

En hurtigoversikt over forskningslitteratur

Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt

Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Aud Obstfelder, Rose Mari Olsen



Utelatt helsehjelp er et komplekst fenomen. Her belyses forekomst, typer, medvirkende forhold og mulige konsekvenser til utelatt helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten.

En hurtigoversikt over forskningslitteratur

Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt

Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Aud Obstfelder, Rose Mari Olsen



Utelatt helsehjelp er et komplekst fenomen. Her belyses forekomst, typer, medvirkende forhold og mulige konsekvenser til utelatt helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten.



På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Senter for omsorgsforskning opprettet et nasjonalt dokumentasjonssenter for forsknings- og utviklingsarbeid i helse- og omsorgssektoren, omsorgsbiblioteket.no. Omsorgsbiblioteket skal samle og gjøre tilgjengelig kunnskap basert på forskning og utviklingsarbeider knyttet til ulike emner. Denne oppsummeringen beskriver forskningsarbeid som omhandler forekomst, medvirkende forhold og mulige konsekvenser til utelatt helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten i kommunene.

© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: Gary Kramer

Tittel på oppsummeringen: Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt

Emne: Tjenestetilbud og kvalitet

Delemne: Kapasitets- og kvalitetsutfordringer

Forfattere: Nina Beate Andfossen, Siri Andreassen Devik, Aud Obstfelder, Rose Mari Olsen

Institusjon: Senter for omsorgsforskning

Emneredaktør: Nina Beate Andfossen

Kontaktperson: Nina Beate Andfossen

Oppsummering nr 26

Oktober 2021

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Avenir Next)

ISBN (digital utgave): 978-82-8340-120-2

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Oppsummeringen finnes på: www.omsorgsbiblioteket.no

INNHOOLD

FORORD	1
SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	7
Hensikt	8
METODE	11
Datainnsamling	11
Søkestrategi	11
Søkeord	12
Resultater fra søk og utvelgelse	13
Analyse	13
FUNN	15
Forekomst og typer av utelatt helsehjelp	17
Forekomst av utelatt helsehjelp	17
Typer helsehjelp som blir utelatt	18
Medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt	22
Forhold relatert til organisasjonen	22
Forhold relatert til helsepersonellet	26
Forhold relatert til pasientene	28
Mulige konsekvenser av utelatt helsehjelp	29
Konsekvenser for pasienter og pårørende	29
Konsekvenser for helsepersonellet	30
Konsekvenser for organisasjonen og samfunnet	31
AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER OG ANBEFALINGER	33
REFERANSER	35
VEDLEGG	43
Oversikt over inkluderte vitenskapelige publikasjoner	43

FORORD

Arbeidet med denne hurtigoversikten om kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester på oppdrag for Helsedirektoratet har blitt gjennomført av ansatte ved Senter for omsorgsforskning (SOF), øst og midt. Prosjektarbeidet har foregått i tidsrommet oktober 2020–mars 2021.

Vi vil takke Helsedirektoratet for oppdraget og et godt og konstruktivt samarbeid med Christin Marsh Ormhaug, Jacqueline Sæby, Sigrun Heskestad og Kirsti Strand. Vi vil også takke igangsetterne av prosjektet i SOF, Aud Obstfelder, Maren Sogstad og spesielt Ragnhild Hellesø, som satte oss på sporet av «unfinished care». Til sist en stor takk til Hege Andreassen for gjennomlesing og tilbakemeldinger på sluttutkastet av hurtigoversikten.

Gjøvik/Namsos, 21. april 2021

Nina Beate Andfossen, SOF øst, prosjektgruppens leder

Siri Andreassen Devik, SOF midt

Aud Obstfelder, SOF øst

Rose Mari Olsen, SOF midt

SAMMENDRAG

Denne hurtigoversikten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet og belyser forholdet mellom tjenestens kapasitet og kvalitet og brukernes hjelpebehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I arbeidet med oversikten har vi tatt utgangspunkt i et problemområde som internasjonalt er beskrevet som «missed care», her oversatt til «utelatt helsehjelp». I fellesskap med oppdragsgiveren ble følgende forskningsspørsmål formulert:

1. Hvilke oppgaver utelater eller setter sykepleiere og andre helsearbeidere på vent?
2. Hva medvirker til at oppgaver settes på vent eller utelates?
3. Hva er konsekvensene for kvaliteten på tjenesten og sykepleiernes/helsearbeidernes trivsel i arbeidet?

Det systematiske litteratursøket resulterte i 41 inkluderte vitenskapelige publikasjoner (originalstudier fagfellevurdert og publisert i internasjonale tidsskrift). De fleste studiene er gjennomført i Sverige (n=8) og Norge (n=9), men også USA (n=4), Canada (n=3) og Australia (n=5) er godt representert, etterfulgt av Irland (n=2), Sveits (n=2), Nederland (n=1), Danmark (n=1), Portugal (n=1), Kroatia (n=1), England (n=1), Polen (n=1), Taiwan (n=1) og New Zealand (n=1). I alt 14 av studiene har kvalitativt design, 19 har kvantitativt, mens 8 har anvendt både kvalitativt og kvantitativt design. De inkluderte studiene er ikke undersøkt for systematiske skjevheter, og funnene må derfor tolkes med forsiktighet.

Funnene beskrives gjennom tre hovedkategorier med tilhørende subkategorier: 1) *Utelatt helsehjelp*: forekomst av utelatt helsehjelp og typer helsehjelp som blir utelatt, 2) *Medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt*: forhold relatert til organisasjonen, til helsepersonellet og til pasienten, og 3) *Mulige konsekvenser av utelatt helsehjelp*: konsekvenser for pasienten / de pårørende, for helsepersonellet og for organisasjonen og samfunnet. Hver for seg og sammen konkretiserer og visualiserer de omfanget og kompleksiteten rundt tematikken utelatt helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

Utelatt helsehjelp: Studiene viser at det å utelate helsehjelp er vanlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bruk av ulike metoder for måling og rapportering gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne resultater på tvers av de ulike studiene. Ser en på de studiene hvor forekomst av utelatt helsehjelp rapporteres som prosentandeler, har mellom 23 og 75 % av helsepersonellet oppgitt at de har utelatt oppgaver i løpet av «siste vakt». Tilsvarende tall for «siste uke» varierer mellom 33 og 79 %. Kun tre av studiene er fra norsk kontekst, hvorav den ene viser at 77 % av helsepersonell i sykehjem oppgir at de en eller annen gang har neglisjert omsorgsbehov.

Helsepersonell utelater en rekke ulike oppgaver som kan relateres til grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov hos pasienten. Eksempler på konkrete oppgaver kan være kroppsvask, oppfølging i måltidsituasjoner, tilrettelegging for sosiale aktiviteter og samtale med pasienten om døden. I tillegg utelates oppgaver som angår pasientens medvirkning, for eksempel det å respondere når han ringer på, gi informasjon og opplæring eller å etterkomme ønsker om mat og påkledning. Også administrative oppgaver som ikke involverer direkte pasientkontakt, utelates, for eksempel å dokumentere helsehjelp og oppdatere informasjon i pasientjournalen.

Medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt: Opplevelse av tidspress relatert til organisering av helsehjelp oppgis som en hovedårsak til at sykepleiere og andre helsearbeidere utelater oppgaver. Tidspress oppleves når den tilmålte tiden ikke dekker pasientgruppens behov, når tiden må brukes på andre oppgaver enn det som oppfattes som direkte pasientrelatert, når arbeidsmengden intensiveres fordi antall pasienter øker eller deres helsetilstand forverres, når bemanningen oppleves å være for lav eller kompetansen utilstrekkelig, når arbeidsmiljøet ikke gir rom for fleksibilitet og samarbeid, og når ledelsen ikke anerkjenner eller inkluderer ansatte i beslutninger om prioritering. Generelt er det et misforhold mellom oppgavene som skal utføres, og ressursene som er til rådighet. Noen studier viser til at utelatt helsehjelp kan fungere som et barometer på arbeidsintensivering, men sammenhengene er komplekse. Hvorvidt bemanningen oppleves som tilstrekkelig eller ikke, kan for eksempel være mer utslagsgivende enn faktisk bemanning. Det ser også ut til å være sterk vekselvirkning mellom hvor godt arbeidsmiljøet er organisert, og tendensen til å bortprioritere oppgaver.

Publikasjonene viser også at helsepersonells alder, erfaring og kompetanse, samt mestringsstrategier på individ- eller gruppenivå, kan assosieres med utelatt helsehjelp. Funnene er ikke konsise. Mens noen finner at ung alder hos pleiere øker sannsynligheten for at oppgaver blir utelatt, finner andre at kort yrkeserfaring har større betydning. Helsepersonells utdanning og rolleforståelse legger også føringer for hvilke oppgaver som blir prioritert. Opplevelse av stress, utbrenthet og dårlig helse blant personalet ser ut til å øke forekomsten av utelatt helsehjelp, mens optimistisk tenkning og tilfredshet med livet og jobben kan virke motsatt. Det påpekes at de individuelle faktorene må ses i sammenheng med de kontekstuelle, kulturen ansatte jobber i, og forhold i organisasjonen.

Hjelpebehov, pleietyngde og utfordrende atferd hos pasientene kan også medvirke til at helsehjelp utelates. Aggresjon og atferdsforstyrrelser hos pasienter ser ut til å øke forekomsten av inadekvat omsorg og neglisjering av behov. Det samme gjelder for immobilitet og store fysiske hjelpebehov som krever bistand fra flere pleiere. Samtidig viser publikasjonene at pasienter som er mindre avhengig av helsehjelp eller har psykiske lidelser som angst og depresjon, også risikerer forsømmelser. Det henvises til at pleietyngden i sykehjem er vesentlig endret gjennom årene. Mens pasientene tidligere var skrøpelige og i stor grad sengeliggende, er de nå eldre og har mer komplekse medisinske tilstander, og flere har demens og psykiatriske diagnoser. Reduksjon i sykehusinnleggelse, tidlig utskrivningspraksis og forsinkelser i tildeling av institusjonsplass ses som medvirkende til økt oppgavepress i den kommunale konteksten.

Mulige konsekvenser av utelatt helsehjelp: En åpenbar konsekvens ved utelatt helsehjelp er at pasienter ikke får dekket sitt behov for helsehjelp. De inkluderte studiene viser at det i hovedsak er personalets perspektiv på konsekvenser hos pasientene som gjengis. Det er umøtte behov på en rekke områder: grunnleggende fysiske behov, som eliminasjon, ernæring og hygiene; psykososiale og eksistensielle behov, som kontakt, trøst og respekt; behov for sikkerhet og medisinsk overvåkning; behov for informasjon, opplæring og veiledning. Noen av de utelatte oppgavene har en direkte og umiddelbar konsekvens, mens andre har mer indirekte følger eller konsekvenser på sikt. For eksempel kan utelatt dokumentasjon forhindre viktig informasjonsutveksling, som enten kan lede til mer utelatt helsehjelp eller true pasientsikkerheten. Utelatt helsehjelp kan også omfatte pårørende og føre til at de føler seg holdt utenfor. I andre tilfeller kan utelatt helsehjelp til pasienten føre til at pårørende opplever at de må presse på eller passe på for at hjelpen skal bli tilstrekkelig.

Utelatt helsehjelp har dessuten store konsekvenser for helsepersonell. Det å utelate oppgaver gir dårlig samvittighet, stress, utbrenthet og misnøye med både arbeidsoppgavene, arbeidsmiljøet og ledelsen. Konsekvensene kan bli sirkulære. I tilfeller der helsepersonell føler seg maktesløse, kan utelatt helsehjelp føre til mer utelatt helsehjelp. Publikasjonene viser at tjenesten ikke oppfattes som bærekraftig. Ansatte savner både en responderende ledelse og mulighet til fagutvikling. Krysspress og verdikonflikter fører til at sykepleiere ønsker å forlate yrket.

ANBEFALINGER

Litteraturen viser at utelatt helsehjelp kan oppfattes som selvproduserende og et uttrykk for at tjenesten er lite bærekraftig. Fenomenet griper inn i ulike temaer som omhandler kvalitet, pasientsikkerhet og etikk. Kunnskapsfeltet «missed care» eller utelatt helsehjelp er relativt nytt, men vår vurdering er at begrepet er godt egnet til å undersøke og konkretisere kompleksiteten i utfordringene som de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i. Feltet viser en økende oppmerksomhet på den kommunale konteksten.

Selv om den internasjonale litteraturen anses som relevant og har overføringsverdi for norske forhold, er det et stort behov for flere norske studier. Forskingen beskriver hovedsakelig ulike helsearbeideres erfaringer og perspektiv, mens ledelsens perspektiv savnes. Vi ser også behov for innhenting av flere brukeropplevelser, både fra pasienter og pårørende. Vi anbefaler i tillegg å se nærmere på samfunnsøkonomiske konsekvenser ved utelatt helsehjelp.

Ut fra funnene i denne hurtigoversikten er det enkelte innsatsområder som står frem som spesielt viktige å ta tak i for å sikre en videre bærekraftig kommunal helsetjeneste. Litteraturen viser at dårlig arbeidsmiljø og utydeligheter om hva som er arbeidets innhold, har stor sammenheng med utelatt arbeid. Tiltak som kan styrke arbeidsmiljø, samarbeid og arbeidsglede, bør prioriteres. Funnene i oversikten gir grunn til å anta at mellomledernivået i institusjoner og hjemmetjenester trenger mer oppmerksomhet på ansattes faglige utfordringer og øke deres mulighet til involvering. Et begrep som beskriver fordelaktige kontekster, er «slakk» i organisasjonen. Dette innebærer ikke bare en vurdering av tilstrekkelighet når det gjelder bemanning og kompetansesammensetning, men også søkelys på forhold som gir ansatte mulighet til å kunne påvirke og være fleksible i arbeidshverdagen. Derfor vil vi særlig anbefale økt oppmerksomhet på mellomlederes forståelse av kapasitets- og kvalitetsutfordringene og hva de trenger for å sikre ansattes mulighet til å gi god helsehjelp.

INNLEDNING

Denne hurtigoversikten har vi skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Direktoratet ønsket en oversikt over litteratur som kan belyse forholdet mellom tjenestens kapasitet og kvalitet og brukernes hjelpebehov i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I tillegg var det ønskelig at litteraturoversikten skulle identifisere kunnskapshull og mulige tiltak som kan løse utfordringene.

Bakgrunnen for satsingen på bemanning og kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er en økning i befolkningens behov for helsehjelp samtidig som tilgangen til kvalifisert personell er sårbar. Vesentlige drivkrefter i utviklingen er vekst i den norske befolkningen totalt samtidig som andelen eldre øker relativt til andre aldersgrupper. Den medisinsk-teknologiske utviklingen gjør det dessuten mulig å gi bedre og mer effektiv behandling og helsehjelp til flere. Sammen med oppgaveforskyvingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har dette ført til at stadig mer behandling og avansert helsehjelp foregår utenfor sykehusene.

Hensiktsmessig bemanning og kompetanse i forhold til antall pasienter og pasientenes behov for helsehjelp har vært et gjennomgangstema for helse- og omsorgstjenestene, myndighetene, utdanningene og forskningen siden begynnelsen av 1990-tallet. Til tross for bred og langsiktig satsing for å forbedre situasjonen er problematikken vedvarende. Fremdeles er det et misforhold mellom bemanning og behovet for helsehjelp, og det mangler helhetlige forklaringer på hva som gjør at den langsiktige satsingen knyttet til bemanning og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ikke fører frem.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det ikke satt grenser for antall pasienter per ansatt slik som skolene og barnehagene har for antall barn per ansatt. Vurderinger av hva som er hensiktsmessig bemanning, blir dermed tillagt lederne i tjenestene og sykepleierne i de enkelte enhetene (Gautun & Bratt, 2015). Siden minstenormen for faglig forsvarlig helsehjelp er uklar (Molven, 2009), og de som er ansvarlig for bemanningen på enhetene, må basere antall og sammensetning på faglig skjønn og erfaringer, opplever de at hensiktsmessig bemanning er vanskelig å få til (Andrews & Gjertsen, 2014).

Når bemanningen oppleves som for lav, må sykepleiere og andre ansatte i tjenestene prioritere hvilke oppgaver som skal gjennomføres, og hva som må vente. Nødvendige oppgaver og aktiviteter knyttet til helsehjelp og annen assistanse ved funksjonssvikt som *blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt*, blir i sykepleieforskningen beskrevet som «missed care» (Kalisch et al., 2009). Denne typen studier fikk oppmerksomhet i sykepleieforskningen allerede for 20 år siden og kom i forlengelsen av rapporten *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Kohn et al., 2000). Rapporten dokumenterte at bemanning og arbeidsmiljø hadde betydning for kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene, og i sykepleieforskningen ble det initiert og gjennomført tre banebrytende studier om temaet. Den første studien tok for seg sammenhenger mellom bemanning, arbeidsmiljø og kvalitet i helsehjelpen (Aiken et al., 2001, 2002). Den andre studien rettet søkelyset mot den implisitte resoneringen som sykepleiere la til grunn for prioriteringene av oppgaver og aktiviteter (Schubert et al., 2007, 2008), og den tredje studien var opptatt av oppgavene som ble satt på vent, oversett, glemt eller utelatt, altså «missed care» (Kalisch et al., 2009).

Resultatene fra disse tre banebrytende studiene og etterfølgende studier i verden over (se for eksempel Papastavrou et al., 2014; Recio-Saucedo et al., 2018; Sworn & Booth, 2020; Cho et al., 2017; White et al., 2019) viser at utbredelsen av oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt, er høy. Over halvparten av alle sykepleiere som ble inkludert i studiene, rapporterte at de lar oppgaver bli satt på vent, oversett, glemt eller utelatt. Oppgavene som oftest blir satt på vent, er forbundet med grunnleggende sykepleie og omfatter forflytning og leie av pasientene, munnstell, dokumentasjon og planlegging av sykepleie og helsehjelp, emosjonell og psykologisk støtte samt tiltak knyttet til undervisning av pasientene (Ball et al., 2014; Kirwan & Schubert, 2020; Sworn & Booth, 2020).

