

**Masteroppgave:** Beslutningsstøtte for sykepleiere til å vurdere og prioritere omsorgsbehov hos eldre i langtidsinstitusjoner: En litteraturgjennomgang

**GERSYK4500**

Paul Delfin Reyes Jamero

Avdeling for folkehelsevitenskap, Universitet i Oslo

Vår 2023

Antall ord: 15746 (ekskludert referanseliste)



UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
 sykepleievitenskap.  
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Navn:</b> Paul Delfin Reyes Jamero	<b>Dato:</b> 15.mai 2023
<b>Tittel og undertittel:</b> Beslutningsstøtte for sykepleiere til å vurdere og prioritere omsorgsbehov hos eldre i langtidsinstitusjoner: En litteraturgjennomgang	
<p><b>Sammendrag:</b></p> <p><b>Formal:</b> Målet med denne litteraturstudien er å beskrive sykepleiernes beslutningsstøtte for å vurdere og prioritere eldreomsorg i institusjoner, og undersøke hvordan disse brukes i praksis.</p> <p><b>Bakgrunn og teoretisk forankring:</b> Sykepleiere i langtidsinstitusjoner står overfor ulike utfordringer når de prioriterer beboernes omsorgsbehov, som økonomiske, demografiske, medisinske og praktiske faktorer. Studien brukte modellene «Recognition Primed Decision» og «Implicit Rationing of Care» for å illustrere hvordan beslutningstakere håndterer stressende situasjoner med usikkerhet og høyt arbeidspress. Slike situasjoner kan føre til suboptimal omsorg og negativ innvirkning på omsorgskvalitet og pasienttilfredshet.</p> <p><b>Metode:</b> En omfattende litteraturstudie ble gjennomført ved bruk av scoping review som metode.</p> <p><b>Resultater:</b> Av de fem studiene som ble gjennomgått i Pubmed og CINAHL, presenterte ingen verktøy for samtidig vurdering og prioritering av omsorgsbehov, noe som indikerer et kunnskapshull i forskningen. Teknologi som beslutningsstøtte ble undersøkt, med både positive og negative tilbakemeldinger fra sykehjemspersonell, men utfordringene knyttet til begrensningene til teknologi ble ikke diskutert. Triageprinsipper er relevante for håndtering av økende omsorgsbehov med begrensede ressurser i sykehjem. Tidligere studier beskrev fem typer sykehjemsbeboere uten å ta hensyn til behov og hastighet for rask respons, som ved triage. Denne gjennomgangen utvidet kategoriene og la til tre kategorier, med fokus på å beskrive omsorgsbehovene og betydningen av passende intervensjoner for å håndtere de negative konsekvensene av prioritering og rasjonering av omsorg.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Litteraturgjennomgangen avdekket en kunnskapsgap om temaet. Til tross for at utfordringer knyttet til omsorgsprioritering ble diskutert, ble det foreslått et triagesystem for eldreomsorg, som krevde revisjon av sykehjemoppgaver og identifisering av omsorgsbehov. Effektiv ressursallokering er avgjørende for å håndtere motstridende krav. Gjennomgangen ga en oversikt over forskning om vurdering og prioritering av omsorgsbehov for eldre i langtidsinstitusjoner, som hjelper sykepleiere med å håndtere utfordringer i eldreomsorgen.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> omsorgsprioritering, sykehjem, langtidsinstitusjoner, beslutningsstøtte, sykepleie og eldreomsorg	



UNIVERSITETET I OSLO  
 DET MEDISINSKE FAKULTETET  
 Institutt for helse og samfunn, Avdeling for  
 sykepleievitenskap.  
 Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

<b>Name:</b> Paul Delfin Reyes Jamero	<b>Date:</b> 15th of May 2023
<b>Title and subtitle:</b> Decision support for nurses to assess and prioritize care needs of elderly residents in long-term care institutions: A literature review.	
<p><b><u>Abstract:</u></b></p> <p><b>Purpose:</b> The aim of this literature review is to describe nurses' decision support for assessing and prioritizing elderly care in institutions, and to examine how these are used in practice.</p> <p><b>Background and Theoretical framework:</b> Nurses in long-term care facilities face various challenges when prioritizing residents' care needs, such as economic, demographic, medical, and practical factors. The study used the "Recognition Primed Decision" and "Implicit Rationing of Care" models to illustrate how decision-makers handle stressful situations with uncertainty and high workload. Such situations may lead to suboptimal care and have a negative impact on care quality and patient satisfaction.</p> <p><b>Method:</b> An extensive literature review was conducted using scoping review as the method.</p> <p><b>Results:</b> Of the five studies reviewed in Pubmed and CINAHL, none presented a tool for simultaneous assessment and prioritization of care needs, indicating a knowledge gap in the research. Technology as decision support was examined, with both positive and negative feedback from nursing home staff, but challenges related to the limitations of technology were not discussed. Triage principles are relevant for managing increasing care needs with limited resources in nursing homes. Previous studies described five types of nursing home residents without considering need and urgency for prompt nursing response, as in triage. This review expanded the categories and added three categories, with a focus on describing care needs and the importance of appropriate interventions to manage the negative consequences of prioritization and rationing of care.</p> <p><b>Conclusion:</b></p> <p>The literature review revealed a knowledge gap on the topic. Despite challenges related to care prioritization being discussed, a triage system for elderly care was proposed, which required auditing nursing home tasks and identifying care needs. Efficient resource allocation is essential to handle conflicting demands. The review provided an overview of research on assessing and prioritizing care needs for the elderly in long-term institutions, assisting nurses in managing challenges in elderly care.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> care prioritization, nursing homes, long-term institutions, decision support, nursing, elderly care	

## Innholdsfortegnelse

<b>Tittel</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>4</b>
<b>Oversikt av tabeller og figurer</b> .....	<b>5</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Bakgrunn</b>	
Langtidsinstitusjoner	8
Beslutningstaking blant sykepleiere i langtidsinstitusjoner	9
Prioritering av omsorgsbehov og beslutningstaking basert på tilgjengelige ressurser og omstendigheter	11
Redusert omsorg som konsekvens av prioritering	12
Beslutningssystemet triage	15
<b>Studiens teoretiske forankring</b> .....	<b>16</b>
<b>Hensikt</b> .....	<b>18</b>
<b>Metode</b> .....	<b>19</b>
<b>Litteratursøk</b> .....	<b>19</b>
<b>Litteratur-screening og utvalg av artikler for inklusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>Datauttrekk</b> .....	<b>22</b>
<b>Resultat</b>	
Resultat av litteratursøk	23
Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsår	28
Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsland	28
Beslutningsstøtte for å vurdere og prioritere omsorgsbehovene til eldre i langtidsinstitusjoner	28
<b>Diskusjon</b> .....	<b>31</b>
Fordeler og ulemper knyttet til beslutningsstøtte på sykehjem	31
Utfordringer knyttet til beslutningsstøtte i klinisk praksis	39
Omsorgsrasjonering gjennom prioritering av omsorgsbehov	40
<b>Styrker og svakheter ved studien</b> .....	<b>45</b>
<b>Konklusjon</b> .....	<b>45</b>
<b>Betydning av funn</b> .....	<b>46</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>47</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>54</b>

## Oversikt av tabeller og figurer

### Tabeller

<b>1</b>	Hovedbegrepene i litteratursøket	<b>20</b>
<b>2</b>	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	<b>21</b>
<b>3</b>	Litteratormatrise over inkluderte studier	<b>25</b>
<b>4</b>	Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsår	<b>28</b>
<b>5</b>	Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsland	<b>28</b>
<b>6</b>	Litteratursynstese om ulike typer sykehjemsbeboere og sine omsorgsbehov	<b>42</b>

### Figur

<b>1</b>	PRISMA Diagram	<b>24</b>
----------	----------------	-----------

## **Innledning**

Det er en global trend, da mange land opplever økning i antall eldre innbyggere (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017). Innbyggere i dag i alderen 67 og over utgjør 16 prosent av befolkningen (Christiansen, 2022). Statistisk sentralbyrå (2022) antyder at Norges befolkningsvekst vil overstige seks millioner innbyggere innen 2060, hvor en betydelig del vil være eldre (Syse, Thomas og Gleditsch, 2020), noe som vil øke behovet for helsehjelp på sykehjem og andre langtidsinstitusjoner (Theie, Lind, Jenssen og Skogli, 2018; Hoi, Thang, & Lindholm, 2011).

Verdens helseorganisasjon (2021) har identifisert omsorg for eldre voksne som en utfordring for helsesystemer verden over. Dette synet støttes av en studie av Strand, Syse, Nielsen, Totland og Hansen (2023) som viser økt behov for helsehjelp blant eldre i Norge, til tross for forbedret helse blant den eldre befolkningen i de siste tiårene. Eldre voksne er spesielt sårbare for kroniske sykdommer, skrøpelighet og demens, noe som kan føre til redusert livskvalitet og en nedgang i både fysisk og kognitiv funksjon (Yümin, Şimşek, Sertel, Öztürk og Yümin, 2011; Ekström og Elmståhl, 2012). De komplekse omsorgsbehovene til eldre med skrøpelighet, demens og multimorbiditet gjør det vanskelig å ta beslutninger om medisinsk behandling for alvorlig svekkede personer (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2011). Multimorbiditeten kan også føre til akutte kriser som krever sykehusinnleggelse og forstyrrelser i omsorgskontinuiteten (Lederer, Feichtner, & Medicus, 2011). På grunn av dette er det behov for langtidsomsorgstjenester for å opprettholde resterende ferdigheter og redusere behovet for hjelp. Dette kan også bidra til å begrense helsekostnader på lang sikt.

Når det gjelder omsorg av eldre voksne med svekket helse og kognitiv svikt, er det en rekke komplekse avgjørelser som må tas angående hvor de skal bo. Ifølge Gomes et al. (2013) er det viktig å vurdere om det er forsvarlig å la eldre voksne bo hjemme eller om mer omfattende omsorg i form av langtidsinstitusjoner som sykehjem er mer gunstig. Imidlertid har beboere på sykehjem ofte dårligere helse og større omsorgsbehov (Shah, 2010), og mange eldre voksne med demens dør på disse institusjonene. I Oslo har sykehjemsavdelingene rapportert om økende utfordringer blant beboere, og helsevesenet står overfor betydelige utfordringer med å tilby en bærekraftig og helhetlig omsorg til eldre voksne med komplekse behov (Kingston et al., 2018). Selv om behovet for langtidssykehjem synker, opplever sykehjemsbeboere økende sykdomsgrad, og oppholdstiden er redusert (Jagman, 2023). Videre i Oslo viser en undersøkelse at kvaliteten

på eldreomsorgen oppfattes som dårlig av innbyggerne (Vestreng, 2023). Dette understreker behovet for å finne løsninger på utfordringene på langtidsinstitusjoner og øke kvaliteten på omsorgen for eldre voksne med komplekse behov. Det er klart at helsevesenet må arbeide hardt for å gi en tilfredsstillende omsorg til eldre voksne med svekket helse og kognitiv svikt i langtidsinstitusjoner som sykehjem.

Videre fungerer langtidsinstitusjoner som hjem og tilbyder medisinsk, sosial, åndelig og fysisk assistanse, samt meningsfulle aktiviteter for beboerne (Nakrem, Vinsnes, & Harkless, 2013; Van Haitsma, Curyto, & Spector, 2013). De fleste sykehjemsbeboere i Norge får god grunnleggende omsorg, men fritidsaktiviteter blir ofte oversett (Helsefagarbeiderforbundet, 2018). For å imøtekomme beboernes ulike behov og håndtere uforutsette hendelser som klinisk forverring, må helsepersonell være tilgjengelige døgnet rundt (Ludlow, Churrua, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2019). Men langtidsinstitusjoner står overfor ulike utfordringer (Bowman et al., 2004), inkludert begrensede ressurser på grunn av en økende alderssammensetning i befolkningen (Amalberti, Nicklin, & Braithwaite, 2016), bemanningsproblemer knyttet til forhold og kompetansekrav (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2016) og mangel på helsepersonell, spesielt i ikke-urbane områder (Kroezen, Van Hoegaerden og Batenburg, 2018).

Selv om bemanningen på sykehjem generelt anses som tilstrekkelig, er det likevel en rekke utfordringer som kan true situasjonen. Underbemanning, manglende kompetanse og redusert kvalitet på tjenestene er noen av disse (Gautun & Hermansen, 2011; Bratt & Gautun, 2015). Dessuten vil det være en økende mangel på helsepersonell i Norge innen 2035, og kompetansen i kommunale helse- og omsorgstjenester er for tiden for lav (Telemarksforskning, 2015; Theie, Lind, Jenssen, & Skogli, 2018). I tillegg til dette kan sykefravær være en faktor som kan føre til enda lavere bemanning og dermed påvirke kvaliteten på helsetjenestene negativt (Bratt & Gautun, 2015). Høyere sykefravær er også assosiert med skrøpelige og utfordrende sykehjemsbeboere, og kan føre til flere uventede negative hendelser som påvirker både beboere og personalet (Jagman, 2023).

Underbemanning og manglende kompetanse kan føre til redusert kvalitet på tjenester og omsorg, noe som igjen kan ha negative konsekvenser for pasientsikkerheten og trivselen til beboerne (Gautun & Hermansen, 2011). Derfor kan bemanningsnormer være et nyttig verktøy for å kartlegge og prioritere omsorgsbehovene til beboere på sykehjem, men det er usikkert i hvilken grad slike normer er i bruk (Norsk Sykepleierforbund, 2022). Det er derfor nødvendig å fortsette å diskutere og utvikle strategier for å løse utfordringene knyttet

til bemanning og kompetanse på sykehjem (Gautun & Hermansen, 2011; Theie, Lind, Jenssen, & Skogli, 2018).

Men det har vært en nedgang i antall sykepleiere som jobber på sykehjem, og dette har ført til at mange pleieassistenter uten faglig utdanning utfører omsorgsoppgaver for beboerne. Dette kan påvirke kvaliteten på omsorgstjenestene og skape utfordringer knyttet til kompetanse og ernæring, noe som har blitt påpekt av både Annear, Lea og Robinson (2014) og Nyseter (2017). I tillegg har tidsknapphet på grunn av sykepleiermangel blitt identifisert som en faktor som kan føre til suboptimal omsorg, utelatelse og pasientsikkerhetsproblemer, ifølge Ausserhofer et al. (2013). Sykepleiere spiller derfor en kritisk rolle i beslutningsprosessen, men de trenger tilstrekkelige kliniske vurderingsferdigheter for å kunne identifisere tidlige tegn på forverring, slik som påpekt av Lamb et al. (2011). Dette understreker behovet for å utvikle og tilby systematisk opplæring og etterutdanning for sykepleiere og pleieassistenter som jobber på sykehjem, slik at de kan opprettholde høy kvalitet på omsorgstjenestene til eldre beboere. En større satsing på kompetanseutvikling vil også bidra til å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på tjenestene som tilbys i langtidsinstitusjoner.

Litteraturen som er presentert ovenfor indikerer at identifisering, vurdering og prioritering av oppgaver er en vesentlig del av sykepleiernes arbeid. Det kan imidlertid være utfordrende å bestemme hvilke oppgaver som skal prioriteres. Men forfatteren har ikke funnet noen litteraturgjennomgang som spesielt fokuserer på tilgjengelige beslutningsstøttesystemer som brukes i praksis av sykepleiere for å vurdere og prioritere omsorgsbehov hos eldre. Derfor vil denne studien gjennomføre en slik litteraturgjennomgang. Dette vil gi verdifull kunnskap som kan veilede langtidsinstitusjoner i hvordan de mer effektivt kan håndtere eldre menneskers omsorgsbehov i fremtiden. En grundig undersøkelse av eksisterende beslutningsstøttesystemer vil hjelpe sykepleiere med å optimalisere sin praksis og forbedre pasientresultater.

## **Bakgrunn**

### **Langtidsinstitusjoner**

Formålet med omsorgstjenester på langtidsinstitusjoner, som for eksempel sykehjem, skiller seg fra de fleste andre helseinstitusjoner (Rijnaard m.fl., 2016). Mens andre helseinstitusjoner fokuserer på behandling, rehabilitering og utskrivning, har langtidsinstitusjoner som mål å skape en varm og hjemmekoselig atmosfære som kan håndtere ulike tilstander og støtte eldre beboere i deres senere år. I tillegg til å tilby medisinske tjenester, gir langtidsinstitusjoner assistanse med dagliglivet, praktiske tjenester,



meningsfulle aktiviteter, åndelig omsorg, emosjonell støtte og sosiale interaksjoner (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2019). Dette betyr at omsorgstjenestene på langtidsinstitusjoner tar utgangspunkt i den enkelte beboers behov og interesser. I tillegg har sykehjem i Norge blitt en stadig vanligere plass å avslutte livet på, med omtrent halvparten av alle dødsfall i landet som skjer på disse institusjonene (Sentral Statistisk Sentralbyrå, 2020).

### **Beslutningstaking blant sykepleiere i langtidsinstitusjoner**

Beslutningstaking i pleieinstitusjoner er påvirket av flere faktorer, inkludert begrenset bemanning, manglende tverrfaglig støtte, uklare forventninger til sykehjemmets rolle og kommunikasjonsproblemer (Laging, Ford, Bauer, & Nay, 2015). Sykepleiere må ta hensyn til beboernes preferanser og verdier i beslutningsprosessen, inkludert personsentrert omsorg og livskvalitet (Kim, Choi, & Kim, 2016). Videre er legenes tillit avgjørende for sykepleiernes vurderinger av beboernes tilstand og preferanser, ettersom beboere ofte har begrenset beslutningsevne på grunn av kognitive utfordringer (Kim, Choi, & Kim, 2016). Slik litteraturen ovenfor indikerer så innebærer prosessen med å bestemme hva som er i en persons beste interesse å vurdere fakta i den nåværende situasjonen, samle inn informasjon om deres medisinske historie og prognose, identifisere passende behandlingsalternativer og veie fordeler mot ulemper. I denne prosessen viktig at beboerens ønsker tas hensyn til hvis de er i stand til å uttrykke dem, samt synspunktene til pårørende og relevant helsepersonellteam.

