

Omsorgstjeneste- forskningen i Norge

Kunnskapsnotat



Om Norges forskningsråd

Norges forskningsråd er et nasjonalt forskningsstrategisk og forskningsfinansierende organ. Forskningsrådet fordeler årlig vel ni milliarder kroner til forskningsformål. Forskningsrådet er den viktigste forskningspolitiske rådgiveren for regjeringen, departementene og andre sentrale institusjoner og miljøer med tilknytning til forskning og innovasjon. Vi har et spesielt ansvar for å følge opp regjeringens langtidsplan for forskning. Forskningsrådet setter i verk nasjonale forskningspolitiske vedtak gjennom en rekke finansieringsordninger. I samspill med forskningsmiljøene, næringslivet og den offentlige forvaltningen arbeider Forskningsrådet for å gi norsk forskning et økonomisk og kvalitetsmessig løft og fremme innovasjon og kunnskap. Forskningsrådet arbeider for større internasjonalt samarbeid og økt deltakelse i EUs forsknings- og innovasjonsprogram. Andre viktige oppgaver er å skape møteplasser for og dialog mellom forskere, brukere av forskning og aktører som finansierer forskning.



Innhold

BAKGRUNN FOR NOTATET

Dette notatet er utarbeidet av Folkehelseinstituttet, på oppdrag fra HELSEVEL programmet i Forskningsrådet.

Bidragstere/forfattere:
Signe Flottorp, Ingrid Harboe, Hege Kornør, Helene Sandberg og Geir Smedslund

Forord	3
Populærvitenskapelig sammendrag	4
Bakgrunn	4
Metode	4
Resultater	4
Diskusjon	5
Kapittel 1: Innledning	6
Oppdraget	6
Bakgrunn	6
Formål	6
Metoder og arbeidsform	6
<i>Avgrensing av oppdraget</i>	6
<i>Rammeverk for kunnskapsnotatet</i>	6
Framgangsmåte	8
<i>Systematisk litteratursøk</i>	8
<i>Artikkelutvelgning</i>	9
<i>Dataekstraksjon</i>	9
<i>Analyser</i>	9
Kapittel 2: Resultater	10
Beskrivelse av studiene	10
<i>Resultater av litteratursøket</i>	10
<i>Inkluderte publikasjoner</i>	10
<i>Antall publikasjoner per år</i>	10
Hva slags tema forskes det på?	10
Hvordan er kvaliteten på denne forskningen?	11
<i>Publikasjonstype</i>	11
<i>Studiedesign</i>	13
<i>Antall deltakere</i>	13
<i>Respondenter</i>	14
<i>Målgrupper for studiene</i>	14
<i>Arena</i>	15
Hvilke forskningsmiljøer forsker på disse temaene?	16
Sentrale forskningsresultater og konsekvenser for tjenestene	16
<i>Etiske, legale, samfunnsmessige aspekter</i>	16
<i>Styring, ledelse og organisering</i>	17
<i>Vertikalt og horisontalt samspill</i>	18
<i>Tjenesteinnovasjon og implementering</i>	19
<i>Teknologi og digitalisering</i>	19
<i>Økonomi og ressursfordeling</i>	20
Er det avdekket viktige kunnskapshull?	20
Norsk omsorgstjenesteforskning i en nordisk/internasjonalt kontekst?	20

→

→

Kapittel 3: Diskusjon og avslutning	21
Hovedfunn	21
Styrker og svakheter	21
Resultatenes betydning for praksis	21
Referanser	22

Vedlegg (se separate dokumenter)

Vedlegg 1: Søkestrategi

Vedlegg 2: Dataekstraksjon

Vedlegg 3: Inkluderte studier

Utgivers forord

Forskningsrådet har, gjennom Program for Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester (HELSEVEL), som mål å bidra til å styrke forskningssvake områder innen helse- og velferdstjenesteforskningen.

Som ledd i dette tok det tidligere programstyret initiativ til å få utarbeidet en mindre serie av kunnskapsnotater om tre sentrale tematiske emneområder innenfor programmets brede nedslagsfelt. Det var programstyrets ønske at disse notatene skulle gi en god oversikt over forskningen på områdene, og identifiserer de viktigste resultatene, utfordringene og kunnskapsbehovene på de respektive forskningsområdene. Formålet med kunnskapsnotatene er å få en god oversikt over status for forskningen på feltet, med ønske om at de blir til nytte både for forskningsmiljøer, forvaltningen, ansatte i tjenestene, brukerne, politikk-utviklerne og allmennheten mer generelt.

Forskningsrådet lyste høsten 2018 ut midler til utarbeidelse av tre kunnskapsnotater. Notatene gir en oversikt over hva det forskes på, sentrale forskningsresultater og konsekvenser for tjenestene, hvor det forskes på disse temaene, om det er avdekket viktige kunnskapshull, særtrekk ved den norske forskningen sett i en nordisk/internasjonal kontekst landskapet, og forskningens kvalitet.

Det ble gitt midler til utarbeidelse av kunnskapsnotater på følgende tre temaer:

- 1) Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på tjenestene
- 2) Koordinerte tjenestetilbud til personer med sammensatte tjenestebehov, og
- 3) Omsorgstjenesteforskningen i Norge

Alle de tre notatene publiseres samordnet, og blir formidlet i en serie av frokostseminarer på Kulturhuset i Oslo i oktober og november 2019.

Kunnskapsnotatet *Omsorgstjenester i Norge* er utarbeidet av Signe Flottorp, Ingrid Harboe, Hege Kornør, Helene Sandberg og Geir Smedslund ved Folkehelseinstituttet (FHI). Forskningsrådet takker forfatterne for vel utført arbeid.

Innholdet i notatene står for forfatterens egen regning.

Oslo, oktober 2019,

Vidar Sørhus

Avdelingsdirektør, Norges forskningsråd



Populærvitenskapelig sammendrag

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet har utarbeidet dette kunnskapsnotatet om omsorgstjenesteforskningen i Norge i perioden 2012-2019 på oppdrag fra Forskningsrådet. Vi har samlet forskning om omsorgstjenester som er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, slik som helse- og omsorgstjenester i hjemmet, personlig assistanse, og helse- og omsorgstjenester i sykehjem og omsorgsboliger. Vi har tatt med uformelle omsorgstjenester gitt av pårørende og frivillige. Vi har ikke tatt med omsorgstjenester som er gitt i spesialisthelsetjenesten, i barne- og familievern eller i arbeids- og velferdstjenestene, men vi har inkludert studier om samspill mellom disse tjenestene og kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi har avgrenset omsorgstjenesteforskning fra omsorgsforskning ved å ta utgangspunkt i en definisjon av tjenesteforskning gitt av programplanen i HELSEVEL.

Metode

Vi har gjennomført en kartleggingsoversikt basert på et omfattende systematisk litteratursøk. Vi utarbeidet en prosjektplan og et rammeverk som vi drøftet med en referansegruppe med representanter for forskningsmiljøene, fagfolk og brukere. Vi har ikke hatt tilgang til artiklene i fulltekst, og vi har derfor hentet ut informasjon fra studiene kun basert på titler og sammendrag.

Resultater

Litteratursøkene resulterte i 4839 treff. Etter å ha ekskludert duplikater lastet vi inn 2786 titler i EPPI-reviewer, dataverktøyet vi brukte for å håndtere referansene og hente ut data. Vi inkluderte 796 unike titler, og hentet ut data om disse publikasjonene. Antall publiserte artikler per år økte for hvert år, fra 62 i 2012 til 151 i 2018. Artiklene omhandlet alle temaene/forskningsområdene innen tjenesteforskning som programplanen i HELSEVEL har listet opp i sin programplan (antall inkluderte artikler for hvert tema i parentes): vertikalt og horisontalt samspill (206); tjenesteinnovasjon og implementering (184); etiske, legale og samfunnsmessige aspekter (165); styring, ledelse og organisering (123); teknologi og digitalisering (77); økonomi og ressursfordeling (56). Flere av artiklene omhandlet mer enn ett tema. Den største kategorien var «annet» (262), dvs. at studiene omhandlet temaer som ikke passet inn i de definerte forskningsområdene.

Selv om vi fant studier innen alle temaene/forskningsområdene, er det vanskelig å vurdere om det er viktige spørsmål som det ikke forskes på. For å finne ut om det er viktige kunnskapshull innen omsorgstjenesteforskningen, må aktørene på feltet identifisere forskningsspørsmål som er viktige for omsorgstjenesten i Norge. Deretter må vi undersøke om norsk eller internasjonale forskning har svar på disse spørsmålene.

De fleste titlene var artikler publisert i internasjonale tidsskrifter (532), fulgt av norske (99) og nordiske (97) tidsskrifter. Vi inkluderte også noen masteroppgaver (26), rapporter (20) og enkelte andre typer publikasjoner. Studiene benyttet ulike studiedesign. Nær halvparten var kvalitative studier, mens en av fem var tverrsnittsstudier. Respondentene i studiene omfattet både pasienter, pårørende og ulike typer helse- og omsorgspersonell. Målgruppen for studien var ofte eldre, men enkelte studier omfattet også yngre personer. De fleste studiene omhandlet ikke personer med spesifikke diagnoser, men 153 av studiene handlet om personer med demens. De fleste studiene undersøkte omsorgstjenester i sykehjem (355) og hjemmetjenester (290).

Alle de sentrale norske forskningsmiljøene har bidratt til omsorgstjenesteforskningen, både høyskoler, universiteter og miljøer i instituttsektoren. I 72 av publikasjonene hadde en eller flere av forfatterne tilknytning til en norsk kommune, ofte gjennom engasjement ved utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester.

Det er vanskelig å si hva som er de mest sentrale forskningsresultatene og konsekvensene for tjenestene, basert på en kartleggingsoversikt der vi kun ser på titler og sammendrag. Med 796 til dels svært ulike publikasjoner, med ulike temaer, forskningsdesign og målgrupper, har det heller ikke vært mulig å syntetisere resultatene på en systematisk måte innen tidsrammen for prosjektet. I notatet har vi derfor valgt å trekke fram noen enkeltstudier innen de forskjellige temaene for å illustrere funn som er relevante for tjenestene.

Vi har ikke tilstrekkelig grunnlag for å konkludere om norsk omsorgstjenesteforskning sammenliknet med nordisk og internasjonal omsorgstjenesteforskning, verken når det gjelder temaene, omfanget eller kvaliteten av forskningen. Vi fant at 21 % av publikasjonene hadde medforfattere med tilknytning til en ikke norsk institusjon, og flere av studiene var resultater av internasjonale samarbeidsprosjekter, med studier gjennomført på tvers av flere land. Vårt inntrykk er at flere av temaene som studeres i norsk omsorgstjenesteforskning, også er aktuelle i internasjonal omsorgstjenesteforskning.

Diskusjon

Omfanget av publikasjoner innen omsorgstjenesteforskningen er økende, og studiene omhandler alle aktuelle forskningsområder/temaer innen tjenesteforskningen. Det er god internasjonal deltakelse i norsk omsorgstjenesteforskning og mange av studiene har resultater som er relevante for tjenestene.

Til tross for at vi har gjennomført et systematisk og omfattende litteratursøk, kan vi ha gått glipp av relevante artikler som ikke er fanget opp ved våre søk. En kartleggingsoversikt baserer seg på titler og sammendrag. Det begrenser muligheten til å vurdere kvaliteten av studiene og tilliten til resultatene, og det gjør det vanskelig å si hvilke resultater som er mest sentrale for tjenestene.

Vi har valgt å trekke fram flere enkeltstudier, for å illustrere at mange av de inkluderte publikasjonene ser ut til å ha resultater som er relevante for tjenestene.

Kapittel 1: Innledning

Oppdraget

Forskningsrådet utlyste midler til tre ulike kunnskapsnotater som beskriver kunnskapsstatus og kunnskapsbehov på sentrale områder for helse- og velferdstjenesteforskningen i Norge, herunder omsorgstjenesteforskning, med søknadsfrist 10.10.2018.

Viktige føringer fra Forskningsrådet var, sitert fra utlysningen: «Notatene skal gi en oversikt over forskningen på området, identifisere de viktigste resultatene, utfordringer og kunnskapsbehov. Formålet med kunnskapsnotatene er å få en god oversikt og formidle status for forskningen på feltet. Målgruppene vil være forvaltningen, ansatte i tjenestene, brukere, organisasjoner, studenter og offentligheten generelt. Kunnskapsoversikten skal settes sammen og formidles på en måte som gjør den lett tilgjengelig for interessenter i bred forstand.»

Forskningsrådet innvilget Folkehelseinstituttets søknad om kunnskapsnotat om omsorgstjenesteforskning, og vi inngikk kontrakt 14.2.2019.