I flere av de etterfølgende studiene blir det påvist sammenhenger mellom høyt antall rapporterte oppgaver som blir satt på vent, og uheldige hendelser som fall, feil i medisinhåndtering, behandling og dødelighet, lav oppfattet kvalitet i sykepleie og helsehjelp samt mistrivsel i arbeidet og høy turnover blant de ansatte (Griffiths et al., 2018a; Griffiths et al., 2018b; Poghosyan et al., 2017a). Det ble også vist at de underliggende mekanismene som bidro til at oppgaver ble satt på vent og utelatt, var bemanning, kompetanse blant de ansatte, arbeidsmengde, arbeidsmiljø, teamarbeid, kommunikasjon, pasientenes behov, oppmerksomhet på pasientsikkerhet, evne til medfølelse og tilfredshet med jobben (Kalisch et al., 2009; Schubert et al., 2007, 2008). I forlengelsen av disse funnene ble det foreslått at mål for utbredelse og omfang av oppgaver som blir satt på vent, oversett, glemt eller utelatt, kan brukes som en pekepinn på at forholdene knyttet til utøvelse og organisering av helsehjelp ikke er gunstig, og at dette kan justeres før uheldige hendelser skjer, ved blant annet å korrigere bemanningen (Griffiths et al., 2018b). Studiene det henvises til, er imidlertid i all hovedsak gjennomført i spesialisthelsetjenesten.

Oppgavene som utelates, er ikke betydningsløse for verken pasientene eller sykepleierne. Riktige prioriteringer mellom oppgaver forutsetter en pragmatisk tilnærming til arbeidet – godt underbygget av faglig og organisatorisk kompetanse og refleksivitet, betydelig individuelt ansvar og mot til å stå for de skjønnsmessige vurderingene og beslutningene. De pragmatiske løsningene medfører ofte både faglige og moralske dilemma. Halvparten av klagen til Pasientombudet i 2019 omhandlet dårlig kvalitet på hvordan tjenestene ble utført, herunder manglende omsorgsfull behandling, mangelfull informasjon, kommunikasjonsproblemer og svikt i pasientforløp (Pasient- og brukerombudet, 2020). Opplevelser av å yte dårlig kvalitet i arbeidet er dessuten sentrale begrunnelser for at sykepleiere forlater sine stillinger i omsorgstjenestene eller ikke ønsker å starte der etter endt utdanning (Gautun et al., 2016).

HENSIKT

Basert på innledende litteratursøk, dialog med oppdragsgiveren og oppmerksomhet i samfunnet og tjenestene på sammenhenger mellom utelatt helsehjelp og tjenestens kapasitet og kvalitet er hensikten med denne litteraturstudien:

Å undersøke hvilke oppgaver som blir satt på vent eller utelatt, hvordan sykepleierne og andre helsearbeidere resonnerer omkring oppgaveprioriteringene, og hva som er konsekvensene for kvaliteten på tjenestene og deres egen trivsel i arbeidet.

Følgende forskningsspørsmål søkes besvart:

- Hvilke oppgaver utelater eller setter sykepleiere og andre helsearbeidere på vent?
- Hva medvirker til at oppgaver settes på vent eller utelates?
- Hva er konsekvensene for kvaliteten på tjenesten og sykepleiernes/helsearbeidernes trivsel i arbeidet?

METODE

I økende grad bruker både nasjonale og internasjonale myndigheter systematiske kunnskapsoppsummeringer til å informere politiske beslutninger og veilede ledere i tjenestene (Tricco et al., 2017). Kunnskapsbasert politikktutforming forutsetter et robust kunnskapsgrunnlag og gode analyser som gir oversikt over og innsikt i problemområdene som er i fokus. Slike kunnskapsoppsummeringer er imidlertid omfattende forskningsarbeider som tar lang tid å gjennomføre. Det er ikke alltid at myndighetene kan vente på resultatene, og noen ganger er ikke resultatene egnet som grunnlag for det politiske arbeidet. Det skyldes blant annet at systematiske oversikter basert på kvantitative undersøkelser ikke alene gir et helhetlig bilde av de komplekse problemområdene som myndighetene ønsker kunnskap om (Tricco et al., 2017).

Alternative metoder for kunnskapsoppsummeringer som har fått økende oppmerksomhet de siste årene, er såkalte «rapid reviews», eller hurtigoversikter (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015; Tricco et al., 2015; Arksey & O'Malley, 2005) og «scoping reviews» (Mays et al., 2001). Metoden for hurtigoversikter følger prinsippene for systematiske kunnskapsoppsummeringer og enhver vitenskapelig metode ellers med hensyn til krav til transparens, systematikk og reproduserbarhet (Tricco et al., 2015). Kunnskapsoppsummeringene gjøres også ofte i samarbeid med interessenter, eksempelvis oppdragsgiveren. Balansen mellom behovet for raske resultater på den ene siden og vitenskapelig robusthet og transparens på den andre kan imidlertid være utfordrende (Aronson et al., 2018; Hamel et al., 2021), både på grunn av tidsperspektivet og det tette samarbeidet med interessenten. I dette oppdraget har vi forholdt oss til utfordringen gjennom jevnlige og planlagte møter med oppdragsgiveren om avgrensning av oppdraget, spissing av litteratursøk og detaljert beskrivelse av gjennomføring av søkene, utvalgsprosessen og analysen. Når det gjelder kvalitetsvurdering, har vi fulgt Mays og medarbeideres (2001) fremgangsmåte for «scoping review». Dette innebærer at de inkluderte studiene ikke er kvalitetsvurdert eller undersøkt for systematiske skjevheter. Tilliten til den samlede dokumentasjonen er heller ikke vurdert. Funnene må derfor tolkes med forsiktighet.

DATAINNSAMLING

Nedenfor følger en beskrivelse av søkestrategi, utvelgelse av litteratur og analyse.

SØKESTRATEGI

Søkemotorer og databaser valgte vi med bakgrunn i relevans til emnet. Vi brukte søkemotorene Google Scholar og Oria og databasene SveMed, MEDLINE, PubMed, CINAHL, PsycInfo, Norart og Scopus. I tillegg søkte vi i referanselitteratur og relevante tidsskrift. Søkene ble foretatt fra uke 44 til 49 i 2020.

SØKEORD

Søkeord valgte vi ut fra prosjektets hensikt og forskningsspørsmål. Innledningsvis søkte vi etter systematiske kunnskapsoppsummeringer der «missed care» inngikk i tittelen. Disse bidro til flere mulige søkeord. Vi oversatte engelske søkeord til norsk. En oversikt over søkeordene både på norsk og engelsk gis i tabell 1.

Tabell 1. Anvendte søkeord

Norsk	Engelsk
Utelatt omsorg/pleie	Missed care
Uferdig omsorg/pleie	Care left undone
Forsømt omsorg/pleie	Unfinished care
Forhastet omsorg/pleie	Omission of care
Forsinket omsorg/pleie	Care omitted
Neglisjering	Rushed care
Rasjonering	Omitted care
Prioritering	Rationed care
Blind flekk	Implicit rationing
U møtte behov	Delayed care
Omsorgssvikt	Neglect
Uheldige hendelser	Ignorance
Pasientsikkerhet	Unmet care needs
Helse- og omsorgstjenesten	Mistreatment
Kommunehelsetjenesten	Adverse events
Omsorgstjenesten	Patient safety
Primærhelsetjenesten	Primary care
Sykehjem	Community care
Hjemmesykepleie	Municipal healthcare services
Norge	Nursing home
Norden	Homecare/Home nursing care
Skandinavia	Norway
	Nordic
	Scandinavia

Utvalg av publikasjoner gjennomførte vi i tråd med følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- omhandler utelatt/uferdig/forsømt helsehjelp
- publisert fra 2010
- publisert på norsk, engelsk eller et skandinavisk språk
- data fra kommunehelsetjenesten
- beskrivelse av prosjekter med overføringsverdi til norsk kontekst
- ulike metoder
- vitenskapelig publisering (artikkel, doktorgrad, antologi)

Eksklusjonskriterier:

- publisert før 2010
- publisert på andre språk enn norsk, engelsk eller skandinavisk
- prosjekt med data utelukkende fra sykehus
- rapporter, bachelor-/masteroppgaver, fagartikler, populærvitenskapelige artikler, review-artikler, teoretiske, begrepsavklarende eller filosofiske artikler

RESULTATER FRA SØK OG UTVELGELSE

Tre av forfatterne utførte søkene (NBA, SAD og RMO). I søkene benyttet vi ulike kombinasjoner av søkeordene. Totalt 147 publikasjoner ble ansett som relevante basert på tittel og sammendrag. Disse ble vurdert i fellesskap av alle forfatterne. Duplikater ble fjernet, og en kritisk gjennomgang av inklusjonskriteriene medførte at i alt 80 publikasjoner ble ekskludert. De resterende 67 publikasjonene ble fordelt mellom forfatterne og lest i fulltekst. I alt ti publikasjoner ble ekskludert i denne lesningen. En av forfatterne (AO) foretok til slutt en siste gjennomgang og foreslo ytterligere eksklusjon av 16 publikasjoner, som alle forfatterne diskuterte i fellesskap. Endelig utvelgelse førte til inklusjon av 41 publikasjoner.

ANALYSE

Vi har foretatt en sortering av innholdet i de inkluderte publikasjonene ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Sorteringen av innholdet er basert på de tre forskningsspørsmålene og presenteres i form av kategorier og underkategorier (se tabell 2). Vedlagt i denne hurtigoversikten er også en tabell over inkluderte publikasjoner med henvisning til resultatinnhold som den enkelte publikasjon bidrar med.

FUNN

I det følgende presenterer vi funn fra analysen av de inkluderte publikasjonene. I alt 14 av studiene har kvalitativt design, 19 har kvantitativt, mens 8 har anvendt både kvalitativt og kvantitativt design. De fleste studiene er gjennomført i Sverige (n=8) og Norge (n=9), men også USA (n=4), Canada (n=3) og Australia (n=5) er godt representert, etterfulgt av Irland (n=2), Sveits (n=2), Nederland (n=1), Danmark (n=1), Portugal (n=1), Kroatia (n=1), England (n=1), Polen (n=1), Taiwan (n=1) og New Zealand (n=1). De fleste studiene har et helsepersonellperspektiv. Arbeidene er publisert i perioden 2010–2020, men hovedvekten (n=34) har kommet i løpet av de siste fem årene.

Oversikt over kategorier og underkategorier fra analysen er vist i tabell 2. Her gir vi også en oversikt over hvordan publikasjonene svarer på de enkelte kategoriene. I vedlegg 1 presenterer vi en oversikt over de inkluderte studienes hensikt, metode og resultat samt hvordan de er sortert i vår kategorisering i henhold til forskningsspørsmålene.

Tabell 2. Oversikt over kategorier og underkategorier – med referanser til inkluderte studier

Kategori:	<i>Utelatt helsehjelp</i>	
Underkategorier:	<i>Forekomst av utelatt helsehjelp</i>	<i>Typer helsehjelp som blir utelatt</i>
	Henderson et al. (2017) Hogh et al. (2018) Kjøs & Havig (2016) Knopp-Sihota et al. (2015) Malmedal et al. (2014) Nelson & Flynn (2015) Neuberg et al. (2017) Norman & Sjetne (2019) Phelan et al. (2018a) Senek et al. (2020) Song et al. (2020) Tou et al. (2020) van den Brink et al. (2018) Zúñiga et al. (2015b)	Andersson et al. (2018) Balsinha et al. (2018) Bollig et al. (2016) Christiansen & Bjørk (2016) Ericson-Lidman et al. (2013) Ericson-Lidman et al. (2015) Häikiö et al. (2020) Henderson et al. (2017) Kjøs & Havig (2016) Klarare et al. (2018) Knopp-Sihota et al. (2015) Ludlow et al. (2020) Malmedal et al. (2014) Myhre et al. (2020) Nelson & Flynn (2015) Neuberg et al. (2017) Norman & Sjetne (2019) Phelan et al. (2018a) Poghosyan et al. (2017b) Simmons et al. (2013) Song et al. (2020) Sundström et al. (2018) Tou et al. (2020) van den Brink et al. (2018) Willis et al. (2018) Zúñiga et al. (2015b) Åhlin et al. (2017)

Tabell 2 (forts.). Oversikt over kategorier og underkategorier – med referanser til inkluderte studier

Kategori:	<i>Medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt</i>		
Underkategorier:	<i>Forhold relatert til organisasjonen</i>	<i>Forhold relatert til helsepersonellet</i>	<i>Forhold relatert til pasienten</i>
	Blackman et al. (2020) Christiansen & Bjørk (2016) Deforge et al. (2011) Ericson-Lidman et al. (2013) Ericson-Lidman et al. (2014) Ericson-Lidman et al. (2015) Hegney et al. (2019) Henderson et al. (2017) Henderson et al. (2018) Hogh et al. (2018) Kjøs & Havig (2016) Knopp-Sihota et al. (2015) Malmedal et al. (2014) Nelson (2017) Phelan et al. (2018b) Poghosyan et al. (2017b) Senek et al. (2020) Slettebø et al. (2010) Song et al. (2020) Sundström et al. (2018) Tou et al. (2020) Willis et al. (2015) Willis et al. (2018) Zúñiga et al. (2015a) Zúñiga et al. (2015b) Åhlin et al. (2014)	Jaworski et al. (2020) Knopp-Sihota et al. (2015) Ludlow et al. (2020) Malmedal et al. (2014) Nelson (2017) Neuberg et al. (2017) Phelan et al. (2018a) Zúñiga et al. (2015a) Zúñiga et al. (2015b)	Henderson et al. (2018) Kjøs & Havig (2016) Malmedal et al. (2014) Poghosyan et al. (2017b) Simmons et al. (2013) van den Brink et al. (2018)

Kategori:	<i>Konsekvenser av at helsehjelp blir utelatt</i>		
Underkategorier:	<i>Konsekvenser for pasienten/pårørende</i>	<i>Konsekvenser for helsepersonellet</i>	<i>Konsekvenser for organisasjonen og samfunnet</i>
	Ericson-Lidman et al. (2014) Ericson-Lidman et al. (2015) Häikiö et al. (2020) Henderson et al. (2018) Klarare et al. (2018) Nelson & Flynn (2015) Neuberg et al. (2017) Sundström et al. (2018) Willis et al. (2018)	Christiansen & Bjørk (2016) Ericson-Lidman et al. (2013) Ericson-Lidman et al. (2014) Ericson-Lidman et al. (2015) Neuberg et al. (2017) Sundström et al. (2018) Willis et al. (2018) Åhlin et al. (2014) Åhlin et al. (2017)	Christiansen & Bjørk (2016) Neuberg et al. (2017) Phelan et al. (2018b) Willis et al. (2018)

FOREKOMST OG TYPER AV UTELATT HELSEHJELP

FOREKOMST AV UTELATT HELSEHJELP

Blant de inkluderte studiene rapporterer 13 om forekomst av utelatt helsehjelp. Inntrykket er at det å utelate oppgaver er vanlig forekommende i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bruk av ulike metoder for måling og rapportering gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne resultater på tvers av de ulike studiene.

De fleste av studiene (Henderson et al., 2017; Hogh et al., 2018; Malmedal et al., 2014; Norman & Sjetne, 2019; Phelan et al., 2018a; Senek et al., 2020; Tou et al., 2020; Zúñiga et al., 2015b) har gjennomført undersøkelser hvor respondentene skulle rangere på en skala hvor ofte oppgaver ble utelatt i løpet av en tidsperiode, for eksempel fra 1 («aldri») til 5 («alltid») i løpet av den siste uken. Deretter ble resultatet rapportert som enten et gjennomsnittskår eller prosentandeler for hver svarkategori på skalaen. Anvendte skalaer varierer hva gjelder antall svarkategorier og skår. Det samme gjelder tidsperioden respondentene skal svare ut fra: i løpet av «siste uke», «siste vakt», «siste år» eller om ingen tidsperiode er angitt (Henderson et al., 2017; Hogh et al., 2018). Noen har også inkludert tidsangivelse i selve rangeringen, for eksempel fra «aldri» til «mer enn én gang i uken» (Malmedal et al., 2014).

I stedet for skalaer har noen studier inkludert enkeltspørsmål (Knopp-Sihota et al., 2015; Nelson & Flynn, 2015; Song et al., 2020) hvor respondentene enten har oppgitt eksakt tall for hvor ofte de har utelatt minst én oppgave i løpet av en tidsperiode, eller kun angitt hvorvidt de i det hele tatt har utelatt oppgaver i perioden. Noen av studiene har ikke undersøkt utelatt helsehjelp eksplisitt (Kjøs & Havig, 2016; Malmedal et al., 2014; Neuberg et al., 2017; van den Brink et al., 2018), men er likevel inkludert her, da de på ulike måter belyser utelatt helsehjelp.

Blant de studiene hvor forekomst av utelatt helsehjelp rapporteres som prosentandeler, har de fleste avgrenset tidsrammen til «siste vakt». Her er det store variasjoner. Høyest forekomst finner vi i to kanadiske studier, hvor henholdsvis 57,4 % (Song et al., 2020) og 75 % (Knopp-Sihota et al., 2015) av helsepersonell i sykehjem har rapportert utelatt helsehjelp. Fra en studie gjort i sykehjem i USA (Nelson & Flynn, 2015) oppgis en forekomst på 48,2 %. Lavest forekomst i løpet av siste vakt finner vi i en studie fra England (Senek et al., 2020), som også omfattet andre tjenester enn sykehjem. For hele utvalget var forekomsten på 32 %, mens tilsvarende andel var 33 % ved sykehjem, 34 % i hjemmesykepleien og 23 % ved legekantor (Senek et al., 2020).