Imidlertid kan beslutninger om prioritering av omsorgsoppgaver variere i kompleksitet og kan ha konsekvenser for pasientene (Suhonen, et al., 2018). Ludlow et al.'s (2021) undersøkelse ble det forsøkt å gi omsorg som tok hensyn til beboernes preferanser og rutiner, med søkelys på å tilpasse omsorgen til deres eksisterende rutiner og ønsker om timing av omsorg. Det var imidlertid hindringer for å gi valg, som beboernes demens og personalets fokus på å ta vare på beboernes fysiske helse (Simmons, Durkin, Rahman, Schnelle, & Beuscher, 2014). I komplekse situasjoner kan kritisk tenkning spille en viktig rolle i evaluering og vurdering av alternative omsorgsløsninger. Hindringer som begrenser sykepleiernes evne til å utøve kritisk tenkning inkluderer omfattende papirarbeid og tidsbegrensninger (Raterink, 2008). Videre kan uenighet i beslutningstaking oppstå for eksempel når det oppstår akutte situasjoner i langtidsinstitusjoner, spesielt når det gjelder beslutninger om overføring til akuttmottaket for eksempel (Gurung, et al., 2022). Hvis det er usikkerhet eller uenighet i beslutningsprosessen, kan man søke en annen mening eller rådføre seg med spesialister (Martin, 2015). Dette kan være spesielt utfordrende i

uforutsigbare situasjoner, som akutte situasjoner eller når en sykehjemsbeboer nærmer seg livets slutt.

Perioden før en pasients død kan være en tid da mange pasienter trenger klare indikatorer på om overlevelse er mulig eller om døden er nær forestående. Hvis det ikke er fremgang mot bedring eller tydelige tegn på død, kan det oppstå spørsmål om tilbaketrekning eller avslag på livsforlengende behandling. I slike tilfeller kreves det at prioriteringen av omsorgen tilpasses fortløpende for å ivareta pasientens ønsker og verdier. Det er forskjeller i beslutningsprosessen ved livets slutt på sykehjem, inkludert begrensninger på ulike typer behandling (Solloway, LaFranche, Bakitas, & Gerken, 2005).

Advance care planning (ACP) eller behandlingsavklaring kan være nyttige verktøy i beslutningsprosessen for å utvikle en omsorgsplan som tar hensyn til pasientens ønsker og verdier. Dette er en prosess der helsepersonell, pasienter og/eller pårørende har samtaler om forventede beslutninger. Det er anbefalt å starte denne prosessen mens pasienten fortsatt er i stand til å delta i diskusjonen (Mullick, 2013). Disse avgjørelsene blir helst tatt i samarbeid med pasienten, og før livets slutt sted (Harrison Denning, Greenish, & Jones, 2012). Dette er nødvendig fordi studier har vist at livsforlengende behandling ofte ikke er effektivt for voksne i slutfasen av demens, og mange pasienter i denne fasen har mindre interesse og evne til å spise og opplever hyppige infeksjoner (Helsedirektoratet, 2013).

Det er derfor viktig at helsepersonell jobber sammen med pasienter og deres pårørende for å utvikle en omsorgsplan som tar hensyn til pasientens ønsker og verdier i denne kritiske perioden. Dette kan bidra til å unngå unødvendig behandling og sikre at pasientens behov og ønsker blir ivaretatt på en best mulig måte. Slike planer bør utvikles på en individuell basis og tas opp med jevne mellomrom for å sikre at planen fortsatt representerer pasientens ønsker og verdier. Men selv om mange pårørende ønsker samtaler om livets slutt, er det få pasienter og pårørende som faktisk deltar i slike samtaler (Gjerberg, Lillemoen, Førde, & Pedersen, 2015). Pasientenes ønsker og meninger varierer, men de fleste ønsker å være informert om sin helsetilstand og involvert i beslutningsprosessen (Gjerberg et al., 2015). Det er viktig å poengtere at sykehusinnleggelse mot slutten av livet for personer med demens kan ha negative konsekvenser, og derfor anbefales det at palliativ behandling gis i sykehjem i stedet (Harrison Denning, Greenish, & Jones, 2012). Da bør beslutninger om sykehusinnleggelse baseres på beboerens ønsker, nylige helsestatus og personalets evne til å gi nødvendig behandling og omsorg (McDermott, Coppin, Little, & Leydon, 2012).

Ifølge Hov et. al (2009) opplever sykepleiere ofte usikkerhet og byrden av å ta beslutninger om å gi helbredende behandling eller ikke. Beslutningsprosessen er utfordrende på grunn av mangelen på klare kriterier og økonomiske begrensninger. Sykepleiere kan derfor føle seg isolert i sitt ansvar, da leger ikke alltid prioriterer pasienter i sykehjem. Når det oppstår uenighet, kan derfor noen sykepleiere intensivere omsorgen, mens andre kan føle at de kjemper mot kolleger, leger og pårørende for å ivareta pasientenes beste interesser (Hov, Asthlin, & Hedelin, 2009). Dette viser hvor kompleks beslutningstaking kan være blant sykepleiere i langtidsinstitusjoner.

### **Prioritering av omsorgsbehov og beslutningstaking basert på tilgjengelige ressurser og omstendigheter**

I langtidsinstitusjoner må personalet ta beslutninger om hvilke omsorgsaspekter som skal prioriteres, og dette kan føre til mangelfull omsorg dersom mindre viktige oppgaver blir forsømt (Ludlow, Churrua, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Sykepleiere på sykehjem har ofte begrenset tilgang til klinisk støtte, noe som gjør deres ansvar spesielt utfordrende for å møte beboernes omsorgsbehov (Griffiths, et al., 2018). I tillegg er det lavere antall ansatte per beboer enn andre helseinstitusjoner f.eks. på akuttmottak, noe som kan øke arbeidsbelastningen og redusere personalets kapasitet til å ta vare på flere beboere samtidig (Eagar, et al., 2019).

Ifølge Eagar og kollegaer (2019) kreves det 3,6 omsorgstimer per sykehjemsbeboer per dag for å dekke beboernes behov, mens Australian Nursing & Midwifery Federation anbefaler et minimum på 4,3 timer. Disse tallene er større enn de faktiske 2,9 timene som tilbys til australske sykehjemsbeboere (Willis, et al., 2016). Det er derfor en presserende oppgave å prioritere omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere for å sikre en rettferdig fordeling av begrensede ressurser (Pedersen, Nortvedt, & Slettebø, 2008). Dette bør være basert på omsorgsverdier som beboernes rettigheter og frihet til å velge, selv om beslutningene kan være utfordrende på grunn av faktorer som behovet for å prioritere flere pasienter og begrensede arbeidsressurser (Persson & Wästerfors, 2009).

Når man står overfor behovet for å prioritere omsorgstjenester, må man velge de mest sentrale aspektene basert på en rekke faktorer, inkludert tilgjengelige ressurser og omstendigheter (Navratil-Strawn, et al., 2014). Dette kan være en kritisk oppgave da gapet mellom behov og ressurser ofte øker, og faktorer som pasientomsorg, etterspørsel og arbeidsressurser kan påvirke beslutningsprosessen (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009). Selv om prioriteringsbeslutninger kan føre til at noen pasienter får utsatt eller redusert omsorg, kan det likevel være nødvendig å fordele begrensede ressurser på en rettferdig måte

(Pedersen, Nortvedt, & Slettebø, 2008). I Norge, hvor velferdsstaten legger vekt på rettferdig fordeling av begrensede helseressurser, er det avgjørende at sykepleiere prioriterer omsorgsbehovene basert på sentrale verdier, inkludert beboernes rettigheter og frihet til å velge (Persson & Wästerfors, 2009).

En metode for å identifisere omsorgsbehovene til eldre er ved bruk av forhåndsdefinerte omsorgsplaner, også kjent som care pathways, som er vanlige verktøy innen helsevesenet (Samsi & Manthorpe, 2014). Care pathways er en kompleks intervensjon som involverer gjensidig beslutningstaking og organisering av prosesser for en definert gruppe pasienter over en bestemt periode (Vanhaecht, 2010). Care pathways har klare mål og nøkkelementer, kommunikasjonsfremmende tiltak mellom helsepersonell, koordinering av prosessen, dokumentasjon, overvåking og evaluering av resultater, samt identifisering av passende ressurser. Hensikten med care pathways er å forbedre omsorgskvaliteten og pasientresultater, sikkerhet, tilfredshet og ressursutnyttelse. Men i hvilken grad er dette i bruk i langtidsinstitusjoner er ukjent.

Generiske kliniske forløp har blitt utviklet i Norge som en del av samhandlingsreformen for å håndtere problemet med fragmentering og mangel på personsentrert tilnærming i den vanlige sykdomsspesifikke tilnærmingen når det gjelder personer med multimorbiditet (Røsstad, et al., 2017). Men dette gjelder samhandling mest mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale omsorgsyterer. Derfor er det viktig at integrerte modeller for personer med multimorbiditet tar sikte på å forbedre en rekke resultater, omtalt som «Triple Aim», som inkluderer å forbedre helse og velvære, opplevelse av omsorg og redusere kostnader (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008).

### **Redusert omsorg som konsekvens av prioritering**

Prioritering er en prosess som innebærer å rangere omsorgsaktiviteter etter deres betydning og noen oppgaver kan bli tildelt en lavere prioritet, som deretter kan bli nedprioritert til fordel for oppgaver med høyere prioritet. Dette kan føre til «implisitt rasjonering» (Schubert, Glass, & Clarke, 2007), som kan resultere i «missed care» - mangel på nødvendig pasientomsorg som blir utelatt eller utsatt (Henderson, Willis, & Xiao, 2017). Ifølge Woolhead, Tadd, & Boix-Ferrer, (2006) kan dette skyldes en rekke faktorer, inkludert begrensede ressurser, tidsmangel, byråkrati og regulering, samt manglende forståelse og innsats for å bruke passende kommunikasjonsmetoder, lytte til pasienter, gi dem valgmuligheter, inkludere dem, respektere deres privatliv og få dem til å føle seg verdsatt. Da er det viktig at helsepersonell prioriterer kommunikasjon og involvering av

pasienter i omsorgsprosessen for å sikre at alle pasienter mottar den nødvendige omsorgen og respekten de fortjener.

Ifølge en studie av Jones, Hamilton og Murry (2015), er infeksjonskontroll, behandling, tester og prosedyrer, ernæring og eliminering blant de minst etterlatte omsorgsaktivitetene i helsevesenet. Ifølge West, Barron, & Reeves (2005) har sykepleiere i motsetning en høyere sannsynlighet for å unnlate omsorg enn pleieassistenter, og dette kan skyldes flere faktorer, inkludert mangel på ressurser, samarbeid og pasientsikkerhet. Sykepleiere har begrenset tid, og dette kan føre til at avgjørende elementer av omsorg, som emosjonell støtte og hygiene, blir forsømt (West, Barron, & Reeves, 2005). Dette kan føre til at eldre pasienters behov, både fysisk og psykososiale, blir derfor ignorert (Førde, Pedersen, & Nortvedt, 2006).

Nyere forskningsartikler har også satt søkelys på unnlattelsesfeil, som for eksempel å ikke fullføre nødvendige omsorgsoppgaver, som å gi medisin (Kalisch, Landstrom, & Williams, 2009). Ifølge Harrington, et al. (2017) er begrepene «omsorgsrasjonering» og «glemte omsorg» ofte brukt for å beskrive disse feilene. Dette skyldes at prioritering eller rasjonering av sykepleie har blitt vanlig praksis på grunn av begrensede ressurser. Når det er stor arbeidsmengde eller konkurrerende krav, må helsepersonell prioritere pasienter eller omsorgsaktiviteter basert på vurderinger av hastverk og viktighet. Dette kan føre til redusert individuell omsorg og interaksjon med pasienter, spesielt innen eldreomsorg (Harrington, et al., 2017). Økonomiske kutt og ressursbegrensninger kan imidlertid gjøre det utfordrende å tilpasse omsorgen til behovene til eldre voksne, noe som igjen kan føre til redusert omsorgskvalitet.

Ifølge Jones, Hamilton og Murry (2015) trenger sykepleiere kompetanse til å håndtere ufullstendig omsorg på en effektiv måte for å identifisere situasjoner hvor det er nødvendig med implisitte prioriteringsbeslutninger, evaluere tilgjengelig evidens for å veilede disse beslutningene, eksplisitt kommunisere beslutningene sine, og vurdere virkningen av ufullstendig omsorg på pasientene sine. Jones, Hamilton og Murry (2015) påstår ytterligere at ufullstendig omsorg er en vanlig form for medisinsk feil kategorisert som underbruk. Det er hovedsakelig drevet av tidsknapphet blant sykepleiere, som er assosiert med negative utfall for pasienter, sykepleiere og helseinstitusjoner. (Rafferty, Clarke, & Coles, 2007; Recio-Saucedo, et al., 2018; Jones, Hamilton, & Murry, 2015).

En undersøkelse gjennomført nylig evaluerte nåværende kunnskap om ufullstendig omsorg i langtidsinstitusjoner og avslørte mangler i kunnskapen på dette området (Ludlow K., Churrua, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2019). Resultatene av studien indikerte at

omsorgsaspekter som mobilitet, personsentrert omsorg og generelle omsorgsprosesser ofte blir utelatt, rasjonert eller gitt en lavere prioritet. Deretter fulgte personlig pleie og medisinsk og helsemessig omsorg. Disse skyldes høye arbeidsbelastninger og konkurranse mellom krav, noe som kan føre til «forsømt omsorg» eller omsorg som blir utelatt eller forsinket (Kalisch, Landstrom, & Williams, 2009), og videre et resultat av implisitt omsorgsrasjonering (Schubert, et al., 2008). Forsømt omsorg og implisitt omsorgsrasjonering er positivt assosiert med negative pasientresultater og negativt assosiert med kvaliteten på omsorg og pasienttilfredshet (Recio-Saucedo, et al., 2018). Prioritering er en nødvendig prosess som gjør at ansatte kan tilpasse seg dynamiske og uforutsigbare situasjoner (Jones, Hamilton, & Murry, 2015).

Forskning viser at det er en betydelig sammenheng mellom lav kvalitet på sykepleiepraksis, redusert bemanning og kompetanse hos sykepleiere og økt forekomst av negative utfall. Disse uønskede hendelsene kan omfatte medikamentfeil, fall, infeksjoner, trykksår og til og med dødsfall (Rafferty, Clarke, & Coles, 2007). På grunn av kronisk sykdom og skrøpeligheit er beboere i langtidsinstitusjoner utsatt for sykdom og skade, og de trenger ofte akutt helsehjelp (Arendts & Howard, 2010). Men det er ansett at sykehusinnleggelse er ugunstig i disse situasjonene ettersom akuttmottak ikke alltid kan tilfredsstille deres behov (Morphet, Innes, Griffiths, Crawford, & Williams, 2015) på grunn av at det fysiske miljøet ikke er tilpasset eldre pasienter (Kelley, Parke, Jokinen, Stones, & Renaud, 2011) og manglende spesialisert geriatrisk omsorg (Blakemore, 2012). Beslutninger om overføring av beboere til akuttmottak påvirkes derfor av ulike faktorer, inkludert konfliktene interessenter og kunnskap og erfaring (Gurung, et al., 2022).

I tillegg forklarer Jones, Hamilton, & Murry (2015) at konsekvensene av ufullstendig omsorg kan være alvorlige, som kan påvirke sykepleieres jobb- og yrkesresultater, organisatoriske resultater, og pasientresultater som kvaliteten på omsorg, uønskede hendelser, dødelighet og tilfredshet. Derfor er det viktig å tilpasse praksisen i henhold til svingninger i bemanning, pasientvolum og akuttbehov for å unngå ufullstendig omsorg. Så i praksis oppstår omsorgsprioritering kontinuerlig, noe som krever vanskelig beslutningstaking hos sykepleiere. Her kan tilpasningen kreve en kollektiv orientering, situasjonsbevissthet og vilje til å hjelpe og bli hjulpet av hverandre (Jones, Hamilton, & Murry, 2015). Selv om det er visse kunnskaper om hvilken omsorg som ofte blir neglisjert og hva som påvirker dette, er det fortsatt ukjent hvordan omsorgen blir prioritert og hvilke faktorer som påvirker beslutningene (Henderson, Willis, & Xiao, 2017). Dette gjelder spesielt i langtidsinstitusjoner for eldre, der ufullstendig omsorg er et relativt nytt

forskningsområde som hovedsakelig er basert på erfaringer og synspunkter fra sykepleiere (Jones, Hamilton, & Murry, 2015).

### **Beslutningssystemet triage**

Triage-systemet har historisk røtter fra første verdenskrig, der det ble brukt som en metode for å sortere individer basert på alvorlighetsgraden av skadene deres. I en nødsituasjon er det fortsatt viktig å raskt identifisere pasienter som trenger øyeblikkelig oppmerksomhet og prioritere behandling for andre basert på alvorlighetsgraden av sykdommen (Engebretsen, Røise, & Ribu, 2013). Beslutninger tatt i triage-systemet kan være komplekse og usikre, noe som kan føre til feil beslutninger og ufruktbare konsekvenser for pasientens helse (Reay & Rankin, 2013). Selv om triage-systemet har utvidet seg til andre helseinstitusjoner som fastlegekontorer og polikliniske tjenester, er bruken innen eldreomsorg i langtidsinstitusjoner begrenset (Charles-Jones, Latimer, & May, 2003; Wilson & Hubert, 2002).