Bakgrunn

Omsorg, omsorgsforskning og omsorgstjenesteforskning omtales i flere sentrale dokumenter som gir viktig bakgrunnsinformasjon for kunnskapsnotatet (1-8). Forsknings- og innovasjonsstrategien «HelseOmsorg21» skal legge til rette for en målrettet, helhetlig og koordinert nasjonal innsats for forskning, utvikling og innovasjon innenfor helse og omsorg (7). En hovedprioritering i denne strategien er et kunnskapsløft for kommunene med solid finansiering (7).

Omsorgstjenesteforskning er beslektet med, men ikke det samme som omsorgsforskning. I programplanen for HELSEVEL defineres tjenesteforskning slik: «Tjenesteforskning er et flerfaglig vitenskapelig felt hvor man studerer hvordan sosiale faktorer, finansieringssystemer, organisatoriske strukturer og prosesser, teknologi og personellatferd påvirker tilgang til tjenester, kvaliteten og kostnadene ved tjenestene, og til syvende og sist helse, velferd og livskvalitet for borgerne.» (3).

Forskningsrådet har finansiert omsorgstjenesteforskning gjennom programplanene Program for helse- og omsorgstjenester (HELSEOMSORG; 2006-2010 og 2011-2015) og HELSEVEL (2015-2019).

Senter for omsorgsforskning ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet på bakgrunn av St.meld nr. 25 (2005–2006) (9). Det ble først opprettet som et prøveprosjekt i 2005. Fra 2006 var Senteret fast ved Høgskolen i Gjøvik (fra 2017 NTNU i Gjøvik).

Formål

Folkehelseinstituttet har i dette prosjektet kartlagt hva som fins av omsorgstjenesteforskning Norge i perioden 2012-2019. Kartleggingen skal gi forskjellige målgrupper en god oversikt over hva omsorgstjenesteforskningen handler om, hvor forskningen foregår, hva forskningen viser og hva vi mangler forskning om.

Metoder og arbeidsform

Avgrensning av oppdraget

Vi har avgrenset omsorgstjenesteforskning fra omsorgsforskning ved å ta utgangspunkt i definisjonen av tjenesteforskning i programplanen for HELSEVEL (4).

Videre har vi avgrenset begrepet omsorgstjenester mot omsorgsarbeid utført i spesialisthelsetjenesten, samt i barne- og familievern og i arbeids- og velferdstjenestene. Vi har tatt utgangspunkt i de omsorgstjenester som er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3.2. pkt. 6: Andre helse- og omsorgstjenester, herunder a) helsetjenester i hjemmet, b) personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og c) plass i institusjon, herunder sykehjem (10). Vi har inkludert tjenesteforskning som undersøker pasientforløp og samhandling mellom ulike nivåer og sektorer, når kommunale omsorgstjenester er en viktig del av dette samspillet.

Vi har inkludert uformelle omsorgstjenester, slik som tjenester utført av pårørende og frivillige.

Rammeverk for kunnskapsnotatet

For å beskrive omsorgstjenesteforskningen i Norge på en måte som er nyttig for mottakerne av kunnskapsnotatet, hadde vi behov for et rammeverk for å analysere/kategorisere forskningen. Vi tok utgangspunkt i definisjonen av tjenesteforskning som nevnt ovenfor, samt omtalen av innovasjon i programplanen til HELSEVEL (4).

Innovasjoner er nye eller vesentlig forbedrede varer, tjenester, prosesser, organisasjons- og styringsformer eller konsepter som tas i bruk for å oppnå verdiskaping og/eller samfunnsnytte.

Programmet skal bidra til forskningsbasert og forskningsstøttet innovasjon innenfor og på tvers av tjenestene, og inkluderer flere former for innovasjon i offentlig sektor, herunder prosess-innovasjon, produkt- og tjenesteinnovasjon, innovasjon i styresett og konseptuell innovasjon.

Dette kan kategoriseres slik:

Innsatsfaktorer/temaer:

- Finansieringssystemer
- Teknologi
- Sosiale faktorer
- Organisatoriske strukturer og prosesser
- Personellatferd
- Innovasjon

Utfall

- Tilgang til tjenester
- Kvaliteten ved tjenestene
- Kostnadene ved tjenestene
- Helse og livskvalitet
- Verdiskapning/samfunnsnytte

Programplanen har et kapittel om tverrgående tema og forskningsområder, der følgende områder er prioritert:

- Styring, ledelse og organisering
- Vertikalt og horisontalt samspill
- Tjenesteinnovasjon og implementering
- Teknologi og digitalisering
- Økonomi og ressursfordeling
- Ethiske, legale, samfunnsmessige aspekter

Dette er sammenfattet slik i figur 1 hentet fra programplanen.

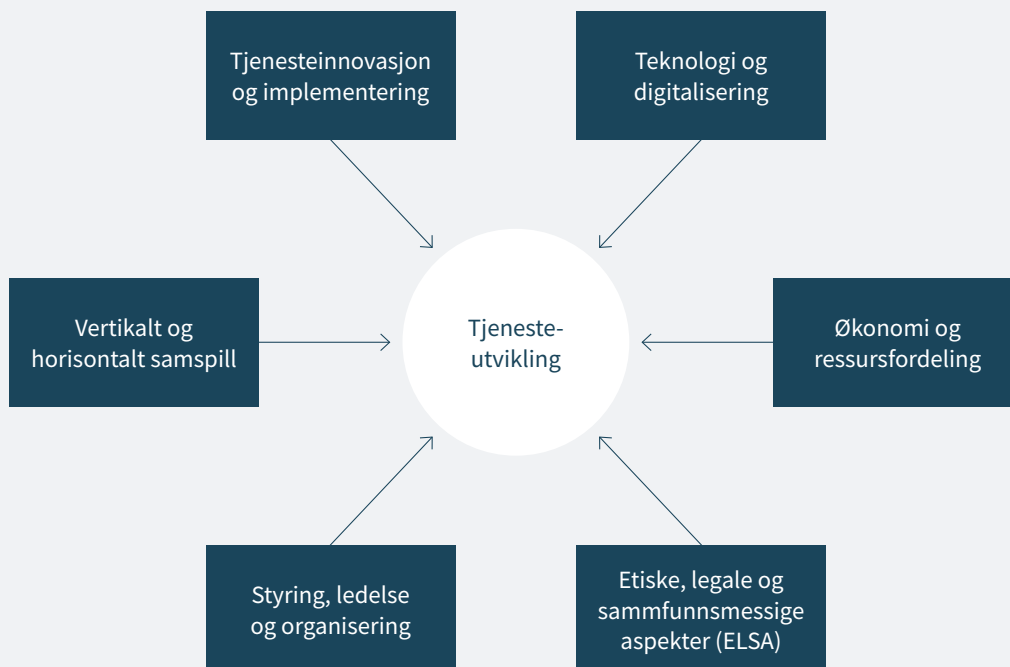
Fra dokumentet: «Hva er omsorgsforskning? Grunnlagsdokument for Sentrene for omsorgsforskning» (Januar 2015) har vi følgende liste over temaer for omsorgstjenesteforskning (3):

Betalt omsorg

Studier av dette er omsorgstjenesteforskning. Feltet "Omsorgstjenester" omfatter alt betalt omsorgsarbeid organisert av offentlige eller private tilbydere. Denne forskningens viktigste emner er:

- Tjenestemottakerne: Alder, kjønn, etnisitet, klasse, helseproblemer, hjelpebehov, tildeling og bruk av tjenester
- Brukerperspektivet, medvirkning, brukervalg, brukerrettigheter
- Tjenestenes økonomi, effektivitet, kvalitet, tilgjengelighet og fordeling
- Omsorgstjenestene som arbeidsplass: Arbeidsmiljø, ledelse, rekruttering, arbeidsorganisering
- Velferdsteknologi og innovasjon, utvikling av nye arbeidsmåter og tilbud
- Minoriteter i omsorgstjenestene, både som tjenestemottakere og som ansatte
- Tjenesteapparatets historie
- Utviklingen, og fordelingen av omsorgstjenester mellom ulike brukergrupper over tid

FIGUR 1. Tverrgående tema og forskningsområder



- Sammenlikninger av omsorgstjenestenes organisering, finansiering, tilbud og virkemåter i ulike land
- Sammenlikninger av kostnader, virkemåter og kvalitet ved offentlig vs. privat organiserte tilbud
- Samhandling internt i omsorgstjenesten kommunen, og eksternt mellom ulike nivåer i helse- og omsorgstjenesten
- Samhandling mellom omsorgstjenesten, familieomsorgen og frivillige hjelpere
- Ubetalt omsorg
- Familieomsorg: Ved hvem, hvordan, innhold/oppgaver, varighet
- Familieomsorg blant minoriteter
- Konsekvenser for omsorgsgiverne: Arbeid, økonomi, belastninger og gleder
- Samspill og arbeidsdeling mellom familieomsorgen og omsorgstjenestene, støtte til omsorgsgivere
- Familieomsorg i ulike land
- Frivillig arbeid: Ved hvem, innhold, omfang, utvikling over tid
- Samspill og arbeidsdeling mellom frivillig og formell sektor, endring over tid

Det er litt uklart om listen over temaer vedrørende ubetalt omsorg er å oppfatte som omsorgstjenesteforskning. Vi tenker at ubetalt omsorg er en vesentlig del av omsorgstjenestene. Ubetalte omsorgstjenester vil dessuten ofte samspille med betalte omsorgstjenester. Vi har derfor valgt å inkludere studier om ubetalte omsorgstjenester.

Framgangsmåte

Vi har utført arbeidet som en systematisk kartleggingsoversikt og fulgt prinsippene i vår metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» (2). Vi utarbeidet utkast til prosjektplan og rammeverk som ble drøftet med referansegruppen i møte 4. april 2019.

Vi vurderte artikler for inklusjon / eksklusjon etter på forhånd definerte kriterier. Vi innhentet ikke artiklene i fulltekst, fordi dette ikke var mulig innen rammen av prosjektet.

Inklusjonskriterier:

Populasjon	Alle som mottar, leverer, organiserer eller finansierer kommunale omsorgstjenester
Tema/tiltak (intervensjon)	Alle relevante temaer innen omsorgstjenesteforskningen, herunder uformelle og ubetalte omsorgstjenester
Utfall	Alle relevante utfall
Setting	Norske kommuner, samt studier som undersøker samhandling mellom ulike tjenestenivåer og studier som sammenlikner omsorgstjenester i ulike land
Studiedesign	Ingen begrensninger. Protokoller og prosjektplaner. Vi har inkludert systematiske oversikter om omsorgstjenesteforskning med norske forfattere, uavhengig av hvor primærstudiene er utført.

Eksklusjonskriterier:

Vi har ekskludert omsorgstjenester utført i spesialisthelse-tjenesten, i barne- og familievernet samt i arbeids- og velferds-tjenestene. Vi har ekskludert primærstudier som ikke er utført i Norge, selv om norske forfattere har bidratt. Vi har ekskludert artikler av forfattere som har hovedstilling utenfor Norge, selv om en eller flere har bistilling i Norge.

Vi har ekskludert konferansesammendrag. Når vi ekskluderte konferansesammendrag som ellers tilfredsstilte inklusjonskriteriene, sjekket vi om vi hadde identifisert tilsvarende publikasjoner. Dersom vi manglet slike, gjorde vi enkle søk for å fange opp eventuelle tilsvarende publikasjoner.

Systematisk litteratursøk

Vi søkte systematisk etter norsk omsorgstjenesteforskning i følgende databaser (alfabetisk) 3. mars 2019:

- CINAHL
- Cochrane Library: Cochrane Reviews; Cochrane Protocols; Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- Embase (Ovid)
- Ovid MEDLINE
- PsycInfo (Ovid)
- SveMed+

I perioden mars-juni 2019 søkte vi i tillegg etter norsk omsorgstjenesteforskning (f.eks. systematiske oversikter, primærstudier, doktorgradsavhandlinger, masteroppgaver) i følgende kilder (alfabetisk):

- BORA (Bergen Open Research Archive)
- Cristin (Current research information system in Norway)
- NORART (Norske og nordiske tidsskriftartikler)
- Omsorgsbiblioteket
- ORIA (portal til materialet fra de fleste norske fag- og forskningsbibliotek)
- Senter for omsorgsforskning
- Tidsskrift for omsorgsforskning
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

Vi innhentet også referanser fra fagekspertene i prosjektgruppen, og la til referanser som vi identifiserte i prosessen.