I to av studiene har helsepersonell angitt utelatt helsehjelp i løpet av «den siste uken». Høyest forekomst finner vi i en irsk studie (Phelan et al., 2018a) som inkluderte både sykehjem og hjemmesykepleie. Her oppga mellom 50 og 79 % av sykepleierne at de hadde utelatt helsehjelp i løpet av den siste uken. Lavere forekomst finner vi i en større studie ved sykehjem i Sveits: Her oppga om lag en tredjedel (mangler eksakt prosent) av helsepersonellet at de hadde utelatt oppgaver den siste uken (Zúñiga et al., 2015b). I en studie gjennomført i Kroatia (Neuberg et al., 2017) ble sykepleiere spurt om de hadde erfart episoder med omsorgsforsømmelse blant eldre «i løpet av det siste året». Her oppga 39 % at de hadde opplevd at beboere hadde blitt ignorert når de ba om hjelp.

Blant studiene som rapporterer forekomst ved hjelp av gjennomsnittskår på en skala, finner vi fire fra sykehjem (Henderson et al., 2017; Norman & Sjetne, 2019;

Tou et al., 2020; Zúñiga et al., 2015b). To av disse brukte verktøyet MISSCARE, der skalaen har en maksverdi på 5 (= oppgaver utelates alltid). I den ene av studiene, som ble gjennomført i Taiwan (Tou et al., 2020), oppgis en samlet gjennomsnittskår på 1,62 (for alle typer oppgaver sett under ett) – noe som tilsvarer «av og til». I den andre studien, som er fra Australia, oppgis en gjennomsnittskår for hver type oppgave som varierer fra 1,81 til 3,36. Den norske studien av Norman og Sjetne (2019) og den sveitsiske av Zúñiga et al. (2015b) har anvendt verktøyet BERNCA-NH, der skalaen har en maksverdi på 4 (= oppgaver utelates ofte). I det norske utvalget varierte gjennomsnittskåren for alle utelatte oppgaver fra 1,58 til 2,93. I det sveitsiske utvalget rapporteres gjennomsnittskår på fem kategorier av utelatte oppgaver (sammenslåtte kategorier), der verdiene varierte fra 1,36 til 2,03.

Gjennomsnittsskår rapporteres også fra en større studie gjennomført i ti kommuner i Danmark (Hogh et al., 2018). Her skulle helsepersonell angi utelatt helsehjelp på en skala fra 0 (i veldig liten grad) til 100 (i veldig stor grad). Gjennomsnittsskår varierte her mellom 53,9 og 60.

Andre studier fra norsk kontekst som gir informasjon om forekomst av utelatte oppgaver, er Malmedal et al. (2014) og Kjøs og Havig (2016). Malmedal et al. (2014) gjennomførte en survey i 16 sykehjem, hvor hensikten var å avdekke faktorer som øker sannsynligheten for at ansatte begår overgrep og forsømmelser. Blant helsepersonellet (N = 416) som deltok, oppga 77 % at de en eller annen gang hadde neglisjert omsorgsbehov. Kjøs og Havig (2016) gjorde en kartlegging blant helsepersonell (N=444) i 40 sykehjem om i hvor stor grad beboere får delta på fysiske og psykiske aktiviteter. Resultatene viste at beboernes deltakelse på aktiviteter var relativt lav: På en skala fra 1 til 7 vurderte helsepersonellet at aktivitetstilbudet var på 4,3.

En av de inkluderte studiene (van den Brink et al., 2018) undersøkte umøtte behov hos sykehjemsbeboere i Nederland. Beboerne rapporterte i gjennomsnitt færre behov (12 behov) enn helsepersonellet (15 behov), men for andelen umøtte behov var det motsatt: Mens beboerne rapporterte i gjennomsnitt 24,2 % umøtte behov, oppga helsepersonellet et gjennomsnitt på 10,8 % pr. beboer.

Oppsummert viser de inkluderte studiene at det å utelate oppgaver er vanlig i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bruk av ulike metoder for måling og rapportering gjør det imidlertid vanskelig å sammenligne resultater på tvers av de ulike studiene. Ser en på de studiene hvor forekomst av utelatt helsehjelp rapporteres som prosentandeler, har mellom 23 og 75 % av helsepersonellet oppgitt at de har utelatt oppgaver i løpet av «siste vakt». Tilsvarende tall for «siste uke» varierer mellom 33 og 79 %. De norske studiene viser også at oppgaver ofte utelates; den ene viser at 77 % av helsepersonell i sykehjem oppgir at de en eller annen gang har neglisjert omsorgsbehov.

TYPER HELSEHJELP SOM BLIR UTELATT

I alt 27 av de inkluderte studiene gir innblikk i hvilke typer oppgaver/helsehjelp som blir utelatt. De fleste studiene har et helsepersonellperspektiv, men også erfaringer fra pasienter og pårørende er representert i materialet. Hyppigst rapportert er utelatt helsehjelp som kan relateres til de fire behovsdimensjonene hos pasienten: fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. I tillegg kommer helsehjelp som ikke er direkte pasientrelatert, men som handler mer om helsepersonells administrative oppgaver.

UTELATT HELSEHJELP RELATERT TIL PASIENTENS GRUNNLEGGENDE BEHOV

De inkluderte studiene indikerer at helsehjelp knyttet til ivaretagelse av pasientens sosiale behov er noe av det som oftest blir utelatt (Bollig et al., 2016; Christiansen & Bjørk, 2016; Ericsson-Lidman et al., 2013; Kjøs & Havig, 2016; Knopp-Sihota et al., 2015; Ludlow et al., 2020; Nelson & Flynn, 2015; Norman & Sjetne, 2019; van den Brink et al., 2018; Zúñiga et al., 2015b). Blant sykehjemsbeboere og pårørende i den norske studien til Bollig et al. (2016) ble det å delta i dagliglivet og ha sosial kontakt fremhevet som de viktigste dimensjonene ved velvære. Like fullt opplevde de at hjelp til sosiale aktiviteter var blant oppgavene de ansatte oftest bortprioriterte. Dette inntrykket støttes i studien til Kjøs og Havig (2016), som undersøkte hvorvidt helsepolitiske initiativ om økt fysisk og sosial aktivitet har hatt effekt for de som bor i sykehjem. Helsepersonell fra 40 sykehjem svarte på en undersøkelse hvor de skulle rangere i hvor stor grad beboerne fikk ivareta aktiviteter. Resultatene indikerer at det sosiale aktivitetstilbudet til beboerne er relativt lavt (Kjøs & Havig, 2016). Kartleggingen av Norman og Sjetne (2019) viser også at oppgaver som tilrettelagte for «fellesskap og mening», ofte ble utelatt.

For mange brukere av helse- og omsorgstjenesten, og særlig de som ikke har nær omgang med pårørende eller venner, vil dekning av sosiale behov i mange tilfeller avhenge av kontakten de har med ansatte. Flere av de inkluderte studiene viser at helsepersonell ofte må nedprioritere slik kontakt. Dette belyses blant annet i studien til Ericsson-Lidman et al. (2013), hvor ansatte uttrykte at de savnet det å ha tid til å gjøre hyggelige ting sammen med pasienten, som å spille spill og gå turer ute. Men også noe så enkelt som å snakke med pasienten – å ha «den gode praten» (Christiansen & Bjørk, 2016) – er noe som ofte blir prioritert bort i en travel arbeidshverdag (Nelson & Flynn, 2015; Knopp-Sihota et al., 2015; Ludlow et al., 2020). Åhlin et al. (2017) bruker uttrykket «silver lining in life» når de beskriver helsepersonells erfaringer med utelatt helsehjelp i omsorgsboliger i Sverige. De ansatte opplevde at de ikke lenger hadde tid til de oppgavene som kan gi pasienten nettopp «silver lining in life» – glede i hverdagen. Det å prate med pasienten ble gitt som eksempel på en oppgave i denne sammenheng.

Studien til van den Brink et al. (2018) viser at pasienter og helsepersonell i sykehjem kan ha ulike oppfatninger av umøtte behov hos pasienten. Mens beboerne rapporterte at det var de sosiale behovene som oftest ikke ble møtt, mente helsepersonell at det var de psykiske behovene som ikke ble ivaretatt. Ulike oppfatninger av umøtte behov hadde også informantene i studien til Balsinha et al. (2018). Her oppga flere av de eldre pasientene i utvalget at de hadde umøtte behov knyttet til emosjonelt stress, men i de fleste tilfellene var dette ukjent for legen deres. Det å trøste og gi psykisk støtte til pasienter er blant de hyppigst rapporterte umøtte oppgavene blant helsepersonell i studiene til Nelson og Flynn (2015), Norman og Sjetne (2019) og Poghosyan et al. (2017b).

En svensk studie gjennomført av Sundström et al. (2018) viser at også oppgaver knyttet til eksistensielle behov hos pasienten kan bli prioritert bort av de ansatte. Her fortalte helsepersonell fra ulike kontekster i primær- og spesialisthelsetjenesten at de ikke har tid og ressurser til å prate med eldre pasienter om *eksistensielle forhold*, og at dette særlig gjelder pasientens spørsmål knyttet til døden.

Blant de studiene som belyser utelatt helsehjelp knyttet til fysiske behov, er oppgaver knyttet til fysisk aktivitet hyppig rapportert. Her trekkes særlig manglende hjelp med gåtrening frem (Henderson et al., 2017; Kjøs & Havig, 2016; Knopp-Sihota et al., 2015; Song et al., 2020; Willis et al., 2018), men også manglende støtte til rehabiliteringsaktiviteter (Tou et al., 2020) og endring av kroppsstilling for å forebygge trykksår hos pasienten (Neuberg et al., 2017) blir nevnt.

Utelatte oppgaver knyttet til ivaretagelse av personlig hygiene rapportertes av flere. Det kan være manglende hjelp med bading/kroppsvask (Knopp-Sihota et al., 2015; Malmedal et al., 2014; Simmons et al., 2013; Tou et al., 2020; Åhlin et al., 2017), munnpleie (Knopp-Sihota et al., 2015; Malmedal et al., 2014; Norman & Sjetne, 2019; Song et al., 2020; Willis et al., 2018), stell av hår og negler (Knopp-Sihota et al., 2015; Åhlin et al., 2017) og barbering (Åhlin et al., 2017). Simmons et al. (2013) gjennomførte en omfattende observasjonsstudie i amerikanske sykehjem, hvor hensikten var å undersøke preferanser og karakteristika hos pasienter med hensyn til morgenstell og hvordan helsehjelp gis. De fant at i 40 % av observasjonene ble morgenstell og kommunikasjon med pasientene utelatt. En studie av Malmedal et al. (2014) indikerer at lignende kan være tilfellet også ved norske sykehjem. Her rapporterte to tredjedeler av helsepersonellet om neglisjerte omsorgsbehov, deriblant å unnlate å bade pasienten.

Studier viser at også det å hjelpe pasienten i forbindelse med toalettbesøk er en av oppgavene som ofte utelates (Henderson et al., 2017; Knopp-Sihota et al., 2015; Myhre et al., 2020; Willis et al., 2018; Tou et al., 2020). I studien til Myhre et al. (2020), som ble utført ved norske sykehjem, nevnte avdelingslederne toalettbesøk som et eksempel på situasjoner hvor ansatte neglisjerer pasientens behov. Lederne oppfattet at for å spare tid hendte det at de ansatte valgte å gi pasienten en bleie i stedet for å hjelpe vedkommende på toalettet. Både i studien til Malmedal et al. (2014) og Tou et al. (2020) oppga helsepersonell at de av og til unnlater å skifte bleie på pasienten.

Tre av studiene beskriver manglende oppfølging i forbindelse med mat og måltider (Ericson-Lidman & Strandberg, 2015; Häikiö et al., 2020; Malmedal et al., 2014). I studien til Häikiö et al. (2020) erfarte pårørende at eldre med demens ikke fikk tilstrekkelig hjelp når de skulle spise, og at de derfor valgte å sitte sammen med pasienten under måltider. Støtte til dette finner vi i studien til Malmedal et al. (2014), hvor helsepersonell rapporterte at det å gi mat til pasienten var en av oppgavene som kunne bli utelatt. I studien til Ericson-Lidman og Strandberg (2015) opplevde ansatte i svenske omsorgsboliger at måltidsrutinene gjorde det vanskelig å sørge for individuelt tilpasset ernæring til pasienten.

Kartlegging, risikovurdering og overvåkning av pasienten er essensielle oppgaver knyttet til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov, men også dette er områder som kan bli oversett eller utelatt av helsepersonell. I spørreundersøkelsen til Phelan et al. (2018a) rapporterte sykepleierne at både kartlegging og risikovurdering var oppgaver som ofte ble utelatt i kommunehelsetjenesten, mens overvåkning av pasienten var en av oppgavene som hyppigst ble utelatt av helsepersonellet i studien til Nelson og Flynn (2015). Lignende funn har Norman og Sjetne (2019), som viser at overvåkning av pasienter med forvirring og kognitive svekkelser i sykehjem ofte ble utelatt. I tillegg oppga helsepersonellet i denne studien at overvåkning av pasienter ofte ikke ble utført i tråd med pasientenes behov.

UTELATT HELSEHJELP RELATERT TIL BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og en forutsetning for personsentrert omsorg. Flere av de inkluderte studiene viser imidlertid at helsepersonell kan utelate oppgaver relatert til pasientens medvirkning. Et eksempel finner vi i studien til Ludlow et al. (2020), som undersøkte hvordan ansatte prioriterte helsehjelpen til beboere i eldreinstusjoner i Australia. Her var tendensen at oppgaveorienterte aspekter ved arbeidet ble prioritert fremfor personsentrerte oppgaver. Lavest prioritet hadde

pasientens ønsker når det gjaldt rom, mat, sitteplass og klær (Ludlow et al., 2020). I studien til Norman og Sjetne (2019) fremkommer det også at å gi pasienter i sykehjem tid til å utføre oppgaver selv eller utføre aktiviteter etter deres ønsker ofte ble utelatt. Noen studier viser dessuten at helsepersonell kan unnlate å respondere når pasienten ringer på (Henderson et al., 2017; Neuberg et al., 2017; Norman & Sjetne, 2019).

Reell brukermedvirkning forutsetter også at pasienten får tilstrekkelig informasjon og opplæring for å kunne fatte gode beslutninger relatert til sin egen helse og behandling. Inntrykket er imidlertid at helsepersonellet kan svikte også på disse områdene. Helsepersonell i studiene til Henderson et al. (2017), Nelson og Flynn (2015) og Poghosyan et al. (2017b) rapporterte at opplæring var blant de arbeidsoppgavene som oftest ble liggende ugjort i sykehjem og eldreinstitusjoner. I Sverige fant Klarare et al. (2018) at pasienter og pårørende var lite tilfreds med informasjonen som ble gitt. Dette gjaldt hjemmeboende pasienter som mottok tjenester fra palliative hjemmetjenesteteteam. Både pasienter og pårørende erfarte lite respekt når ikke ansatte ga dem den informasjonen de hadde behov for (Klarare et al., 2018).

UTELATT HELSEHJELP RELATERT TIL ADMINISTRATIVE OPPGAVER

Dokumentasjon av helsehjelp og oppdatering av pasientjournaler er oppgaver som ofte kan bli utelatt av helsepersonell. Dette rapporteres i studier gjennomført i sykehjem i USA (Nelson & Flynn, 2015), Sveits (Zúñiga et al., 2015b) og Norge (Norman & Sjetne, 2019) og i en studie gjort i kommunehelsetjenesten i Irland (Phelan et al., 2018a). Også en av de inkluderte studiene fra Sverige belyser manglende journalføring, men da ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv: Andersson et al. (2018) gransket rapporter om uønskede hendelser i svenske sykehjem, såkalte Lex Maria-rapporter, som legges frem for Inspektionen för vård och omsorg. Her var manglende dokumentasjon en av de hyppigst oppgitte årsakene til uheldige hendelser. Eksempler på dette kunne være manglende dokumentasjon etter at en pasient hadde falt, eller at risiko eller tiltak for å forhindre senere fall ikke var dokumentert i pasientjournalen.

Utelatte oppgaver knyttet til administrering av legemidler belyses i studien til Willis et al. (2018), som ble gjennomført i New Zealand. Ifølge studien førte lav bemanning til at sykepleiere ofte ikke rakk å signere sjekklister når de delte ut legemidler, og ofte fikk de heller ikke tid til å assistere legen i den delen av legemiddelbehandlingen som han hadde ansvar for (Willis et al., 2018).

Oppsummert viser de inkluderte studiene at en rekke typer oppgaver/helsehjelp kan bli utelatt av helsepersonell. Utelatt helsehjelp kan relateres til pasientens grunnleggende behov: fysiske (fysisk aktivitet, hygiene, eliminasjon/toalettbesøk og ernæring), psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Flere har også funnet at helsepersonell kan utelate oppgaver relatert til pasientens medvirkning. Det kan være at helsepersonell unnlater å gi informasjon og opplæring til pasienten og pårørende, eller at pasientens ønsker om for eksempel rom, mat, sitteplass og klær ikke blir tatt hensyn til. Dokumentasjon og oppdatering av planer for helsehjelp utelates også ofte.

MEDVIRKENDE FORHOLD TIL AT HELSEHJELP BLIR UTELATT

FORHOLD RELATERT TIL ORGANISASJONEN

De inkluderte studiene viser at en opplevelse av at det ikke er tid nok til å gjennomføre oppgavene, oppgis som en hovedårsak til at sykepleiere utelater helsehjelp. Opplevelsen av tidspress kan imidlertid handle om ulike forhold ved organiseringen av arbeidet.