Meldgaard Hansen (2016) hevder at sykepleiernes interaksjon med pasientene spiller en avgjørende rolle i triagesystemet, som involverer signalisering, diagnostisering og beslutningstaking. Pleieassistenter har også en viktig funksjon i å hjelpe beboerne med deres daglige aktiviteter, og derfor har ofte nær kontakt med dem. For å kunne gjøre dette på en adekvat måte, er det essensielt at sykepleiere nøye observerer pasientenes symptomer og plager, slik at de kan utvikle en «kroppslig viten». Dette gjør det mulig for sykepleiere å signalisere små endringer basert på deres «magefølelse». For å sikre pasientorientert omsorg, er det nødvendig å benytte både taus kunnskap og praksis, i tillegg til standarder og retningslinjer

Interessant nok har bruk av triage blitt beskrevet som et hjelpemiddel for både sykepleiere og eldre. Imidlertid ble ikke «kroppslig viten» benyttet i noen tilfeller for eksempel ved bruk av telefontriage. En studie av Jacome og Rego (2019) undersøkte telefontriage som en alternativ form for pasientkontakt. Forskerne utforsket hvordan en telefontriage-linje for eldre kunne bidra til å veilede dem i å ta beslutninger om passende helsetjenester og egenomsorg. Sykepleiere ga råd til eldre pasienter ved å enten redusere eller øke deres opprinnelige intensjoner, for eksempel ved å henvise eldre som hadde til hensikt å bli hjemme til akutt- og nødhjelp. Eldre pasienter viste seg villige til å følge sykepleierens råd. Triage- og rådgivningstelefonlinjer kan derfor være et effektivt verktøy for å organisere helsevesenet og håndtere pasientbehov i ulike kategorier, inkludert egenomsorg hjemme, ikke-akutt omsorg, fastlegebehandling og akuttbehandling på legevakt. Sykepleiere som gir telefontriage og rådgivning, spiller en viktig rolle som

pasientadvokater og beslutningstakere. De kan utforske ulike behandlingsalternativer og gi veiledning basert på pasientinformasjon (Navratil-Strawn, et al., 2014). Eldre pasienter, som ofte har begrenset helsekompetanse, kan spesielt dra nytte av denne typen sykepleierformidling (Sørensen, et al., 2015).

Ifølge Greatbatch et al. (2005) begrenser triage-protokoller helsepersonell fra å gi individtilpasset omsorg da de ikke tillater bruk av den stille kunnskapen og erfaringen som helsepersonell vanligvis støtter seg på. Derfor følger helsepersonell ofte ikke triage-standarder eller tilpasser dem i tråd med situasjonen (van Pijkeren, Wallenburg, & Bal, 2021). For eksempel viser Johannessen (2017) hvordan sykepleiere ved akutt primærhelsetjeneste bruker sin kunnskap for å vurdere en pasients helsestatus basert på hva de sier og av og til oppjusterer triage-koden for å fremskynde medisinsk assistanse. Disse studiene bekreftes av funnene som ble nevnt tidligere, som beskriver at triage-systemet kan være en effektiv metode for å prioritere omsorgsbehov for eldre i langtidsinstitusjoner (Johannessen, 2017) og optimalisere bruk av medisinske ressurser (de Bont, et al., 2016), men sykepleieres egne avgjørelser basert på ekspertise og taus kunnskap kan være mer komplekse enn triage-systemet beskriver (Greatbatch, et al., 2005; Johannessen, 2017). Videre er det viktigere i langtidsinstitusjoner å kunne tilpasse seg beboernes kroppsspråk, utsagn og observasjoner fra pleieassistenter enn å følge en systematisk og strukturert tilnærming, som krever mer signalgivning og triage av medisinske problemer (van Pijkeren, Wallenburg, & Bal, 2021).

Ifølge van Pijkeren, Wallenburg, & Bal (2021), vil den økende og sykere eldre befolkningen føre til begrensninger i tilgjengeligheten av helseressurser, spesielt i langtidsinstitusjoner. Dette kan resultere i urettferdig fordeling av arbeidskraft, tid og penger, til tross for helsepersonellens mål om å tilby personsentrert omsorg og prioritere individuelle preferanser og selvstendighet. På grunn av mangel på formaliserte retningslinjer, må helsepersonellet stole på sin egen dømmekraft for å prioritere oppgaver og pasienter, noe som kan begrenses av deres evne til kritisk tenking. Feilprioritering kan føre til negative pasientutfall og til og med dødelige konsekvenser. Videre kan prioritering av omsorg føre til at lavere nivåer av helsepersonell blir delegert oppgaver (van Pijkeren, Wallenburg, & Bal, 2021), noe som kan ytterligere redusere omsorgskvaliteten.

### **Studiens teoretiske forankring**

Klein og hans medarbeidere utviklet modellen for «Recognition Primed Decision (RPD)» for å beskrive hvordan erfarne beslutningstakere tar beslutninger i pressede situasjoner med usikkerhet. Modellen kombinerer intuisjon og analyse, hvor intuisjon inkluderer gjenkjenning av mønstre og analyse inkluderer analytisk resonnement som



innebærer mental simulering av ulike alternativer som står i konflikt. Modellen beskriver tre beslutningsvarianter: gjenkjenning av en situasjon som typisk gjennom mønstergjenkjenning og valg av handlingsplan; å svare på tvetydighet i situasjonen ved å bygge en historie om hendelsene som ledet opp til den når situasjonen er atypisk; og mental simulering av en handlingsplan og tilpasse den, forkaste den eller velge den basert på hvordan det spiller ut (Klein, Calderwood, & Clinton-Cirocco, 2010).

Videre understreker både modellene «Missed Nursing Care» og «Implicit Rationing of Nursing Care» viktigheten av prioriteringsbeslutninger som kan føre til mangel på omsorg eller rasjonering av omsorg (Ludlow, Churrua, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Selv om disse modellene primært setter søkelys på omsorg i akutte situasjoner, har nylige studier om prioritering vist deres relevans for omsorg som gis i langtidsinstitusjoner. Modellen for «Missed Nursing Care» beskriver også en femtrinnsprosess, inkludert antecedenter, sykepleieprosesser, sykepleieres interne prosesser, mangel på omsorg og pasientresultater. Dette emnet har vært lite utforsket de siste årene.

Prioritering av omsorgstjenester er en kritisk oppgave som krever vurdering av flere faktorer, inkludert tilgjengelige ressurser og omstendigheter (Navratil-Strawn, et al., 2014). I Norge, hvor rettferdig fordeling av begrensede helseressurser er en sentral verdi, er det avgjørende at sykepleiere prioriterer omsorgsbehovene basert på sentrale verdier, inkludert beboernes rettigheter og frihet til å velge (Persson & Wästerfors, 2009). Derfor må sykepleiere ta viktige prioriteringsbeslutninger når de integrerer modellen «Implicit Rationing of Nursing Care» i omsorgsprosessen. Denne modellen fokuserer på beslutningsprosessen og tar hensyn til faktorer som arbeidsmengde, pasientbehov og preferanser, samt begrensede tilgjengelige ressurser, som kan føre til omsorgsrasjonering. To modeller som er relevante for å evaluere denne prosessen, er pasientresultatmodellen og sykepleieres resultatmodell. Begge modellene tar hensyn til ulike faktorer, inkludert pasientvariabler, organisatoriske variabler, arbeidsmiljø, omsorgsfilosofi og sykepleievariabler.

Ressursallokering og rasjonering er begreper som er knyttet til denne modellen. Ressursallokering refererer til fordeling av ressurser, mens rasjonering innebærer å fordele begrensede ressurser. Selv om de er relaterte, er de forskjellige konsepter, og rasjonering antyder at det vil være nødvendig å gjøre avveininger på grunn av ressursknapphet. Dette kan føre til utelukkelse fra ressurser eller mindre enn optimale fordeler for noen potensielle mottakere av ressurser. Scott og kolleger (2018) påpeker at ressursallokering er et nøytralt begrep når det gjelder moralske implikasjoner, mens rasjonering antyder at det vil være

nødvendig å gjøre avveininger på grunn av ressursknapphet. Dette kan ha implikasjoner for etisk praksis og rettferdighet i beslutningsprosessen.

I denne sammenhengen definerer rasjonering som en bevisst, begrunnet beslutning av et helsepersonell som står overfor uopprettelig knapphet, for å nekte tilgang til livsforlengende intervensjoner eller intervensjoner som kan hjelpe med å gjenopprette eller lindre alvorlig dysfunksjon for noen pasienter eller en gruppe pasienter. Rasjonering forutsetter at helsetjenesteintervensjonene er både ønsket og kjent å være effektive (Scott, et al., 2018). Siden implisitt rasjonering av omsorg avhenger av pasientens egenskaper, er det derfor viktig å identifisere de ulike typene sykehjemsbeboere som kan påvirke hvordan prioritering av omsorgsbehov vil bli gjort. Det har aldri vært en generell enighet om de forskjellige typene sykehjemsbeboere, men en studie av Lim et al. (2014) har beskrevet dette.

Forskning har avdekket fem ulike kategorier av eldre sykehjemsbeboere basert på deres funksjonsevne: (1) beboere med gradvis redusert fysisk og kognitiv funksjon som trenger begrenset assistanse, (2) pasienter som er sengeliggende og lider av moderat demens, (3) beboere med avansert demens og utfordrende atferd, men med god fysisk helse, (4) beboere i terminalfasen av livet, og (5) sengeliggende beboere med intakt mental helse (Lim et al., 2014). Sykehjemsetaten i Oslo har påpekt at det er to hovedgrupper av krevende sykehjemsbeboere: (1) pasienter med alvorlig demens som viser utagerende atferd, og (2) pasienter med komplekse somatiske lidelser og problemer (Jagman, 2023). Dette fremhever viktigheten av å tilnærme seg omsorgen for eldre beboere i langtidsinstitusjoner individuelt og skreddersy den til de enkelte beboernes spesifikke behov. Denne studien vil forsøke å nøye evaluere om beslutningsstøtte for prioritering av omsorgsbehov blant beboere på sykehjem faktisk gjenspeiler rasjonering av sykepleie eller ikke. Diskusjonen av resultatene vil forventes å gi ytterligere innsikt og klarhet i denne problemstillingen.

### **Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien er å beskrive hvilke beslutningsstøtte sykepleiere anvender som kan hjelpe dem med å vurdere og prioritere omsorgsbehovene til eldre i institusjoner utenfor sykehus, samt å undersøke hvordan disse brukes i praksis. Studien har følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke beslutningsstøtte brukes av sykepleiere for å vurdere og prioritere omsorgsbehovene til eldre i langtidsinstitusjoner?
2. Hvordan brukes ulike beslutningsstøtte i klinisk praksis, og hva er fordelene, ulempene og utfordringene ved å bruke dem?

## Metode

Denne studien anvender scoping review som metode for litteratursyntese og tar sikte på å identifisere og kartlegge relevant litteratur som oppfyller spesifikke inklusjonskriterier for et bestemt tema, felt, kontekst, konsept eller problemstilling. Metoden for denne scoping reviewen var basert på Joanna Briggs Institute Manual og involverte fem faser: 1) identifisere hensikt og forskningsspørsmål, 2) søke etter relevant litteratur, 3) velge ut og evaluere litteraturen, 4) trekke ut data og 5) oppsummere og rapportere resultatene (Joanna Briggs Institute, 2015). Scoping review vurderer ikke systematisk den metodiske kvaliteten på inkorporerte studier, mens systematiske oversikter ofte rangerer studier med kvalitetsskåringssystemer og kan ekskludere dårlig skårede studier fra rapporten (Joanna Briggs Institute, 2015). Tittel, formål og forskningsspørsmål, screeningsprosess og inklusjons- og eksklusjonskriterier for litteraturen som skulle inkluderes, ble spesifisert i en protokoll før litteratursøket ble startet.

For å beskrive hvordan artiklene ble valgt i henhold til studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble flytskjemaet for screeningprosessen fra Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) også benyttet.

## Litteratursøk

For å sikre at det ble inkluderte relevante artikler i litteratursøket, var det nødvendig å beskrive populasjon, konsept og kontekst tilhørende hensikt og forskningsspørsmål ved hjelp av PCC-rammeverket slik det er beskrevet av (Joanna Briggs Institute, 2015):

- **Populasjon/ Population**
  - Beboere i langtidsinstitusjoner over 65 år.
- **Konsept/ Concept**
  - Sykepleieres erfaring med bruk av beslutningsstøtte for å prioritere omsorgsbehovene til eldre i langtidsinstitusjoner.
- **Kontekst/ Context**
  - Langtidsinstitusjoner, uavhengig av kultur, land eller spesifikke helsetjenester, enten de er offentlige eller private.

Ved bruk av PCC-rammeverket ble det 15. mars 2023 gjennomførte et litteratursøk i Pubmed og CINAHL med hjelp av en bibliotekar. Tabell 1 viser begrepsavklaring for viktige begrep som ble anvendt i søkestrategien. Samlet sett har det blitt utført en omfattende og grundig søkeprosess for å sikre at relevante artikler har blitt inkludert i litteratursøket. Hovedbegrepene som brukes i litteratursøket er definert som beskrevet i Tabell 1. Valg av hvilke begreper for å dekke konsept har vært utfordrende siden det ikke er

et begrep (MESH-term) for beslutningsstøtte. Til tross for at begrepet «delivery of health care» er et omfattende begrep ble det valgt ettersom det inkluderer beslutningsstøtte. Begrepet ble valgt for å unngå ekskludering av relevante studier som beskriver hvordan omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere prioriteres under litteratursøk. Beslutningsstøtte er definert som en prosess med selektiv kognitiv vurdering når man blir presentert med komplekse valg som resulterer i en handlingsplan eller idé. Det kan involvere systemer for å håndtere ulike typer informasjon og forutsi effekten av beslutninger. Denne studien vil begrense seg til beskrivelser av prioriteringsprosessen for omsorgsbehovene til langtidsinstitusjonsbeboere, inkludert hva som blir prioritert og hva som ikke blir det.

**Tabell 1.** Hovedbegrepene i litteratursøket

<b>Begrep</b>	<b>Definisjon</b>
<b>Populasjon</b>	
Aged	Eldre individer, som er mer tilbøyelige til å ha behov for langtidsopphold i en institusjon grunnet omsorgsbehov.
<b>Konsept</b>	
Delivery of health care	Dette inkluderer alt innen helsetjenester og distribusjon til en pasientpopulasjon. Innenfor dette området faller begreper som helseprioriteringer, som refererer til helserelaterte aktiviteter eller funksjoner som vurderes for å fastsette mål for helsetjenestepanlegging. Det inkluderer også sykepleieres praksismønstre, som handler om praksis innen sykepleie, inkludert diagnostisering og behandling. Helseprioriteringer og sykepleieres praksismønstre er begge typer beslutningsstøtte, og hvordan de defineres, påvirker hvordan de brukes.
Nursing care	Sykepleieres omsorg for pasientene.
<b>Kontekst</b>	
Residential facilities	Langtidsinstitusjoner som gir omsorg og støtte til pasienter med medisinske og sykepleierelaterte behov i dagliglivet.
Nursing homes	Institusjoner som gir begrenset medisinsk hjelp og sykepleietjenester til personer som ikke trenger innleggelse på sykehus.

Den endelige søkestrategien som brukes i Pubmed og CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) er oppgitt i vedlegget. I tillegg ble siterte artikler fra relevante studier inkludert i litteraturen som skulle screenes under selve screeningen, hvis det så ut som om de siterte artiklene kunne være aktuell å gjennomgå og ikke allerede hadde blitt identifisert i det eksisterende litertursøket.

### **Litteratur – screening og utvalg av artikler for inklusjon**

I starten av screeningsprosessen evaluerte jeg søket basert på titlene, nøkkelordene og sammendragene på artiklene. Deretter gikk jeg videre til en mer detaljert utforskning av

artiklene. I løpet av gjennomgangen av titlene og sammendragene oppdaget jeg at noen av studiene som ble fanget opp var irrelevante for forskningsspørsmålet. Jeg innså at begrepene «prioritering» og «beslutningstaking» kunne være for spesifikke og risikere å ekskludere relevante studier. Derfor valgte jeg å undersøke MESH-begrepene som kunne være mer overordnede, og jeg valgte begrepet «health care delivery system», som omfattet aspekter av helsetjenester og distribusjon til pasientpopulasjoner. Dette begrepet inkluderte også helseprioriteringer og sykepleieres praksismønstre, som begge representerer typer beslutningsstøttesystemer. Jeg gjennomførte litteratursøk i både Pubmed og CINAHL ved hjelp av dette begrepet.

Jeg samlet inn resultatene fra de to litteratursøkene, og totalt fikk jeg 8518 treff. Dette inkluderte fem siterte studier som ble funnet relevante ved fulltekstlesing av relevante studier fra det opprinnelige litteratursøket. Etter å ha fjernet duplikater, brukte jeg en to-trinnsprosess for å identifisere aktuelle artikler basert på forhåndsdefinerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Tabell 2 nedenfor beskriver studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier. Først ble alle referansene screenet basert på tittel og/ eller abstrakt, og de artiklene som virket relevante basert på tittel og/eller abstrakt, ble inkludert i neste trinn. Deretter ble fulltekstene hentet inn og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kvalitetsvurdering for artiklene ble ikke gjort siden dette er en scoping review.