Forskningsbibliotekar Ingrid Harboe planla og utførte alle litteratursøk (Vedlegg 1). Vi identifiserte søkeord i relevante artikler, fra testsøk i databaser, og i diskusjon med prosjektgruppen og Elisabet Hafstad (EH, forskningsbibliotekar ved Folkehelseinstituttet). En forskningsbibliotekar (EH) fagfelle-vurderte søkestrategien med sjekklisten PRESS (Peer review of electronic search strategies) (11). De systematiske litteratursøkene bestod av emneord og tekstord for omsorgstjeneste (for eksempel: home care service; home nursing; community health nursing). Emneord er såkalte kontrollerte ord som brukes i databaser for å beskrive innholdet i en artikkel. Tekstord er ord i referansens tittel og sammendrag. Søkene ble avgrenset til norsk forskning (for eksempel: Norway; norsk; Oslo; Bergen;

Trondheim; Tromsø), til norske forskningsinstitusjoner (for eksempel: Folkehelseinstituttet; Norwegian institute of public health; Research Council of Norway; Centre for Care Research), og publikasjonsår 2012-2019. I kilder uten mulighet for å søke systematisk, søkte vi med relevante tekstord. Fullstendig søkestrategi er gjengitt i vedlegg 1. Litteratursøket ble utført fra mars til juni 2019.

Søkeresultatet ble eksportert (automatisk og manuelt) via referansehåndteringsverktøyet EndNote til EPPI-Reviewer4 (12). EPPI-Reviewer er et web-basert software-program for håndtering og analysing av data fra forskningslitteratur.

Artikkelutvelging

Vi gjennomførte først en pilotundersøkelse der fire forskere ved Folkehelseinstituttet (alfabetisk: Signe Flottorp (SF), Hege Kornør (HK), Helene Sandberg (HS) og Geir Smedslund (GS)) screenet de samme studiene, slik at vi fikk drøftet oss fram til en bedre felles forståelse av hva som skulle inkluderes og ekskluderes. Deretter valgte vi ut artikler ved at to forskere parvis og uavhengig av hverandre vurderte alle identifiserte titler og sammendrag for inklusjon og eksklusjon. Vi brukte EPPI-Reviewer for artiklene som ble hentet inn via de elektroniske databasene, mens vi brukte Excel for titler fra andre kilder. Vi løste uenighet ved diskusjon, eventuelt ved å konferere med en tredje forsker i teamet. Dersom vi manglet informasjon i EPPI-Reviewer, f.eks. sammendraget, hentet vi inn ytterligere informasjon der det var mulig ved enkle søk.

Dataekstraksjon

Dataene vi hentet ut bygger derfor på informasjon i tittel og sammendrag, fordi det ikke var mulig å innhente artikler i fulltekst innenfor tidsrammen for dette prosjektet.

Vi utarbeidet et dataekstraksjonsskjema i EPPI-Reviewer, med følgende hovedkategorier.

- Publikasjonsår
- Publikasjonstype
- Forskningstema
- Studiedesign
- Antall deltakere
- Respondenter
- Målgruppe for tjenesten – alder/etnisitet
- Målgruppe for tjenesten - diagnose
- Arena
- Forskningsmiljø

Hele dataekstraksjonen med svaralternativene er vist i vedlegg 2. Vi reviderte kodene for svaralternativene og la til flere svaralternativer ved å pilotere skjemaet for dataekstraksjon.

To prosjektmedarbeidere hentet deretter uavhengig av hverandre ut data og fylte ut skjemaet i EPPI-Reviewer ved å krysse av for svaralternativene. Det var også mulig å gi supplerende informasjon i tekstboks. For de fleste kategoriene var det mulig å krysse av for flere svaralternativer.

Vi gjennomgikk de to settene med innhentede data for alle titler og løste eventuell uenighet ved diskusjon. En av forfatterne (SF) har bidratt til dataekstraksjon for alle studiene, slik at vi har sikret felles forståelse og konsensus på tvers av forfatterteamet.

Analyser

For å identifisere kunnskapshull (her vil det si relevante temaer det ikke er forsket på i Norge fra 2012), tok vi utgangspunkt i de tematiske kategoriene og forskningsområdene som er definert i programplanen for HELSEVEL og som vi har beskrevet tidligere. Vi har talt opp antall publikasjoner i de ulike kategoriene.

For å sikre relevans og kvalitet har vi involvert brukere og forankret metodevalgene i innspill fra faglige ressurspersoner. Vi inviterte personer med kompetanse på omsorgstjenesteforskning, samt representanter for ansatte og brukere (pasienter og pårørende) i de kommunale omsorgstjenestene til en referansegruppe, som møttes i planleggingen av prosjektet 4. april 2019. Fordi arbeidet med gjennomgang av resultatene av litteratursøk og dataekstraksjon har tatt tid, har det ikke vært mulig å få tilbakemelding på utkast til notat innen fristen 23. august 2019. Notatet som vi sender til Forskningsrådet, vil vi også sende til referansegruppen og andre ressurspersoner. Slik kan vi få tilbakemelding på innholdet før notatet presenteres på frokostseminar i regi av Forskningsrådet 26. november.

For å svare på spørsmålet om hva som er «likt og ulikt, hvor våre spesielle styrker og utfordringer ligger sett i en nordisk/ internasjonal kontekst», har vi gjort et enkelt søk i elektronisk databaser etter oppsummert forskning på omsorgstjenester. Slik vil vi kunne få et bilde av hvor den nordiske og internasjonale forskningsfronten står, og sammenlikne med norske forhold. Vi hadde ønsket å identifisere og kategorisere EU-finansiert omsorgstjenesteforskning, og undersøke i hvilken grad norske miljøer har deltatt/deltar her, men dette har vi ikke hatt kapasitet til å gjøre innen fristen. Vi vurderte å gjennomføre en enkel spørreundersøkelse til relevante forskningsmiljøer for å undersøke i hvilken grad disse har etablert internasjonalt samarbeid på feltet, men dette har vi heller ikke kunnet gjennomføre.

Sluttprodukter og formidling

Vi vil formidle funnene fra kunnskapsnotatet gjennom FHIs nettsider, på Frokostseminar i regi av Forskningsrådet, i møter med sentrale aktører i målgruppene, samt på nasjonale konferanser for helsetjenesteforskning og omsorgsforskning.

For at forskningskartleggingen skal være lett tilgjengelig for en bred målgruppe, har den to sluttprodukter: dette kunnskapsnotatet på 24 sider og et interaktivt forskningskart. Kunnskapsnotatet kartlegger publikasjoner og pågående studier, kunnskapshull, resultater og internasjonale sammenlikninger i tekst og tabeller. Det interaktive forskningskartet blir generert som en html-fil for publisering som en nettside. Nettsiden viser en interaktiv matrise som illustrerer forekomster av ulike kategorier av omsorgstjenesteforskning og hvor forskningen foregår. Forekomstene vises per type studiedesign, og vil kunne filtreres på type forskningspublikasjon. Det interaktive forskningskartet vil bli presentert til frokostseminaret.

Kapittel 2: Resultater

Beskrivelse av studiene

Resultater av litteratursøket

Vi identifiserte 4839 titler/sammendrag etter søk i databaser og ved treff i andre kilder. Tabell 1 gir en oversikt over treff i ulike databaser og fra andre kilder, sortert alfabetisk.

TABELL 1. Søkeresultater fra systematiske litteratursøk

DATABASER (dato for søk 3. mars 2019)	Søkeresultat med duplikater
CINAHL	283
Cochrane library	292
Embase*	1600
MEDLINE*	1247
PsycInfo*	509
SveMed+	620
ANDRE KILDER (dato for søk 3.3.-26.06.2019)	
BORA (Bergen Open Research Archive)	35
Cristin	24
NORART (Norske og nordiske tidsskriftartikler)	57
ORIA	46
Omsorgsbiblioteket	16
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)	44
Senter for omsorgsforskning (SOF)	7
Tidsskrift for omsorgsforskning	33
Fra fagekspert	21
Titler/sammendrag som vi identifiserte i prosessen	5
Totalt:	4839

*Søkene i Embase, MEDLINE og PsycInfo ble utført som et forent (føderert) søk via Ovid-plattformen (se Vedlegg 1, søkestrategi). Grunnet stor overlapp mellom databasene var det hensiktsmessig å gjøre et forent søk for å kunne bruke Ovids automatiske funksjon «remove duplicates» for å fjerne duplikater.

Etter å ha ekskludert duplikater lastet vi inn 2786 titler og sammendrag som vi screenet i EPPi-reviewer. Vi ekskluderte 1990 titler/sammendrag som ikke tilfredstilte inklusjonskriteriene. Det var også noen duplikater som ikke var fanget opp av duplikatsøket. Til sist satt vi igjen med 796 inkluderte titler/sammendrag.

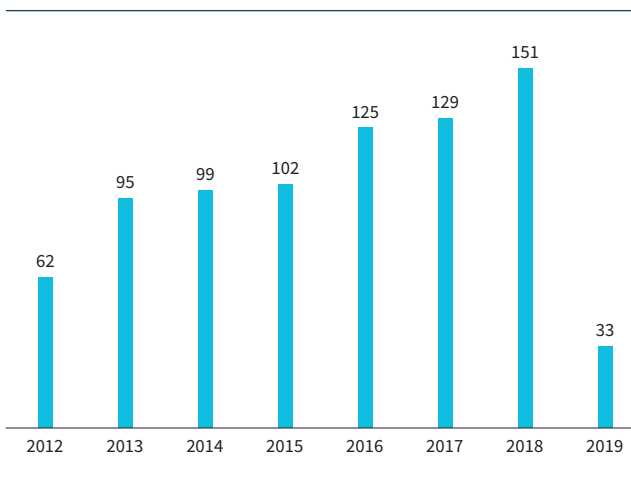
Inkluderte publikasjoner

Vi inkluderte i alt 796 titler/sammendrag (Vedlegg 3). Her beskriver vi de inkluderte studiene på grunnlag av dataene vi hentet ut fra titler og sammendrag.

Antall publikasjoner per år

Antallet publikasjoner pr. år økte for hvert år, fra 62 i 2012 til 151 i 2018 (fig. 2). Vi fant 33 relevante titler for 2019, men databasesøkene som identifiserte de fleste av treffene var gjort 3. mars 2019, og omfattet for Embase og MEDLINE kun perioden fram til 20. februar, for PsycInfo til og med uke 1 i februar.

FIGUR 2. Antall publikasjoner per år



Antall publikasjoner pr år innen omsorgstjenesteforskning økte med 143,5 % fra 2012 til 2018. I den samme perioden økte antall publikasjoner i MEDLINE med 18,9 %. Vi har ikke funnet tilsvarende data for Embase, men det er liten tvil om at omfanget av publikasjoner innen omsorgstjenesteforskningen i Norge har økt langt mer enn den generelle økningen i antallet forskningspublikasjoner.

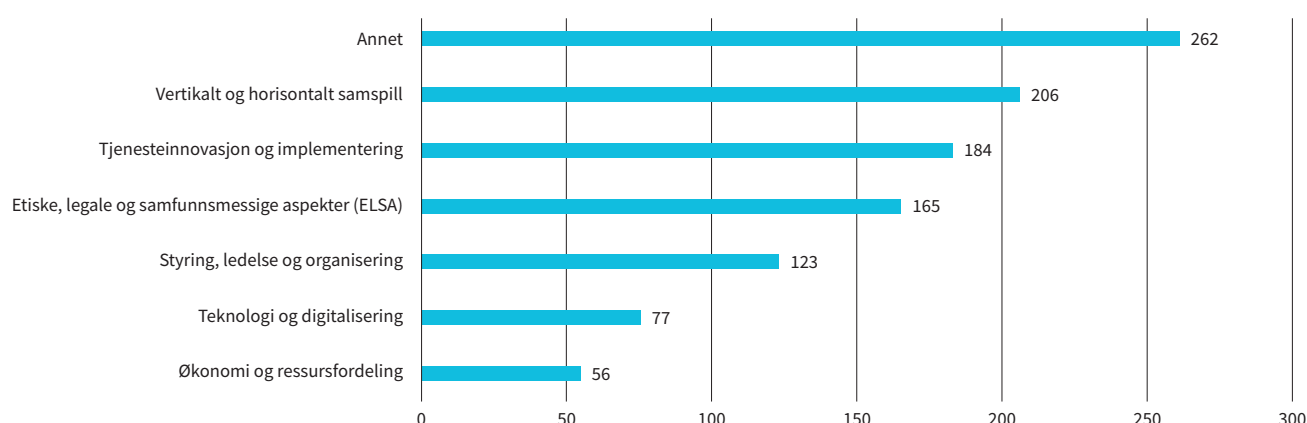
Hva slags tema forskes det på?

For å svare på hva det forskes på innen omsorgstjenesteforskningen, kategoriserte vi de inkluderte studiene i temaer/forskningsområder for tjenesteforskning slik de er definert i HELSEVELS programplan, som beskrevet ovenfor.