TIDEN SOM ER TILMÅLT, DEKKER IKKE PASIENTGRUPPENS BEHOV

Ett av forholdene handler om at den tilmålte tiden ikke synes å dekke pasientgruppens behov. Sykepleierne i studien til Christiansen og Bjørk (2016) opplevde ofte manglende tid i omsorgen for personer med demens eller pasienter i den palliative fasen. Sykepleiere i sykehjem kjente på for liten tid til å skape ro for personer med demens, mens sykepleiere i hjemmesykepleien erfarte at beregnet tidsbruk i vedtak samsvarte dårlig med pasientens individuelle behov og behov for psykososial støtte i den palliative fasen. De opplevde daglig å bli konfrontert med tidsskjemaer som sprakk (Christiansen & Bjørk, 2016). Andre studier viser også at sykepleiere i demensomsorg opplever at tiden som er beregnet, begrenser muligheten til å utføre oppgaver i tråd med personsentrert filosofi (Ericson-Lidman et al., 2014) eller fører til umulige prioriteringer mellom pasienter og mellom oppgaver og pasienter (Ericson-Lidman et al., 2013). I andre tilfeller kan det gjelde tiden som er tilmålt til spesielle oppgaver. For eksempel viser Ericson-Lidman og Strandberg (2015) at tidspunkt og varighet på måltider gjorde det vanskelig for sykepleiere å sørge for individuelt tilpasset ernæring til sykehjemspasienter. Sykepleiere opplever også at tiden er utilstrekkelig i møte med eldre som er ensomme. Dette gjelder både i sykehus og i eldreomsorg i kommunene. Den eksistensielle omsorgen krever både tid og energi og utfordres særlig i situasjoner hvor eldre uttrykker ønske om å dø (Sundström et al., 2018). I sykehjem står stadig sykepleiere i prioriteringsdilemmaet mellom akutte medisinske behov og pasientenes behov for helhetlig omsorg (Slettebø et al., 2010).

Sykepleiere kan også oppfatte at faglige retningslinjer styrer tiden som skal brukes på oppgaver, uten at de nødvendigvis oppfattes som praktiske eller relevante for den aktuelle pasientgruppen eller den enkelte pasienten. Sykepleierne i studien til Åhlin et al. (2014), som jobbet i omsorgsboliger for eldre med demens og utviklingshemninger, uttrykte stor frustrasjon over retningslinjer som gjorde det vanskelig å prioritere medvirkning og individuell tilpasning for pasientene.

TIDEN BRUKES PÅ OPPGAVER SOM IKKE ER PASIENTRELATERT

I tillegg til at tiden kan oppleves som lite differensiert med tanke på pasientenes behov, erfarer sykepleiere at de bruker mye tid på oppgaver de ikke synes er pasientrelaterte. En av sykepleierne hos Åhlin et al. (2014) gikk så langt som å si at de fint kunne ha drevet avdelingen uten pasienter. Retningslinjene krevde omfattende dokumentasjon, og sykepleierne mente at de ofte brukte unødige mye tid på å løse tekniske eller digitale problemer, eller at de manglet datautstyr eller kompetanse. I tillegg følte de at det de brukte mest tid på, var å dokumentere at arbeid var utført. Selv om de var enige i at dokumentasjon er viktig for å kvalitetssikre helsehjelpen, opplevde de at dette stjal tid som burde vært brukt på pasientene (Åhlin et al., 2014). Administrative oppgaver

beskrives som en byrde og noe som tar oppmerksomhet vekk fra pasienten også av andre. Prøvetakinger, kartlegginger og utfyllinger av skjema gis som eksempler i tillegg til dokumentasjon generelt (Poghosyan et al., 2017b). Sykepleierne i studien til Christiansen og Bjørk (2016) opplevde også at de daglig brukte tid på oppgaver de ikke var utdannet for eller hadde ansvar for, som smøring av brødsriver, ta oppvask og løpe mellom avdelinger med beskjeder og bestillinger.

TIDEN STREKKER IKKE TIL NÅR OPPGAVENE INTENSIVERES

Sykepleiere rapporterer at økning i arbeidsoppgaver eller arbeidsbelastning er en betydelig årsak til at helsehjelp utelates. I en spørreundersøkelse blant sykepleiere i ulike settinger, både sykehus og kommune, fremkommer det særlige utfordringer når økningen skjer brått eller er uventet (Willis et al., 2015). Det kan dreie seg om at antall pasienter som skal ivaretas, øker, at pasienters helsetilstand plutselig forverres, eller at behov endres og fører til økt pleietyngde (Tou et al., 2020). Dette er forhold som sykepleiere har liten kontroll over, og som må håndteres med ressursene som er til rådighet. Sammen med økte effektivitetskrav i form av at oppgaver stadig forventes utført på kortere tid, fører dette til at sykepleiere føler seg tvunget til å bortprioritere noen oppgaver (Willis et al., 2018; Willis et al., 2015). Ifølge Willis et al. (2015) kan derfor utelatt helsehjelp fungere som et barometer på arbeidsintensivering.

Arbeidsintensivering kan også være mer situasjonsrelatert og kortvarig. Henderson et al. (2017) fant at oppgaver som ikke var planlagt eller ble oppfattet som tilleggsoppgaver, som det å «ta klokker» og gi rask hjelp til toalettbesøk, var de vanligste oppgavene sykepleierne i institusjoner for eldre forsømte. Ifølge forfatterne indikerer funnet at systemet mangler buffere eller tar høyde for oppgaver som ikke direkte påvirker pasientens kliniske tilstand. De konkluderer med at organiseringen av eldreomsorgen ikke gjør det mulig å gjennomføre alle oppgaver, og knytter dette til økt pleietyngde og for lav bemanning (Henderson et al., 2017). Dette er sammenfallende med budskapet i studien til Phelan et al. (2018b), som påpeker misforholdet mellom oppgaveintensivering og utilstrekkelig personellressurs.

TIDEN STREKKER IKKE TIL FORDI DET ER FOR FÅ PERSONER TIL Å UTFØRE OPPGAVENE

Utilstrekkelig bemanning er en tilbakevendende tematikk i de inkluderte studiene. Nelson (2017) viser at utelatt helsehjelp i irske sykehjem er signifikant relatert til flere parameter som angår bemanningen av pleiepersonell, deriblant antall pleiere på vakt. I dette avhandlingsarbeidet bestod utvalget av hjelpepleiere og assistenter, og det var antall hjelpepleiere på vakt som samvarierte med utelatte oppgaver. I en undersøkelse som inkluderte både sykepleiere, hjelpepleiere og ufaglærte i 16 norske sykehjem, fant Malmedal et al. (2014) sammenheng mellom neglisjert omsorg og ansattes oppfatning av lav bemanning. I England fant Senek et al. (2020) at utelatt helsehjelp i sykehjem og hjemmetjenester hadde sammenheng med sykepleiebemanningen. Jo færre sykepleiere som var på vakt, jo høyere var forekomsten av utelatte oppgaver. Erfaringen med at det er for få sykepleiere på vakt, rapporteres i flere studier (Blackman et al., 2020; Kjøs & Havig, 2016; Willis et al., 2018). Senek et al. (2020) påpeker samtidig at det er en utfordring at det ikke foreligger kunnskap som gjør det mulig å beregne hensiktsmessig sykepleiebemanning i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne studien fant også at det var færre utelatte oppgaver på nattskift sammenlignet med dagskift, hvilket

kunne forklares med at oppgavene på natt også var færre, selv om bemanningen var relativt lavere (Senek et al., 2020). Blackman et al. (2020) viser imidlertid til forsøk på beregninger av tilstrekkelig bemanning og påpeker at antall pleiere i australske eldreinstitutioner kun dekker litt over halvparten av timene som er nødvendig for å dekke pasientpopulasjonens behov.

Noen studier har funnet at utelatt helsehjelp kan knyttes til om tjenesten er offentlig eller privateid, og organisert som «for-profit» eller «non-profit» (Henderson et al., 2018; Henderson et al., 2017). De refererte studiene ble foretatt i Australia og fant at institusjonell eldreomsorg drevet av det offentlige rapporterte om mindre utelatt helsehjelp enn privateid. Dette forklares med lavere bemanningsnivå i privateide institusjoner, spesielt de som er basert på «for-profit». Blackman et al. (2020) viser derimot at forekomsten av utelatt helsehjelp var størst i små og offentlig drevne institusjoner i Australia.

I en norsk studie av 40 sykehjemsavdelinger fant Kjøs og Havig (2016) også sammenhenger mellom bemanning og oppgaver utført både i forhold til å aktivisere pasientene og til generelle pleieaktiviteter. Sammenhengene var imidlertid ikke entydige, og den totale bemanningen påvirket ikke andelen oppgaver som ble utført. Funnene viste derimot at høyere sykepleieandel var negativt assosiert med oppgaver som aktiviserte pasientene, mens høyere andel hjelpepleiere var negativt assosiert med både aktiviserende oppgaver og generell pleie. Studien påpeker kompleksiteten i sammenhengene og at bemanning i form av antall personer på jobb ikke kan forklare hele bildet.

Dette understøttes av studier foretatt i sveitsiske sykehjem (Zúñiga et al., 2015a, 2015b), som undersøkte forholdet mellom bemanning og rasjonering av oppgaver. De fant at pleiernes opplevelse av utilstrekkelig bemanning hadde en signifikant sammenheng med utelatelse eller rasjonering av oppgaver, mens faktisk bemanning ikke hadde det. Tou et al. (2020) har gjort lignende funn blant pleiemedhjelpere i sykehjem i Taiwan: Pleiere som oppfattet at bemanningen var for lav, utelot oftere oppgaver enn pleiere som oppfattet at bemanningen var tilstrekkelig.

Forholdet mellom bemanning og utelatt helsehjelp nyanseres i flere av studiene, og bemanningens sammensetning er ett av forholdene som tematiseres.

TIDEN STREKKER IKKE TIL FORDI KOMPETANSEN VARIERER I PERSONALGRUPPEN

Kompetanse og ansvarsforhold varierer mellom pleierne som yter helsehjelp i sykehjem og hjemmetjenester, og påvirker hvilke oppgaver de enkelte pleierne prioriterer. Studier viser ofte til mangel på sykepleiekompetanse (Slettebø et al., 2010; Willis et al., 2018). For eksempel viser Willis et al. (2018) til at knapphet på sykepleiere medførte både flere oppgaver og mer ansvar på sykepleierne som fantes. De opplevde ofte at prioritering av oppgaver ble gjort under tidspress, og at utelatte oppgaver kunne true pasientenes sikkerhet. De hadde i tillegg få personer å diskutere sykepleiefaglige problemstillinger og rådføre seg med og måtte steppe inn når det oppstod hull i turnusen. Resultatet var at de følte seg overarbeidet og hadde lettere for å overse oppgaver de hadde ansvar for (Willis et al., 2018). Sykepleierne i studien til Hegney et al. (2019) uttrykte også misnøye med at de ofte arbeidet med mange uerfarne medarbeidere som manglet nødvendig kompetanse. De mente at det resulterte i vilkårlig beslutningstaking og mange ad hoc-løsninger. Lav sykepleiebemanning krever dessuten at samhandlingen er god mellom sykepleiere og øvrige pleiepersonell. Willis et al. (2015) fant at

kommunikasjonssvikt mellom sykepleiere og assistenter var en signifikant medvirkende faktor til utelatt helsehjelp. Hjelpepleiere og assistenter har også oppgitt at de mangler nødvendig tilgang på sykepleiere for bistand i vurdering av kliniske situasjoner og som mottakere av observasjonene de gjør (Blackman et al., 2020).

Betydningen av tilstrekkelig sykepleiekompetanse understrekes i de fleste publikasjonene, men høy sykepleieandel i personalgruppen utelukker heller ikke at oppgaver utelates. Selv om andelen sykepleiere er betydelig høyere i norske sykehjem enn i de fleste andre land, fant Kjøs og Havig (2016) at høy sykepleieandel predikerte færre aktiviseringstiltak for sykepleiebeboere. En mulig forklaring kan være at sykepleiere kan være opplært til større oppmerksomhet på medisinske aspekter ved helsehjelp enn på daglig aktivitet. Et annet forhold som kan ha innvirkning, er at den positive effekten av en høy sykepleieandel kan avta etter å ha nådd et visst nivå (Kjøs & Havig, 2016).

GODT ARBEIDSMILJØ ER GRUNNLEGGENDE FOR ORGANISERING OG FORVALTNING AV TID

Arbeidsmiljø og opplevelse av teamarbeid synes å ha stor betydning for om helsehjelp utelates eller ikke. Song et al. (2020) undersøkte pleiemedhjelperes tilbøyelighet til å utelate oppgaver i kanadiske sykehjem og fant lavere tendens til utelatte oppgaver i avdelinger som var fleksible når det gjelder bemanning og bruk av tid. Forfatterne viser til at ansattes opplevelse av bemanning og tidsressurs er svært viktig, og at opplevelsen er påvirkelig. Om arbeidet organiseres slik at ressursene kontinuerlig kan tilpasses pasientsammensetningen, virker det som en «slakk» i organisasjonen – man har noe å gå på. Dette fordrer at ledere er oppmerksomme på mulighetsrommet, og at arbeidsmiljøet er preget av samarbeid (Song et al., 2020). Forfatterne oppgir at pleierne på disse avdelingene syntes å ha en høyere sosial kapital, for eksempel gjennom god kommunikasjon og effektiv informasjonsdeling, men poengterer at mekanismene ikke er godt nok forstått og krever mer utforskning (Song et al., 2020). En annen studie av kanadiske sykehjem fant også færre forsømte oppgaver i det som karakteriseres som godt organiserte arbeidsmiljø eller kontekster (Knopp-Sihota et al., 2015). Vurderingen av om hvorvidt arbeidsmiljøet var godt organisert eller ikke, ble gjort ved hjelp av et instrument med dimensjonene ledelse, kultur, evaluering, sosial kapital, organisatorisk «slakk» (bemanning, rom, tid), formell/uformell interaksjon og strukturelle ressurser¹.

Andre studier har også funnet at godt teamarbeid og sikkerhetsklime bedrer tjenestekvalitet og modererer forekomsten av utelatt helsehjelp (Blackman et al., 2020; Zúñiga et al., 2015a, 2015b). Zúñiga et al. (2015a) forklarer dette med at pleiere som har evnen til å samarbeide som et team, en felles forståelse for hva som er god helsehjelp, en tydelig oppgavefordeling og en åpen kommunikasjon, takler høy arbeidsbelastning bedre enn team som er mindre velfungerende. Om pleiere derimot erfarer konflikter på jobb og lav anerkjennelse i miljøet, øker sannsynligheten for uhensiktsmessig håndtering av stress når arbeidsbelastningen blir stor. Rasjonering eller utelattelse av oppgaver kan da bli den enkleste måten å takle stressende situasjoner på (Zúñiga et al., 2015b).

Dette støttes av en dansk studie som viser at pleiere i kommunal eldreomsorg som opplevde mobbing på arbeidsplassen, rapporterte mer utelatt helsehjelp enn de som

¹ Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Hayduk, L. A., Cummings, G. G. & Norton, P. G. (2011). Advancing the argument for validity of the Alberta Context Tool with healthcare aides in residential long-term care. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 107. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-107>

ikke ble mobbet (Hogh et al., 2018). Sammenhengen blir forklart med at den som utsettes for mobbing, kan mangle den nødvendige støtten fra kollegaer som gjør det mulig å be om assistanse eller veiledning når situasjoner krever det. Den som mobbes, får en følelse av å være overlatt til seg selv i utførelsen av arbeidet, noe som igjen kan øke opplevelsen av at oppgaver blir utelatt, enten det er reelt eller ikke (Hogh et al., 2018).

STYRING OG LEDELSE AV TIDSBRUK

Mens Zúñiga et al. (2015a) fant at ledelse ikke hadde sammenheng med kvalitet på helsehjelpen, viser andre at ledelse og styring har stor betydning for ansattes prioritering av tid og erfaringer med utelatte oppgaver. I studien til Song et al. (2020) ble nettopp ledelse oppgitt som en av faktorene som bidrar til et gunstig arbeidsmiljø, og kan medvirke til redusert forekomst av utelatt helsehjelp.

I en etnografisk studie i et kanadisk sykehjem fant DeForge et al. (2011) at ansatte opplevde en utpreget top-down-styring som både gjorde dem «ute av stand» til å gi omsorg og «redde» for å gi omsorg. Pleierne opplevde at de ble en del av en adlydende kultur der regelverk og målstyring gjorde det vanskelig å gå utenfor rammene for å gi mer relasjonell og individorientert omsorg. Dette førte til at de i stor grad prioriterte tid på den fysiske pleien som de ble målt på, og som hadde dokumentasjonskrav. Flere studier viser også at helsearbeidere opplever at ledelsen ikke lytter til eller responderer på deres bekymringsmeldinger om at det er for få ressurser og for lav bemanning til å yte god omsorg (Blackman et al., 2020; Willis et al., 2018). Hegney et al. (2019) ser i sin studie en direkte sammenheng mellom rasjonering av oppgaver, pasientsikkerhet og ledere som ikke er oppmerksomme på ansattes arbeidsbelastning eller involverer dem i beslutningsprosesser.