**Tabell 2.** Inklusjons- og eksklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Fagfellevurderte publiserte studier (primær- og sekundærkilder) som handler om <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Populasjon</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ personer over 65 år</li> </ul> </li> <li>• <b>Konsept</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ refererer til bruken av ulike systemer som kan hjelpe sykepleiere med å prioritere omsorg mellom pasienter</li> </ul> </li> <li>• <b>Kontekst</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ omhandler eldre mennesker som bor i institusjoner for langtidsopphold</li> </ul> </li> </ul>	Studier som er irrelevante som omfatter yngre pasienter eller beboere, andre typer institusjoner (f. eks sykehus) eller i pasientens hjem, andre personalgrupper enn sykepleiere
Artikler publisert på engelsk, norsk, dansk og svensk språk	Publiserte artikler på andre språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk språk
Publiserte artikler i tidsskrifter med tilgjengelig sammendrag og fulltekst	Artikler uten abstrakt eller begrenset tilgang til teksten

### **Datauttrekk**

Den neste fasen handler om å samle inn data og kan beskrives ved hjelp av bruk av tydelige og omfattende verktøy eller skjema for å kunne trekke ut relevant informasjon fra de inkluderte artiklene. Dette kan sees som en organisering av den valgte litteraturen ved å abstrahere eller ta notater, slik at man kan utvikle et visuelt diagram. En av utfordringene ved en litteraturstudie er å finne ut av hvordan man best kan få en oversikt over datamaterialet som skal bearbeides. For å løse denne problemstillingen ble det utarbeidet en grundig litteraturmatrise for å systematisk trekke ut data om bruken av beslutningsstøtte for å vurdere omsorgsbehov hos eldre beboere på sykehjem. Matrisen inneholdt en omfattende oversikt over studieegenskaper som forfatter, år, land, hensikt og design, samt befolkningskarakteristikker som aldersgruppe og helsetilstand. Viktige funn om bruk av beslutningsstøtte for eldre ble også nøye dokumentert og inkludert. Informasjonen som ble samlet inn, ble presentert i oversiktlige tabeller og oppsummert i resultatdelen. En ekstra kolonne ble lagt til for å tydeliggjøre hvorfor studien ble inkludert i forhold til inklusjonskriteriene. Ved å benytte seg av en systematisk tilnærming som dette, kunne forfatteren samle og organisere relevant informasjon fra ulike kilder på en mer effektiv måte, og på den måten gjøre det enklere å analysere resultatene og trekke konklusjoner om effektiviteten av beslutningsstøtte i omsorg for eldre befolkninger på sykehjem.

## Resultat

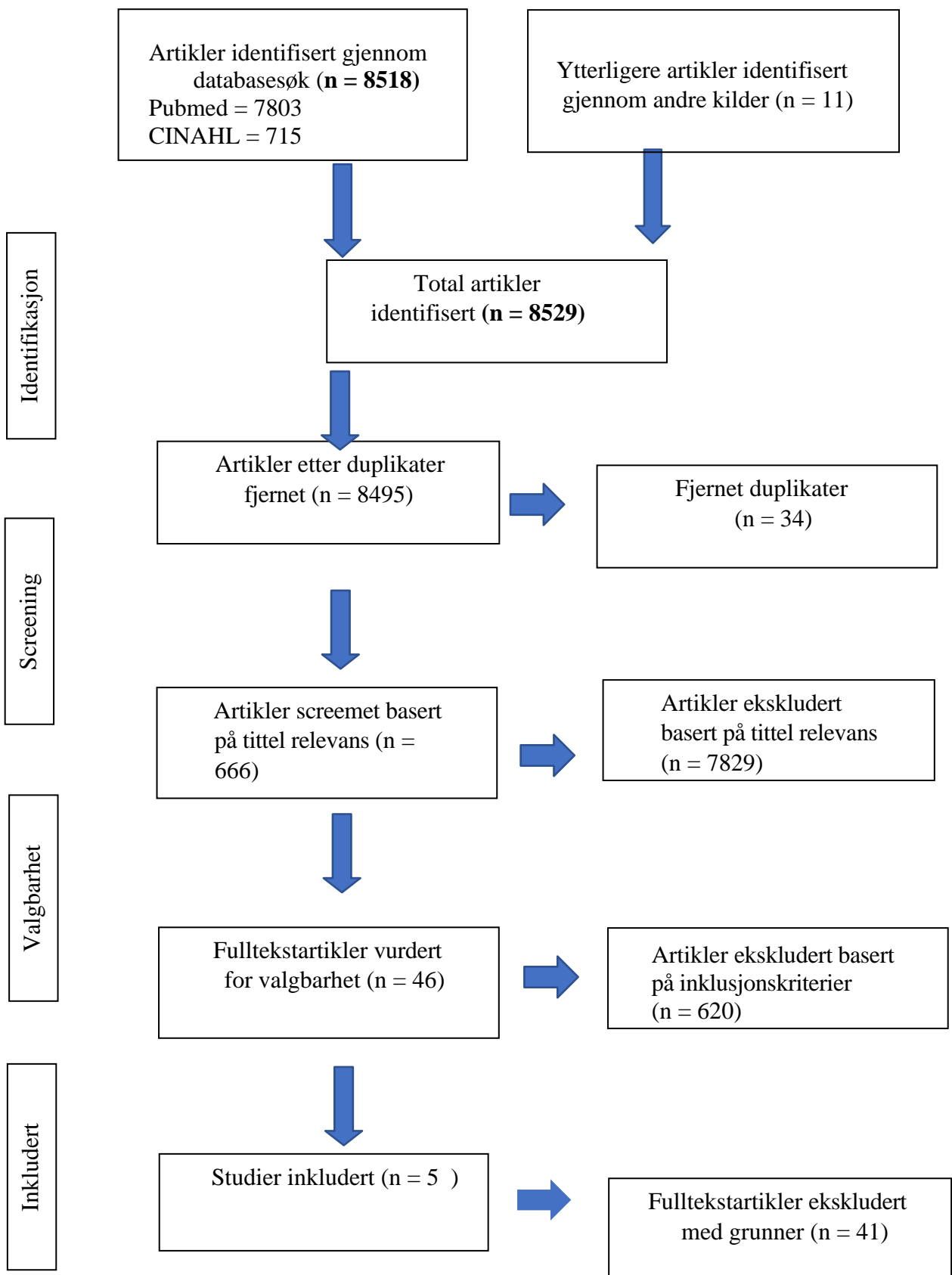
### Resultat av litteratursøk

Etter å ha fjernet duplikater (n=11) og artikler som ikke hadde relevans for forskningsspørsmålet (n=7829), sto jeg igjen med 666 artikler med titler som tilsynelatende var relevante. Jeg brukte PCC-rammeverket som inklusjonskriterier og screenet disse artiklene individuelt, noe som førte til 620 eksklusjoner i andre screeningtrinn. De resterende 46 artiklene ble nøye vurdert for relevans og tilgjengelighet av fullstendige sammendrag og fulltekst. Noen av artiklene ble utelukket fordi de var skrevet på et annet språk enn foretrukket. Til slutt ble 41 artikler ekskludert, hovedsakelig fordi de kun ble brukt i bakgrunnen for studien og omhandlet prioritering, beslutningstaking eller behovene til sykehjemsbeboere. Totalt sett ble fem artikler til slutt akseptert som kvalifiserte for utvalget. For å gi en oversikt over screeningprosessen, er en fullstendig beskrivelse gitt i Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) flytskjema i Figur 1, og oppsummerende karakteristika for det endelige utvalget er gitt i Tabell 3.

En gjennomgang av fire artikler ble gjennomført for å undersøke hvordan omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere blir evaluert og håndtert. Av de fire artiklene var tre beskrivende, mens den fjerde benyttet en kvalitativ tilnærming. Denne ene studien benyttet Q-metodologi, som genererte to sett med data. Det første settet bestod av sorterte elementer som representerte omsorgsoppgaver utført av sykehjemspersonell, mens det andre settet var diskusjonen som umiddelbart fulgte etter sorteringen. Ved å benytte Q-metodologi kunne forskerne stimulere til diskusjon om årsakene bak spesielle plasseringer, og dermed kunne analysen av dataene gi innsikt i hvordan man best kan prioritere og håndtere omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere, gitt begrensede ressurser, bemanning og tid.

Selv om de kvalitative dataene ofte undervurderes i nåværende bruk av Q-metodologi, kan de tenkemåtene som ligger bak plasseringen av et element, være like relevant som den absolutte plasseringen av de ulike elementene. Dette er spesielt viktig når det gjelder å fastslå hvilke omsorgsoppgaver som blir prioritert og hvilke som ikke blir det. Dette skyldes begrensninger i ressurser, bemanning og tid som gjør det umulig å møte alle omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere. Derfor var Q-metodologi en verdifull tilnærming for å evaluere omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere og belyse hvordan helsepersonell prioriterer de mest nødvendige oppgavene.

Figur 1. PRISMA diagram





Tabell 3. Litteraturmatrise over inkluderte studier

	<b>Tittel</b>	<b>Forfatter, år, land</b>	<b>Studiedesign og hensikt/tema</b>	<b>Nøkkelfunn</b>	<b>Årsak inkludert</b>
1	A Descriptive Analysis of a Nursing Home Clinical Information System with Decision Support	Alexander, G; 2008, United States	Deskriptive; denne artikkelen gir en beskrivelse av implementeringen av kliniske informasjonssystemer fra OneTouch Technology i tre sykehjem lokalisert i USA.	OneTouch-teknologi ble brukt for å automatisk identifisere utløsere knyttet til dehydrering, forstoppelse, hudintegritet, vekttap/-økning og endringer i helsetilstand. Implementeringen av denne kliniske informasjonsteknologien vakte blandet reaksjoner fra personalet på sykehjemmet, der noen uttrykte positive tilbakemeldinger mens andre hadde negative meninger.	<b>Populasjon</b> Handler om eldre mennesker som bor i langtidsinstitusjoner <b>Konsept</b> Bruk av One Touch technology for å prioritere omsorgsbehov blant sykehjemsbeboere <b>Kontekst</b> Handler om sykehjemsbeboere
2	Assistant Nurses' Positioned Accounts for Prioritizations in Residential Care for Older People	Lundin, Anette; Bulow, Pia; Stier, Jonas; 2021; Sweden	Deskriptive, denne artikkelen beskriver metodene som brukes av ansatte i sykehjem for å prioritere arbeidsoppgavene sine, og begrunnelsene de gir for å ikke prioritere visse oppgaver.	En beslutning som tas til beste for pasienten innebærer flere steg: vurdering av nåværende situasjon, samling av informasjon om medisinsk historie og prognose, avgjørelse av passende behandlings-alternativer, definering av kliniske omsorgsbeslutninger, vurdering av eventuelle tidligere uttrykte ønsker fra pasienten da de var kapable, tar hensyn til synspunktene til signifikante andre og helseteamet, og veier fordelene mot ulempene. Hvis det	<b>Populasjon</b> Handler om eldre mennesker som bor i langtidsinstitusjoner <b>Konsept</b> Beskriver ulike metoder å prioritere omsorgsbehov blant sykehjemsbeboere; og hva slags oppgaver er prioritert eller ikkje <b>Kontekst</b> Handler om sykehjemsbeboere

				er noen usikkerhet eller uenighet blant helsepersonell eller familiemedlemmer, anbefales det å søke en second opinion eller råd fra en spesialist.	
3	Decisions and Dilemmas: The Context of Prioritization Dilemmas and Influences on Staff Members' Prioritization Decisions in Residential Aged Care.	Ludlow K. , Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021; Australia	Deskriptiv, denne studien undersøkte situasjonene der prioriteringsdilemmaer oppstår i langtidsinstitusjoner og faktorene som påvirker beslutninger knyttet til prioritering.	Aktiviteter som krever prioritering kan by på utfordringer på grunn av høyt arbeidspress, manglende bemanning, uforutsette hendelser og motstridende krav. Studien identifiserte syv faktorer som påvirker beslutningstaking i prioritering. Noen av disse faktorene kan være i konflikt med hverandre og gjøre beslutningsprosessen enda mer komplisert. For å hindre forsømte oppgaver, er det viktig å ta hensyn til disse påvirkningene på beslutningstaking og redusere utfordringene knyttet til prioritering.	<b>Populasjon</b> Handler om eldre mennesker som bor i langtidsinstitusjoner <b>Konsept</b> Beskriver situasjoner og faktorer som påvirker hvordan å prioritere omsorgsbehov blant sykehjemsbeoer; og hva slags oppgaver er prioritert eller ikke <b>Kontekst</b> Handler om sykehjemsbeoere
4	Staff members' prioritisation of care in residential aged care facilities: a Q methodology study	Ludlow K. , Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite; 2020; Australia	Q methodology; denne studien undersøker hvordan omsorgspersonell prioriterer omsorgen som gis til eldre beoere som bor i aldershjem.	Fire ulike perspektiver ble identifisert i den foreslåtte løsningen, som var: 1) prioritering av klinisk behandling, 2) prioritering av daglige aktiviteter, 3) vedta en humanistisk tilnærming til prioritering av omsorg, og 4) ta en helhetlig tilnærming til prioritering av omsorg. Blant disse fire	<b>Populasjon</b> Handler om eldre mennesker som bor i langtidsinstitusjoner <b>Konsept</b> Beskriver hvordan helsepersonell prioriterer omsorgsbehov blant sykehjemsbeoer; og

				perspektivene ble det å gi beboerne valg i omsorgen rangert som en lavere prioritet. Studien viste at å tildele lavere prioritet til visse omsorgsaktiviteter kunne resultere i at nødvendig omsorg ikke ble gitt.	hva slags oppgaver er prioritert eller ikke <b>Kontekst</b> Handler om sykehjemsbeboere
5	Clinical prioritisations of healthcare for the aged: professional roles	Nortvedt, et al.; 2008; Norway	Kvalitativ; Undersøke hvordan helsepersonell oppfatter sine yrkesmessige ansvar når det gjelder prioritering av klinisk behandling for eldre pasienter.	Helsepersonell møter utfordringer med å møte de ulike behovene til eldre pasienter og opprettholde profesjonelle standarder og forventninger. Som en følge av dette er det en tendens til å senke standardene og begrense omfanget av deres rolle. Noen leger nevner «mykere» ansvarsområder som klinisk kommunikasjon og rehabilitering, som ofte får lavere prioritet eller blir delegert til sykepleiere. Imidlertid prioriterer også sykepleiere ofte de medisinske behovene i sin rolle. Mange helsepersonell er bekymret for at tidsbegrensninger kan føre til forsømmelse av pasientenes medisinske behov, da symptomer kan gå ubemerket hen.	<b>Populasjon</b> Handler om eldre mennesker <b>Konsept</b> Beskriver hvordan helsepersonell prioriterer omsorgsbehov blant sykehjems-beboere; og hva slags oppgaver er prioritert eller ikke <b>Kontekst</b> Handler om sykehjemsbeboere

### **Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsår**

Det er hovedsakelig artikler publisert i løpet av de siste fire årene som er identifisert i denne studien. Dette antyder at forskningsfeltet er forholdsvis nytt og det er sannsynlig at flere studier vil bidra til en mer grundig forståelse av hvordan prioritering av omsorgsbehovene til beboere på sykehjem blir praktisert. Ettersom dette temaet er nylig forsket på, er det ikke uvanlig å inkludere artikler som er publisert for over 10 år siden i bakgrunnen og diskusjonen i denne studien.

**Tabell 4.** Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsår

<b>Publiseringsår</b>	<b>Antall</b>
2007 - 2010	2
2011 - 2013	0
2014 - 2016	0
2017 - 2020	0
2019 - 2023	3

### **Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsland**

Når det gjelder fordelingen av artiklene etter publiseringsland, stammer to av de nylig publiserte artiklene fra Australia. Disse artiklene gir mer omfattende beskrivelser av hvilke oppgaver som blir høyt prioritert, og hvilke utfordringer helsepersonell møter når de prioriterer langtidsomsorg med tanke på å optimalisere ressursbruk og ta hånd om omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere. Det er interessant å merke seg at de fleste av disse landene er velutviklede nasjoner med en økende andel eldre befolkning.

**Tabell 5.** Fordeling av inkluderte artikler etter publiseringsland

<b>Publiseringsland</b>	<b>Antall</b>
Australia	2
Norge	1
Sverige	1
USA	1

### **Beslutningsstøtte for å vurdere og prioritere omsorgsbehovene til eldre i langtidsinstitusjoner**

Etter å ha utført en omfattende gjennomgang av litteraturen, ble det klart at det var begrenset kunnskap om hvordan sykepleiere prioriterer omsorgsbehovene til eldre i langtidsinstitusjoner. Ingen av de fem artiklene som ble undersøkt, presenterte et verktøy som kunne brukes til å evaluere og prioritere omsorgsbehovene samtidig. Én artikkel diskuterte bruken av teknologi for å imøtekomme behovene til sykehjemsbeboere, men det

var uklart om dette verktøyet hovedsakelig kunne brukes til å prioritere omsorgsbehovene (Alexander G., 2008). Fire av studiene beskrev hvordan helsepersonell på sykehjem prioriterer oppgaver og tar beslutninger, og disse var direkte relevante for hovedtemaet i studien (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020; Lundin, Bulow, & Stier, 2021; Nortvedt, et al., 2008; Lundin, Bulow, & Stier, 2021). Det var klart at det var behov for mer forskning på området, spesielt når det gjaldt utvikling av verktøy som kunne hjelpe sykepleiere med å evaluere og prioritere omsorgsbehovene til eldre beboere på langtidsinstitusjoner.

Videre fant jeg flere artikler som diskuterte temaet om prioritering av omsorgsbehov generelt, der fordeler, ulemper og utfordringer ble drøftet. Selv om ingen enkelttilnærming ble presentert, så ble det diskutert hvilke oppgaver som har blitt prioritert, situasjoner der prioritering er nødvendig, og ulike oppgaver og typer sykehjemsbeboere som krever forskjellige sykepleietiltak.