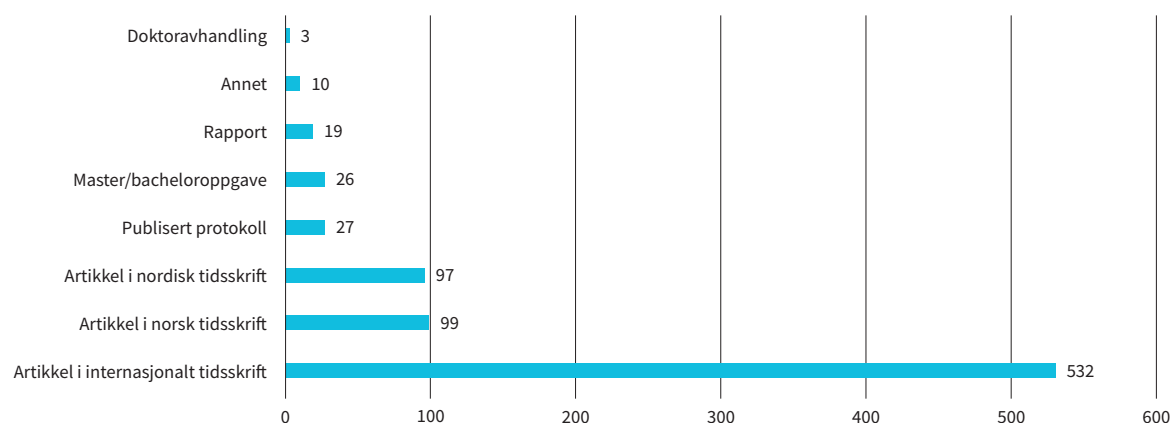
Figur 3 gir en oversikt over antall artikler innen de forskjellige temaene. Mange av de inkluderte publikasjonene omhandlet flere temaer; de 796 inkluderte studiene er beskrevet med 1073 tellinger i figur 4. Den største kategorien er «Annet», dvs. at vi fant at flere av studiene omhandlet temaer som ikke helt passet inn blant de nevnte kategoriene i programplanen fra HELSEVEL. Flere studier beskrev f. eks. innholdet i eller kvaliteten av tjenesten. Under vertikalt og horisontalt samspill har vi kategorisert samspill mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, og samhandling på tvers av ulike kommunale tjenester, samt studier som omhandler samspill mellom aktørene i de kommunale omsorgstjenestene, og tjenestemottakere, pårørende og frivillige hjelpere.

Bortsett fra kategorien «Annet», er det flest studier om «Vertikalt og horisontalt samspill» (26 % av studiene) og tjenesteinnovasjon og implementering (23 % av studiene). Vi har færrest treff i kategorien «Økonomi og ressursfordeling» (7 % av studiene), og «Teknologi og digitalisering» (10 % av studiene).

FIGUR 3. Forskningstemaer



FIGUR 4. Type publikasjoner



Hvordan er kvaliteten på denne forskningen?

Fordi vi kun undersøkte publikasjonene på grunnlag av titler og sammendrag, er det vanskelig å vurdere kvaliteten av studiene på en pålitelig måte.

For å si noe om innholdet i og kvaliteten av studiene, beskriver vi de inkluderte artiklene litt nærmere mht. type publikasjon, hva slags tidsskrift som tidsskriftartiklene har vært publisert i (inkludert hvilket «nivå» disse tidsskriftene tilhører), hvilke studiedesign som har vært benyttet, hvem som har vært respondenter, hvor mange deltakere og hvilke målgrupper studiene omfatter (alder og diagnoser), samt arenaen for forskningen.

Publikasjonstype

Vi fant at 728 av de 796 inkluderte titlene (91 %) var tidsskriftsartikler. De fleste (67 % av alle treff) var artikler i internasjonale tidsskrift, fulgt av artikler i norske (12 %) og nordiske tidsskrift (12 %). Vi fant 27 publiserte protokoller. Flere av disse var publisert i internasjonale tidsskrift. Vi har inkludert 26 relevante

masteroppgaver/bacheloroppgaver, tre doktoravhandlinger, og 20 rapporter. Vi har også registrert enkelte nettsider som omtaler relevante forskningsprosjekter, mens vi har ekskludert nettsider som kun gir f.eks. tittel på pågående prosjekt.

Figur 4 gir en oversikt over de ulike publikasjonstypene, og antall i hver kategori. Summen av antallet i de ulike kategoriene publikasjonstyper er 816, fordi flere av protokollene var publisert som internasjonale artikler.

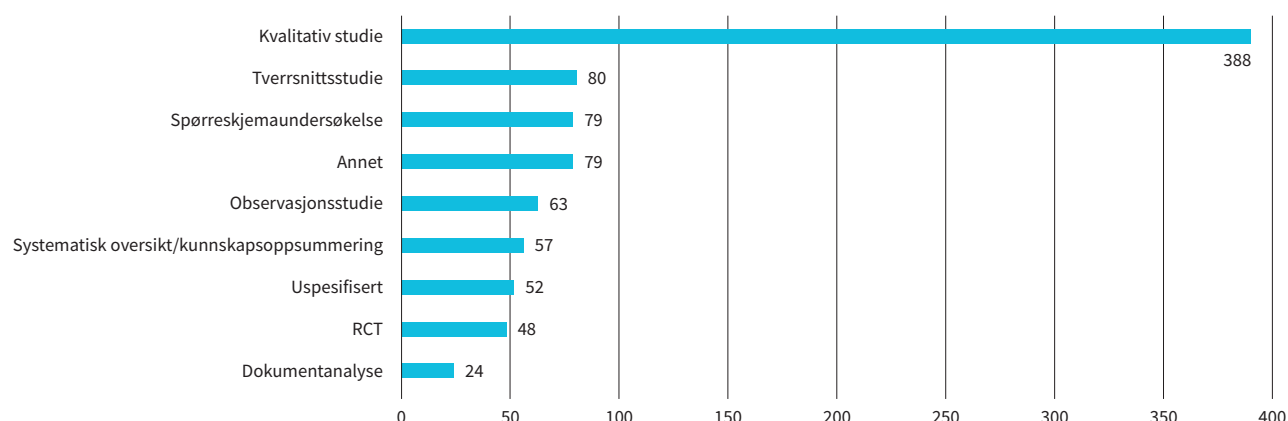
TABELL 2. Antall publikasjoner i tidsskrift med mer enn fem inkluderte titler

Tidsskrift	Antall	Nivå
BMC Health Services Research	52	2
Scandinavian Journal of Caring Sciences	33	1
Journal of Clinical Nursing	30	2
Nursing Ethics	25	2
Tidsskrift for Omsorgsforskning	25	1
BMC Geriatrics	24	1
Sykepleien Forskning	23	1
BMC Nursing	16	1
Journal of Advanced Nursing	16	2
Journal of Multidisciplinary Healthcare	16	1
International Journal of Older People Nursing	14	1
Nordic Journal of Nursing Research (Vård i Norden)	14	1
Nordic Nursing Research (Nordisk Sygeplejeforskning)	13	1
Nordisk Tidsskrift for Helseforskning	11	1
BMC Palliative Care	10	1
International Psychogeriatrics	10	1
Scandinavian Journal of Primary Health Care	10	1
Dementia	9	1
Health and social care in the community	9	1
International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being	9	1
Journal of Nursing Management	9	1
BMJ Open	8	1
International Journal of Integrated Care	8	1
Omsorg	8	1
Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid	8	1
BMC Medical Ethics	7	1
International Journal of Geriatric Psychiatry	7	1
Patient Education and Counseling	7	2
Scandinavian Journal of Public Health	7	1
Studies in Health Technology & Informatics	7	1
Ageing & Mental Health	6	1
Nursing Open	6	1
Nursing Research and Practice	6	1
Tidsskrift for Den Norske Legeforening	6	1

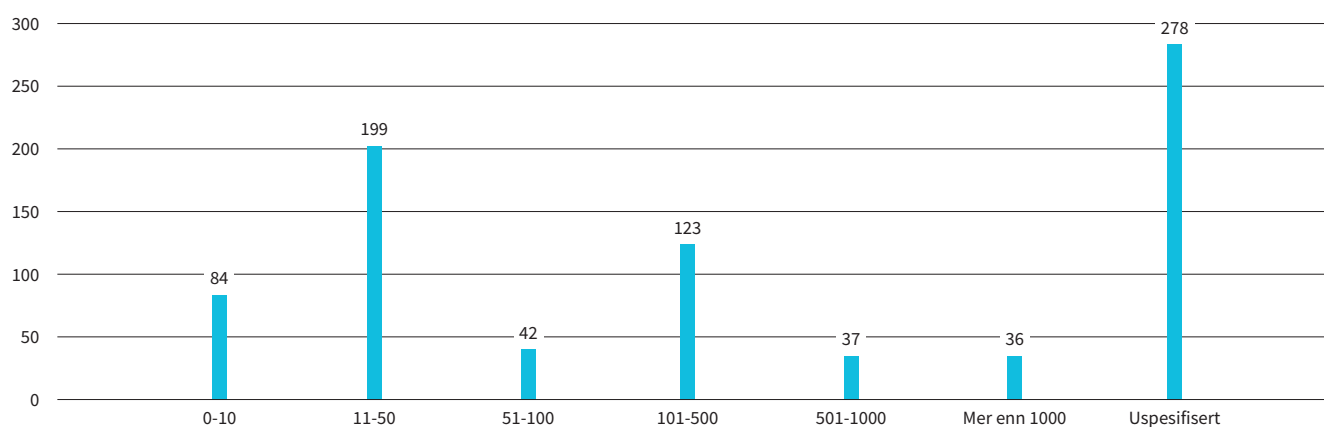
Vi sjekket de 728 inkluderte studiene som var publisert som tidsskriftartikler mot Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (13). Tidsskrifter deles i to nivåer etter hvor høy prestisje eller hvilken internasjonal anerkjennelse de har. «Nivå 1» er det laveste nivået, mens «nivå 2» er det høyeste. Nivå 2 kan omfatte inntil 20 % av tidsskriftene. Vi fant 549 artikler publisert i tidsskrift på nivå 1 (75,4 % av inkluderte titler publisert som vitenskapelige artikler), mens det var 163 på nivå 2 (22,4 %), og 16 (2,2 %) kunne vi ikke finne på listen. Vi tolker dette slik at studiene som er publisert innen norsk omsorgstjenesteforskning de seinere år, fordeler seg omtrent tilsvarende fordelingen av tidsskrifter på nivå 1 og 2. Vi fant imidlertid ingen publikasjoner i de høyest rangerte medisinske tidsskriftene internasjonalt, slik som BMJ, Lancet, JAMA eller New England Journal of Medicine.

Vi har talt opp antall publikasjoner i de tidsskriftene som hadde flere enn fem titler inkludert, og listet disse i tabell 2. Vi har også her angitt hvilket nivå de ulike tidsskriftene tilhører. BMC Health Services Research var tidsskriftet med flest treff. Det er flere tidsskrifter innen sykepleieforskning på lista, samt tidsskrifter innen geriatri, palliasjon og etikk.

FIGUR 5. Studiedesign



FIGUR 6. Antall deltakere i studiene



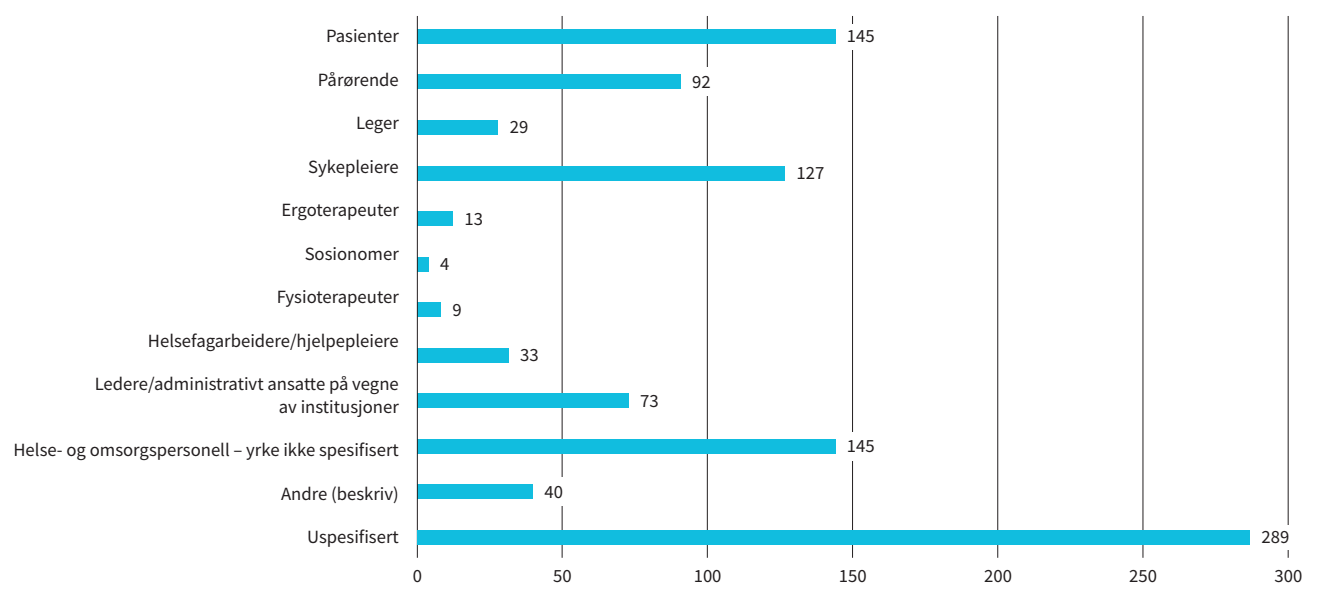
Studiedesign

Figur 5 viser hva slags studiedesign som var benyttet i de inkluderte studiene. Nær halvparten var kvalitative studier, mens en av fem var tverrsnittstudier eller spørreskjemaundersøkelser. Vi fant 48 artikler som rapporterte randomiserte studier (inkludert protokoller for randomiserte studier), og 57 systematiske oversikter/kunnskapsoversikter. Summen av antallet ulike studiedesign er høyere enn antall inkluderte studier (87+ versus 796) fordi noen av artiklene hadde benyttet flere studiedesign.