Oppsummert viser publikasjonene at tidspress relatert til organisering av helsehjelp oppgis som en hovedårsak til at sykepleiere og andre helsearbeidere utelater oppgaver. Tidspress oppleves når tilmålt tid ikke dekker pasientgruppens behov, når tiden må brukes på andre oppgaver enn det som oppfattes som direkte pasientrelatert, når arbeidsmengden intensiveres fordi antall pasienter øker eller deres helsetilstand forverres, når bemanningen oppleves å være for lav eller kompetansen er utilstrekkelig, når arbeidsmiljøet ikke gir rom for fleksibilitet og samarbeid, og når ledelsen ikke anerkjenner eller inkluderer ansatte i beslutninger om prioritering. Generelt er det et misforhold mellom oppgavene som skal utføres, og ressursene som er til rådighet. Det hevdes at utelatt helsehjelp kan fungere som et barometer på arbeidsintensivering, men sammenhengene er trolig mer komplekse. Hvorvidt bemanningen oppleves å være tilstrekkelig eller ikke, kan for eksempel være mer utslagsgivende enn faktisk bemanning. Det ser også ut til å være en sterk vekselvirkning mellom hvor godt arbeidsmiljøet er organisert, og tendensen til å bortprioritere oppgaver.

FORHOLD RELATERT TIL HELSEPERSONELLET

Karakteristika ved helsepersonell som kan medvirke til at helsehjelp utelates, rapporteres i flere av de inkluderte studiene. Det angår egenskaper som alder, erfaring og kompetanse samt mestringsstrategier på individnivå eller egenskaper ved kulturen på gruppenivå. En irsk studie blant sykepleiere og andre helsearbeidere i kommunehelsetjenesten fant at forekomst av utelatt helsehjelp hadde sammenheng

med ansattes alder, erfaring og om de hadde ubetalt tilleggsarbeid (Phelan et al., 2018a). Yngre alder predikerte at visse oppgaver oftere ble utelatt, men den sterkeste sammenhengen, som gjaldt for alle oppgaver som ble undersøkt i studien, gjaldt pleiere som hadde mindre enn fem års erfaring. Når det gjaldt kompetanse, var det kun rapportskrivning som oftere ble utelatt hos de som hadde minst utdanning. Denne studien fant også at pleiere som arbeidet mer enn 39 timer per uke (ulønnet), var minst tilbøyelig til å utelate oppgaver som angikk opplæring og veiledning (Phelan et al., 2018a). Blant pleiemedhjelpere i kanadiske sykehjem fant Knopp-Sihota et al. (2015) sammenheng mellom opplevelse av stress og hastverk og oppgaver som ble utelatt. Mer opplevelse av stress og hastverk hadde sammenheng med ung alder, arbeid på dagtid og arbeid i små og rurale sykehjem. Disse pleierne rapporterte også om mer utmattelse, kynisme, lavere jobbtilfredshet og mestringssevne og dårligere helse, både fysisk og psykisk. Selv om sammenhengene var signifikante, poengterer forfatterne at de individuelle faktorene hadde små effekter sammenlignet med effekten av kontekstuelle forhold i organisasjonen (Knopp-Sihota et al., 2015). Malmedal et al. (2014) fant ikke sammenheng mellom alder og utdanning og neglisjerte oppgaver blant pleiere i norske sykehjem. Derimot hadde jobbtilfredshet en signifikant innvirkning. Dette viser også avhandlingsarbeidet til Nelson (2017), der tilfredsheten med teamarbeidet hadde en invers effekt på utelatt helsehjelp. Nelson (2017) fant i tillegg at det å arbeide overtid (mer enn tolv timer overtid de siste tre månedene) predikerte utelatte oppgaver. I studien til Poghosyan et al. (2017b) ble godt samarbeidsklima mellom sykepleiere og leger også funnet som motvirkende til at oppgaver ble utelatt.

Sammenhenger mellom emosjonell utmattelse/utbrenthet og kvaliteten på omsorg i kroatisk sykehjem ble studert av Neuberg et al. (2017). Funnene viste en betydelig forekomst av utelatte oppgaver eller ignorering av behov hos pasientene som hadde sammenheng med nivå av utbrenthet hos pleierne. Neuberg et al. (2017) fant ellers at kurs og opplæring i pleie og omsorg for eldre reduserte sannsynligheten for utvikling av utbrenthet hos pleierne. Zúñiga et al. (2015a) fant i sin studie at pleierne mente at den negative effekten som stress og arbeidsbelastning hadde på forekomst av utelatt helsehjelp, ble redusert når de fikk mulighet til å forberede seg og om de reduserte tiden de brukte på dokumentasjon. En annen studie av Zúñiga et al. (2015b) viste at stress på grunn av arbeidsbelastning og opplevelse av underbemanning hadde størst innvirkning på rasjonering av tid til dokumentasjon, mens stress som følge av konflikter i arbeidsmiljøet og mangel på anerkjennelse førte til mer neglisjering av sosiale omsorgsbehov hos pasientene. Turnover blant ansatte hadde ingen statistisk effekt på forekomsten utelatte oppgaver (Zúñiga et al., 2015a, 2015b).

Utelatt helsehjelp knyttes også til hvordan helsearbeidere tenker når de prioriterer oppgavene. Ludlow et al. (2020) fant fire områder som pleiere i australske institusjoner for eldre prioriterte etter: klinisk pleie, daglige aktiviteter, humanistiske verdier og helhetlig omsorg. Hvilke områder som fikk forrang, ble påvirket av ansattes bakgrunn/ utdanning og rolleforståelse. Helsehjelp som ble oppfattet å være utenfor den enkeltes definerte ansvar, fikk lav prioritet. Generelt var tendensen at ansatte prioriterte konkrete pleieoppgaver fremfor personorientert omsorg. Studien viste også at pasientens medbestemmelse var en verdi som ofte måtte vike i prioriteringen, uavhengig av hvilken rolle de ansatte opplevde å ha (Ludlow et al., 2020).

Sammenhenger mellom optimistisk tenkning, tilfredshet med livet og jobben og forekomsten av utelatt helsehjelp er også studert (Jaworski et al., 2020). Funnene viste at sykepleiere i den «pessimistiske» gruppen hadde høyere sannsynlighet for å rasjonere helsehjelp enn de som tilhørte den «optimistiske». Dette gjaldt imidlertid et utvalg

bestående av sykepleiere ansatt i både sykehus og kommune. Omtrent 14 % av utvalget på 1010 sykepleiere jobbet i kommunehelsetjenesten.

Oppsummert viser publikasjonene at helsepersonells alder, erfaring og kompetanse samt mestringsstrategier på individ- eller gruppenivå kan assosieres med utelatt helsehjelp. Funnene er ikke konsise. Mens noen finner at ung alder hos pleiere øker sannsynlighet for at oppgaver blir utelatt, finner andre at kort yrkeserfaring har større betydning. Helsepersonells utdanning og rolleforståelse legger også føringer for hvilke oppgaver som blir prioritert. Opplevelse av stress, utbrenthet og dårlig helse blant personalet ser ut til å øke forekomsten av utelatt helsehjelp, mens optimistisk tenkning, tilfredshet med livet og jobben kan virke motsatt. Det påpekes at de individuelle faktorene må ses i sammenheng med de kontekstuelle faktorene, kulturen de ansatte jobber i, og forhold i organisasjonen.

FORHOLD RELATERT TIL PASIENTENE

De inkluderte studiene viser at utelatt helsehjelp også kan forbindes med forhold som har med pasientene å gjøre. Det mest konsistente funnet til Malmedal et al. (2014) var at aggresjon hos sykehjemspasientene økte sannsynligheten for inadekvat omsorg, inkludert neglisjering av behov hos pasientene. De fant at ulike typer konflikter, om de var relatert til omsorgsaktiviteten eller ikke, økte risikoen for at både emosjonelt dårlig omsorg og neglisjering inntraff. Funnet må imidlertid tolkes i lys av at det er et interaktivt forhold mellom aggresjon hos pasienter og inadekvat omsorg. På den ene siden kan atferdsforstyrrelser være en direkte konsekvens av pleiernes atferd, mens inadekvat omsorg også kan være pleiernes respons på pasientenes aggresjon på den andre siden (Malmedal et al., 2014). Forfatterne understreker at håndtering av aggresjon hos pasienter er noe av det helsearbeidene synes er mest utfordrende og skremmende.

Andre studier har funn som tilsier at hjelpebehov hos pasientene eller pleietyngde kan være medvirkende. For eksempel observerte Simmons et al. (2012) at sykehjemspasienter ikke fikk morgenstell, eller fikk morgenstell som var mangelfull, inkludert manglende kommunikasjon mellom pleieren og pasienten om stellet. Observasjonene dekket et utvalg på 169 pasienter. Pasienter som pleierne vurderte som de mest fysisk pleietrengende, og som krevde to pleiere, hadde større sannsynlighet for å ikke få morgenstell. Forskerne fant ingen dokumentasjon på at det eventuelt var et ønske fra pasienten å ligge lenge eller avstå morgenstellet. Pleierne oppgav også at det var problemer med utfordrende atferd og aggresjon hos omtrent 45 % av pasientene i utvalget. Analysene viste imidlertid ingen sammenheng mellom disse problemene og manglende morgenstell. Selv om oppgaver ble utelatt, forholdt pasientenes preferanser seg stabile, og klager eller forespørsel om mer hjelp var sjeldne (Simmons et al., 2012).

Nedsatt mobilitet hos sykehjemspasienter kan også føre til at de i mindre grad omfattes av fysiske og sosiale aktiviteter (Kjøs & Havig, 2016). Forfatterne antyder ulike forklaringer, som at lav mobilitet hos pasientene kan innebære at pleierne må bruke forholdsvis mer tid på generelle pleieoppgaver, at sykehjem tradisjonelt tilbyr flere aktiviteter for pasienter som er mer mobile, eller at pasienter som er immobile, også kan være mindre motivert for aktiviteter (Kjøs & Havig, 2016).

Pleietyngden i sykehjem er et vesentlig forhold som sykepleiere mener har endret seg gjennom årene, og som i stor grad fører til at oppgaver utelates. Mens pasienter i sykehjem tidligere var skrøpelige og i stor grad sengeliggende, er pasientene nå eldre og har mer komplekse medisinske tilstander, og flere har demens og psykiatriske diagnoser

som også medfører atferdsproblematikk (Henderson et al., 2017). Sykepleierne mente at endringene i stor grad kunne ses som en følge av reduserte sykehusinnleggelses, tidlig utskrivningspraksis og forsinkelser i tildeling av sykehjems plass (Henderson et al., 2017).

Når det gjelder umøtte behov hos pasienter i sykehjem, fant van den Brink et al. (2018) at sykepleiere og pasienter har ulike oppfatninger, men at depresjon, angst og mindre avhengighet av helsehjelp blant pasientene var de viktigste medvirkende forholdene til at behov ikke ble møtt. For å redusere faren for at pasientenes behov ikke møtes og helsehjelp utelates, er det nødvendig med bedre dialog mellom partene. Dette krever at sykepleiere kan kommunisere og samhandle godt med pasientene (van den Brink et al., 2018).

Oppsummert viser publikasjonene at hjelpebehov, pleietyngde og utfordrende atferd hos pasientene kan medvirke til at helsehjelp utelates. Aggresjon og atferdsforstyrrelser hos pasienter ser ut til å øke forekomsten av inadekvat omsorg og neglisjering av behov. Immobilitet og store fysiske hjelpebehov som krever bistand fra flere pleiere, gir også økt sannsynlighet for at oppgaver og aktiviteter utelates. Samtidig vises det til at pasienter som er mindre avhengige av helsehjelp eller har psykiske lidelser som angst og depresjon, også risikerer forsømmelser. Det henvises til at pleietyngden i sykehjem er vesentlig endret gjennom årene. Mens pasientene tidligere var skrøpelige og i stor grad sengeliggende, er pasientene nå eldre og har mer komplekse medisinske tilstander, og flere har demens og psykiatriske diagnoser. Reduksjon i sykehusinnleggelses, tidlig utskrivningspraksis og forsinkelser i tildeling av institusjonsplass er medvirkende til økt oppgavepress i den kommunale konteksten.

MULIGE KONSEKVENSER AV UTELATT HELSEHJELP

KONSEKVENSER FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE

De ni inkluderte studiene i denne kategorien er i all hovedsak kvalitative studier der det har blitt gjennomført intervjuer av helsepersonell som innehar ulike funksjoner i tjenestene. De fleste av studiene, to tredjedeler, har sin opprinnelse i Sverige.

En åpenbar konsekvens ved utelatt helsehjelp er at pasienter ikke får dekket sitt behov for hjelp. Umøtte behov kan vi se på en rekke områder. De inkluderte studiene viser at det i hovedsak er personalets perspektiv på konsekvenser hos pasientene som gjengis. Færre har undersøkt pasienters eller pårørendes egne erfaringer.

Henderson et al. (2018) beskriver at pasienter ikke får hjelp i tide, noe som i denne studien betyr at de ikke får svar innen fem minutter etter at de har ringt på, eller ikke får komme på toalettet innen fem minutter etter at de har uttrykt behov for det. Den samme studien viser også manglende muligheter for pasientene til å opprettholde sosial kontakt (Henderson et al., 2018). En studie av Nelson og Flynn (2015) finner at de mest vanlige utelatte oppgavene med konsekvenser for pasientene er det å kunne snakke med og trøste pasientene, utarbeide og oppdatere pleieplaner, undervise pasientene og deres familier, dokumentasjon av tjenestene og pasientovervåkning. Pasientenes sikkerhet problematiseres i flere av studiene, og det gis eksempler på at pasientene verken får riktig nivå av helsehjelp eller ivaretas av personell med tilstrekkelig kompetanse (Willis et al., 2018). I studien til Neuberg et al. (2017) vises det til konsekvenser som at pasienter ikke får skiftet stilling for å forebygge trykksår,

eller de ignoreres når de forsøker å tilkalle hjelp. Umøtte behov for å samtale om eksistensielle forhold som meningen med livet, døden, skyld og skam trekkes også frem (Sundström et al., 2018).

Utelatt helsehjelp kan medføre at omsorgen i mindre grad blir personsentrert, og at interaksjonen med pårørende utfordres (Ericson-Lidman et al., 2014; Ericson-Lidman & Strandberg, 2015). Det kan bli vanskeligere å skape god dialog eller presentere problemer på en forståelig måte, og noen ganger blir sannheten omgått for å beskytte pasienten (Ericson-Lidman et al., 2014). Det gis også eksempler på at personalet inngår avtaler med pårørende for å unngå frustrasjon og stress for beboerne, eksempelvis å fjerne muligheten til å ringe ved å ta ut kontakten på telefonen fordi beboeren ikke skjønner hvor stemmen kommer fra, blir urolig og ønsker å dra hjem (Ericson-Lidman et al., 2014). I andre tilfeller kan utelatt helsehjelp til pasienten føre til at pårørende opplever at de må presse på eller passe på for at hjelpen skal bli tilstrekkelig. Häikiö et al. (2020) fant at pårørende til personer med demens benyttet ulike strategier som en respons på suboptimale tjenester: Strategiene bestod i å være «navet i hjulet» eller å få «hjulene til å rulle». Strategiene ble benyttet både for å komme i kontakt med ulike tjenester samt å skreddersy tjenester for pasientene og for å forbedre eller øke volumet på tjenestene som ble gitt.

Klarare et al. (2018) rapporterer fra pasienters og pårørendes perspektiv i en studie som omhandler hjemmebasert palliasjon. Pasienter og pårørende beskrev en rekke kritiske situasjoner der de opplevde at behovene deres ikke ble møtt. Dette gjaldt særlig behov for informasjon, tilbakemelding og forutsigbarhet. Konsekvensene de kjente på, var manglende respekt og at de ikke ble lyttet til.

Oppsummert viser publikasjonene at utelatt helsehjelp fører til umøtte behov hos pasienter og pårørende. De umøtte behovene gjelder en rekke områder: grunnleggende fysiske behov, som eliminasjon, ernæring og hygiene; psykososiale og eksistensielle behov, som kontakt, trøst og respekt; behov for sikkerhet og medisinsk overvåkning; behov for informasjon, opplæring og veiledning. Noen av de utelatte oppgavene har en direkte og umiddelbar konsekvens, mens andre har mer indirekte følger eller konsekvenser på sikt. For eksempel kan utelatt dokumentasjon forhindre viktig informasjonsutveksling som enten kan lede til mer utelatt helsehjelp eller true pasientsikkerheten. Utelatt helsehjelp kan også omfatte pårørende og føre til at de føler seg holdt utenfor. I andre tilfeller kan utelatt helsehjelp til pasienten føre til at pårørende opplever at de må presse på eller passe på for at hjelpen skal bli tilstrekkelig.

KONSEKVENSER FOR HELSEPERSONELLET

Ni av de inkluderte studiene viser det vi har kategorisert som konsekvenser for helsepersonellet. Studier viser at helsepersonell sliter med en følelse av tilkortkommenhet og dårlig samvittighet i vanskelige situasjoner. Eksempelvis blir personalet dratt mellom pasientenes ulike behov og må prioritere å hjelpe noen pasienter fremfor andre eller klarer ikke å opprettholde ernæringsstatusen til pasientene (Ericson-Lidman et al., 2014; Ericson-Lidman et al., 2013; Ericson-Lidman & Strandberg, 2015).

En studie beskriver innføring av et nasjonalt bemanningsprogram, Care Capacity Demand Management (CCDM), der bemanningen ses i forhold til pasientenes tilstand og behov (Willis et al., 2018). Programmet innebærer at helsepersonellet på vakter blir flyttet til avdelinger som har pasienter som krever ytterligere bemanning,

men personellet opplever at disse turnusene gir for lav bemanning, feil bemanning og ikke er tilrettelagt for kontinuitet i omsorgen, og mener at de slik sett svekker pasientsikkerheten. Ved stadig å få endret arbeidssted opplever personalet at de ikke får diskutert faglige spørsmål med kompetente/erfarne kollegaer, det føles vanskelig og stressende for personen som blir overført, samtidig som de er ukjente med både avdelingen, de andre ansatte og pasientene / de pårørende. Personalet erfarer også at de arbeider overtid uten å få betalt for det (Willis et al., 2018). En norsk studie av Christiansen og Bjørk (2016) viser at opplevelse av tidspress blant sykepleiere erfares som en utfordring for godt arbeid. Det samme gjelder studien til Sundström et al. (2018), der helsepersonell opplever det som utfordrende ikke å ha tid og ressurser til å snakke med de eldre pasientene om eksistensielle forhold.