Mens de ulike artiklene hadde enighet om fordeler, ulemper og utfordringer knyttet til prioritering av omsorgsbehov, var det ingen forsøk på å sammenfatte kunnskapen og erfaringene til sykepleiere. En av artiklene drøftet bruk av teknologi for å hjelpe i beslutningsprosesser for å håndtere omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere. Artikkelen beskrev hvordan kliniske informasjonssystemer fra OneTouch Technology kunne brukes til å oppdage mulige helseproblemer og bidra til å forbedre kvaliteten på sykepleien og livskvaliteten til beboerne. Selv om teknologien ikke er utbredt i sykehjem, ble den ansett som nødvendig for å forbedre beslutningsprosesser og samarbeid mellom tjenesteytere.

Alexander G. (2008) påpekte at kjerneområdene innen eldreomsorg varierer globalt, med noen steder som setter søkelys på sosial omsorg i stedet for medisinsk omsorg. Artikkelen forklarte også at økt administrativ arbeidsbelastning har ført til mindre tid til individuell omsorg og interaksjon med sykehjemsbeboere. Dette skyldes markedsføring av eldreomsorg, men hindres av økt knapphet og mangel på ressurser som skaper inkonsistens mellom personalets idealer og faktisk praksis.

En annen forskningsartikkel har undersøkt flere faktorer som påvirker ansattes prioritering av oppgaver i en langtidsinstitusjon, og hvordan dette kan føre til forsømt omsorg når oppgaver med lav prioritet blir oversett (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Studien identifiserer syv faktorer som påvirker prioriteringsbeslutninger, inkludert arbeidsmengde, bemanningsnivåer, og motstridende påvirkninger som uforutsette hendelser og motstridende krav. For å unngå forsømt omsorg, må innsatsen ta hensyn til disse faktorene og prøve å redusere prioriteringsproblemer. Ifølge

respondentene i denne studien spiller beboernes omsorgsbehov en rolle i prioritering, inkludert graden av avhengighet, behovet for assistanse, risikoen for skade og kompleksiteten av omsorg. Personalet har problemer med å organisere prioriteringene sine når de jobber med beboere med demens, og bestemte beboere blir prioritert basert på deres behovsnivå og tilgjengelighet av personale. Personalet prøver å gi omsorg med tanke på beboernes preferanser, og anerkjenner dem som viktige i deres opphold. En annen artikkel utforsker videre pleiepersonells prioritering av omsorg på en langtidsinstitusjon, og identifiserer fire forskjellige synspunkter (Ludlow K. , Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020). Å gi beboere muligheter til å velge sin omsorg var en lav prioritet over alle fire synspunkter, men det å ivareta daglige behov var ansett som essensielt for å forebygge medisinske komplikasjoner. Respondentene som prioriterte beboernes daglige behov, la vekt på personvern og jobbanvar, inkludert å gi hjelp til de med begrensede fysiske evner og overvåke beboerne for å sikre deres sikkerhet. Å tildele lavere prioritet til en omsorgsaktivitet kunne føre til at omsorgen ble oversett.

Videre fant artikkelen at psykososial omsorg, som sosiale og åndelige aktiviteter, var en lav prioritet for omsorgspersonell. Imidlertid ble følelsesmessig støtte ansett som viktig, spesielt for direkte omsorgspersonell som møtte beboere som var opprørte eller ensomme. Men noen respondenter som prioriterte beboernes totale velvære og tok en humanitær tilnærming, rangerte følelsesmessig støtte, respekt og personvern som høye prioriteringer. De mente at institusjoner for eldre var beboernes siste hjem og la vekt på viktigheten av menneskelige forbindelser, meningsfulle aktiviteter og formål. Aktivitører og noen omsorgsarbeidere la også vekt på viktigheten av følelsesmessig støtte og klinisk omsorg (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020).

Videre en annen artikkel undersøker hvordan helsepersonell strever med sin yrkesrolle når det gjelder prioriteringer av eldre pasienter, ettersom de ikke klarer å dekke alle deres behov samtidig som de opprettholder sine profesjonelle idealer (Nortvedt, et al., 2008). Det er en tendens til å snevre inn helsepersonells rolle for å sikre pasientens livsviktige behov, på bekostning av god praksis og helhetlig rollemodellering. Artikkelen påpeker at hvis helsepersonell ikke tar hensyn til rettferdighet i sin rolle, vil andre forme deres ansvar når det gjelder prioriteringer, og dette gjør det vanskelig å oppnå rettferdig fordeling av helsetjenester for eldre pasienter uten at helsepersonell tar ansvar for disse spørsmålene.

Artikkelen påpeker også at leger og sykepleiere begrenser sine primære ansvarsområder til de medisinske behovene til individuelle pasienter, uten å ta ansvar for spørsmål om rettferdig fordeling eller ansvar for fellesgoder. Som et resultat kan eldre

pasienter være dårligere stilt når det gjelder helsetjenesteprioriteringer på lang sikt. Tidspress begrenser også pasientbehandling, og noen medisinske behov kan bli oversett på grunn av symptomer som ikke blir lagt merke til. Artikkelen understreker behovet for nøye og omsorgsfulle helsearbeidere, ettersom eldre pasienter kan være for beskjedne, skrøpelige eller forvirrede til å klage. Derfor begrenses sykepleiernes rolle stadig til biomedisinske oppgaver, noe som også begrenser deres evne til å yte god sykepleie.

### **Diskusjon**

Etter en nøye gjennomgang av tilgjengelig litteratur, synes det å eksistere en betydelig kunnskapsmangel når det gjelder hvordan sykepleiere vurderer og prioriterer omsorgsbehovene til eldre som bor i langtidsinstitusjoner. Ingen av de fem artiklene som ble undersøkt, beskrev et spesifikt verktøy eller system for å vurdere og prioritere omsorgsbehovene på en helhetlig måte. Likevel finnes det flere ulike tilnærminger som kan være til hjelp i beslutningsprosessen i omsorgstjenester, for eksempel teknologi. Dette anses som avgjørende for å øke kvaliteten på omsorg ved å muliggjøre samordnede og asynkrone interaksjoner mellom tjenesteytere og forbedre omsorgstilbudet.

Primært har teknologi blitt undersøkt som et hjelpemiddel for sykepleiere i klinisk beslutningstaking. En studie fra USA beskrev implementeringen av kliniske informasjonssystemer fra OneTouch Technology i sykehjem. Disse systemene kan utløse intervensjoner knyttet til forskjellige diagnoser (Alexander G., 2008) med mål om å redusere feil og forbedre livskvaliteten til beboere. Utløserne kan omfatte dehydrering, forstoppelse, hudproblemer, endringer i vekt og endringer i helsetilstanden.

Mens bruk av teknologi har fått både positive og negative tilbakemeldinger fra sykehjemspersonell (Alexander, Rantz, Flesner, Diekemper, & Siem, 2007), betraktes det som et verdifullt verktøy for å forbedre kvaliteten på omsorgen som tilbys beboerne. Selv om slike verktøy kan hjelpe til med prioritering og forbedring av omsorg, er det viktig å merke seg at selve prioriteringsprosessen har blitt identifisert som en årsak til redusert omsorg. Tidligere studier (Ludlow K. et al., 2019; West et al., 2005; Schubert et al., 2008) har bekreftet at omsorgsaspekter som mobilitet, personsentrert omsorg og generelle omsorgsprosesser ofte blir utelatt, rasjonert eller gitt lavere prioritet på sykehjem på grunn av begrensede ressurser. Dette kan øke risikoen for negative pasientresultater når sykepleiere må bruke sin kliniske dømmekraft for å prioritere oppgaver.

### **Fordeler og ulemper knyttet til beslutningstøtte på sykehjem**

Narrativet om den «rådvillige omsorgspersonen» blir ofte brukt av helsepersonell for å unngå skyldfølelse når de ikke kan gi omsorg i henhold til sine personlige verdier (Lundin,

Bulow, & Stier, 2021). Dette kan føre til forhandlinger mellom sykepleiere, pårørende og leger for å utvikle en omsorgsplan som oppfyller alle behov, og dette kan påvirke hvordan pasienter behandles og hvordan helseressurser fordeles eller prioriteres på ulike helseinstitusjoner. Dette underbygger viktigheten av spesialisert omsorg for eldre, som bør omfatte forskjellige prosedyrer, økt oppmerksomhet på omsorgsbehovene deres, og søkelys på å prioritere ulike oppgaver for sykehjemsbeboere. Tidligere undersøkelser bekrefter denne fortellingen om at langtidsinstitusjoner står overfor utfordringer som følge av begrensede ressurser (Amalberti, Nicklin, & Braithwaite, 2016), problemer med bemanning (Australian Nursing and Midwifery Federation, 2016) og komplekse omsorgsbehov hos pasienter med kroniske sykdommer som demens og multimorbiditet (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2011).

I sykehjem kan kontekstuelle begrensninger, prioriteringsdilemmaer og faktorer som påvirker prioriteringsbeslutninger føre til utilstrekkelige og urettferdige helsetjenester for beboere med omfattende behov som ikke kan uttrykke seg selv (Slettebø, et al., 2010). Mangel på bemanning er den viktigste årsaken til høyt arbeidspress og tidspress, som ofte fører til at psykososiale omsorgsaspekter blir forsømt eller ikke prioritert, ifølge Ludlow et al. (2021). Dette er blitt påpekt i flere forskningsstudier som gir detaljer om hvordan mangel på sykepleiere resulterer i knapphet på tid, som igjen kan føre til at omsorgen blir suboptimal, og det kan oppstå pasientsikkerhetsproblemer og utelatelser (Ausserhofer, et al., 2013).

Forskningsstudier har også utforsket «sengeprioritering» i langtidsinstitusjoner, som refererer til å prioritere daglig rutineomsorg (Slettebø, et al., 2010). Sykepleiere kan oppleve at tidspress og mangel på oppmerksomhet fører til at medisinske behov overses, og at de i økende grad setter søkelys på biomedisinske oppgaver, noe som kan begrense deres evne til å gi god omsorg (Nortvedt, et al., 2008). Mulige årsaker til hvorfor denne utfordrende situasjonen oppstår, blir nevnt i studiene som indikerer at store arbeidsmengder og konkurranse mellom krav kan føre til forsømt omsorg og implisitt prioritering av pleiebehov (Kalisch, Landstrom og Williams, 2009; Schubert m.fl., 2008). Dette er negativt assosiert med kvaliteten på omsorg og pasienttilfredshet (Recio-Saucedo m.fl., 2018), og det er derfor viktig å prioritere omsorgsbehovene i henhold til sentrale verdier og tilpasse seg dynamiske og uforutsigbare situasjoner (Jones, Hamilton og Murry, 2015). Disse artiklene er i tråd med de teoretiske modellene som beskrives i studien, og som omtaler begrepene «Missed Care» og «Implicit Rationing of Nursing». Disse modellene understreker viktigheten av å ta prioriteringsbeslutninger som kan føre til mangel på omsorg eller begrenset tilgang til omsorg. Selv om disse modellene først og fremst setter søkelys på omsorg i akutte



situasjoner, har nyere studier om prioritering vist at de også er relevante for omsorg som gis i langtidsinstitusjoner (Ludlow, Churrua, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021).

Pedersen, Nortvedt og Slettebø (2008) har rapportert om manglende dokumentasjon om hvordan prioriteringsbeslutninger tas, og det har blitt observert at noen beboere som ønsket å stå opp, ikke fikk hjelp av sykepleierne under perioder med lav bemanning. Sykepleiere har prøvd å anvende likhetsprinsippet når de bestemmer hvilke beboere som skal holdes i sengen, og har forsøkt å fordele hviledager jevnt mellom alle beboere. Dette er i tråd med tidligere studier som også har påpekt at selv om det kan føre til at noen pasienter får mindre eller utsatt omsorg, er det fortsatt viktig å fordele begrensede ressurser på en rettferdig måte som tar hensyn til pasientenes rettigheter og frihet til å velge (Pedersen, Nortvedt og Slettebø, 2008). Dette er spesielt relevant i Norge, der velferdsstaten setter søkelys på en rettferdig fordeling av begrensede helseressurser.

Ifølge Slettebø og kollegaer (2010), ble det rapportert om situasjoner hvor det var for lite personell tilgjengelig for å ta beboere ut på turer eller aktiviteter. Som et resultat måtte sykepleiere prioritere hvilke beboere som skulle få denne muligheten, ettersom det ikke var pårørende eller frivillige tilgjengelige for å hjelpe til. På grunn av mangelen på spesialisert personell som fysioterapeuter og ergoterapeuter, måtte sykepleiere ta på seg noen av disse oppgavene selv, noe som skapte bekymring om hvorvidt beboerne fikk tilstrekkelig behandling fra personell som ikke var spesielt opplært for disse oppgavene (Slettebø og kollegaer, 2010). I fravær av klare retningslinjer, syntes sykepleiere å delegere ansvar på en implisitt måte til personell med lavere omsorgsansvar i hierarkiet. Resultatene fra tidligere studier antyder at eldre på sykehjem i Norge får generelt god grunnleggende omsorg, men at fritidsaktiviteter ofte blir oversett (Kirkevold & Engedal, 2006). Dette er en bekreftelse at det er en utfordring å prioritere oppgaver, og noen ganger må visse oppgaver utsettes eller delegeres for å frigjøre tid til mer viktige ansvarsområder (Bergland & Kirkevold, 2005).

En tilnærming til omsorg som setter søkelys på personen, betyr å ta hensyn til deres preferanser og verdier (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2011). Ludlow og kollegaer (2021) utforsket prioritering av omsorgsbehovene for beboere i langtidsinstitusjoner, som omfatter å bevare deres åndelige følelser, dele informasjon og involvere familie, fremme selvstendighet og gi tilgang til personell når det er nødvendig. Fire faktorer som påvirker beslutninger om prioritering inkluderer graden av avhengighet, dynamiske behov, likegyldighet og tilgjengelighet av personale. Ifølge Royal Commission into Aged Care Quality and Safety (2019), kan personalet på langtidsinstitusjoner ikke alltid oppfylle alle beboernes behov og ønsker på grunn av ulike faktorer. Tidligere studier viser

at denne komplekse og utfordrende rollen til sykehjem er oppmuntret og institusjonalisert. Formålet med langtidsinstitusjoner som sykehjem er å tilby eldre beboere en hjemmekoselig atmosfære og støtte dem i deres senere år ved å gi dem praktisk assistanse, meningsfulle aktiviteter, åndelig omsorg, emosjonell støtte og sosiale interaksjoner. For å oppnå dette, kreves en personsentrert tilnærming til omsorg (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2019).

I langtidsinstitusjoner kan det være svært utfordrende å opprettholde en personsentrert tilnærming til omsorg på grunn av flere konflikterende problemer og behov. Personalet må finne en balanse mellom beboernes frihet og sikkerhet, og ta hensyn til risikostyring på grunn av beboernes sårbarhet (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Trygghet og selvstendighet kan for eksempel være motstridende aspekter, og det kan være vanskelig å opprettholde begge deler i langtidsinstitusjoner. Kim, Choi og Kim (2016) undersøkte også sykepleieres beslutninger om å bevare selvstendigheten til sykehjemsbeboere med fysisk-kognitiv funksjonssvikt, som er i henhold til personsentrert omsorg. Ludlow et al. (2021) diskuterer ytterligere at helsepersonell prioriterer personsentrert omsorg og livskvalitet, inkludert behandling av beboerne med respekt og mulighet for brukermedvirkning. Dette funnet står i kontrast til tidligere forskning (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020), som indikerer at personsentrert omsorg ofte blir ansett som en lav prioritet i langtidsinstitusjoner (Nortvedt et al., 2008).

En annen undersøkelse identifiserte fem temaer, inkludert å anerkjenne beboernes potensiale, gi omsorg på fysisk, emosjonelt og psykososialt nivå i daglige rutiner, utføre personlig kartlegging, tilby støtte på fysisk og emosjonelt nivå, og forberede beboere på økt selvstendighet. Disse temaene var basert på sykepleieres personlige strategier, praktiske erfaring, intervensjoner og vurderingskriterier. I overgangen til mer personsentrerte tilnærminger til omsorg, har det blitt stadig mer anerkjent at å involvere tjenestebrukere i omsorgen deres er en essensiell del av helsetjenestetilbudet (Delaney, 2018). Å undersøke beboernes preferanser for omsorg er nødvendig, men også utfordrende, for å lette personsentrert omsorg (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021).

I følge Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite (2019) består faktorer som er assosiert med ufullstendig omsorg av ressurser, ansattes egenskaper og velvære, pasientenes egenskaper, arbeidsmiljø, interaksjoner og levering av omsorgsaktiviteter. Mangel på tilstrekkelig omsorg kan beskrives som en prosess av prioritering, der rasjonering av omsorg blir en handling og forsømt omsorg det endelige resultatet. Det er

manglende konsensus og forståelse for handlinger og perspektiver blant sykehjemspersonell når en beboer forverrer seg (McCloskey, 2011). Videre ifølge Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite (2021) finnes det ingen formell rolle for sykepleiere i beslutningsprosessen, og noen sykepleiere varierer i sine handlinger. Prioriteringer i omsorgen påvirkes av beboernes behov, som inkluderer deres nivå av selvstendighet, behov for hjelp, risiko for skade og kompleksitet i omsorgen. Kognitive svekkelser hos sykehjemsbeboere kan for eksempel påvirke hvordan omsorgen prioriteres. Hvor går grensen for å respektere pasientens vilje og uavhengighet, når omsorg er nødvendig for å unngå negative konsekvenser for pasienten selv? – her blir det et dilemma. Dette dilemmaet har tidligere blitt nevnt og er i tråd med tidligere studier som hevder at sykepleieres evne til kritisk tenkning spiller en viktig rolle i å evaluere og vurdere alternative omsorgsløsninger i langtidsinstitusjoner. Sykepleieres vurderinger av beboernes tilstand og preferanser er også avhengige av legenes tillit, og det er derfor viktig å forstå hvordan sykepleiere tar beslutninger og velger intervensjoner for å forbedre sin sykepleiepraksis (Kim, Choi & Kim, 2016).