Antall deltakere

Figur 6 viser antall deltakere i de inkluderte studiene. Som for all annen informasjon vi har hentet ut fra de inkluderte studiene, har vi funnet eventuell informasjon om antall deltakere fra sammendraget. Om lag en tredjedel av studiene hadde ikke spesifisert i sammendraget hvor mange deltakere som studien omfattet. De kvalitative studiene hadde gjerne få deltakere, gjerne 0-10 hvis det var enkeltinformanter, og 11-50 hvis det var gjennomført fokusgruppeintervjuer. Kun 38 av artiklene rapporterte studier med mer enn 500 deltakere.

FIGUR 7. Respondenter



Respondenter

Figur 7 gir en oversikt over hvem som var respondenter i studiene, dvs. hvem som var intervjuet eller som hentet inn data. Respondentene er altså ikke nødvendigvis det samme som målgruppen som studien omfattet. Pårørende og pasienter kunne for eksempel både gi informasjon om seg selv, men også om sin vurdering av helsepersonell og kvaliteten på tjenesten. Flere av studiene hadde flere grupper respondenter, slik at summene av treffene her er høyere enn antall inkluderte studier (999 versus 796). For 36 % av artiklene var det ikke angitt hvem som var respondenter. Pasienter (eller brukere av tjenestene) var respondenter i 18 % av studiene, mens pårørende var respondenter i 26 % av studiene.

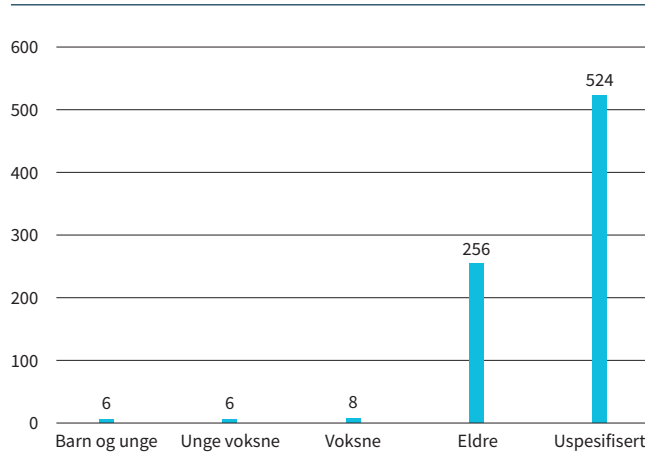
Målgrupper for studiene

Figur 8 viser hvilke aldersgrupper studiene omfattet. To tredeler av studiene hadde ikke spesifisert hvilken aldersgruppe som var undersøkt. Det gjaldt for eksempel en rekke studier som undersøkte beboere på sykehjem og brukere av kommunale hjemmetjenester. Vi vet at de fleste sykehjemsbeboere og brukere av kommunale hjemmetjenester er eldre, men ikke alle.

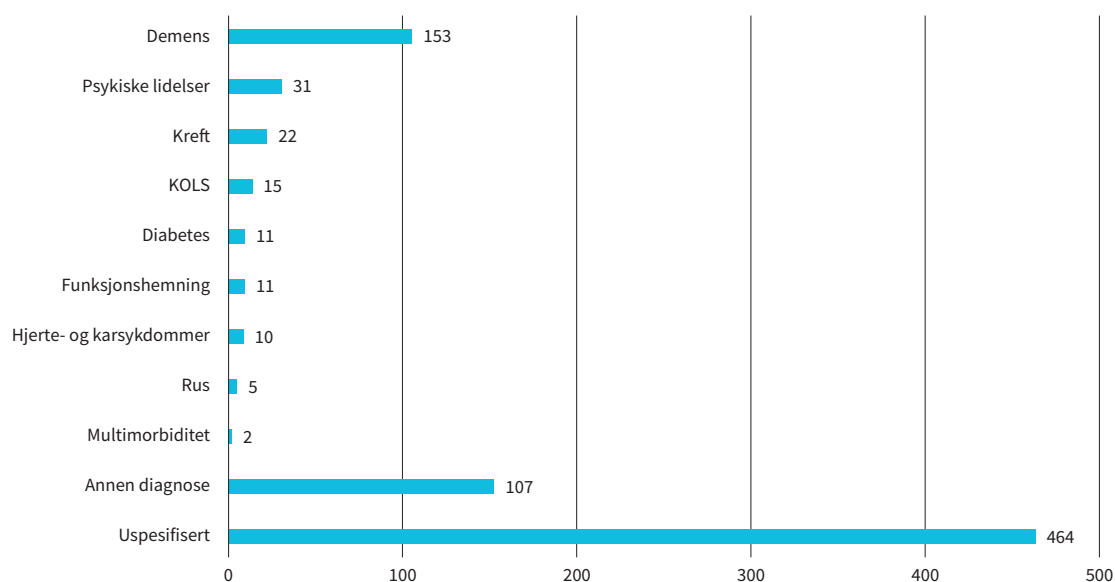
Av de studiene som hadde oppgitt hvilken aldersgruppe som studien omfattet, hadde om lag 93 % undersøkt eldre. Kun ganske få studier hadde barn og unge, unge voksne eller voksne som målgrupper.

Vi fant 11 studier som omfattet innvandrere eller etniske minoriteter.

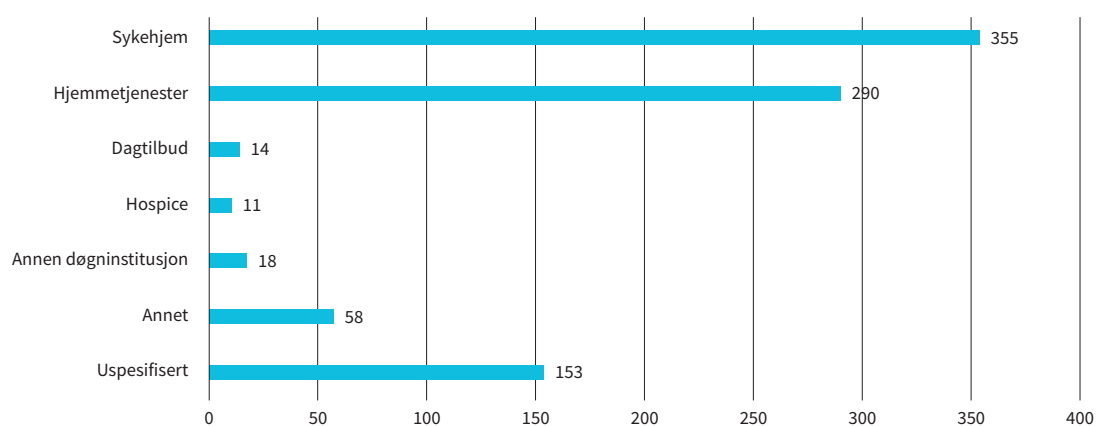
FIGUR 8. Målgruppe for studiene – alder



FIGUR 9. Målgruppe – diagnoser



FIGUR 10. Arena



Figur 9 gir en oversikt over målgruppene for studiene når det gjaldt diagnoser. Godt over halvparten av studiene hadde ikke spesifisert noen diagnose. Demens var den vanligste diagnosen blant studiene som undersøkte pasienter med spesifikke diagnoser; vi fant 153 studier som omhandlet personer med demens. Det var også relativt mange studier som hadde oppgitt andre diagnoser enn de vi hadde spesifisert. Noen av studiene omhandlet personer med flere ulike diagnoser.

Arena

Figur 10 gir en oversikt over hvilke arenaer innen de kommunale omsorgstjenestene studiene undersøkte. Noen av studiene omhandlet flere arenaer, slik at summen av registreringer er høyere enn antall inkluderte studier (899 versus 796). Nær halvparten av de inkluderte studiene (45 %) gjaldt sykehjem, mens 36 % gjaldt hjemmetjenester, inkludert hjemmesykepleie. Nitten prosent av studiene hadde ikke oppgitt hvilken arena som var undersøkt.

Hvilke forskningsmiljøer forsker på disse temaene?

Tabell 3 gir en oversikt over hvilke forskningsmiljøer som har stått bak de inkluderte studiene. Vi har registrert alle institusjonene som var ført opp blant forfatterne, og vi har ikke skilt mht. rekkefølgen av forfattere. Summen av treff her er 1714, slik at det i gjennomsnitt er ført opp 2,2 forskningsmiljøer per. artikkel. Tabellen viser at alle de sentrale norske forskningsmiljøene har bidratt til omsorgstjenesteforskningen, både høyskoler, universiteter og miljøer i instituttsektoren. Flere av studiene som er kategorisert under sykehus/foretak har forfattere tilknyttet regionale eller nasjonale kompetansesentre, samt forskningsavdelinger og kliniske avdelinger ved sykehusene. Det er verdt å merke seg at forfatterne i 72 av publikasjonene har tilknytning til norske kommuner. Dette gjelder bl.a. studier der forfatterne har tilknytning til utviklingscentre for sykehjem og hjemmetjenester. For 166 av publikasjonene var det også ført opp en ikke norsk institusjon, dvs. at 21 % av publikasjonene hadde internasjonale medforfattere, eventuell norsk forfatter tilknyttet en ikke norsk institusjon.

Fordi en del institusjoner har skiftet navn og/eller har blitt reorganisert i løpet av perioden 2012-2019, kan det være noen unøyaktigheter i registreringer her.

Sentrale forskningsresultater og konsekvenser for tjenestene

Fordi vi har inkludert 796 til dels svært ulike publikasjoner som vi kun har vurdert basert på titler og sammendrag er det svært vanskelig å trekke konklusjoner når det gjelder hva som er de viktigste forskningsresultatene og konsekvensene for tjenestene.

Under arbeidet med dataregistreringen markerte SF studier som så ut til å ha resultater/konklusjoner som var tydelige, relevante og interessante for tjenestene eller beslutningstakere. Vi merket 95 av studiene og sorterte dem i temakategorier. Flere av studiene omhandler flere temaer. Det er ikke mulig å syntetisere resultatene, og det er heller ikke mulig å omtale alle de 95 studiene som hadde særlig relevante og viktige eller interessante funn. Vi velger å formidle noen resultater som vi mener er særlig relevante for tjenestene, og som kan illustrere hva omsorgstjenesteforskningen kan bidra med.

Etiske, legale, samfunnsmessige aspekter

En rekke studier undersøkte praksis og erfaringer knyttet til omsorg ved livets slutt. Flo og medarbeidere (14) utarbeidet en oversiktsartikkel basert på et systematisk litteratursøk om implementerings- og forskningsstrategier for forberedende samtaler ved livets slutt (advance care planning, forkortet ACP på engelsk) i sykehjem. De fant 16 studier. Det var stor variasjon i definisjoner og innhold i begrepet ACP, dels knyttet til ulike kulturelle og juridiske forhold. Det var få studier som inkluderte pasienter som mangler evne til å ta beslutninger, til tross for at denne gruppen er vanlig i sykehjem. Opplæring av personalet var den hyppigst undersøkte strategien. Slik opplæring førte til at personalet i større grad dokumenterte og tok hensyn til beboernes preferanser. Viktige barrierer for å implementere slike samtaler var at sykehjemslegene ikke deltok, samt at pårørende og personalet også kunne vegre seg.