Åhlin et al. (2014) viser at flere veiledere og retningslinjer som brukes i arbeidet med å sikre kvalitet i helse- og omsorgstjenester, gir ulike signaler om og kommandoer for hva som skal prioriteres av oppgaver for omsorgsarbeiderne i det daglige arbeidet i avdelingen og med pasientene. Omsorgsarbeiderne opplever at bruken av veilederne og retningslinjene er styrt ovenfra og dårlig forankret på arbeidsplassen. Omsorgsarbeiderne erfarer også at verktøyene ikke er brukervennlige, og stjeler av tiden de skulle hatt sammen med pasientene (Åhlin et al., 2014).

En annen studie av Åhlin et al. (2017) viser at nedbemanning og omorganisering oppleves å forverre arbeidsforholdene til omsorgsarbeidere og har negativ påvirkning på deres helse både fysisk og psykisk. Omsorgsarbeiderne erfarer også at økonomi «trumfer» humanistiske verdier i nedbemanningstider, noe som hadde en negativ påvirkning på deres velbefinnende og påfølgende omsorgskvalitet. Omsorgsarbeiderne erfarte også at nedbemanning og omorganisering påvirket deres samarbeid med andre ved at de ikke greide å følge sin egen samvittighet. Det å oppleve å komme til kort og samtidig erfare at andre gjorde det samme, følte dobbelt galt (Åhlin et al., 2017). Utbrenthetssyndrom ses både som en medvirkende årsak til utelatt helsehjelp og som en konsekvens (Neuberg et al., 2017)

Oppsummert viser publikasjonene at konsekvenser for helsepersonellet kan være direkte knyttet til personen ved at de får dårlig samvittighet, eller de sliter med utbrenthetssyndrom. En annen konsekvens er indirekte faktorer som går på organiseringen av tjenestene, endring av vaktplaner, bytte av kollegaer, nedbemanning og omorganisering av avdelinger som gir stress, og en følelse av tilkortkommenhet. Innføring av verktøy som er dårlig forankret på arbeidsplassen, oppleves som en tidstyv for arbeid med pasientene.

KONSEKVENSER FOR ORGANISASJONEN OG SAMFUNNET

Fire av de inkluderte studiene omtaler det som kan kategoriseres som konsekvenser for organisasjonen og samfunnet.

En studie viser at utelatte oppgaver er en underidentifisert tematikk på lokalt/kommunalt nivå i Irland (Phelan et al., 2018b). Tre områder ble identifisert: 1) manglende nasjonal ledelse/styring på utviklingen av fagdisiplinen, 2) rolleutfordringer innen lokal omsorgstjeneste og 3) behov for en reform for å imøtekomme og skreddersy løsninger, ledelse og retningsbestemmelse av omsorgen/tjenesten. Manglende styring på disse områdene innebærer at tjenestene ikke er bærekraftige. Det som tidligere ble håndtert av tjenester lokalt med en generell kompetanse, krever nå mer spesialiserte tjenester/roller for å imøtekomme andre krav og økte omsorgsbehov i befolkningen på

lokalt plan (Phelan et al., 2018b). En studie fra Kroatia viser at en harmonisering av utdanningskrav i landet med europeiske standarder (EU-direktiver) har ført til at andre disipliner enn de rent biomedisinske har fått plass i omsorgsutdanningene og gitt et økt søkelys på og doblet undervisningstidene for eksempel for vold og mishandling blant eldre (Neuberg et al., 2017).

Studien til Willis et al. (2018) viser at det er innført systemer på nasjonalt plan for å imøtekomme behov på avdelinger som trenger økning eller endring i personalsituasjonen for å håndtere akutte endringer i omsorgsbehovene i pasientgruppen. For å sikre adekvat bemanning krever systemene at personell blir flyttet mellom avdelinger, men det viser seg at disse systemene oppleves som det motsatte for de ansatte. Dette ble også inkludert under forrige kategori om konsekvenser for helsepersonellet. Vi ser imidlertid her at løsningen kan bli en del av problemet.

En norsk studie av Christiansen og Bjørk (2016) påpeker videre at en ikke lenger kan forvente at sykepleiere håndterer krysspress og verdikonflikter i utøvelsen av sykepleieryrket, og spriket mellom idealer og realiteter kan føre til at folk slutter. Flere hadde også sluttet i jobber de egentlig likte på grunn av tidspress og/eller lite rom for faglig oppdatering.

Oppsummert viser publikasjonene at tematikken utelatt helsehjelp er underidentifisert. Det trengs en retning på utviklingen av omsorgstjenestene og hvilken rolle lokal, kommunal omsorgstjeneste skal ha. Tjenestene oppleves ikke som bærekraftige slik de er organisert nå. Krysspress og verdikonflikter i utøvelse av sykepleieryrket fører til at folk slutter i yrket, og det trengs ledelse og mulighet for faglig oppdatering.

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER OG ANBEFALINGER

Hensikten med denne hurtigoversikten var å undersøke hvilke oppgaver som blir satt på vent eller utelatt, hvordan sykepleiere og andre helsearbeidere resonnerer omkring oppgaveprioriteringene, og hva som er konsekvensene for kvaliteten på tjenestene og deres egen trivsel i arbeidet.

Resultatene fra det systematiske litteratursøket beskrives gjennom tre hovedkategorier med tilhørende subkategorier: 1) utelatt helsehjelp: forekomst av utelatt helsehjelp og typer helsehjelp som blir utelatt, 2) medvirkende forhold til at helsehjelp blir utelatt: forhold relatert til organisasjonen, helsepersonellet og pasienten, og 3) mulige konsekvenser av utelatt helsehjelp: konsekvenser for pasienten/pårørende, helsepersonellet, organisasjonen og samfunnet. Hver for seg og sammen konkretiserer og visualiserer de omfanget og kompleksiteten rundt tematikken utelatt helsehjelp i kommunehelsetjenesten.

Hurtigoversikten viser at det å sette oppgaver på vent eller utelate helsehjelp er vanlig blant sykepleiere og andre helsearbeidere i kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppgaver som settes på vent, omfatter tiltak som skal dekke pasientenes grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov samt oppgaver som er administrerende eller skal sikre helsehjelpen kvalitet og sikkerhet. Medvirkende forhold til at helsehjelp utelates, relateres både til organisasjonen, pasienten og helsepersonellet selv. Tidspress oppgis som en hovedårsak når helsepersonell forklarer hvorfor de utelater helsehjelp, og generelt ser vi et misforhold mellom oppgavene som skal utføres, og ressursene som er til rådighet. Utelatt helsehjelp hevdes å være et barometer for arbeidsintensivering, men sammenhengene er komplekse. Både karakteristika ved pasientpopulasjonen og de individuelle faktorene hos helsepersonell må ses i sammenheng med de kontekstuelle faktorene og kulturen de ansatte jobber i. Det ser ut til å være en sterk vekselvirkning mellom hvor godt arbeidsmiljøet er organisert, og tendensen til å bortprioritere oppgaver. Konsekvensene av utelatt helsehjelp er store for både pasienter, pårørende og helsepersonell. Kvalitet, pasientsikkerhet og verdighet står i fare når helsehjelp utelates. Blant helsepersonell ser vi stress, utbrenthet og økt risiko for mer utelatt helsehjelp. Ansatte savner både en responderende ledelse og mulighet til fagutvikling. Krysspess og verdikonflikter fører til at mange sykepleiere ønsker å forlate yrket.

ANBEFALINGER

Litteraturen viser at utelatt helsehjelp kan oppfattes som selvproduserende og et uttrykk for at tjenesten er lite bærekraftig. Fenomenet griper inn i ulike temaer som omhandler kvalitet, pasientsikkerhet og etikk. Kunnskapsfeltet «missed care» eller utelatt helsehjelp er relativt ungt, men vår vurdering er at begrepet er godt egnet til å undersøke og konkretisere kompleksiteten i utfordringene som de kommunale helse- og omsorgstjenestene står i. Feltet viser en økende oppmerksomhet på den kommunale konteksten.

Selv om den internasjonale litteraturen anses som relevant og har overføringsverdi for norske forhold, er det et stort behov for flere norske studier. Forskningen beskriver hovedsakelig ulike helsearbeideres erfaringer og perspektiv, mens ledelsens perspektiv savnes. Det er også behov for innhenting av flere brukeropplevelser, både fra pasienter og pårørende. Vi anbefaler i tillegg å se nærmere på samfunnsøkonomiske konsekvenser ved utelatt helsehjelp.

Ut fra funnene i denne hurtigoversikten er det enkelte innsatsområder som står frem som spesielt viktige å ta tak i for å sikre en videre bærekraftig kommunal helsetjeneste. Litteraturen viser at dårlig arbeidsmiljø og utydeligheter om hva som er arbeidets innhold, har stor sammenheng med utelatt arbeid. Tiltak som kan styrke arbeidsmiljø, samarbeid og arbeidsglede, bør prioriteres. Funnene i oversikten gir grunn til å anta at mellomledernivået i institusjoner og hjemmetjenester trenger mer oppmerksomhet på ansattes faglige utfordringer og øke deres mulighet til involvering. Et begrep som beskriver fordelaktige kontekster, er «slakk» i organisasjonen. Dette innebærer ikke bare en vurdering av tilstrekkelighet når det gjelder bemanning og kompetansesammensetning, men også oppmerksomhet på forhold som gir ansatte mulighet til å kunne påvirke og være fleksible i arbeidshverdagen. Derfor vil vi særlig anbefale økt oppmerksomhet på mellomlederens forståelse av kapasitets- og kvalitetsutfordringer og hva de trenger for å sikre ansattes mulighet til å gi god helsehjelp.

REFERANSER

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 45–53. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>
- Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P.-O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), e354–e362. <https://doi.org/10.1111/jocn.13914>
- Andrews, T. & Gjertsen, H. (2014). *Sykepleieledere og ledelse*. NF-rapport nr. 4/2014. Nordlandsforskning. http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/133583-1413465931/Dokumenter/Rapporter/2014/NF-rapport%204_14.pdf
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Aronson, J. K., Heneghan, C., Mahtani, K. R. & Plüddemann, A. (2018). A word about evidence: 'rapid reviews' or 'restricted reviews'? *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(6), 204–205. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111025>
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E. & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 116–125. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>
- Balsinha, C., Marques, M. J. & Gonçalves-Pereira, M. (2018). A brief assessment unravels unmet needs of older people in primary care: a mixed-methods evaluation of the SPICE tool in Portugal. *Primary Health Care Research & Development*, 19(6), 637–643. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000950>
- Blackman, I., Henderson, J., Weger, K. & Willis, E. (2020). Causal links associated with missed residential aged care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1909–1917. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12889>
- Bollig, G., Gjengedal, E. & Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(2), 142–153. <https://doi.org/10.1177/0969733014557719>
- Cho, S. H., Song, K. J., Park, I. S., Kim, Y. H., Kim, M. S., Gong, D. H., You, S. J. & Ju, Y. S. (2017). Development of Staffing Levels for Nursing Personnel to Provide Inpatients with Integrated Nursing Care. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 23(2), 211–222. <https://doi.org/10.1111/jkana.2017.23.2.211>

- Christiansen, B. & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 12(1), 64–76. <https://doi.org/10.7557/14.3774>
- Deforge, R., Wyk, P. M., Hall, J. & Salmoni, A. (2011). Afraid to care; unable to care: A critical ethnography within a long-term care home. *Journal of Aging Studies*, 25(4), 415–426. <https://doi.org/10.1016/J.JAGING.2011.04.001>
- Ericson-Lidman, E., Larsson, L. L. & Norberg, A. (2014). Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 337–346. <https://doi.org/10.1111/scs.12063>
- Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B. & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 215–223. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x>
- Ericson-Lidman, E. & Strandberg, G. (2015). 'Troubled conscience related to deficiencies in providing individualised meal schedule in residential care for older people – a participatory action research study'. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 688–696. <https://doi.org/10.1111/scs.12197>
- Gautun, H. & Bratt, C. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(2), 98–107.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). *Underbemanning er sekuforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem.* NOVA Rapport 6/16. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5101/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2) 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griffiths, P., Ball, J., Bloor, K., Böhning, D., Briggs, J., Dall'Ora, C., Iongh, A. D., Jones, J., Kovacs, C., Maruotti, A., Meredith, P., Prytherch, D., Saucedo, A. R., Redfern, O., Schmidt, P., Sinden, N. & Smith, G. (2018a). Nurse staffing levels, missed vital signs and mortality in hospitals: retrospective longitudinal observational study. *Health Services and Delivery Research*, 6(38). <https://doi.org/10.3310/hsdr06380>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J. & Missed Care Study Group (2018b). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Häikiö, K., Sagbakken, M. & Rugkåsa, J. (2020). Family carers' involvement strategies in response to sub-optimal health services to older adults living with dementia – a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 290. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01663-z>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. & Garritty, C. (2021). Defining rapid reviews: a systematic scoping

- review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74–85. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>
- Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran-Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C. & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 371–380. <https://doi.org/10.1111/jonm.12693>
- Henderson, J., Blackman, I., Willis, E., Gibson, T., Price, K., Toffoli, L., Bonner, R., Hurley, J. & Currie, T. (2018). The impact of facility ownership on nurses' and care workers' perceptions of missed care in Australian residential aged care. *Australian Journal of Social Issues*, 53(4), 355–371. <https://doi.org/10.0.3.234/ajs4.50>
- Henderson, J., Willis, E., Xiao, L. & Blackman, I. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. *Collegian* 24(5), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.09.001>
- Hogh, A., Baernholdt, M. & Clausen, T. (2018). Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 91(8), 963–970. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0>
- Jaworski, M., Iwanow, L., Grochans, E., Młynarska, A., Gurowiec, P. J., Uchmanowicz, I., Gotlib, J. & Panczyk, M. (2020). Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1948–1959. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12974>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kirwan, M. & Schubert, M. (2020). Missed or rationed nursing care: Where to now for the nurse manager? *Journal of Nursing Management*, 28(8) 1767–1769. <https://doi.org/10.1111/jonm.13078>
- Kjøe, B. Ø. & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330–339. <https://doi.org/10.1111/scs.12249>
- Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J. & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. *European Journal of Cancer Care*, 27(6), e12948. <https://doi.org/10.1111/ecc.12948>
- Knopp-Sihota, J. A., Niehaus, L., Squires, J. E., Norton, P. G. & Estabrooks, C. A. (2015). Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2815–2825. <https://doi.org/10.1111/jocn.12887>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (red.) (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/9728>

- Ludlow, K., Churrua, K., Mumford, V., Ellis, L. A. & Braithwaite, J. (2020). Staff members' prioritisation of care in residential aged care facilities: a Q methodology study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 423. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05127-3>
- Mays, N., Roberts, E. & Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. I N. Fulop, P. Allen, A. Clarke & N. Black (red.), *Studying the organisation and delivery of health services: Research methods*. Routledge.
- Malmedal, W., Hammervold, R. & Saveman, B. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. *The Journal of Adult Protection*, 16(3), 133–151. <https://doi.org/10.1108/JAP-02-2013-0004>
- Molven, O. (2009). Kravet til helsepersonell og virksomheter i helsetjenesten om forsvarlighet – Statens helsetilsyns tilnærming. *Lov og rett*, 48(1), 3–26.
- Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiwicz, J. & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. *BMC Health Services Research*, 20(1), 199. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. 4. reviderte utg. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf
- Nelson, S. T. (2017). *The relationships among workload, teamwork, and missed nursing care in the nursing home environment* [Doktoravhandling, University of Colorado]. <https://hdl.handle.net/10968/2191>
- Nelson, S. T. & Flynn, L. (2015). Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 36(2), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.12.009>
- Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R. & Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(3), 190–197. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>
- Norman, R. M. & Sjetne, I. S. (2019). Adaptation, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing homes instrument (BERNCA-NH). *BMC Health Services Research*, 19, 969. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4817-3>
- Papastavrou, E., Andreou, P. & Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
- Pasient- og brukerombudet. (2020). *Årsmelding 2019 pasient- og brukerombudene*. <https://www.helsenorge.no/globalassets/dokumenter/pobo/arsmelding-2019.pdf>
- Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018a). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 626–636. <https://doi.org/10.1111/jan.13466>

- Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018b). Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. *British Journal of Community Nursing*, 23(1), 34–40. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.1.34>
- Poghosyan, L., Liu, J., Shang, J. & D'Aunno, T. (2017a). Practice environments and job satisfaction and turnover intentions of nurse practitioners: Implications for primary care workforce capacity. *Health Care Management Review*, 42(2), 162–171. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000094>
- Poghosyan, L., Norful, A.A., Fleck, E., Bruzzese, J., Talsma, A. & Nannini, A. (2017b). Primary Care Providers' Perspectives on Errors of Omission. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30(6), 733–742. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170161>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B. & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>
- Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., Sworn, K., King, R., Wood, E. & Tod, A. (2020). Nursing care left undone in community settings: Results from a UK cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1968–1974. <https://doi.org/10.1111/jonm.12995>
- Simmons, S., Durkin, D., Rahman, A., Choi, L., Beuscher, L. & Schnelle, J. (2013). Resident characteristics related to the lack of morning care provision in long-term care. *The Gerontologist*, 53(1), 151–161. <https://doi.org/10.1093/geront%2Fgnso65>
- Slettebø, A., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533–540. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x>
- Song, Y., Hoben, M., Norton, P. & Estabrooks, C. A. (2020). Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. *JAMA Network Open*, 3(1), e1920092. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20092>
- Sundström, M., Edberg, A. K., Rängård, M. & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1474673. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673>

- Sworn, K. & Booth, A. (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1805–1829. <https://doi.org/10.1111/jonm.12969>
- Tou, Y.-H., Liu, M. F., Chen, S.-R., Lee, P.-H., Kuo, L.-M. & Lin, P.-C. (2020). Investigating missed care by nursing aides in Taiwanese long-term care facilities. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1918–1928. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12873>
- Tricco, A. C., Antony, J., Zarin, W., Striffler, L., Ghassemi, M., Ivory, J., Perrier, L., Hutton, B., Moher, D. & Straus, S. E. (2015). A scoping review of rapid review methods. *BMC medicine*, 13, 224. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0465-6>
- Tricco, A. C., Langlois, E. V. & Straus, S. E. (red.) (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/>
- van den Brink, A., Gerritsen, D. L., de Valk, M., Mulder, A. T., Oude Voshaar, R. C. & Koopmans, R. (2018). What do nursing home residents with mental-physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.008>
- White, E. M., Aiken, L., Sloane, D. & McHugh, M. (2019). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric Nursing*, 41(2), 158–164. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007>
- Willis, E., Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M. & Meyer, A. (2018). Work Intensification and Quality Assurance: Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(2), E10–E16. <https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000277>
- Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 25(2), 118–133. <https://doi.org/10.1080/10301763.2015.1060811>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015a). Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), 860–866. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.012>
- Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015b). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes--A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1463–1474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005>
- Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G. (2014). Care providers' experiences of guidelines in daily work at a municipal residential care facility for older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 355–363. <https://doi.org/10.1111/scs.12065>

Åhlin, J., Strandberg, G., Norberg, A., Ternstedt, B. & Ericson-Lidman, E. (2017). Care providers' narrated experiences of working in private non-profit residential care for older people during downsizing and reorganisation, focusing on troubled conscience. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(4), 177–185. <https://doi.org/10.1177%2F2057158516678160>

VEDLEGG

OVERSIKT OVER INKLUDERTE VITENSKAPELIGE PUBLIKASJONER

Note: Resultater fra publikasjonene er kategorisert med utgangspunkt i oppdragets forskningsspørsmål: «Utelatt helsehjelp»: Hvilke oppgaver utelater eller setter sykepleiere og andre helsearbeidere på vent?; «Medvirkende forhold»: Medvirkende forhold til at oppgaver blir satt på vent eller utelatt; «Konsekvenser»: Hva er konsekvensene for kvaliteten på tjenesten og sykepleiernes/helsearbeiderens trivsel i arbeidet?