Ifølge Nortvedt og kolleger (2008) kan sykepleiere stå overfor vanskeligheter med å møte de omfattende behovene til eldre pasienter samtidig som de opprettholder faglige idealer og standarder. Sykepleierens rolle kan bli begrenset av faktorer som økt spesialisering, medisinske inngrep, økonomiske incentiver, organisatoriske strukturer og biomedisinske modeller. Å fordele helsetjenester på en rettferdig måte anses ikke generelt som en integrert del av helsepersonells rolle i kliniske prioriteringer, og manglende vurdering av rettferdighet kan føre til at andre faktorer påvirker deres rolle og ansvar i kliniske prioriteringer. Å ta ansvar for rettferdig fordeling av helsetjenester er kritisk for å sikre at eldre pasienter får rettferdig omsorg (Nortvedt og kolleger, 2008).

Ifølge en undersøkelse utført av Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis og Braithwaite (2020), ble fire forskjellige perspektiver på omsorgsprioritering identifisert: (1) klinisk prioritering, (2) prioritering av daglige oppgaver, (3) humanistisk tilnærming til omsorgsprioritering, og (4) en helhetlig tilnærming til omsorgsprioritering. Ansatte sin arbeidsrolle hadde en betydelig innvirkning på deres prioritering av omsorg, hvor omsorgsarbeidere var ansvarlige for prioritering av daglige oppgaver, mens prester eller pastoralt omsorgspersonell og omsorgsarbeidere tok en humanistisk tilnærming til omsorgsprioritering. En helhetlig tilnærming til omsorgsprioritering inkluderte aktivtører og omsorgsarbeidere (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020). Dette bekrefter at ulike yrkesroller vil ha ulike fokusområder innen omsorg. Hver type

helsepersonell kan ha overlappende ansvarsområder, men dette åpner for muligheten til å delegere visse oppgaver til andre på grunn av faktorer knyttet til arbeid og pasientomsorg. Dette er bekreftet av tidligere studier ifølge West, Barron og Reeves (2005) som viser at sykepleiere ofte delegere oppgaver til hjelpepleiere på grunn av manglende tid, overarbeid eller manglende kunnskap om hvordan de kan gi adekvat omsorg. Som et resultat er sykepleieres største bekymringer manglende tid til å utføre viktige oppgaver og håndtere pasientenes angst og bekymringer, noe som kan føre til at essensielle omsorgselementer, som emosjonell støtte og hygiene, blir forsømt. Eldre pasienters grunnleggende behov kan også bli ignorert i helsevesenet ifølge Førde, Pedersen og Nortvedt (2006), noe som indikerer et betydelig kunnskapsgap når det kommer til prioritering av omsorg.

Resultatene en undersøkelse utført av Ludlow K., Churrua, Mumford, Ellis og Braithwaite (2020) viser at sykepleiere prioriterte administrering av medisin, mens støttepersonell satte søkelys på sosialisering og rekreasjonsaktiviteter. Personlige omsorgsarbeidere ga direkte omsorg som dusjing og toalettbesøk. På grunn av arbeidsfordeling og høye arbeidsbelastninger, prioriterte omsorgspersonell oppgaver basert på deres tildelte ansvar, noe som noen ganger førte til at mindre prioriterte oppgaver ble oversett (Syed, et al., 2016). Legene hadde hovedsakelig fokus på medisinske behov og overlot ikke-medisinske oppgaver til sykepleierne, som også satte medisinske behov over andre ansvarsområder som fysisk trening, rehabilitering og psykososiale behov. Dette skaper en vanskelig situasjon fordi sykepleierne skal prioritere unike sykepleieoppgaver og prosedyrer, men blir tvunget til å håndtere oppgaver som også legene fokuserer på på grunn av mangel på ressurser og utfordrende arbeidsforhold.

Tidligere forskning (Werntoft, Hallberg, & Edberg, 2007; Schubert, Glass, & Clarke, 2007; Henderson, Willis, & Xiao, 2017; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009) har vist at en av de største utfordringene innen helsevesenet er mangel på ressurser og begrenset tid, noe som krever kontinuerlig prioritering og revurdering av pasientomsorgen basert på situasjonen. Dette kan føre til «implisitt rasjonering» og «misted care» - nødvendig omsorg som blir utelatt eller utsatt. På grunn av begrensninger i ressurser, tidsbegrensninger, byråkrati og regulering, samt manglende forståelse og innsats, blir helsepersonell hindret i å prioritere hva som er viktig for eldre. Dette problemet er bekreftet av en omfattende undersøkelse utført av Woolhead, Tadd og Boix-Ferrer (2006), som viser at selv om helse- og sosialarbeidere er klar over de positive resultatene av gode kommunikasjonsinteraksjoner med eldre mennesker, oppfyller de ofte ikke nødvendige standarder for god kommunikasjon. På grunn av disse hindringene har helsepersonell vanskeligheter med å

bruke passende kommunikasjonsmetoder, lytte til pasientene, gi dem valgmuligheter, inkludere dem, respektere deres privatliv og få dem til å føle seg verdsatt.

Ifølge Ludlow K. et al. (2020), ble daglige omsorgsoppgaver som toalettbesøk, bading, dusjing, munnstell og hjelp med måltider identifisert som høye prioriteringer av deltakerne i studien. En annen studie utført av Jones, Hamilton og Murry (2015) indikerte at infeksjonskontroll, behandling, tester og prosedyrer, ernæring og eliminering var de minst etterlatte ufullstendige aktivitetene innen helsevesenet, og at sykepleiere oftere utelater omsorg enn pleieassistenter. Prest, pastorale omsorgspersoner, aktivitører og andre omsorgsarbeidere la vekt på følelsesmessig støtte og klinisk pleie (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020), mens sykepleiere står overfor utfordringer med å balansere medisinske prosedyrer med god sykepleie til eldre pasienter (Kihlgren, Nilsson, & Sørli, 2005). Omsorgsarbeidere ble identifisert som «kunnskapsformidlere» som formidler informasjon og kunnskap mellom mennesker for å lette samordningen av omsorg (Nortvedt, et al., 2008).

Når ansatte i langtidsinstitusjoner tar beslutninger om prioritering av omsorg, må de ta hensyn til den komplekse situasjonen som beboerne befinner seg i, inkludert multimorbiditeter, begrensninger og risikoer knyttet til mobilitet, kognitiv svikt, skrøpelighet, funksjonshemminger og behov for assistanse med daglige gjøremål (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2019). Prioritering innebærer å fastsette den relative viktigheten av forskjellige aspekter av omsorg når ressurser er utilstrekkelige (Hendry & Walker, 2004). Det er viktig for beboerne å etablere og forstå sine omsorgsprioriteringer (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021).

En utforskning utført av Persson & Wästerfors (2009) avslørte at deltakerne hadde etablert regelmessigheter for å avgjøre hvilke beboere som burde motta omsorg først, og foretrukket en bestemt rekkefølge for omsorgsoppgavene. Studien beskrev en triageordning som en beslutningsstøtte for å prioritere omsorgsbehovene, og det er interessant å observere hvordan omsorgsbehovene til beboerne på sykehjem prioriteres basert på verdier som deres rettigheter og frihet til å velge. Imidlertid kan utfordringer som begrenset bemanning og tilgang til kvalifisert personale (Persson & Wästerfors, 2009) gjøre beslutningsprosessen utfordrende. Derfor er det en kritisk oppgave å velge de mest kritiske aspektene basert på tilgjengelige ressurser og omstendigheter (Pedersen, Nortvedt, & Slettebø, 2008; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009).

I en nylig utforskning ble betydningen av å være proaktiv i å gi omsorg diskutert for å forebygge skader og infeksjoner i langtidsinstitusjoner (Ludlow K., Churruca, Ellis,

Mumford, & Braithwaite, 2021). Deltakerne i undersøkelsen var enige om at det var spesielt viktig å ta hensyn til risikoen for urinveisinfeksjoner og trykksår, som kunne ha alvorlige konsekvenser hvis de ikke ble forhindre. Videre prioriterte deltakerne omsorgsområder som kunne ha størst negativ innvirkning på beboernes helse hvis de ikke ble tatt hensyn til. Dette danner grunnlaget for beslutningstaking basert på risikovurderinger som utføres av helsepersonell som jobber i langtidsinstitusjoner.

En annen studie fant at sykepleiere i langtidsinstitusjoner hadde begrenset kompetanse når det gjaldt å gi lindrende omsorg til avanserte demenspasienter (Basso & Dimonte, 2013). Studien avslørte at mange sykepleiere ville mate pasientene til døden og administrere antibiotika for lungebetennelse selv uten plagsomme symptomer. Sykepleiere prioriterte komfort, symptomkontroll og avholdelse av meningsløse eller invasive behandlinger hos avanserte demenspasienter med begrenset forventet levetid. For å bedre imøtekomme behovene til avanserte demenspasienter og andre pasienter i slutfasen av livet, er det viktig at sykepleiere og helsepersonell tilrettelegger for behandlingsavklaring eller advance care planning (ACP). Behandlingsavklaring er en prosess der helsepersonell, pasienter og/eller pårørende diskuterer forventede beslutninger for å utvikle en omsorgsplan som tar hensyn til pasientens preferanser og verdier (Stewart, Goddard, Schiff, & Hall, 2011). Dette er spesielt relevant for voksne i slutfasen av demens hvor livsforlengende behandling ofte ikke er effektivt og beslutninger om ikke å gjenopplive ofte tas av leger (Lacey, 2004; van der Steen, Ooms, van der Wal, & Ribbe, 2002; Volicer, 2001).

I en annen forskningsundersøkelse la deltakerne vekt på kliniske omsorgsfaktorer som var relatert til sikkerhet og skadeforebygging, samt å sikre fysisk og psykisk helse (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020). De understreket hvor viktig det var at de ansatte hadde kunnskap om beboernes medisinske tilstand og spesifikke behov for å kunne gi god omsorg og forhindre skade. Selv om de anerkjente betydningen av å involvere beboerne i omsorgen, prioriterte de medisinsk behandling over beboernes ønsker og selvstendighet (Ludlow K., Churruca, Mumford, Ellis, & Braithwaite, 2020). Dette påpeker at selv om det er nødvendig å gi fortrinn til omsorgsbehov eller begrense omsorgen, vil helsepersonell alltid vurdere hva som er mest hensiktsmessig for sine pasienter. Deltakerne var også oppmerksomme på utfordringene ved å prioritere noen omsorgsbehov over andre eller noen beboeres behov over andres. For eksempel var de klar over hvor viktig det var å svare på alarmer innenfor fastsatte tidsrammer, men klarte ofte ikke å gjøre det samtidig som de ga annen omsorg (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite,

2021). Dette understreker ytterligere behovet for prioritering av omsorgsbehov på grunn av økende krav til omsorg blant sykehjemsbeboere.

### **Utfordringer knyttet til beslutningsstøtte i klinisk praksis**

Det er vanskelig å ta beslutninger på grunn av de ulike situasjonene som kan kjennetegnes med flere motstridende krav og behov, og som krever mer av helseomsorgen enn det som faktisk er tilgjengelig. Når uventede hendelser inntreffer, som for eksempel fall, hudskader eller endringer i beboernes atferd eller humør, kan rutinene bli forstyrret, og personalet må omdisponere omsorgen, noe som tar mye tid å håndtere (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Disse utfordringene bør forventes for å bedre fordele ressurser og unngå negative konsekvenser for sykehjemsbeboere. Personalet kan også bli tvunget til å prioritere visse aspekter av omsorg over andre på grunn av konfliktende krav, for eksempel å besvare varslinger innenfor foreskrevet tidsramme versus å fortsette med omsorgsprosedyrer (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021).

Det er identifisert flere påvirkninger som kan ha innvirkning på beslutningene om prioritering på en kompleks og ofte motstridende måte. For å forhindre utilstrekkelig omsorg, bør det tas hensyn til disse påvirkningene, og det bør iverksettes tiltak for å redusere prioriteringsdilemmaene. Høy arbeidsbelastning kan føre til at de psykososiale aspektene av omsorg blir oversett eller nedprioritert på grunn av mangel på tid. Tilsvarende er utilstrekkelig bemanning en av hovedårsakene til høy arbeidsbelastning og tidspress, og kan føre til at sykepleiere må håndtere alle pasienters behov uten tilstrekkelig støtte (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Dette samsvarer med tidligere studier som viser at sykepleieres beslutningsprosesser om helbredende behandling var preget av usikkerhet og komplekse situasjoner på grunn av manglende klare kriterier og økonomiske begrensninger, noe som førte til følelsen av isolasjon og uenighet med kolleger, leger og pårørende (Hov, Asthlin, & Hedelin, 2009).

Ifølge deltakernes svar var deres prioritering av omsorg påvirket av deres oppfatning av ansvar, spesielt hvilke oppgaver som var tildelt og ikke tildelt til dem (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). De påpekte at omsorgsoppgaver som anses som mindre viktige ofte var de som var utenfor deres tildelte ansvarsområder. Teamarbeid og støtte fra kolleger ble identifisert som viktige faktorer for å unngå forsømt omsorg. Personalet prioriterte ofte omsorgsoppgaver som kun de kunne utføre, som for eksempel dokumentering av en hendelse. Mindre prioritet ble gitt til omsorgsaspekter som kunne tas hånd om av andre, men støtte var ikke alltid tilgjengelig. Deltakerne beskrev også

hvordan formelle rapporter ved vaktskifte påvirket prioriteringsbeslutningene ved å etablere rutiner og sikre at ufullstendige oppgaver ble fullført av neste skift (Ludlow K., Churrua, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021).

### **Omsorgsrasjonering gjennom prioritering av omsorgsbehov**

Resultatene av studien bekrefter at rasjonering av omsorg er en umiddelbar konsekvens av prioritering av omsorgsbehovene. Vanskelighetene med å finne et egnet verktøy gjennom denne oversikten kan indikere en etisk utfordring når det gjelder aksept og vanlig praksis rundt rasjonering av omsorg. I stedet kan det være mer passende å bruke uttrykket ressursfordeling, som kan bli ansett som akseptabelt i helsetjenesten. Uansett vil funnene fra oversikten reflektere enten rasjonering av sykepleie eller effektiv ressursfordeling. Noen sykepleieoppgaver ble gitt prioritet fremfor andre på grunn av behovet for optimal utnyttelse av ressurser og tid. Bruken av teknologi ble vurdert som nødvendig for å gi helsepersonell rettidige varsler og på den måten maksimere responstiden til pasientsymptomer og ytterligere redusere negative pasientresultater.

Studien bruker modellen «Implicit Rationing of Nursing Care» som fokuserer på prioriteringsbeslutninger i omsorgsprosessen. Sykepleiere må vurdere arbeidsmengde, pasientbehov og begrensede ressurser, og omsorgsrasjonering kan oppstå hvis ressursene ikke strekker til. Studiene vurderer konsekvensene av rasjonering på pasient- og sykepleieres resultater, og tar hensyn til ulike variabler i beslutningsprosessen. Ressursallokering og rasjonering er relaterte, men forskjellige konsepter. Begge brukes med mål om å optimalisere resultater, men rasjonering antyder at etiske avveininger på grunn av ressursknapphet er nødvendige, og noen potensielle mottakere av ressurser kan utelukkes eller få mindre enn optimale fordeler. Ethvert forsøk på fordeling av ressurser kan kalles ressursallokering (Scott, et al., 2018). Videre viser denne oppsummeringen at begrepene ressursallokering og rasjonering av omsorg i langtidsinstitusjoner er relevante, men dessverre forskes det lite på dette. Behovet for effektiv prioritering av omsorgsbehov og ressursallokering er imidlertid mer presserende da verdens befolkning eldes, og tilbudet av helsepersonell ikke møter de stadig økende kravene.

Bruken av triagesystem som diskutert, er heller ikke vanlig i sykehjem, da dette er mer passende for akutte situasjoner. Men prinsippene bak triage gjelder også i sykehjem, hvor ressursene er begrensede og omsorgsbehovene øker. Derfor bør det forsøkes å utvikle et triagesystem som er egnet for eldreomsorg. Triage er imidlertid mer rettet mot medisinske intervensjoner og ikke mot sykepleietiltak. Dette er problematisk, da sykepleiere dominerer i langtidsinstitusjoner, og tilgangen til medisinsk behandling er begrenset. Dette



betyr imidlertid ikke at behovet for å bruke et triagesystem i sykehjem elimineres. Forsøket på å konseptualisere triage for sykehjemsbeboere kan være utfordrende, da det innebærer en revisjon av oppgavene som vanligvis utføres i eldreomsorgsinstitusjoner, identifisering av omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere og generelle kategorier av sykehjemsbeboere og til og med vanlige utløsere som ville initiere bruken av triage. Alt dette er nødvendig for effektiv ressursallokering i eldreomsorg. I denne diskusjonen vil vi forsøke å ta utgangspunkt i funnene fra studien og den tilgjengelige kunnskapen om dette emnet.

I sykehjem og lignende institusjoner for eldreomsorg kan vurdering av prioritering av omsorg bidra til enten livsforlengende eller lindrende behandling (Lopez R. P., 2009), med faktorer som alvorlighetsgraden av sykdommen, prognosen og oppfattede risikoer for beboerne som de primære hensynene (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021). Generelt kan helsetjenester i langtidsinstitusjoner kategoriseres i tre typer: akuttbehandling, risikostyring og lindrende behandling. I tillegg kan omsorgsbehovene til beboerne vurderes ut fra deres assistansebehov, risiko for skader og komplikasjoner (Ludlow K., Churruca, Ellis, Mumford, & Braithwaite, 2021), og kompleksiteten i omsorgen som kreves (Royal Commission into Aged Care Quality and Safety, 2019), som avgjør hvordan oppgavene blir fordelt blant helsepersonell. Basert på disse innsamlede dataene kunne vi trekke konklusjoner om de viktigste kategoriene av sykehjemsbeboere. Disse kategoriene vil bli mer detaljert beskrevet i Tabell 6.