TABELL 3. Forskningsmiljøer – antall artikler

Forskningsmiljøer	Antall artikler
Folkehelseinstituttet	13
Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom	33
Forskningstiftelsen FAFO	3
Handelshøyskolen BI	2
Helsetjenesteforskning (HØKH) Akershus universitetssykehus	22
Høyskole i region Midt-Norge	72
Høyskole i region Nord	6
Høyskole i region Sør-Øst	191
Høyskole i region Vest	113
Kommune	72
Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse	58
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	8
Nord Universitet	38
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)	8
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)	118
OsloMet (inkludert tidligere Høyskolen i Oslo og Akershus)	59
Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SE-SAM)	23
Senter for omsorgsforskning	88
SINTEF	23
Statistisk sentralbyrå (SSB)	4
Sykehus/Helseforetak	146
UNI Research/NORCE (inkl. Rokkansenteret)	20
Universitetet i Agder	57
Universitetet i Bergen	83
Universitetet i Oslo	156
Universitetet i Stavanger	30
Universitetet i Sør-Øst Norge	8
Universitetet i Tromsø	39
Ikke norsk institusjon	166
Annet	49
Uspesifisert	6

Fosse og medarbeidere (15) utarbeidet en systematisk oversikt over kvalitative studier om forventninger og erfaringer vedrørende omsorgen ved livets slutt blant pasienter i sykehjem og deres pårørende. De inkluderte 14 artikler i en metaetnografisk analyse. Konklusjonen var at pasienter og pårørende ønsket at sykehjemslegene skulle være mer involvert i omsorgen ved livets slutt. De forventet at legene erkjente pasientenes preferanser, og ga veiledning og symptomlindring. Høy kvalitet i omsorgen ved livets slutt krever god organisering, finansiering, kvalifisert personale og engasjerte sykehjemsleger.

Gjerberg og medarbeidere undersøkte erfaringene til pasienter og pårørende i sykehjem (16). De gjennomførte 35 individuelle

intervjuer med pasienter fra seks sykehjem, og seks fokusgrupper med 33 pårørende. Både blant pasientene og de pårørende var det få som hadde deltatt i samtaler om livets slutt. De fleste pårørende ønsket å delta i slike samtaler, mens pasientene hadde litt ulike holdninger. De fleste ønsket å bli informert om pasientens helsetilstand. Samtaler om omsorg ved livets slutt var følelsesmessig belastende. Få av pasientene hadde snakket med sine pårørende om dette. De pårørendes oppfatninger om pasientenes preferanser var i hovedsak basert på antakelser; få hadde drøftet dette direkte med pasienten. Både pasienter og pårørende ønsket at sykehjemspersonalet skulle ta opp dette spørsmålet. Forfatterne konkluderte med at sykehjemspersonalet bør ta initiativ til samtaler om omsorgen ved livets slutt, og hjelpe pasientene og deres pårørende til å snakke sammen om dette. Samtidig bør personalet være oppmerksom på at det er ulike holdninger til om og hvordan dette kan drøftes, samt forsøke å finne et passende tidspunkt for slike samtaler.

Romøren og medarbeidere (17) gjennomførte ti fokusgrupper med 30 sykehjemsleger om hvordan de involverte pasienter og pårørende i beslutninger ved livets slutt. Mange beslutninger virket tilfeldige, eller de var påvirket av andre faktorer enn den enkelte pasients verdier og interesser. Beslutningene var ikke tatt på grunnlag av systematisk etisk refleksjon. Forfatterne konkluderte med at det er nødvendig å styrke etisk og juridisk kunnskap blant sykehjemslegene for å verne om autonomien til pasienter i sykehjem.

Sævareid og medarbeidere (18) gjennomførte en klynge-randomisert studie for å vurdere effekt av tiltak for å øke pasientenes medvirkning i beslutninger ved livets slutt. Tiltaket inkluderte støtte til implementering av forberedende samtaler ved at hele avdelingen på sykehjemmet var involvert. Personalet utførte slike samtaler og inviterte pasientene og pårørende til å delta. Åtte avdelinger ved åtte sykehjem ble randomisert til intervensjons- eller kontrollgruppen. Pasientene og deres pårørende fra avdelingene i intervensjonsgruppen deltok oftere i samtaler om behandling ved livets slutt. Pasientenes preferanser, og deres håp og bekymringer ble oftere dokumentert. Og det var bedre samsvar mellom behandlingen som pasientene fikk, og pasientenes preferanser. Studien viste at det er mulig å øke pasientmedvirkningen i forberedende samtaler ved livets slutt også for pasienter som er kognitivt svekket ved å involvere hele avdelingen i å gjennomføre slike forberedende samtaler.

Magelssen og medarbeidere (19) har oppsummert erfaringene fra et unikt norsk storskalaprojekt for å støtte etisk refleksjon i helse- og omsorgstjenestene i 241 norske kommuner i perioden 2007-2015. Prosjektet rettet seg særlig mot sykehjem og hjemmetjenester, og involverte særlig sykepleiere, hjelpepleiere/helsearbeidere og ufaglærte. Det omfattet i liten grad pasienter og pårørende. Etske refleksjonsgrupper var det vanligste møtestedet for å drøfte etiske dilemmaer.

Nåden og medarbeidere (20) undersøkte aspekter ved uverdigg omsorg i sykehjem i Norge, Sverige og Danmark ved individuelle intervjuer med sykehjemsbeboere og pårørende. Det overordnede temaet var «følelsen av å være forlatt», med under-

temaer som mangel på tilhørighet, tap av verdighet ved å bli glemt, ved manglende bekreftelse, ved fysiske og psykologiske ydmykkelser og ved å bli fratatt deler av livet.

Øye og medarbeidere (21) undersøkte bruk av tvang i en sammenliknende etnografisk studie fra tre sykehjem i Norge. Bruk av ulike former for tvang var utbredt, særlig tvang knyttet til samspillet mellom beboere og personalet. Bruk av tvang var knyttet til forhold ved beboerne som agitasjon, aggressivitet og uro/vandring, men bruk av tvang var også relatert til organisatoriske forhold i sykehjemmene.

Abrahamsen og Aagaard (22) fant i en representativ tverrsnittsstudie blant sykehjemsbeboere at nær 30 % var utsatt for feilernæring. Ingen av beboerne var involvert i planlegging av menyen, og over 90 % deltok ikke i forberedelse av måltider eller ved å dekke på eller ta av bordet. Bare 10 % kunne velge hvor de ville spise, og kun 5 % kunne velge når de ville spise. Forfatterne konkluderte med at ledelsen og personalet ved sykehjem bør engasjere seg i hva beboerne spiser og drikker, og fremme en personsentrert omsorg som bidrar til at sykehjemsbeboere kan delta i aktiviteter knyttet til måltidene.

Styring, ledelse og organisering

Bergesen og medarbeidere (23) undersøkte effektene av et støttenettverk mellom sykehus og hjemmetjenesten for behandling av kroniske sår i en ikke randomisert kontrollert studie. Tiltaket førte til at flere av sårerne tilhelet etter 12 uker, slik at sårbehandlingen kunne avsluttes. Forfatternes konklusjonen var at et slikt støttenettverk mellom sykehus og hjemmetjenesten er kostnadseffektivt ved at hjemmetjenestens arbeid med kroniske sår blir mer klinisk effektivt og det reduserer behovet for kontroller på sykehuset.

Norske forskere fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse deltok med forskningsinstitusjoner i syv andre europeiske land i forskningsprosjektet «Riktige omsorgstjenester til rett tid» (ACTIFCare - Access to timely formal care). En av studiene sammenliknet typiske forløp for pasienter med demens og deres pårørende for å få tilgang til offentlig pleie og omsorg (24). Forskningsteam i Irland, Italia, Nederland, Norge, Portugal, Sverige og Storbritannia utarbeidet sine egne vignetter basert på en beskrivelse av et enkeltkasus utarbeidet av det tyske teamet. Allmennlegen var oppfattet som den viktigste aktøren for å hjelpe pasientene og deres pårørende å få tilgang til betalt omsorg og pleie på tvers av landene. Forfatterne konkluderte med at det er behov for bedre samarbeid mellom allmennleger og annet helsepersonell for å sikre pasienter med demens raskere tilgang til offentlig omsorg. Videre er det behov for å videreutvikle teambaserte tilnærminger som har oppmerksomhet rettet mot pasienter med demens. Det er viktig å støtte og avlaste pårørende og andre uformelle omsorgspersoner. Det er nødvendig å identifisere og redusere finansielle hindringer for tilgang til formell omsorg for personer med demens.

I en annen studie i ACTIFCare gjennomførte forskerne semi-strukturerte intervjuer med beslutningstakere eller representanter for relevante institusjoner i hvert av de åtte landene, i alt 38 inter-

vjuer, for å få fram deres synspunkter på tilgang til offentlig omsorg for personer med demens og deres pårørende (25). På tvers av landene understreket ekspertene at det er nødvendig med en koordinerende rolle og god informasjon for å håndtere kompleksiteten og sikre kontinuitet i omsorgen. Informantene ønsket personsentrerte, skreddersydde og tverrfaglige omsorgstilbud, og de vektla undervisning, massemedia og kampanjer for å øke folks oppmerksomhet.

Hagen og Tingvold (26) undersøkte om Regjeringens mål om å subsidiere 12000 plasser i sykehjem og omsorgsboliger ved øremerkede investeringstilskudd ble nådd, og hvilke grupper som disse tilskuddene ble rettet mot. Husbanken skaffet data om investeringsplaner på kommunalt nivå, og dette ble koblet med data fra SSB som beskrev kommunenes økonomi og lokale behov for omsorgstjenester. Resultatene viste at målet om tilskudd til 12000 nye eller forbedrede plasser i sykehjem og omsorgsboliger ble nådd. Litt over halvparten av tilskuddene (54 %) ble brukt til sykehjemsplasser. Halvparten av plassene var planlagt til brukere under 67 år, og 23 % til brukere under 25 år. En tredjedel av plassene var planlagt for brukere med psykisk utviklingshemning. Investeringer i sykehjem var korrelert til andelen innbyggere over 80 år, mens investeringer i omsorgsboliger korrelerte med andelen innbyggere med psykisk utviklingshemning. Forfatterens konklusjon var at øremerkede midler kan påvirke bruk av ressurser på kommunenivå, og stimulere til investeringer i fremtidens omsorgstjenester. Kommunene tilpasser investeringene etter lokale behov.

Olsen og medarbeidere (27) studerte forskjeller i livskvalitet blant hjemmeboende personer med sykehjemsbeboere med demens i en tverrsnittsstudie med data fra to randomiserte studier om personer med demens. Hjemmeboende personer med demens hadde signifikant høyere livskvalitet enn beboere på sykehjem med demens, også når det var tatt hensyn til grad av demens. Hjemmeboende med moderat demens hadde mer sosial kontakt, større aktivitetsnivå, var mer utendørs og brukte mindre psykotrope legemidler enn demente sykehjemsbeboere. Forfatterne konkluderte derfor at det er fordelaktig om personer med demens bor hjemme så lenge som mulig, ikke bare av økonomiske grunner, men også av hensyn til livskvaliteten til den demente. Det er behov for mer kunnskap om hvordan man kan øke livskvaliteten til sykehjemsbeboere med demens.

Harrington og medarbeidere (28) presenterte sammenlikninger på tvers av landene Canada, USA, Storbritannia, Norge og Sverige når det gjelder trender for profitt-drevne sykehjem. Studien beskriver eierskap, driftsstrategier, kostnader og kvalitet for de fem største profitt-drevne kjedene i hvert land. Disse profitt-drevne kjedene dominerer markedet i økende grad. Forretningsstrategien innebærer å skille drift og eierskap, interesse-spredning (diversifikasjon), samt utvidelse av virksomheten til flere områder, og bruk av skatteparadis. Kjeden har store inntekter med høye gevinstmarginene, men de har noen dokumenterte problemer når det gjelder kvaliteten på tjenestene. Mangelen på tilstrekkelig offentlig informasjon om eierskap, kostnader og kvalitet på tjenestene som disse sykehjemstjenestene tilbyr er problematisk i alle land.

Ingstad og Amble (29) undersøkte erfaringer med langturnus ved å dybdeintervjue 16 sykepleiere ved fire ulike sykehjem som hadde jobbet langturnus med 12-14 timers skift. Lengre skift på 12 timer eller mer har blitt vanlig i flere land, men ikke i Norge. Resultatene tydet på at langturnus reduserte stress og økte forsvarligheten av tjenesten. Det så ut til at disse positive effektene særlig gjaldt avdelinger der hele personalet jobbet lange skift. Færre vaktskifter innebar mer tid med pasientene og bedre kommunikasjon.

Bratt og Gautun (30) undersøkte i hvilken grad norske sykepleiere ønsket å slutte i eldreomsorgen, og om det var forskjell på eldre og yngre sykepleiere. De gjennomførte en nasjonal spørreskjemaundersøkelse blant 4945 sykepleiere fra 20 til 73 år, 95 % var kvinner. Blant disse var det 25 % som ønsket å slutte, mens 25 % var usikre. Arbeidsforholdene var en viktig faktor knyttet til ønsket om å slutte, særlig blant yngre sykepleiere i sykehjem. For å redusere turnover blant sykepleiere i eldreomsorgen og beholde de yngre sykepleierne, er det viktig å bedre arbeidsforholdene, f.eks. ved å redusere tiden som yngre sykepleiere må arbeide alene på sykehjem.