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
1	Andersson, Å., Frank, C., Willman, A. M. L., Sandman, P.-O. & Hansebo, G. (2018). Factors contributing to serious adverse events in nursing homes. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(1–2), e354–e362. https://doi.org/10.1111/jocn.13914 (Sverige)	Undersøkte de vanligste alvorlige uønskede hendelser i sykehjem, og hvilke faktorer som hyppigst medvirket til dette.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Gransket 173 rapporter om uønskede hendelser.	En tiendedel av uheldige hendelser i sykehjem gjaldt «oppgaver som blir oversett». Hyppigste årsaker til de uheldige hendelsene var feilaktige kliniske vurderinger og ufullstendig eller manglende dokumentasjon.	Utelatt helsehjelp
2	Balsinha, C., Marques, M. J. & Gonçalves-Pereira, M. (2018). A brief assessment unravels unmet needs of older people in primary care: a mixed-methods evaluation of the SPICE tool in Portugal. <i>Primary Health Care Research & Development</i> , 19(6), 637–643. https://doi.org/10.1017/S1463423617000950 (Portugal)	Undersøkte om vurderingsverktøyet SPICE er nyttig og egnet for å gjøre en helhetlig vurdering av eldre pasienter i primærhelsetjenesten.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 51 pasienter ble intervjuet med utgangspunkt i SPICE, hvorav fem også ble dybdeintervjuet om oppfatningen av verktøyet. I tillegg gjorde pasientenes leger egne vurderinger vha. SPICE.	Pasientene registrerte 17 umøtte behov, og seks av dem var ukjent for legen. Emosjonelt stress var det hyppigst umøtte behovet.	Utelatt helsehjelp
3	Blackman, I., Henderson, J., Weger, K. & Willis, E. (2020). Causal links associated with missed residential aged care. <i>Journal of Nursing Management</i> , 28(8), 1909–1917. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12889 (Australia)	Estimerte typer og forekomst av utelatt helsehjelp samt undersøkte demografiske predikerende faktorer	Kvantitativ metode. Survey med 2467 helsearbeidere i institusjoner for eldreomsorg.	Kategorier med predikerende effekt: type institusjon, sted, privat/offentlig, antall pasienter, profesjon, bemanning, samarbeidsklima / fomøydhet i teamet, arbeidsbelastning, tilgang til ekstra ressurser.	Medvirkende forhold
4	Bollig, G., Gjengedal, E. & Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. <i>Nursing Ethics</i> , 23(2), 142–153. https://doi.org/10.1177/0969733014557719 (Norge)	Undersøkte hva beboere og pårørende opplevde som etiske utfordringer i sykehjem.	Kvalitativ metode. Dybdeintervjuer med 25 pasienter og 18 pårørende.	Beboere og deres pårørende opplevde at helsepersonell ikke gir beboerne den hjelpen de trenger på grunn av dårlig bemanning. Hjelp til trening og sosial aktivitet ble trukket frem som oppgaver «som blir liggende».	Utelatt helsehjelp
5	Christiansen, B. & Bjørk, I. T. (2016). Godt – eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket? <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 12(1), 64–76. https://doi.org/10.7557/14.3774 (Norge)	Undersøkte hva det betyr for sykepleiere å utføre kvalitativt godt arbeid. Hva innebar det for sykepleiere å utføre godt arbeid? Hva ble oppfattet som utfordringer i den sammenheng?	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer med åtte sykepleiere ansatt ved sykehjem, hjemmetjeneste, omsorgsbolig og sykehus.	Sykepleiere opplevde at tidspress, motstand hos ledere og organisatoriske forhold bidro til at de prioriterte bort pasientrelaterte oppgaver. Dette ga dem en dårlig følelse.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
6	Deforge, R., Wyk, P. M., Hall, J. & Salmoni, A. (2011). Afraid to care; unable to care: A critical ethnography within a long-term care home. <i>Journal of Aging Studies</i> , 25(4), 415–426. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.04.001 (Canada)	Undersøkte helsepersonells oppfatninger av umøtte behov hos beboere i sykehjem.	Kvalitativ metode. Deltakende observasjon, fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med ledere og ansatte.	De ansatte opplevde at de ikke fikk gitt den hjelpen de ønsket, og de var redd for å yte den hjelpen de mente var riktig. Denne tosidigheten i opplevelser ble forklart ved å vise til arbeidskultur: «culture of compliance».	Medvirkende forhold
7	Ericson-Lidman, E., Larsson, L. L. & Norberg, A. (2014). Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28(2), 337–346. https://doi.org/10.1111/scs.12063 (Sverige)	Undersøkte helsepersonells fortellinger om opplevelser av å ta vare på mennesker med demenssykdom og av å jobbe i en privat og ideell helseorganisasjon.	Kvalitativ metode. Intervjuer av tolv sykepleiere og omsorgsarbeidere.	Pleierne opplevde at de kom til kort når det gjaldt pasientenes behov på grunn av dårlig tid. Dette bidro til dårlig samvittighet. Det gis noen få eksempler på hvilke behov som ikke blir møtt.	Medvirkende forhold Konsekvenser
8	Ericson-Lidman, E., Norberg, A., Persson, B. & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnell's experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27(2), 215–223. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x (Sverige)	Undersøkte helsepersonells erfaringer med situasjoner i eldreomsorgen som gir dårlig samvittighet.	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer med 20 sykepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter i en kommunal eldreinstusjon.	Dårlig samvittighet ble knyttet til situasjoner hvor de måtte prioritere å hjelpe noen pasienter fremfor andre, eller måtte gjøre forefallende oppgaver i stedet for pasientrelaterte. Lite tid gjør at pasienter må vente på hjelp, noe som bidro til at de ble engstelige.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser
9	Ericson-Lidman, E. & Strandberg, G. (2015). Troubled conscience related to deficiencies in providing individualised meal schedule in residential care for older people – a participatory action research study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 29(4), 688–696. https://doi.org/10.1111/scs.12197 (Sverige)	Beskriv en aksjonsforskningsprosess som skulle støtte helsepersonell i håndtering av dårlige samvittighet forårsaket av opplevelser av å komme til kort ved omlegging av måltidsrutiner i omsorgsbolig.	Kvalitativ metode. Tolv ansatte (sykepleiere, omsorgsarbeidere og andre) og deres leder deltok på individuelle intervjuer og aksjonsforskningsmøter.	De ansatte opplevde at de ikke ble hørt når de påpekte beboernes behov for individuelt tilrettelagte måltider. Hadde ofte dårlig samvittighet, da de ikke klarte å opprettholde emæringsstatusen.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser
10	Häikiö, K., Sagbakken, M. & Rugkåsa, J. (2020). Family carers' involvement strategies in response to sub-optimal health services to older adults living with dementia – a qualitative study. <i>BMC Geriatrics</i> , 20(1), 290. https://doi.org/10.1186/s12877-020-01663-z (Norge)	Undersøkte pårørendes erfaringer med helsejennesten i forbindelse med omsorg til eldre voksne med demens.	Kvalitativ metode. Intervjuer med 20 pårørende.	Pårørendes opplevde å være en «kjempe i hjule» eller «få hjulene til å rulle» når de mente at helsehjelpen ikke var god/tilstrekkelig.	Utelatt helsehjelp Konsekvenser
11	Hegney, D. G., Rees, C. S., Osseiran-Moisson, R., Breen, L., Eley, R., Windsor, C. & Harvey, C. (2019). Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: A Queensland, Australia study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 27(2), 371–380. https://doi.org/10.1111/jonm.12693 (Australia)	Undersøke helsearbeideres oppfatninger av faktorer som påvirker arbeidsbyrde, og hva de betyr for helsehjelpen.	Kvantitativ metode. Survey med 2397 helsearbeidere (både sykehus og kommune).	Helsearbeiderne oppgav stor arbeidsbelastning (økt pleietyngde hos pasientene) og inadekvat sammensetning av kompetanse i personalgruppa som årsakene til at helsehjelp ble utelatt.	Medvirkende forhold

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
12	Henderson, J., Blackman, I., Willis, E., Gibson, T., Price, K., Toffoli, L., Bonner, R., Hurley, J. & Currie, T. (2018). The impact of facility ownership on nurses' and care workers' perceptions of missed care in Australian residential aged care. <i>Australian Journal of Social Issues</i> , 53(4), 355–371. https://doi.org/10.0.3.234/ajs4.50 (Australia)	Undersøkte betydningen av institusjonenes eierform (privat ideell og ikke-ideell) for helsepersonells oppfatning av oppgaver som ble oversett og liggende.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 3206 sykepleiere, omsorgsarbeider og andre ansatte grupper ved sykehus og institusjoner for eldre ble inkludert..	Private institusjoner rapporterte om høyere nivå av oppgaver som ble oversett og liggende. Den hyppigste årsaken var bemanning. Artikkelen beskriver også hva som blir utelatt, hvordan de ansatte resonnerer omkring dette, og konsekvensene det har.	Medvirkende forhold Konsekvenser
13	Henderson, J., Willis, E., Xiao, L. & Blackman, I. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: An exploratory study. <i>Collegian</i> 24(5), 411–416. https://doi.org/10.1016/j.collegn.2016.09.001 (Australia)	Undersøkte forekomst av og årsaker til utelatt omsorg i institusjonsomsorgen for eldre i tre stater i Australia: New South Wales, Victoria og South Australia.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 922 ansatte ble inkludert i en spørreundersøkelse (standardisert skjema).	Aktiviteter mest utelatt var «å ta ringe-klokker», toalettbesøk, mobilisering, undervisning og rehabiliteringsoppgaver. Måling av blodsukker, intravenøs legemiddeladministrering og stell ble sjeldnere oversett enn sårstell, medikamentutdeling og måling av vitale funksjoner. Årsakene var mangel på personale, beboere med større behov og sammensetning på bemanning. Ansatte hadde ikke tid til uplanlagte oppgaver.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
14	Hogh, A., Baernholdt, M. & Clausen, T. (2018). Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. <i>International Archives of Occupational and Environmental Health</i> , 91(8), 963–970. https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0 (Danmark)	Undersøkte om mobbing på arbeidsplassen førte til at oppgaver ble liggende og får konsekvenser for kvaliteten på helsehjelpen. Testet om tilknytning til arbeidsplassen har modererende effekt.	Kvantitativ metode. 9212 ansatte i eldreomsorgen i ti danske kommuner ble inkludert i en survey.	Viste sammenhenger mellom mobbing på arbeidsplassen og at oppgaver ble liggende. Positiv langtidseffekt mellom tilknytning til arbeidsplassen og kvalitet på helsehjelpen. Kvalitetsledelse og ansattes innflytelse på arbeidsplassen kan bidra til å øke kvaliteten i helsehjelpen.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
15	Jaworski, M., Iwanow, L., Grochans, E., Mlynarska, A., Gurowiec, P. J., Uchmanowicz, L., Gotlib, J. & Panczyk, M. (2020). Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland. <i>Journal of Nursing Management</i> , 28(8), 1948–1959. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12974 (Polen)	Undersøke sammenhenger mellom optimisme og jobb- og livstilfredshet og utelatt helsehjelp blant polske sykepleiere.	Kvantitativ metode. Survey med 1010 sykepleiere som jobbet både i sykehus og kommune.	Sykepleiere i den «pessimistiske» gruppen hadde høyere sannsynlighet for å rasjonere helsehjelp enn de som tilhørte den «optimistiske». Et sentralt element i forebyggingen av utelatt helsehjelp ser ut til å være et arbeidsmiljø som er støttende for sykepleiere, og responderende på deres behov.	Medvirkende forhold
16	Kjøs, B. Ø. & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes – a change to more activities? <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 30(2), 330–339. https://doi.org/10.1111/scs.12249 (Norge)	Undersøkte effekter av initiativer for økt fysisk og sosial aktivitet hos sykehjemsbeboere.	Kvantitativ metode. 444 ansatte fra 22 sykehjem ble inkludert.	Det ble påvist en sammenheng mellom fysisk og sosialt nivå og helsehjelp med beboernes mobilitet, total bemanning, andel av sykepleiere og ufaglærte og størrelse på avdelingen.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
17	Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, J., Fürst, C. J. & Lundh Hagelin, C. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers' experiences of specialist palliative home care teams. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 27(6), e12948. https://doi.org/10.1111/ecc.12948 (Sverige)	Undersøkte pasienters og pårørendes erfaringer med (ambulante) palliative spesialistteams aktiviteter; hvilke «fremmer» eller «hemmer» tjenestetilbudet?	Kvalitativ metode. Intervju av seks pasienter og syv pårørende. Benyttet «kritisk hendelses teknikk» (ECIT): «oversetter» deltakernes erfaringer til eksempler på intervensjoner som er erfarte som støttende eller hindrende.	Det ble identifisert kritiske hendelser og beskrevet konkrete eksempler på aktiviteter som tjenestetilbudet bør inneholde. For at behov skal møtes: tilstrekkelige ressurser i tjenestetilbudet, overholde lovnader og være pålitelig og etablere partnerskapsforhold. Pasienter og pårørende erfarer lite respekt når behov ikke ivaretas.	Uteltatt helsehjelp Konsekvenser
18	Knopp-Silhota, J. A., Niehaus, L., Squires, J. E., Norton, P. G. & Estabrooks, C. A. (2015). Factors associated with rushed and missed resident care in western Canadian nursing homes: a cross-sectional survey of health care aides. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 24(19–20), 2815–2825. https://doi.org/10.1111/jocn.12887 (Canada)	Undersøkte sammenhenger mellom «oppgaver som blir oversett» og karakteristika ved assistentene og arbeidsmiljøet blant assistenter (HCA) i kanadiske sykehjem.	Kvantitativ metode. 583 assistenter inkludert i en spørreundersøkelse basert på validerte skjema.	De fleste opplevde at de hadde det travelt, og at de hadde minst én forsømt pleieoppgave forrige skift; forhatet seg med hensyn til samtaler med pasientene, påkleddning, toalettbesøk, hjelp til måltider. Færre forsømte oppgaver i arbeidsmiljøet som er godt organisert.	Uteltatt helsehjelp Medvirkende forhold
19	Ludlow, K., Churrua, K., Mumford, V., Ellis, L. A. & Braithwaite, J. (2020). Staff members' prioritisation of care in residential aged care facilities: a Q methodology study. <i>BMC Health Services Research</i> , 20(1), 423. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05127-3 (Australia)	Undersøker hva og hvordan ansatte prioriterer helsehjelpen som blir gitt til beboere i sykehjem.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 22 ansatte i sykehjem ble inkludert.	Beskrev fire prinsipielle syn på hva og hvordan oppgaver ble prioritert. Oppgaveorienterte sider ved arbeidet prioriteres for personsentrerte oppgaver: Hva som prioriteres, vurderes i lys av et helhetlig bilttk på behovene. Yrkesbakgrunn og oppfatning av rolleansvar former prioriteringene.	Uteltatt helsehjelp Medvirkende forhold
20	Malmadal, W., Hammervold, R. & Saveman, B. (2014). The dark side of Norwegian nursing homes: factors influencing inadequate care. <i>The Journal of Adult Protection</i> , 16(3), 133–151. https://doi.org/10.1108/JAP-02-2013-0004 (Norge)	Undersøkte faktorer som øker sannsynligheten for at ansatte begår overgrep og forsømmelser.	Kvantitativ metode. 616 helsearbeidere i 16 sykehjem ble inkludert i en spørreundersøkelse.	Over to tredjedeler av helsearbeiderne rapporterte «neglisjert omsorgsbehov». Forhold knyttet til jobbtillfredshet, aggresjon hos beboere og konflikter mellom beboere og ansatte hadde betydning for at behov ble neglisjert.	Uteltatt helsehjelp Medvirkende forhold
21	Myhre, J., Saga, S., Malmadal, W., Ostaszkievicz, J. & Nakrem, S. (2020). Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect. <i>BMC Health Services Research</i> , 20(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12913-020-5047-4 (Norge)	Undersøkte avdelingslederens oppfatninger av overgrep og forsømmelse av eldre pasienter i sykehjem.	Kvalitativ metode. Seks fokusgruppeintervju av avdelingsledere. 28 avdelingsledere ble inkludert.	Ledere i sykehjem ga eksempler på situasjoner hvor ansatte neglisjerer pasientens behov, for eksempel ha på dem bleie i stedet for å hjelpe dem på WC. Lederne hadde en uklar forståelse for overgrep og forsømmelse av eldre pasienter. De beskrev skadelige situasjoner, men fant også uanskyldninger for at det skjedde.	Uteltatt helsehjelp