Som tidligere påpekt, ble triagesystemet utviklet under første verdenskrig for å sortere individer etter alvorlighetsgraden av deres skader. Selv om triage fremdeles er i bruk i nødsituasjoner, er bruken begrenset i eldreomsorg på grunn av kompleksiteten og usikkerheten i beslutningene som kan ha uheldige konsekvenser for pasientens helse, og på grunn av begrensede ressurser (Reay & Rankin, 2013). Som et resultat av dette begrenser bruken av triage i eldreomsorgsinstillinger beslutningstakernes evne til å skille mellom pasienter med ulike behov og kan ha implikasjoner for kvaliteten på omsorgen som gis til eldre voksne. En studie har beskrevet fem forskjellige typer sykehjemsbeboere: (1) beboere med fallende fysisk og kognitiv funksjon som trenger delvis assistanse, (2) sengeliggende beboere med moderat demens, (3) beboere med avansert demens og atferdsproblemer, men god fysisk helse, (4) beboere i livets slutfase, og (5) sengeliggende beboere med intakt mental helse (Lim et al., 2014). Selv om disse kategoriene beskriver omsorgsbehovene til de ulike beboerne, tar de ikke hensyn til alvorlighetsgraden eller behovet for raskt sykepleietiltak. Derfor fremhever de ikke behovet for prioritering, som er en viktig del av triagesystemet.

**Tabell 6.** Litteratursyntese om ulike typer sykehjemsbeboere og sine omsorgsbehov

Type av hjelp	Beboertype	Selvstendighet / Mobilitet / Behov for assistanse	Kompleksiteten av omsorgsansvar og arbeidsfordeling
<b>Akutt</b>	Akutt syke uavklart, ustabil	Trenger spesialisert, akutt, geriatrik omsorg	Behov for sykepleiere og legetilsyn umiddelbart
	Akutt syke i behandling og/eller stabilisert	Trenger spesialisert, akutt, geriatrik omsorg	Behov for sykepleiere, og eventuelt legetilsyn ved forverring
<b>Risikostyrt</b> (basert på fysisk og psykisk funksjon; lege tilkalles ved behov)	Krevende	Sengeliggende med moderat demens / atferdsproblem	Behov for sykepleiere og andre faglærte helsepersonell
	Isolerte	Sengeliggende med intakt mental helse	Behov for sykepleiere og andre faglærte helsepersonell; miljøarbeidere
	Oppegående	Fallende fysisk og kognitiv funksjon som krever delvis assistanse	Kan delegeres til ufaglærte personalet
	Uforutsigbare	Beboeren med avansert demens og avansert atferdsproblem med god fysisk helse	Aktivitører, miljøarbeidere; kan delegeres, men vurderinger gjøres fortløpende
<b>Behov for palliativ behandling</b>	Pre-terminale (trenger avklaring)	Beboerens som er på vei til livets slutfase	Behov for legetilsyn, sykepleiere og andre faglærte helsepersonell
	Døende / Terminale	Beboerens i livets slutfase	Behov for sykepleiere og pastorale tjenester

I tillegg har Sykehjemsetaten i Oslo påpekt at det er to hovedgrupper av krevende sykehjemsbeboere: (1) pasienter med alvorlig demens som viser utagerende atferd, og (2) pasienter med komplekse somatiske lidelser og problemer (Jagman, 2023). Det er verdt å merke seg at den tredje kategorien i Lim et al.s studie er identisk med den første gruppen nevnt av Sykehjemsetaten i Oslo. Problemet med de fem kategoriene identifisert av Lim et al. (2014) er at de ikke representerer den andre gruppen identifisert av Sykehjemsetaten - de pasientene med komplekse somatiske behov som krever tid- og ressurskrevende sykepleie. Disse pasientene har helsetilstand som kan forverres når som helst og krever hyppig vurdering og tilsyn fra sykepleiere.

I denne gjennomgangen av litteraturen vil de eksisterende fem kategoriene av beboere på sykehjem fra en tidligere studie utvides med tre tilleggs-kategorier. Jeg forsøkte å skille mellom ulike kategorier av beboere på sykehjem ved å beskrive deres spesifikke omsorgsbehov, betydning og viktigheten av å iverksette nødvendige tiltak så raskt som mulig. Hver kategori vil også tilordnes en fargekode for enkel identifikasjon. De utvidede kategoriene er: akutt syke uavklart (rød), akutt syke i behandling (oransje), krevende (brun), isolerte (blå), oppegående (grønn), uforutsigbare (gul), pre-terminale (lilla), og lindrende/terminale (grå). Inkluderingen av tre flere kategorier i denne litteraturgjennomgangen vil legge vekt på betydningen av de røde og oransje kategoriene, som gjelder beboere med akutte sykdommer og krever høyest grad av prioritering når det gjelder tid, kompetanse og ressurser. Dette er rettet mot problemet om at det mangler konsensus om hvordan man kan håndtere situasjonen når beboeren forverrer seg (McCloskey, 2011).

Det er viktig å påpeke at ikke alle eldre pasienter som forverrer seg, krever like mye ressurser og tid. Alt avhenger av situasjonen - om pasienten allerede er i behandling, om helsetilstanden er stabil eller ikke. Derfor skiller vi mellom den røde kategorien og den oransje kategorien. Sykepleiere må prioritere medisinske behov over andre ansvarsområder fordi situasjonen krever spesialisert geriatrisk omsorg innen kort tid. Dette avslører at eldreomsorg krever mer tidkrevende omsorg (Nortvedt et al., 2008). Dette vil på en måte tydeliggjøre at selv om sykehjem hovedsakelig tar seg av eldreomsorg, må de også være i stand til å håndtere akutte situasjoner. Dette betyr at ressursene og prioriteringen av omsorgsbehovene til sykehjemsbeboerne må tilpasses raskt og effektivt.

På den annen side vil den grå kategorien sette søkelys på livsstadiet der beboere på sykehjem går over til palliativ omsorg. Ifølge Stewart, Goddard, Schiff og Hall (2011) er det avgjørende at sykepleiere øker sin ekspertise i palliativ behandling og kan ta informerte avgjørelser om livsforlengende behandling i langtidsomsorgsfasiliteter. Som nevnt tidligere, ble det påpekt at sykepleiere manglet tilstrekkelig kompetanse for å gi lindrende omsorg (Basso & Dimonte, 2013). Å fremheve denne kategorien innenfor lindrende omsorg vil adressere dette problemet. På dette stadiet er det kritisk å ha en avansert omsorgsplan på plass for å fastslå beboerens preferanser, verdier og ønsker angående palliativ omsorg, som fremstilt i Tabell 6.

Ifølge Kim, Choi og Kim (2016) er det av avgjørende betydning å utvide kategoriene for evaluering av sykehjem, da dette vil anerkjenne at sykehjem gir både medisinsk hjelp og praktisk assistanse som kan være like viktige. En mer detaljert kategorisering vil også bidra

til å avklare graden av selvstendighet og assistanse som er nødvendig for hver type sykehjemsbeboer. Som påpekt av Laging, Ford, Bauer og Nay (2015), vil dette avklare forventningene til de forskjellige rollene innenfor sykehjemmet og løse et tidligere problem.

En annen fordel ved å utvide kategoriene er at det vil øke samarbeidet, kommunikasjonen og delegering mellom helsepersonell, noe som vil redusere deres frykt for å utføre oppgaver utenfor deres kompetanseområde og ansvarsområde, som ofte er en utfordring i langtidsinstitusjoner (Laging, Ford, Bauer og Nay, 2015). Dette vil også forhindre uventede situasjoner som kan påvirke hvordan sykehjemspersonell prioriterer beboernes omsorgsbehov negativt, slik Jones, Hamilton og Murry (2015) og Ludlow, Churruca, Ellis, Mumford og Braithwaite (2021) påpeker. En ytterligere fordel ved å utvide kategoriene vil være å redusere unødvendige sykehusinnleggelser av sykehjemsbeboere, ettersom sykehusene mangler spesialisert geriatrikisk omsorg (Blakemore, 2012) og derfor bør unngås (Harrison Dening, Greenish og Jones, 2012).

For å øke respekten for vurderinger og intervensjoner utført av sykepleiere som jobber i langtidsinstitusjoner, er det nødvendig å utvide kategoriene av sykehjemsbeboere. Dette vil også imøtekomme bekymringene til sykepleiere som jobber i langtidsinstitusjoner om at deres vurderinger ikke blir tatt hensyn til (Gurung, et al., 2022) og forbedre kompetansen innen palliativ behandling. Det vil også muliggjøre informerte beslutninger om livsforlengende behandling i langtidspleiefasiliteter (Stewart, Goddard, Schiff, & Hall, 2011), som tidligere ble påpekt at sykepleiere ikke var helt kompetente til å gi lindrende omsorg (Basso & Dimonte, 2013). Å utvide kategoriene vil også bidra til å håndtere de negative konsekvensene knyttet til prioritering eller rasjonering av omsorg (Suhonen, et al., 2018).

For å sikre en effektiv beslutningsstøtte gjennom triagesystemet, er det viktig å følge modellen «Recognition Primed Decision (RPD)». Dette konseptet beskriver hvordan erfarne beslutningstakere håndterer pressede situasjoner med usikkerhet ved å bruke både intuisjon og analyse. Intuisjon involverer gjenkjenning av mønstre, mens analyse omfatter analytisk resonnement og mental simulering av alternative handlinger som kan stå i konflikt. Modellen beskriver tre beslutningsvarianter, inkludert gjenkjenning av en situasjon gjennom mønstergjenkjenning og valg av handlingsplan, håndtering av tvetydighet ved å bygge en historie om hendelsene som ledet opp til situasjonen når det er atypisk, og mental simulering av ulike handlinger som kan tilpasses, forkastes eller velges avhengig av situasjonens utvikling (Klein, Calderwood og Clinton-Cirocco, 2010). Å gjenkjenne situasjoner gjennom mønstergjenkjenning og velge en passende handlingsplan blir enklere

med de ulike kategoriene av sykehjemsbeboere. Akutte sykepleieinngrep blir nødvendig som et resultat av det andre trinnet, som krever håndtering av usikkerhet gjennom konstruksjon av en hendeshistorie når situasjonen er uvanlig. Det tredje trinnet representerer en kognitiv utfordring i å tilpasse handlingene til situasjonens behov.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Til tross for at jeg har gjennomført en omfattende søkestrategi og utført flere test-søk etter relevant litteratur, kan det være begrensninger eller svakheter i noen av studiene jeg har inkludert. For eksempel fant jeg ingen verktøy som beskrev både kartlegging og prioritering av omsorgsbehov, og begrepet «prioritering» kan ha ulike definisjoner og perspektiver, som kan ha påvirket min evne til å fange opp all relevant litteratur. Videre ble det nevnt studier i bakgrunnen og diskusjonen som ble publisert før 2010, men disse ble likevel inkludert på grunn av mangelen på litteratur om emnet av interesse og deres direkte relevans til forskningsemnet. Bibliotekarens hjelp ble også benyttet for å utføre litteratursøket, noe som førte til at forfatteren utvidet begrepet beslutningsstøtte til «delivery of health care» for å unngå å utelate potensielt relevant litteratur i søket, noe som resulterte i flere treff. Selv om denne tilnærmingen var mer tidkrevende, regnes den som en av studiens styrker. Bruken av både CINAHL og Pubmed databaser ble ansett som tilstrekkelig.

Metoden som ble brukt i studien var basert på Joanna Briggs Institute Manual, og oppsummeringen av resultatene inkluderte også en diskusjon om et mulig verktøy som kunne brukes for å effektivt fordele ressurser og møte omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere. Imidlertid er dette verktøyet mer antydende enn konkluderende, og det kan være nødvendig med fremtidig forskning for å avdekke andre faktorer som ikke er diskutert eller avslørt i denne studien. Endringer kan gjøres basert på mer informasjon i fremtiden.

### **Konklusjon**

Målet med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke forskningslitteraturen om vurdering og prioritering av omsorgsbehov for eldre på langtidsinstitusjoner. Studiens forskningsspørsmål fokuserte på bruk av beslutningsstøtte for å vurdere og prioritere eldre beboeres omsorgsbehov, men gjennomgangen av fem artikler konkluderte med en betydelig kunnskapsmangel på dette området, da ingen av artiklene beskrev et spesifikt verktøy eller system for helhetlig vurdering og prioritering.

Bruken av teknologi som beslutningsstøtte ble undersøkt og fikk både positive og negative tilbakemeldinger fra sykehjempersonell. Disse systemene kunne utløse intervensjoner knyttet til forskjellige diagnoser for å redusere feil og forbedre livskvaliteten til

beboere, men utfordringene knyttet til teknologiens ulemper og utfordringer ble ikke diskutert i de fem artiklene. Generelle utfordringer med omsorgsprioritering ble imidlertid diskutert, inkludert konfliktende krav og behov som kunne føre til tvungne prioriteringer av visse aspekter av omsorg.

Selv om triagesystem ikke var vanlig i sykehjem, kunne prinsippene bak triage også gjelde der, hvor ressursene var begrensede og omsorgsbehovene økte. Det kunne derfor være nyttig å utvikle et triagesystem egnet for eldreomsorg, selv om dette ville være utfordrende og kreve en revisjon av oppgavene som vanligvis utføres i eldreomsorgsinstitusjoner, samt identifisering av omsorgsbehovene til sykehjemsbeboere og vanlige utløserer som ville initiere bruken av triage. Effektiv ressursallokering i eldreomsorg ville være nødvendig for å takle de ulike situasjonene som kunne kjennetegnes med flere motstridende krav og behov.

En tidligere studie beskrev fem forskjellige typer sykehjemsbeboere, men disse kategoriene tok ikke hensyn til alvorlighetsgraden eller behovet for raskt sykepleietiltak. For å utvide disse kategoriene og bedre håndtere prioritering og rasjonering av omsorg, beskrev jeg i denne litteraturgjennomgangen tre tilleggs-kategorier av beboere på sykehjem. Hver kategori fikk tildelt en fargekode for enkel identifikasjon, og fokuset var på å beskrive beboernes spesifikke omsorgsbehov og betydning, samt viktigheten av å iverksette nødvendige tiltak så raskt som mulig. Gjennom utvidelse av kategoriene ville vi kunne håndtere de negative konsekvensene av prioritering og rasjonering av omsorg på en bedre måte.

### **Betydning av funn**

Hensikten med denne scoping review er å undersøke eksisterende litteratur for å avdekke eventuelle kunnskapshull og identifisere områder innen eldreomsorg som mangler tilstrekkelig forskning. Ved å oppsummere og presentere forskningsresultater kan denne studien øke bevisstheten om behovet for ytterligere forskning i spesifikke områder innen eldreomsorg. Gjennom denne prosessen har jeg oppdaget viktige forskningsgap som kan ha stor verdi for praksisfeltet i eldreomsorgen. Det er viktig å utføre mer forskning på konseptet med omsorgsrasjonering og effektiv ressursutnyttelse ved å prioritere omsorgsbehov. Kategorier av sykehjemsbeboere, som beskrevet i Linn (2014), bør undersøkes med tanke på ressursbruk og gjennomførbarhet av triage som beslutningsstøtteverktøy i eldreomsorg, spesielt i langtidsinstitusjoner. Hvis det foreslåtte beslutningsstøtteverktøyet som diskutert i litteraturgjennomgangen anses som nyttig i sykehjemsavdelinger, bør det utføres forskning for å evaluere effektiviteten i å minimere negative pasientkonsekvenser, optimalisere ressursbruk og tidsbruk, og redusere negative virkninger på helsepersonell.