Vertikalt og horisontalt samspill

Bragstad og medarbeidere (31) undersøkte faktorer som var knyttet til vellykket utfall blant hjemmeboende pasienter over 80 år som var innlagt i sykehus og som ble utskrevet til hjemmet. Oddsene for å klare seg godt etter utskrivelsen var nesten fem ganger større blant pasienter som rapporterte at det var noen som tok imot dem hjemme, og den var vel fire ganger større blant dem som fortalte at de fikk adekvat hjelp fra de kommunale omsorgstjenestene. Bragstad og medarbeidere (32;33) undersøkte også hvordan uformelle omsorgsgivere bidro ved utskrivelse av eldre pasienter fra sykehus. Data ble hentet inn ved telefonintervju med 262 omsorgsgivere. Analysen viste at yngre omsorgsgivere fikk og ga informasjon til personalet på sykehus i større grad enn eldre omsorgsgivere. De uformelle omsorgsgivernes erfaringer når det gjaldt informasjon og medvirkning identifiserte utfordringer som må tas på alvor for å sikre godt samarbeid mellom familier og sykehus ved utskrivelse av eldre pasienter fra sykehus tilbake til hjemmet.

Carlsen og Lundberg (34) undersøkte erfaringene til familie-medlemmer som ga uformell omsorg til eldre personer som fikk offentlige omsorgstjenester. Forskerne gjennomførte semi-strukturerte intervjuer med 16 pårørende som var uformelle omsorgsgivere. Måten omsorgen bli gitt på varierte, men alle formidlet blandede følelser. Omsorgsarbeidet ble oppfattet både som en plikt og en belastning, men også som et valg og en meningsfull oppgave. En grunn til engasjementet var en opplevelse av svikt eller mangler i den offentlige omsorgen. Familiemedlemmene følte at omsorgen de ga gjorde en forskjell for den eldre («hadde det ikke vært for meg..»), og det var viktig at dette ble anerkjent av de profesjonelle helse- og omsorgsarbeiderne.

Grimsmo og medarbeidere (35) undersøkte gjennomførbarheten av sykdomsspesifikke kliniske pasientforløp i primærhelsetjenesten, der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

skal samarbeide om behandlingen. Spesifikke diagnoser som er vanlige i sykehus, er mindre vanlig i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Sykdomsspesifikke retningslinjer tar sjelden hensyn til multimorbiditet og komplekse sosiale problemer. Konklusjonen var at sykdomsspesifikke pasientforløp i begrenset grad er gjennomførbare for pasienter med komplekse problemer i primærhelsetjenesten, både fra et klinisk og et organisatorisk synspunkt. Generelle kliniske pasientforløp er sannsynligvis mer hensiktsmessig og mer effektive for pasienter i de kommunale helse- og omsorgstjenester.

Røsstad og medarbeidere (36) rapporterte om utvikling av et pasientsentrert behandlingsforløp på tvers av nivåene i tjenestene for eldre pasienter. Deltakerne var fra tre sykehus, seks kommuner og pasientorganisasjoner i Midt-Norge. Prosessen førte til enighet om ett felles pasientsentrert forløp for overgangen fra sykehus til oppfølging i primærhelsetjenesten. Dette pasientforløpet var brukbart ved de fleste vanlige sykdommer og inkluderte aspekter knyttet til funksjon og sosiale forhold samt oppfølging av sykdom.

Tjenesteinnovasjon og implementering

Røsvik og medarbeidere (37) utarbeidet en kartleggingsoversikt over tiltak for å bedre tilgang til og bruk av offentlige kommunale omsorgstjenester for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende. I alt inkluderte de 16 studier publisert mellom 1989 og 2018. Fem typer tiltak ble identifisert: case management, økonomisk støtte, forsterkede henvisninger, tiltak for å øke informasjon og oppmerksomhet, samt tiltak rettet mot sykehusinnlagte pasienter. De inkluderte studiene varierte både mht. design, tiltaket som var studert og utfallene som var vurdert. Forfatterne konkluderte derfor med at vi har begrenset kunnskap om effekt av ulike tiltak for å bedre tilgangen til offentlige omsorgstjenester for personer med demens.

Olsen og medarbeidere (38) utarbeidet en metasyntese av kvalitative studier om helsepersonells erfaringer med hjemmebasert personsentrert omsorg for eldre personer. De inkluderte ti primærstudier i analysen. «Å være en balansekunstner» framsto som et kjernebegrep fra syntesen, som uttrykk for konkurrerende og motstridende ansvar og behov. To undertemaer var «å balansere den eldre brukerens behov mot organisatoriske krav» og «å balansere den eldre brukerens behov mot faglige standarder». Helsearbeidernes erfaringer tydet på at organisatoriske forhold er avgjørende for å skape personsentrert omsorg i hjemmetjenesten.

Førland og Skumsnes (39) har oppsummert 94 publikasjoner fra forsknings- og utviklingsarbeid om forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk. Forskningen viste varierende effekt av besøkene på mottakernes funksjon, helsetilstand, egenopplevd livskvalitet, falltendens, sykehusinnleggelses, behov for sykehjem, tidspunkt for død og offentlige kostnader. Ulikheter i studienes metodologi, i innholdet i besøkene og ulikheter i helsesystemene gjorde det vanskelig å konkludere entydig med hensyn til slike effekter. Kvalitative studier fra Norden viste at mottakerne hadde uklare forventninger før besøket, men i ettertid ga de uttrykk for at de fikk nyttig informasjon om hvor-

dan de kan bevare god helse og mestre hverdagen i alderdommen. Besøket gav dem i tillegg økt trygghet gjennom å ha fått en kontaktperson i kommunen å henvende seg til ved framtidige behov. De fleste kommunene med tilbudet gir uttrykk for positiv nytteverdi. Førland og Skumsnes oppsummerer også kjernepunkter for å lykkes med slike besøk. De konkluderer med at det er behov for mer kunnskap om effekter av forebyggende hjemmebesøk på helse og på offentlig økonomi, og hvordan tiltaket kan videreutvikles i samarbeid med frivillig sektor, fastleger og andre kommunale satsninger som folkehelsearbeid, frisklivs- og mestringsentre, demensteam, velferdsteknologi-team og hverdagsrehabiliteringsteam.

Jøranson og medarbeidere (40;41) undersøkte effekten av robotassistert gruppeaktivitet med robotselen Paro for sykehjemsbeboere med alvorlig demens i en klyngerandomisert studie. Intervensjonen besto av gruppeaktiviteter med Paro som fant sted i et eget rom på sykehjemmet 30 minutter to ganger i uka i 12 uker. Lokale sykepleiere ble opplært til å gjennomføre tiltaket. Ti sykehjemsheter ble randomisert til intervensjons- eller kontrollgruppe. Studien fant en effekt på depresjon og agitasjon, samt på livskvalitet hos personer med alvorlig demens. Intervensjonsgruppen brukte signifikant mindre psykotrope medikamenter etter intervensjonen sammenliknet med kontrollgruppen.

Langeland og medarbeidere (42) undersøkte effektene av hverdagsrehabilitering (reablement) blant hjemmeboende voksne med funksjonssvikt i en multisenter, klinisk kontrollert studie i 47 kommuner i Norge. Det var 707 personer som fikk hverdagsrehabilitering, og 121 fikk vanlig behandling. Hverdagsrehabilitering så ut til å være mer effektiv enn tradisjonell hjemmebehandling for mennesker med funksjonssvikt etter seks måneder. Etter 12 måneder var forskjellen mellom gruppene redusert.

Lichtwarck og medarbeidere (43) undersøkte effekten av utrednings- og refleksjonsmodellen TID (Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens) på agitasjon hos sykehjemsbeboere med demens. Det ble gjennomført en klyngerandomisert studie med 229 pasienter fra 33 sykehjem fra 20 kommuner i Norge. TID er en sammensatt og tverrfaglig intervensjon, med en omfattende vurdering av pasienten som grunnlag for å iverksette en skreddersydd behandlingsplan. Implementering av TID resulterte i en reduksjon i urolig atferd blant beboerne med demens sammenliknet med kontrollgruppen.

Teknologi og digitalisering

Holthe og medarbeidere (44) utarbeidet en systematisk oversikt om anvendbarhet/nytte og akseptabilitet ved bruk av teknologi blant hjemmeboende eldre med lett kognitiv svikt og demens. De inkluderte 29 studier som omhandlet en rekke ulike teknologier, som forfatterne sorterte i fire kategorier: 1) trygg vandring innendørs og utendørs; 2) trygg hverdag; 3) uavhengighet; 4) underholdning og sosial kommunikasjon. Forfatterne konkluderte med at forskningen på feltet er optimistisk. Et hovedfunn var at det er viktig å involvere pasienter med kognitiv svikt og demens og deres pårørende i forskningen, for å forstå hvordan teknologien skal utformes for å øke nytteverdi og aksepter-

barhet. Få studier rapporterte effekt av teknologier på livskvalitet, yrkesdeltakelse eller menneskelig verdighet.

Stokke (45) undersøkte erfaringer med personlige alarm-systemer (trygghetsalarmer) ved å gjennomføre en systematisk oversikt med ulike typer studier. Oversikten inkluderte 33 studier. Konklusjonen var at slike alarmsystemer bidrar til trygghet og uavhengighet for brukerne av alarmen, men det er også uforutsette effekter og muligheter for å forbedre produktene og tjenestene knyttet til disse.

Økonomi og ressursfordeling

Flere relevante publikasjoner som omhandler dette temaet var også kategorisert under andre temaer og er omtalt ovenfor (23;24;26;28;37).

Døhl og medarbeidere (46) studerte variasjoner i nivå av omsorgstjenester blant sykehjemsbeboere. Studien omfattet 1204 beboere i 35 sykehjem og omsorgsboliger. Tiden som ble brukt til direkte omsorg av den enkelte beboer ble registrert. I gjennomsnitt mottok hver pasient 14,8 timer direkte omsorg per uke. Det var store variasjoner mellom sykehjemmene i mengden direkte omsorg som pasientene mottok. Så mye som 24 % av variasjonen kunne forklares av forskjeller mellom sykehjemmene. Konklusjonen var at i en finansiell modell som ikke justerer for case-mix, vil mengden omsorg som pasientene mottar ikke bare avhenge av den enkelte pasients behov, men også av behovene til de andre pasientene. I sykehjem med mer krevende case-mix vil det bli mindre tid til direkte omsorg til den enkelte.

Kjelle og medarbeidere (47) analyserte kostnader ved mobile røntgentjenester for beboere ved sykehjem i Helse Sør-Øst. Forfatterne fant at slike mobile røntgentjenester er en trygg helsetjeneste av høy kvalitet. I denne studien ble kostnadene redusert med 30 % ved innføring av mobile røntgentjenester på sykehjem.

Er det avdekket viktige kunnskapshull?

Vi fant studier på alle tema/forskningsområder fra HELSEVELS programplan. Det er færrest studier på temaene «Økonomi og ressursfordeling» (56) og «Teknologi og digitalisering» (77). Det er også relativt få studier vedrørende «Styring, ledelse og organisering» (123), sammenliknet med kategoriene «Tjeneste-innovasjon og implementering» (184), «Vertikalt og horisontalt samspill» (206), og den uspesifiserte gruppen «Annet» (262).

Vi har imidlertid ikke noe godt grunnlag for å si at det er viktige spørsmål innen omsorgstjenesteforskningen som det ikke forskes på. For å kunne besvare det spørsmålet på en god måte, er det nødvendig å involvere aktørene på feltet, identifisere viktige forskningsspørsmål for tjenesten, og så undersøke om disse spørsmålene er besvart i norsk eller internasjonal omsorgstjenesteforskning.

Vi fant relativt mange kvalitative studier, sammenliknet med studier med andre design. Det innebærer at det er langt flere studier som identifiserer og beskriver fenomener i omsorgstjenestene, og langt færre som undersøker effekt av tiltak.

Norsk omsorgstjenesteforskning i en nordisk/ internasjonal kontekst?

Det er vanskelig å svare godt på spørsmålet om hva som er likheter og forskjeller mellom norsk omsorgstjenesteforskning sammenliknet med omsorgstjenesteforskning i de andre nordiske land og internasjonalt, på grunnlag av vår oversikt over norsk omsorgstjenesteforskning. Vi har gjort enkle søk for å identifisere oversikter over omsorgstjenesteforskning i nordisk og internasjonal kontekst, uten å identifisere slike.

Vi har imidlertid funnet en del systematiske oversikter, både med og uten norske forfattere, som indikerer at de temaene som norske forskere på feltet er opptatt av, også er relevante for omsorgstjenesteforskere internasjonalt.