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
22	Nelson, S. T. (2017). <i>The relationships among workload, teamwork, and missed nursing care in the nursing home environment</i> [doktoravhandling, University of Colorado]. https://hdl.handle.net/10968/2191 (USA)	Undersøkte sammenhengen mellom oppfatninger av arbeidsbelastning, teamarbeid og utelatt arbeid.	Kvantitativ metode. 139 ansatte i sykehjem som utøvde direkte pleie ved 16 sykehjem i Oregon ble inkludert. Data ble analysert som to utvalg. Ble benyttet standardiserte spørreskjema.	Ble vist sammenhenger mellom utelatt arbeid / uferdig arbeid og opplevelse av arbeidstynge, tilstrekkelig bemanning, kvalitet på teamarbeid og overtid-arbeid. Ble vist sammenheng mellom forhold knyttet til arbeidsmengde, bemanning, teamarbeid og utelatt arbeid. / uferdig arbeid og ansattes intensjoner om å slutte.	Medvirkende forhold
23	Nelson, S. T. & Flynn, L. (2015). Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. <i>Geriatric Nursing</i> , 36(2), 126–130. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.12.009 (USA)	Undersøkte frekvens og typer av utelatte oppgaver i sykehjem og bestemmer sammenheng mellom utelatte oppgaver og forekomst av UVI i sykehjem.	Kvantitativ metode. Sekundær analyse av standardisert survey. 340 ansatte i 63 sykehjem som utøver pasientnært arbeid ble inkludert.	Nesten halvparten av de ansatte rapporterte om minst én sentral «uferdig arbeidsoppgave» på siste vakt. Det ble påvist en sammenheng mellom aktivitetene og UVI. Aktiviteter knyttet til håndtering av medisiner og overvåking av beboerne, hadde særlig innflytelse på forekomst av UVI.	Utelatt helsehjelp Konsekvenser
24	Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R. & Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses. <i>Archives of Industrial Hygiene and Toxicology</i> , 68(3), 190–197. https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982 (Kroatia)	Undersøkte hvordan utbrenthet hos sykepleiere påvirket deres oppfatninger av dårlig helsehjelp i sykehjem.	Kvantitativ metode. 171 sykepleiere ble inkludert i en spørreundersøkelse.	Over en tredjedel hadde opplevd at pasienter ble ignoreret når de ba om hjelp, og hadde observert tilfeller hvor pasienter ikke fikk endret stilling for å forebygge trykksår. Det ble også påvist sammenhenger mellom ignorerer av behov og symptomer på utbrenthet hos sykepleierne.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser
25	Norman, R. & Sjetne, I. S. (2019). Adaption, modification, and psychometric assessment of a Norwegian version of the Basel extent of rationing of nursing care for nursing home instruments (BERNCA-NH). <i>BMC Health Services Research</i> , 19, 969, 13 s. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4817-3 (Norge)	Tilpasse og modifisere en norsk versjon av BERNCA-NH-spørreskjemaet slik at det kan benyttes av alle omsorgsarbeidere, og i tillegg vurdere psykometriske egenskaper ved skjemaet.	Kvantitativ metode inkl. oversette og kulturelt tilpasse spørreskjemaet. Inkluderte 162 avdelinger ved 66 sykehjem i Norge. Sykepleierne som besvarte spørreskjemaet, arbeidet minimum 50 prosent i direkte pasientarbeid (dag og/eller kveld).	Spørreskjemaet ble vurdert til å være overførbart til norske forhold, og resultatene indikerte at instrumentet kan benyttes til å måle utelatt omsorg i en norsk kontekst.	Utelatt helsehjelp
26	Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018a). Examining missed care in community nursing: A cross section survey design. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 74(3), 626–636. https://doi.org/10.1111/jan.13466 (Irland)	Undersøkte forekomst av utelatt arbeid / uferdig arbeid i kommunehelsetjenesten.	Kvantitativ metode Spørreundersøkelse blant 458 sykepleiere.	Forebyggende pleieoppgaver ble oftest forsømt: rutinemessige vurderinger, planlegging og oppfølging av aktiviteter. Sykepleieres erfaringer, alder og annet Utløst arbeid hadde betydning for at oppgaver ble utelatt.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
27	Phelan, A., McCarthy, S. & Adams, E. (2018b). Examining the context of community nursing in Ireland and the impact of missed care. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 23(1), 34–40. https://doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.1.34 (Irland)	Undersøkte forekomst og årsaker til utelatt arbeid / uferdig arbeid i kommunehelsetjenesten.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Spørreundersøkelse og intervju av ledere.	Viste at helsesystemet ikke er bærekraftig: overlatt av oppgaver, roller i endring, manglende nasjonale strategier.	Medvirkende forhold Konsekvenser
28	Poghosyan, L., Norful, A.A., Fleck, E., Bruzzese, J., Talama, A. & Nannini, A. (2017b). Primary Care Providers' Perspectives on Errors of Omission. <i>The Journal of the American Board of Family Medicine</i> , 30(6), 733–742. https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.06.170161 (USA)	Undersøkte hva som karakteriserer utelatt arbeid / uferdig arbeid, årsaker og mulige tiltak for å forebygge slikt.	Kvalitativ metode. 26 sykepleiere og leger ble intervjuet.	Arbeidsoppgaver som oftest ble liggende: undervisning, oppfølging, emosjonell og psykisk støtte. Årsakene: tidsnød, ikke planlagte pasientbesøk, akutsituasjoner og administrative oppgaver. Støtte til administrasjon, teamarbeid, kommunikasjon og forberedelse av pasientmøter kan virke forebyggende.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
29	Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., Sworn, K., King, R., Wood, E. & Tod, A. (2020). Nursing care left undone in community settings: Results from a UK cross-sectional survey. <i>Journal of Nursing Management</i> , 28(8), 1968–1974. https://doi.org/10.1111/jonm.12995 (England)	Undersøkte forekomsten av «utelatt arbeid / uferdig arbeid» og hvilke sammenhenger slikt har med hensyn til antall sykepleiere og vakttype.	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse hvor 3009 sykepleiere i kommunehelsetjenesten ble inkludert.	Flere arbeidsoppgaver ble utelatt på vaktskift med færre sykepleiere. Dette gjaldt for hjemmesykepleie og sykehjem. Færre oppgaver ble utelatt på nattskift enn dagskift.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
30	Simmons, S., Durkin, D., Rahman, A., Choi, L., Beuschler, L. & Schnelle, J. (2013). Resident characteristics related to the lack of morning care provision in long-term care. <i>The Gerontologist</i> , 53(1), 151–161. https://doi.org/10.1093/geront/53.1.151 (USA)	Undersøkte preferanser og karakteristika hos pasienter med hensyn til morgenstell og hvordan helsehjelp gis.	Kvantitativ og kvalitativ metode. Observasjoner av morgenstell (169 pasienter, sykehjem) samt kartlegging fra journaler og intervjuer med pasienter.	Morgenstell og kommunikasjon med pasientene ble ofte utelatt. Pasienter med store fysiske hjelpebehov hadde større sannsynlighet for å ikke motta morgenstell. Bemanning alene kunne ikke forklare funnene.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
31	Slettebø, A., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. & Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes—a qualitative study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 24(3), 533–540. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00745.x (Norge)	Undersøkte sykepleiere og legers erfaringer knyttet til prioriteringer om helsehjelp til beboere i sykehjem.	Kvalitativ metode. Intervju av 13 leger og sykepleiere i seks sykehjem.	Knappe ressurser og organisering av tjenesten får betydning for prioriteringer. Dette gjør det vanskelig å yte adekvat helsehjelp, være konsekvent i prioriteringene og sikre lik tilgang til tjenester. Prioriteringsdilemmaene: medisinske behov, hhv. forebygging og utredning; medisinsk observasjon og behandling, hhv. psykososiale behov; aktiv behandling, hhv. lindrende behandling; beslutte hvem som skal få plass; prioritere mellom pasienter som har samme behov.	Medvirkende forhold

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
32	Song, Y., Hoben, M., Norton, P. & Estabrooks, C. A. (2020). Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. <i>JAMA Network Open</i> , 3(1), e1920092. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20092 (Canada)	Undersøkte om ansatte som arbeider i organisasjoner med mer gunstige forhold rapporterte mindre utelatt eller hastig omsorg enn de som arbeider under mindre gunstige forhold.	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse hvor 4016 ansatte deltok.	Over halvparten av ansatte rapporterte minst én utelatt oppgave på siste vakt og minst én oppgave som ble utført under hastverk. Oppgaver oftest utelatt var «gåtur» og munnstell, og oppgaver utført under hastverk var kommunikasjon og munnstell. Ansatte ved avdelinger med gunstige organisatoriske/administrative forhold rapporterte færre oppgaver som var utelatt/utført under hast.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
33	Sundström, M., Edberg, A. K., Rängård, M., & Blomqvist, K. (2018). Encountering existential loneliness among older people: perspectives of health care professionals. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 13(1), 1474673. https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1474673 (Sverige)	Undersøkte helsepersonellets erfaringer med det å møte eldre som opplever eksistensiell ensomhet.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med 61 helsepersonell fra hjemmesykepleie, sykehjem, palliativ omsorg, primærhelsetjeneste og sykehus.	Helsepersonell opplevde at de ikke har tid og ressurser til å prate med eldre pasienter om eksistensielle forhold. Dette gjelder særlig spørsmål knyttet til ønsket om å dø. Helsepersonell opplevde at dette som utfordrende.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser
34	Tou, Y.-H., Liu, M. F., Chen, S.-R., Lee, P.-H., Kuo, L.-M., & Lin, P.-C. (2020). Investigating missed care by nursing aides in Taiwanese long-term care facilities. <i>Journal of Nursing Management</i> , 28(8), 1918-1928. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.12873 (Taiwan)	Identifisere hyppighet og årsaker til utelatt helsehjelp blant pleiere i langtidsomsorg, samt avklare sammenhenger mellom utelatt helsehjelp og kjennetegn ved pleiehjelpere og fasiliteter.	Kvantitativ metode. Survey med 184 pleiemedhjelpere og 80 sykepleiere (langtidsomsorg for eldre)	Kroppsvask var den hyppigst utelatte oppgaven. Årsaker til utelatt helsehjelp handlet om dårlig kommunikasjon, utilstrekkelig bemanning og ressurser. De som oppfattet at bemanningen var for lav, utelot oftere oppgaver enn de som oppfattet bemanningen som tilstrekkelig.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
35	van den Brink, A., Gerritsen, D. L., de Valk, M., Mulder, A. T., Oude Voshaar, R. C. & Koopmans, R. (2018). What do nursing home residents with mental physical multimorbidity need and who actually knows this? A cross-sectional cohort study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 81, 89–97. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.02.008 (Nederland)	Undersøkte hvilke behov for helsehjelp beboere med mentale og fysiske lidelser i sykehjem har, og hvilke forhold som medvirker til at behov ikke ble møtt.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 141 sykehjemsbeboere med multisykdom i 17 spesialenheter var inkludert. Det ble benyttet intervjuer, tester, journalnotater og standardisert skjema for vurdering av behov fra perspektivene til beboerne og ansatte.	Beboere og ansatte vurderte helsehjelpsbehov hhv umøtte helsehjelpsbehov forskjellig. Beboerne rapporterte færre hjelpebehov og flere umøtte behov enn ansatte. Beboerne oppfattet at sosiale behov ikke ble møtt, og ansatte mente at beboernes psykologiske behov ikke ble møtt. Egenskaper ved beboerne (depresjon, angst og selvhjulpethet) forklarte at behov ikke ble møtt.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
36	Willis, E., Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M. & Meyer, A. (2018). Work Intensification and Quality Assurance: Missed Nursing Care. <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , 33(2), E10–E16. https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000277 (New Zealand)	Undersøkte sykepleieres oppfatning av forekomst, typer og årsaker til utelatt arbeid/uferdig arbeid.	Kvantitativ studie. 400 sykepleiere ble inkludert i en spørreundersøkelse. Det ble benyttet standardisert skjema.	Pasientikkerheten trues av stor arbeidsmengde, strevsom turnus med overtid, lite kontinuitet, få sykepleiere. Legemidler blir ikke sjekket, utelater forflytning, munnstell og toalettbesøk. Oppmerksomhet fra ledelsen savnes.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold Konsekvenser

Nr	Navn, år, tittel, utgiver, land	Hensikt	Metode	Resultater	Kategorisering
37	Willis, E., Henderson, J., Hamilton, P., Toffoli, L., Blackman, I., Couzner, L. & Verrall, C. (2015). Work intensification as missed care. <i>Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work</i> , 25(2), 118–133. https://doi.org/10.1080/10301763.2015.1060811 (Australia)	Undersøke om utelatt helsehjelp har sammenheng med økt arbeidsbelastning.	Kvantitativ metode. 354 sykepleiere og hjelpepleiere i ulike settinger (både sykehus og kommune).	Utelatt helsehjelp skjer ofte når pasientvolum og pleietyngde øker brått	Medvirkende forhold
38	Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015a). Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. <i>Journal of the American Medical Directors Association</i> , 16(10), 860–866. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.012 (Sveits)	Undersøkte helsepersonells rapporterte kvalitet på omsorg og om det er sammenheng mellom rapportert kvalitet og bemanning, arbeidsmiljø, stressfaktorer og implisitt «rationing of care».	Kvantitativ metode. 431 helsepersonell inkludert i en survey.	Arbeidsmiljø, stress og «rationing of care» var signifikant relatert til omsorgskvalitet, mens bemanningsnivå, sammensetning av ansatte i avdelingen og utskifting ikke var det. Det som hadde den sterkeste sammenhengen med omsorgskvalitet, var teamarbeid og sikkerhetsklima.	Medvirkende forhold
39	Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J. P., Engberg, S., Simon, M. & Schwendimann, R. (2015b). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes--A cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 52(9), 1463–1474. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005 (Sveits)	Undersøkte nivåer og mønstre av egenrapportert omsorgsrasjonering på sveitsiske sykehjem og om dette er relatert til bemanningsnivå, turnover og arbeidsmiljøfaktorer.	Kvantitativ metode. 4307 helsepersonell ble inkludert i en survey.	Oppgaver knyttet til ivaretagelse av sosiale behov hos pasientene og dokumentasjon av helsehjelp ble oftere utelatt enn aktiviteter knyttet til for eksempel ernæring, eliminasjon og mobilisering. Når oppgaver ble prioritert bort, ble dette relatert til bemanning, pasientsikkerhetskultur og jobbstress.	Utelatt helsehjelp Medvirkende forhold
40	Åhlin, J., Ericson-Lidman, E., Norberg, A. & Strandberg, G. (2014). Care providers' experiences of guidelines in daily work at a municipal residential care facility for older people. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28(2), 355–363. https://doi.org/10.1111/scs.12065 (Sverige)	Undersøkte helsepersonells fortellinger om erfaringer med retningslinjer i den kommunale eldreinstisjoner.	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer med åtte helsepersonell.	Helsepersonell opplevde at det å forholde seg til lokale retningslinjer i den kommunale eldreomsorgen, særlig knyttet til dokumentasjon og prosedyrer ved måltider, stjeler av tiden de ønsker å bruke på beboerne. Dette førte til frustrasjon og dårlig samvittighet.	Medvirkende forhold Konsekvenser
41	Åhlin, J., Strandberg, G., Norberg, A., Termestedt, B. & Ericson-Lidman, E. (2017). Care providers' narrated experiences of working in private non-profit residential care for older people during downsizing and reorganisation, focusing on troubled conscience. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 37(4), 177–185. https://doi.org/10.1177%2F2057158516678160 (Sverige)	Undersøkte helsepersonells erfaringer med å jobbe i <i>privat</i> boligomsorg for eldre i forbindelse med nedbemanning og omorganisering.	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer med syv omsorgsarbeidere.	Beskriver opplevelser av blant annet utelatt arbeid / uferdig arbeid, hvilke oppgaver det gjelder, og hvordan ansatte opplever det å ikke strekke til.	Utelatt helsehjelp Konsekvenser

Publikasjoner i serien

Denne publikasjonen er en oppsummering av kunnskap om Kapasitets- og kvalitetsutfordringer i kommunale helse- og omsorgstjenester. Emneforfatterne Nina Beate Andfossen og Aud Obstfelder ved NTNU i Gjøvik og Siri Andreassen Devik og Rose Mari Olsen ved Nord universitet har samlet og analysert forskning og utviklingsarbeid om dette emnet og oppsummert kunnskapen her.

På www.omsorgsbiblioteket.no finnes flere slike oppsummeringer innen mange ulike tema.

