiveness and Cost-effectiveness of Primary and Secondary Prevention Strategies for Human Papillomavirus (HPV)-related Conditions in Norway»

I de siste tiårene har forskningen gitt økt forståelse for betydningen av vedvarende Humant Papilloma Virus (HPV)-infeksjoner for utvikling av ulike godartede og ondartede tilstander. Denne kunnskapen har bidratt til utviklingen av nye, forebyggende metoder. Den har også gitt muligheter for å beregne hvilke tiltak og metoder som er mest kostnads-effektive. I Norge skjer primærforebyggingen ved å vaksinere jenter mot HPV når de er 12 år gamle. Sekundærforebyggingen skjer ved å lete etter forstadier til livmorhalskreft (screening) hos kvinner i alderen 25–69.

Norge har mer ressurser i helsetjenesten enn de aller fleste andre land. Likevel er det viktig å vurdere om de ulike tiltak mot HPV-relaterte tilstander har et rimelig forhold mellom kostnader og effekter. Fordi kostnadseffektivitet er ett av tre grunnleggende prinsipper for prioritering i norsk helsetjeneste, bør de økonomiske konsekvensene av nye tiltak, metoder og teknologi vurderes før de tas i bruk. Denne avhandlingen har til hensikt å bidra til mer effektiv og mer kostnadseffektiv primær- og sekundærforebygging av HPV-relaterte tilstander.

Hva gjelder kostnadseffektivitet eller «value for money» i Norge, er det klare muligheter for å redusere byrden av HPV-relaterte tilstander ytterligere. Dette er belyst i avhandlingen ved å beregne hvor mye ekstra helse et nytt tiltak gir og hvor mye ekstra dette koster. Denne såkalte kostnadseffektivitetsbrøken kan fungere som en indikator på om et tiltak bør prioriteres. Denne indikatoren er imidlertid ikke den eneste faktoren som bidrar til helsepolitiske beslutninger. Spesielt i Norge velger også hensynet til fordelings-effekter og alvorlighet tungt. Med denne reservasjonen trekker avhandlingen noen hovedkonklusjoner. Screening for livmorhalskreft kan gjøres mer effektiv og kostnadseffektiv, og det bør brukes mer ressurser på å få kvinner til å delta i slik screening. HPV-vaksinering av 12-årige jenter i Norge er kostnadseffektiv, mens dét neppe gjelder vaksinering av gutter. Da vil det være mer kostnadseffektivt å øke vaksineringen blant jenter som i dag bare er ca 70%.

Emily Burger er i dag førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi.

Torunn Bjerve Eide: «A comparative study from Norwegian and Nordic general practice; The Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC) study.»

I land der allmennlegene tilbyr omfattende tjenester med god kontinuitet, ser man både bedre kostnadseffektivitet i helsevesenet og bedre pasientopplevd kvalitet på helsetjenestene. Arbeidet kartla ulikheter i tjenestetilbudet til allmennleger i de nordiske landene gjennom spørreskjemaer til både legene og deres pasienter.

De finske legene hadde i større grad enn sine nordiske kolleger tilgang til høyteknologisk medisinsk utstyr som røntgen, ultralyd og endoskop. Henholdsvis 90 % av norske og 86 % av danske allmennleger satte inn spiraler, mens bare 20 % av svenske og 13 % av islandske allmennleger utfører denne prosedyren. Forskjellene som ble påvist har sannsynligvis sammenheng både med ulikheter i økonomiske rammevilkår og med ulike sedvaner for oppgavefordeling innen helsevesenet.

De norske pasientene var generelt fornøyd med møtet med allmennlegen, men pasienter som gikk til en lege med svært kort eller svært lang pasientliste var mindre fornøyd enn de som gikk til en lege med middels lang pasientliste.

Både legene og pasientene i den norske delen av studien ble spurt om sine forventninger til hvilke tilstander folk flest går til allmennlegen for. Legene overvurderte i hvilken grad deres pasienter vil oppsøke dem for vanlige symptomer som nedsatt syn, angst og problemer med seksualfunksjon.

En omfattende primærhelsetjeneste med et rikt tjenestetilbud gir en bedre helsetjeneste for befolkningen, og studien viser at norske allmennlegers tilbud er i tråd med dette idealet. For å unngå overbelastning og rekrutteringsproblemer i primærhelsetjenesten trengs det videre diskusjon om hvilke tjenester som må og bør tilbys av allmennlegene, og pasienters forventninger til tjenestetilbudet samt kapasiteten i allmennlegetjenesten må tas hensyn til i disse vurderingene.

Torunn Bjerve Eide er i dag førsteamanuensis ved Avdeling for allmennmedisin