Kapittel 3: Diskusjon og avslutning

Hovedfunn

Det har vært en kraftig økning i antall publikasjoner per år innen norsk omsorgstjenesteforskning fra 2012-2018. Denne økningen ser ut til å fortsette i 2019. Forskningen dekker alle temaer/forskningsområder innen tjenesteforskning slik de er definert av programplanen i HELSEVEL, men det er færrest publikasjoner innen økonomi og ressursfordeling, og teknologi og digitalisering. De fleste publikasjonene var publisert i internasjonale tidsskrift. Fordelingen mellom nivå 1 og nivå 2 tidsskrifter, der nivå 2 er tidsskrifter med høyest internasjonal anerkjennelse, tilsvarer fordelingen av slike tidsskrifter.

Publikasjonene var ulike mht. spørsmål, design, antall deltakere, målgrupper og arena for forskningen. Nær halvparten var kvalitative studier. De fleste studiene hadde relativt få deltakere. Alle sentrale forskningsmiljøer har bidratt til forskningen, med forfattere fra høyskoler, universiteter og instituttsektoren, samt helseforetak, nasjonale og regionale kompetansesentre, og fra norske kommuner bl.a. gjennom utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester. Det var relativt god internasjonal deltakelse i forskningen, illustrert ved at 21 % av publikasjonen hadde minst en medforfatter som var tilknyttet en ikke norsk institusjon. Flere av studiene var basert på internasjonalt forskningssamarbeid, og rapporterte resultater av studier som var gjennomført på tvers av flere land.

Selv om vi har funnet mange studier innen alle temaene, er det vanskelig å si om det finnes viktige kunnskapshull. Det krever at vi har en bedre oversikt over alle viktige forskningsspørsmål for omsorgstjenestene, og deretter undersøker om det finnes forskning som har gitt svar på spørsmålene.

Vårt inntrykk er at norsk omsorgstjenesteforskning omhandler temaer som også er aktuelle i nordisk og internasjonal forskning. Vi har imidlertid ikke et tilstrekkelig grunnlag for å sammenlikne norsk omsorgstjenesteforskning med nordisk og internasjonal omsorgstjenesteforskning når det gjelder omfang, innhold og kvalitet.

Styrker og svakheter

Vi har gjennomført arbeidet på en systematisk måte. Vi utarbeidet utkast til en prosjektplan og et rammeverk for notatet som vi drøftet med en referansegruppe med sentrale aktører på feltet. En erfaren forskningsbibliotekar gjennomførte et omfattende og systematisk litteratursøk basert på en vel fundert søkestrategi, etter at søkestrategien var kvalitetssikret av en annen erfaren forskningsbibliotekar. Selv om vi gjennomførte et systematisk og omfattende litteratursøk, kan vi ha gått glipp av relevante publikasjoner som ikke er fanget opp ved våre søk.

Vi erfarte i arbeidet med å screene tilter og sammendrag for inklusjon eller eksklusjon, at det var mange treff som representerte en gråson, f.eks. mellom omsorgsforskning og omsorgs-

tjenesteforskning. Det var ikke alltid helt åpenbart hvilke studier som skulle inkluderes og ekskluderes, selv om vi hadde forsøkt å klargjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene så godt som mulig, og testet dette i en pilotscreening.

Vi utarbeidet skjemaet for å hente ut data selv, basert på prosjektplanen, men også basert på erfaringene fra datauthenting fra de første studiene som vi hentet data fra. Vi ser i ettertid at skjemaet for dataekstraksjon kunne ha vært forbedret, f.eks. når det gjelder forskningsinstitusjoner, men denne kunnskapen hadde vi ikke da vi startet prosjektet. Vi mener imidlertid at vi tross dette fikk hentet ut tilstrekkelig gode data som beskriver de inkluderte studiene på en god måte, slik at dette kunnskapsnotatet viser fram variasjonen og bredden i forskningen på feltet.

En generell begrensning ved kartleggingsoversikter er at både beslutninger om eksklusjon/inkludering og uthenting av data kun baserer seg på vurdering av titler og sammendrag, fordi mulig relevante artikler ikke hentes inn i fulltekst.

Med 796 inkluderte studier ville det uansett ikke ha vært mulig å gjennomføre en analyse basert på gjennomgang av fulltekst av alle disse artiklene innen tidsfristen for dette notatet.

Resultatenes betydning for praksis

Denne kartleggingsoversikten er til tross for svakhetene tilstrekkelig til å gi en god oversikt over innhold, omfang og andre viktige karakteristika ved forskningen.

I tillegg har vi valgt å presentere resultatene fra noen av studiene i hvert av temaene/forskningsområdene, for å illustrere at mange av studiene undersøker spørsmål som er viktige for tjenestene, og noen av disse har også resultater som bør ha konsekvenser for tjenestene.



Referanser

1. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. NOU 2011:11. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
2. *Slik oppsummerer vi forskning*. Metodebok. Folkehelseinstituttet. [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/slik-oppsummerer-vi-forskning/>
3. *Hva er omsorgsforskning? Grunnlagsdokument for Sentrene for omsorgsforskning*. Senter for omsorgsforskning; 2015. Tilgjengelig fra: <http://omsorgsforskning.no/content/download/51698/1060129/file/Grunnlagsdokument.pdf>
4. *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester – HELSEVEL*. Programplan 2017 -. Oslo: Norges forskningsråd; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254032260838.pdf>
5. Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. 2011. Meld. St. 16 (2010–2011). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet. *Morgendagens omsorg*. 2013. Meld. St. 29 (2012–2013). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
7. Helse- og omsorgsdepartementet. *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse*. 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
8. Regjeringen. *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020*. 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
9. Helse- og omsorgsdepartementet. *Mestring, muligheter og mening*. 2006. Meld. St. 25 (2005–2006). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
11. McGowan Jea, red. *PRESS – Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 Guideline Explanation and Elaboration (PRESS E&E)*. Ottawa: CADTH; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/CP0015_PRESS_Update_Report_2016.pdf
12. Thomas J, Brunton J, Graziosi S. *EPPI-Reviewer 4: software for research synthesis* London: EPPI-Centre Software. London: Social Science Research Unit, UCL Institute of Education. [oppdatert Version 4.10.1.0; lest 2019.08.01]. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2914>
13. *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* Bergen: Det nasjonale publiseringsutvalget (NPU) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) [oppdatert 14. mai 2019; lest 23. august 2019]. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
14. Flo E, Husebo BS, Bruusgaard P, Gjerberg E, Thoresen L, Lillemoen L, et al. *A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes*. BMC geriatrics 2016;16:24.
15. Fosse A, Schaufel MA, Ruths S, Malterud K. *End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives-A synthesis of qualitative studies*. Patient Education and Counseling 2014;97 (1):3-9.
16. Gjerberg E, Lillemoen L, Forde R, Pedersen R. *End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes--experiences and perspectives of patients and relatives*. BMC geriatrics 2015;15:103.
17. Romøren M, Pedersen R, Forde R. *How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway*. BMC Medical Ethics Vol 17 2016, ArtID 5 2016;17.

18. Sævareid TJL, Thoresen L, Gjerberg E, Lillemoen L, Pedersen R. *Improved patient participation through advance care planning in nursing homes-A cluster randomized clinical trial*. Patient Educ Couns 2019;(Epub ahead of print).
19. Magelssen M, Gjerberg E, Pedersen R, Forde R, Lillemoen L. *The Norwegian national project for ethics support in community health and care services*. BMC Medical Ethics 2016;17.
20. Nåden D, Rehnsfeldt A, Raholm MB, Lindwall L, Caspari S, Aasgaard T, et al. *Aspects of indignity in nursing home residences as experienced by family caregivers*. Nursing ethics 2013;20(7):748-61.
21. Øye C, Jacobsen Frode F, Mekki Tone E. *Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway*. Journal of Clinical Nursing 2017;26(13-14):1906-16.
22. Abrahamsen JF, Haugland C, Nilsen RM, Ranhoff AH. *Three different outcomes in older community-dwelling patients receiving intermediate care in nursing home after acute hospitalization*. Journal of Nutrition, Health and Aging 2016;20(4):446-52.
23. Bergersen TK, Storheim E, Gundersen S, Kleven L, Johnson M, Sandvik L, et al. *Improved Clinical Efficacy with Wound Support Network Between Hospital and Home Care Service*. Advances in skin & wound care 2016;29(11):511-7.
24. Bieber A, Stephan A, Verbeek H, Verhey F, Kerpershoek L, Wolfs C, et al. *Access to community care for people with dementia and their informal carers: Case vignettes for a European comparison of structures and common pathways to formal care*. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 2018;51(5):530-6.
25. Broda A, Bieber A, Meyer G, Hopper L, Joyce R, Irving K, et al. *Perspectives of policy and political decision makers on access to formal dementia care: expert interviews in eight European countries*. BMC health services research 2017;17(1):518.
26. Hagen TP, Tingvold L. *Planning future care services: Analyses of investments in Norwegian municipalities*. Scandinavian Journal of Public Health 2018;46(4): 495-502.
27. Olsen C, Pedersen I, Bergland A, Enders-Slegers MJ, Jøranson N, Calogiuri G, et al. *Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia – a cross-sectional study*. BMC geriatrics 2016;16:137.
28. Harrington C, Jacobsen Frode F, Panos J, Pollock A, Sutaria S, Szebehely M. *Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains*. Health Services Insights 2017;10:1-23.
29. Ingstad K, Amble N. *En ny ro med langturnus*. Nordic Journal of Nursing Research 2015;35(3):152-7.
30. Bratt C, Gautun H. *Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing*. Journal of Nursing Management 2018;26(8):1074-82.
31. Bragstad LK, Kirkevold M, Hofoss D, Foss C. *Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over*. International Journal of Integrated Care [Electronic Resource] 2012;12:Jan-Mar.
32. Bragstad LK, Kirkevold M, Foss C. *The indispensable intermediaries: a qualitative study of informal caregivers' struggle to achieve influence at and after hospital discharge*. BMC health services research 2014;14:331.
33. Bragstad LK, Kirkevold M, Hofoss D, Foss C. *Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital*. Health & social care in the community 2014;22(2):155-68.
34. Carlsen B, Lundberg K. *'If it weren't for me...': perspectives of family carers of older people receiving professional care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2018;32(1):213-21.
35. Grimsmo A, Lohre A, Rosstad T, Gjerde I, Heiberg I, Steinsbekk A. *Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study*. Scandinavian journal of primary health care 2018;36(2):152-60.
36. Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. *Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study*. BMC health services research 2013;13:121.

37. Røsvik J, Michelet M, Engedal K, Bieber A, Broda A, Goncalves-Pereira M, et al. *Interventions to enhance access to and utilization of formal community care services for home dwelling persons with dementia and their informal carers. A scoping review.* Aging & Mental Health 2019;No Pagination Specified.
38. Olsen CF, Bergland A, Debesay J, Bye A, Langaas AG. *Striking a balance: Health care providers' experiences with home-based, patient-centered care for older people-A meta-synthesis of qualitative studies.* Patient Educ Couns 2019.
39. Førland O, Skumsnes R. Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk til eldre – En oppsummering av kunnskap. Senter for omsorgsforskning; 2017.
40. Jøranson N, Pedersen I, Rokstad AM, Ihlebæk C. *Effects on Symptoms of Agitation and Depression in Persons With Dementia Participating in Robot-Assisted Activity: a Cluster-Randomized Controlled Trial.* Journal of the American Medical Association 2015;314(10):867-73.
41. Jøranson N, Pedersen I, Rokstad Anne Marie M, Ihlebæk C. *Change in quality of life in older people with dementia participating in Paro-activity: a cluster-randomized controlled trial.* Journal of Advanced Nursing 2016;72(12):3020-33.
42. Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Førland O, Jacobsen FF, Kjekken I. *A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial.* BMC geriatrics 2019;19(1):29.
43. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth J, Lindstrøm JC, et al. *Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: a Cluster Randomized Controlled Trial.* American journal of geriatric psychiatry 2018;26(1): 25-38.
44. Holthe T, Halvorsrud L, Karterud D, Hoel KA, Lund A. *Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: A systematic literature review.* Clinical Interventions in Aging 2018;13:863-86.
45. Stokke R. *The Personal Emergency Response System as a Technology Innovation in Primary Health Care Services: An Integrative Review.* Journal of medical Internet research 2016;18(7):e187.
46. Døhl Ø, Garåsen H, Kalseth J, Magnussen J. *Variations in levels of care between nursing home patients in a public health care system.* BMC health services research 2014;14:108.
47. Kjelle E, Lysdahl KB, Olerud HM, Myklebust AM. *Managers' experience of success criteria and barriers to implementing mobile radiography services in nursing homes in Norway: a qualitative study.* BMC health services research 2018;18(1):301.



Norges forskningsråd

Postboks 564, 1327 Lysaker
Telefon: +47 22 03 70 00

post@forskningsradet.no / www.forskningsradet.no

Oktober 2019

Foto omslag: Shutterstock

Design: Burson Cohn & Wolfe (BCW)

Trykk: 07 Media AS

Opplag: 100

978-82-12-03817-2 (trykk)

Publikasjonen kan lastes ned fra
www.forskningsradet.no/publikasjoner