## Referanseliste

- Alexander, G. (2008). A Descriptive Analysis of a Nursing Home Clinical Information System with Decision Support. *Perspectives in Health Information Management*, ss. 5-12.
- Alexander, G. L., Rantz, M. J., Flesner, M., Diekemper, M., & Siem, C. (2007). Clinical Information Systems in Nursing Homes: An Evaluation of Initial Implementation Strategies. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, ss. 189-197.
- Amalberti, R., Nicklin, W., & Braithwaite, J. (2016). Preparing national health systems to cope with the impending tsunami of ageing and its associated complexities: towards more sustainable health care. *Int J Qual Health Care*, ss. 412-414.
- Annear, M., Lea, E., & Robinson, A. (2014). Are care workers appropriate mentors for nursing students in residential aged care? *BMC Nursing*, ss. 1-8.
- Arendts, G., & Howard, K. (2010). The interface between residential aged care and the emergency department: a systematic review. *Age Ageing*, ss. 306-312.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, S., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, ss. 240-252.
- Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. (2011). *Patient-Centred Care: Improving Quality and Safety Through Partnerships with Patients and Consumers*. Sydney, Australia: NSW:ACSQHC.
- Australian Nursing and Midwifery Federation. (2016). *National aged care staffing and skills mix project report 2016: meeting residents' care needs: a study of the requirement for nursing and personal care staff*. Melbourne: Australian Nursing and Midwifery Federation.
- Basso, I., & Dimonte, V. (2013). Indagine sulle decisioni degli infermieri sull'assistenza del paziente con demenza avanzata [Nurses' decisions in the care of advanced dementia patients: a survey]. *Assist Inferm Ric*, ss. 73-83.
- Berwick, D., Nolan, T., & Whittington, J. (2008). The triple aim: care, cost, and quality. *Health Aff*, ss. 759-769.
- Blakemore, S. (2012). Specialist care for frail older people. *Emerg Nurse*, ss. 12-16.
- Bowman, C., Whistler, J., & Ellerby, M. (2004). A national census of care home residents. *Age and Ageing*, ss. 561-566.
- Bratt, C., & Gautun, H. (2015). Bemanningsnormer i sykehjem. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, ss. 98-107.
- Cardoso, T., Oliveira, M., Barbosa-Póvoa, A., & Nickel, S. (2012). Modeling the demand for long-term care services under uncertain information. *Health Care Management Science*, ss. 385-412.
- Charles-Jones, H., Latimer, J., & May, C. (2003). Transforming general practice: The redistribution of medical work in primary care. *Sociology of Health & Illness*.
- Christiansen, S. T. (2022). Folkehelseinstituttet. Hentet fra Befolkningen i Norge: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/>

- Connell, J., & Walton-Roberts, M. (2015). What about the workers? The missing geographies of health care. *Progress in Human Geography*, ss. 158-176.
- de Bont, A., van Exel, J., Coretti, S., Ökem, Z. G., Janssen, M., Hope, K. L., . . . Team, M. (2016). Reconfiguring health workforce: A case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe. *BMC Health Service Research*, s. 637.
- Delaney, L. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, ss. 119-123.
- Eagar, K., Westera, A., Snoek, M., Kobel, C., Loggie, C., & Gordon, R. (2019). How Australian residential aged care staffing levels compare with international and national benchmarks. Centre for Health Service Development, Australian Health Services Research Institute, University of Wollongong.
- Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). Associations between functional ability and life satisfaction in the oldest-old. *European Geriatric Medicine*, ss. 313-320.
- Engebretsen, S., Røise, O., & Ribu, L. (2013). Bruk av triage i norske akuttmttak. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, ss. 285-289.
- Førde, R., Pedersen, R., & Nortvedt, P. (2006). Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskriftet for den Norske lægeforening*, ss. 1913-1916.
- Gautun, H., & Hermansen. (2011). Eldreomsorg under press. Fafo rapport.
- Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes - experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr*.
- Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & I, H. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*, s. 7.
- Greatbatch, D., Hanlon, G., Goode, J., O'Caithain, A., Strangleman, T., & Luff, D. (2005). Telephone triage, expert systems and clinical expertise. *Sociology of Health & Illness*.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 1474-1487.
- Gurung, A., Romeo, M., Clark, S., Hocking, J., Dhollande, S., & Broadbent, M. (2022). The enigma: Decision-making to transfer residents to the emergency department; communication and care delivery between emergency department staff and residential aged care facilities' nurses. *Australasian Journal on Ageing*, ss. e348-e355.
- Harrington, C., Jacobsen, F. F., Panos, J., Pollock, A., Sutaria, S., & Szebehely, M. (2017). Marketization in long-term care: A cross-country comparison of large for-profit nursing home chains. *Health service insights*, ss. 1-23.
- Harrison Denning, K., Greenish, W., & Jones, L. (2012). Barriers to providing end of life care for people with dementia: a whole system qualitative study. *BMJ Support Palliative Care*, ss. 103-107.
- Helsedirektoratet. (2013). Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsefagarbeiderforbundet. (2018). Eldre bør få komme ut en tur hver dag. Hentet fra



- Helsefagarbeiderforbundet: en yrkeorganisasjon i Delta:  
<https://www.delta.no/yrke/helsefagarbeiderforbundet/tidsskriftet-helsefagarbeideren/eldre-bor-fa-komme-ut-en-tur-hver-dag>
- Henderson, J., Willis, E., & Xiao, L. (2017). Missed care in residential aged care in Australia: an exploratory study. *Collegian*, ss. 411-416.
- Hoi, L., Thang, P., & Lindholm, L. (2011). Elderly care in daily living in rural Vietnam: need and its socioeconomic determinants. *BioMed Central Geriatrics*, s. 81.
- Houttekier, Cohen, Bilsen, Addington-Hall, Onwuteaka-Philipsen, & Deliens. (2010). Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. *J Am Geriatr Soc*, ss. 751-756.
- Hov, R., Asthlin, E., & Hedelin, B. (2009). Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 651-659.
- Jacome, M., & Rego, N. V. (2019). Potential of a nurse telephone triage line to direct elderly to appropriate health care settings. *Journal of Nursing Management*, ss. 1275-1284.
- Jagman, H. (2023). Årsberetning 2022. Oslo: Sykehjemsetaten.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *JBIR Reviewers Manual: Methodology for JBI-Scoping Reviews*. Adelaide: Royal Adelaide Hospital.
- Johannessen, L. (2017). Beyond guidelines: Discretionary practice in face-to-face triage nursing. *Sociology of Health & Illness*, ss. 1180-1194.
- Jones, T., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, ss. 1121-1137.
- Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*, ss. 1509-1517.
- Kalisch, B., Landstrom, G., & Williams, R. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, ss. 3-9.
- Kamrul, I., Sabine, R., Jansen, K., Falck, R., Molken, M., & Askildsen, J. E. (2021). Evaluating an integrated care pathway for frail elderly patients in Norway using multi-criteria decision analysis. *BMC Health Services Research*.
- Kelley, M., Parke, B., Jokinen, N., Stones, M., & Renaud, D. (2011). Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. *J Health Serv Res Policy*, ss. 6-12.
- Kihlgren, A., Nilsson, M., & Sørli, V. (2005). Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning. *J Clin Nurs*, ss. 601-608.
- Kim, H. J., Choi, J. E., Kim, M. S., Kim, S. J., & Chang, S. O. (2016). Nurses' clinical decision-making for preserving nursing home residents' remaining abilities. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 1326-1335.
- Kingston, A., Robinson, L., & Booth, H. (2018). Projections of multi-morbidity in the older population in England to 2035: estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) model. *Age Ageing*, ss. 374-380.
- Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2006). The quality of care in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 177-183.

- Klein, G., Calderwood, R., & Clinton-Cirocco, A. (2010). Rapid decision making on the fire ground: The original study plus a postscript. *Cogn. Eng. Decis. Mak*, ss. 186-209.
- Kroezen, M., Van Hoegaerden, M., & Batenburg, R. (2018). The joint action on health workforce planning and forecasting: Results of a European Programme to improve health workforce policies. *Health Policy*, ss. 87-93.
- Lacey, D. (2004). Tube feeding in advanced Alzheimer's disease: When language misleads. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, ss. 125-127.
- Laging, B., Ford, R., Bauer, M., & Nay, R. (2015). A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 2224-2236.
- Lamb, G., Tappen, R. D., Herndon, L., & Ouslander, J. (2011). Avoidability of hospital transfers of NH residents: perspectives of frontline staff. *JAGS*, ss. 1665-1672.
- Lederer, W., Feichtner, A., & Medicus, E. (2011). The palliative treatment plan as basis for informed decisions in palliative or emergency care. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, ss. 543-547.
- Lim, S., Chang, S., Kim, S., Kim, H., Choi, J., & Park, M. (2014). Nurses' management of nursing home residents' remaining functional ability: concept development. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, ss. 57-68.
- Lopez, R. P. (2009). Decision-making for acutely ill nursing home residents: nurses in the middle. *Journal of Advanced Nursing*, ss. 1001-1009.
- Ludlow, K., Churruca, K., Ellis, L., Mumford, V., & Braithwaite, J. (2021). Decisions and Dilemmas: The Context of Prioritization Dilemmas and Influences on Staff Members' Prioritization Decisions in Residential Aged Care. *Qualitative Health Research*, ss. 1306-1318.
- Ludlow, K., Churruca, K., Mumford, V., Ellis, L., & Braithwaite, J. (2019). Unfinished care in residential aged care facilities: an integrative review. *Gerontologist*.
- Ludlow, K., Churruca, K., Mumford, V., Ellis, L., & Braithwaite, J. (2020). Staff members' prioritisation of care in residential aged care facilities: a Q methodology study. *BMC Health Services Research*.
- Lundin, A., Bulow, P., & Stier, J. (2021). Assistant Nurses' Positioned Accounts for Prioritizations in Residential Care for Older People. *The Gerontologist*, ss. 573-581.
- Maloney, S. K., Finn, J., Bloom, D., & Andersen, J. (1996). Personal Decisionmaking Styles and Long-Term Care Choices. *Health Care Financ Rev*, ss. 141-155.
- Martin, S. (2015). Best interest clinical decision making for care home residents with advanced dementia. *British Journal of General Practice*, ss. 427-428.
- McCloskey, R. (2011). A qualitative study on the transfer of residents between a NH and an emergency department. *JAGS*, ss. 717-724.
- McDermott, C., Coppin, R., Little, P., & Leydon, G. (2012). Hospital admissions from nursing homes: a qualitative study of GP decision making. *British Journal of General Practice*.
- Meldgaard Hansen, A. (2016). Rehabilitative bodywork: Cleaning up the dirty work of homecare. *Sociology of Health & Illness*, ss. 1092-1105.

- Morphet, J., Innes, K., Griffiths, D., Crawford, K., & Williams, A. (2015). Resident transfers from aged care facilities to emergency departments: Can they be avoided? *Emerg Med Australas*, ss. 412-418.
- Mullick, A. (2013). An introduction to advance care planning in practice. *BMJ*.
- Nakrem, S., Vinsnes, A., & Harkless, G. (2013). Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *Int J Older People Nurs*, ss. 216-225.
- Navratil-Strawn, J. L., Hawkins, K., Wells, T. S., Ozminkowski, R. J., Hawkins-Koch, J., Chan, H., & Yeh, C. S. (2014). Listening to the nurse pays off: An integrated Nurse HealthLine programme was associated with significant cost savings. *Journal of Nursing Management*, ss. 837-847.
- Norsk Sykepleierforbund. (2022). NSF. Hentet fra Bemanningsnorm for sykepleiere: <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene#:~:text=Bemanningsnorm%20For%20Sykepleiere>
- Nortvedt, P., Pedersen, R., Grøthe, K., Nordhaug, M., Kirkevold, M., Slettebø, Å., . . . Andersen, B. (2008). Clinical prioritisations of healthcare for the aged—professional roles. *Clinical Ethics*, ss. 332-335.
- Nyseter, T. (2017, Juni). Den vanskelige eldreomsorgen. Hentet fra Dagsavisen: <https://www.dagsavisen.no/debatt/2017/06/01/den-vanskelige-eldreomsorgen/>
- Pedersen, R., Nortvedt, P., & Slettebø, Å. (2008). In quest of justice? Clinical prioritisation in healthcare for the aged. *J Med Ethics*, ss. 230-235.
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). "Such trivial matters": How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, ss. 1-11.
- Rafferty, A., Clarke, S., & Coles, J. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *J Nurs Stud*, ss. 175-182.
- Raterink, G. (2008). A Descriptive Inquiry of the Definitions of Critical Thinking and Enhancers and Barriers Reported by Nurses Working in Long-Term Care Facilities. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, ss. 407-412.
- Reay, G., & Rankin, J. A. (2013). The application of theory to triage decision-making. *International emergency nursing*, ss. 97-102.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., & Meredith, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*, ss. 2248-2259.
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., & Wouters, E. J. (2016). The factors influencing the sense of home in nursing homes: A systematic review from the perspective of residents. *Journal of Aging Research*.
- Royal Commission into Aged Care Quality and Safety. (2019). Medium- and long-term pressures on the system: The changing demographics and dynamics of aged care.
- Røsstad, T., Salvesen, Ø., Steinsbekk, A., Grimsmo, A., Sletvold, O., & Garåsen, H. (2017). Generic care pathway for elderly patients in need of home care services after discharge from hospital: a cluster randomised controlled trial. *BMC Health Service Research*, s. 275.

- Samsi, K., & Manthorpe, J. (2014). Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, ss. 2055-2063.
- Schubert, M., Glass, T., & Clarke, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*, ss. 416-424.
- Schubert, M., Glass, T., Clarke, S., Aiken, L., Schaffert-Witvliet, B., & Sloane, D. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *Int J Qual Health Care*, ss. 227-237.
- Scott, P. A., Harvey, C., Felzmann, H., Suhonen, R., Habermann, M., . . . Papastavrou, E. (2018). Resource allocation and rationing in nursing care: A discussion paper. *Nursing Ethics*.
- Shah, S. (2010). Identifying the clinical characteristics of older people living in care homes using a novel approach in a primary care database. *Age Ageing*, ss. 617-623.
- Simmons, S., Durkin, D., Rahman, A., Schnelle, J., & Beuscher, L. (2014). The value of resident choice during daily care: do staff and families differ? *J Applied Gerontol*, ss. 655-671.
- Slettebø, Å., 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*, ss. 533-540.
- Solloway, M., LaFranche, S., Bakitas, M., & Gerken, M. (2005). A chart review of seven hundred eighty-two deaths in hospitals, nursing homes, and hospice/home care. *J Palliat Med*, ss. 789-796.
- SSB (Statistics Norway). (2013). Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo, Norway.
- Statistisk sentralbyrå. (2022). Statistisk sentralbyrå. Hentet fra Nasjonale befolkningsframskrivinger: <https://www.ssb.no/befolkning/befolkningsframskrivinger/statistikk/nasjonale-befolkningsframskrivinger>
- Stewart, F., Goddard, C., Schiff, R., & Hall, S. (2011). Advanced care planning in care homes for older people: a qualitative study of the views of care staff and families. *Age ageing*, ss. 330-335.
- Strand, B., Syse, A., Nielsen, C. S., Totland, T., & Hansen, T. (2023, Mars 13). Folkehelseinstituttet. Hentet fra Helse hos eldre i Norge: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S., & Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, ss. 25-42.
- Syse, A., Thomas, M., & Gleditsch, R. (2020). Norway's 2020 population projections National level results, methods and assumptions. Oslo, Norway: Statistics Norway (SSB).
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, ss. 1053-1058.
- Telemarksforskning. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer.

- Theie, M. G., Lind, L. H., Jenssen, T. B., & Skogli, E. (2018). *Bemanning, Kompetanse og Kvalitet: Status for de kommunale Helse- og Omsorgstjeneste*. Menon Economics. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017). *World Population Ageing* .
- van der Steen, J. T., Ooms, M. E., van der Wal, G., & Ribbe, M. W. (2002). Pneumonia: The demented patient's best friend? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *Journal of the American Geriatrics Society*, ss. 1681-1688.
- Van Haitsma, K., Curyto, K., & Spector, A. (2013). The preferences for everyday living inventory: scale development and description of psychosocial preferences responses in community-dwelling elders. *Gerontologist*, ss. 582,595.
- van Pijkeren, N., Wallenburg, I., & Bal, R. (2021). Triage as an infrastructure of care: The intimate work of redistributing medical care in nursing homes. *Sociology of Health & Illness*, ss. 1682-1699.
- Vanhaecht, K. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathway*, ss. 117-123.
- Verdens helseorganisasjon. (2021). Decade of healthy ageing: baseline report. Hentet fra World Health Organization: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Vestreng, T. (2023, April 12). Dagsavisen. Hentet fra Ny undersøkelse: Stor misnøye med eldreomsorgen i Oslo: <https://www.dagsavisen.no/nyheter/2023/04/12/ny-undersokelse-stor-misnoye-med-eldreomsorgen-i-oslo/>
- Volicer, L. (2001). Management of severe Alzheimer's disease and end-of-life issues. *Clinics in Geriatrics Medicine*, ss. 377-391.
- Werntoft, E., H. I., & Edberg, A. (2007). Prioritization and resource allocation in health care: the views of older people receiving continuous public care and service. *Health Expect*, ss. 117-128.
- West, E., Barron, D., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs*, ss. 435-443.
- Willis, E., Price, K., Bonner, R., Henderson, J., Gibson, T., Hurley, J., & Currie, T. (2016). *National aged care staffing and skills mix project report 2016*. Australian Nursing and Midwifery Federation.
- Wilson, R., & Hubert, J. (2002). Resurfacing the care in nursing by telephone: Lessons from ambulatory oncology. *Nursing Outlook*, ss. 160-164.
- Woolhead, G., Tadd, W., & Boix-Ferrer, J. (2006). “Tu” or “vous?” A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Educ Couns*, ss. 636-671.
- Yümin, E., Şimşek, T., Sertel, M., Öztürk, A., & Yümin, M. (2011). The effect of functional mobility and balance on health-related quality of life (HRQoL) among elderly people living at home and those living in nursing home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, ss. e180– e184.

**Vedlegg 1: Søkestrategi**

<b>Database</b>	<b>Søkestrategi</b>
CINAHL	( aged or elderly ) AND delivery of health care AND ( nurs or nurses or nursing ) AND ( residential care or nursing home or long term care or care home )
Pubmed	("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields]) AND ("delivery of health care"[MeSH Terms] OR ("delivery"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "delivery of health care"[All Fields]) AND ("nursing"[MeSH Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "nursing care"[All Fields] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "care"[All Fields])) AND ("residential facilities"[MeSH Terms] OR ("residential"[All Fields] AND "facilities"[All Fields]) OR "residential facilities"[All Fields]) AND ("nursing homes"[MeSH Terms] OR ("nursing"[All Fields] AND "homes"[All Fields]) OR "nursing homes"[All Fields])

## REGISTRERING AV FREMMØTE PÅ MASTEROPPGAVESEMINAR

GERSYK4500 Studieåret 2022-2023

**Navn:** Paul Jamero

**Fødselsdato:** .....

### Tilstede på seminar

Dato – Tid – Seminar	Fremlegg	Seminaransvarliges underskrift
19.08.22 Kl. 10-15	X	Sigge H. Nam
26.09.22 Kl. 13-15		
17.10.22 kl. 13-15	X	Sigge H. Nam
23.11.22 kl. 10-15	X	Sigge H. Nam
04.01.23 Kl. 13-15		
03.02.23 Kl. 13-15	X	Sigge H. Nam
17.03.23 Kl. 13-15	X	Sigge H. Nam
17.04.23 Kl. 10-15	X	Sigge H. Nam

**NB!** Ta vare på skjemaet – det skal leveres utfyllt og godkjent ved innlevering av masteroppgaven. Masteroppgaveseminar er obligatorisk og godkjennes med minst 75 % oppmøte og etter minimum ett fremlegg.