



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Bacheloroppgave

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave

Emnekode: SYKHB 3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr: 64

Antall ord: 7079



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Hvordan skapes trygghet hos den akutt syke pasient ved et somatisk akuttmottak?

Bacheloroppgave i Sykepleie.

Kull: 2011

Antall ord: 7079

Nøkkelord: Pasient -Sykepleie- Trygghet , Kommunikasjon, Informasjon - Sykepleiefaglig kompetanse

Sammendrag:

Bakgrunn: I Norge i 2004 var 45% av sykehusinnleggelser akutte og gikk via akuttmottaket (Krogstad & Norderhaug, 2004). Ved en akutt innleggelse vil pasienten ofte gjennomgå plutselige forandringer i livet, følelsen av en trussel mot egen helse og liver truet kan oppstå, og pasienten vil kunne føle på en utrygghet.

Problemstilling: Hvordan skapes trygghet hos den akutt syke pasient ved et somatisk akuttmottak?

Hensikt: Oppgaven har til hensikt i å øke innsikt og kunnskap om akutt sykdom og hvilke faktorer som skaper trygghet. Funn fra oppgaven er relevant, aktuelt og overførbart til arbeid i akuttmottak og til dels i andre somatiske avdelinger.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Metodikken har bidratt til å belyse relevant og aktuell forskning på hvilke faktorer som påvirker oppholdet på et somatisk akuttmottak.

Konklusjon: Forskning viser at god, aktuell og godt formidlet informasjon kombinert med faglig dyktighet og kompetanse hos sykepleieren kan føre til en økt trygghetsfølelse hos pasienter.

Abstract:

Background: 45 % of all hospital admissions in Norway go through the emergency department. An acute admission could result in the patient experiencing a threat towards his own health and life, and thus an experience of lack of safety.

Thesis question: How can a feeling of safety be promoted to the acute ill patient in an emergency room?

Aim: The aim of the thesis is to increase the knowledge of which factors that can be used to promote a feeling of safety for the acute ill patient. Findings can be used in the clinical practice in the emergency department and other related departments.

Method: The thesis is a literature study where relevant articles and literature have been reviewed and discussed.

Conclusion: The acute ill patient requires good and adjusted information combined with good healthcare provided by a competent and caring nurse for promotion of safety.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing/presisering.....	1
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Den akutt syke pasient.....	3
2.2 Trygghet.....	3
2.3 Akuttmottaket	4
2.3.1 Sykepleierens rolle ved akuttmottaket	4
2.4 Kommunikasjon	5
2.5 Informasjon	6
2.6 Krise	6
2.7 Mestring	7
2.8 Sykepleieteoretisk perspektiv	9
2.9 Etske retningslinjer	10
3.0 Metode	11
3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	11
3.2 Metodevalg.....	11
3.3 Søkestrategi og valg av litteratur.....	12
3.4 Etske betraktninger	13
4.0 Resultat	14
4.1 Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department.....	14
4.2 Nurse patient/visitor communication in the emergency department	14
4.3 The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research.	15
4.4 Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department.....	16
4.5 Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 En god relasjon mellom den akutt syke og sykepleieren – et nødvendig rammeverk for å skape trygghet.	17
5.2 God kommunikasjon skaper trygghet	18
5.3 God informasjon – betrygger pasienten og bedrer pasientoppholdet.....	19
5.4 Sykepleierens tekniske ferdigheter og kompetanse fremmer trygghet	21
6.0 Konklusjon	23
Litteraturliste.....	24

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge i 2004 var 45% av sykehusinnleggelsene akutte og gikk via akuttmottaket (Krogstad & Norderhaug, 2004). Ved en akutt innleggelse vil pasienten ofte gjennomgå plutselige forandringer i livet, følelsen av en trussel mot egen helse og liv kan oppstå, og pasienten vil kunne oppleve en mangel på trygghet.

Jeg har valgt å se på hvordan sykepleieren på akuttmottak kan skape trygghet og fremme mestring hos den akutt syke pasient. Jeg har valgt temaet grunnet en interesse innenfor fagfeltet, kombinert med erfaringer fra praksis og arbeid i akuttmottak og som sanitetsoffiser i Forsvaret hvor jeg har erfart at de fysiske behovene står i fokus, og at psykososiale behov som trygghet ofte oversees. Etter å ha møtt flere akutt syke pasienter som fremsto som utrygge og redde, har jeg fått en økt interesse til å tilegne meg kunnskaper om hva som skaper trygghet og hva jeg kan gjøre for å bedre denne pasientgruppens psykososiale situasjon.

1.2 Problemstilling

Hvordan skapes trygghet hos den akutt syke pasient ved et somatisk akuttmottak?

1.3 Avgrensing/presisering

Oppgaven vil ha et fokus på ulike faktorer som spiller inn for å påvirke trygghetsfølelsen til den akutt syke pasient som blir innlagt grunnet somatisk sykdom. Akutt, kritisk syke eller skadde pasienter som krever medisinsk akutteam eller traumeteam inkluderes ikke i oppgaven, da denne pasientgruppen krever spesielle hensyn som ikke vil fokuseres på, grunnet oppgavens omfang. Videre vil oppgaven ha et fokus på voksne pasienter. På grunn av oppgavens omfang vil den foreliggende oppgave ikke omhandle pårørendes rolle. Det påpekes dog at pårørende kan ha en sentral rolle i fremming av trygghet hos den akutt syke pasient.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Akuttmottak

Et akuttmottak defineres av Helsedirektoratet (1998, s 8):

Avdeling eller enhet i sykehus med akuttberedskap, for mottak, diagnostikk og behandling av pasient med akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade.

1.4.2 Akutt sykdom: Akutt sykdom defineres av Helse- og omsorgsdepartementet i NOU (1998:9, s 22)

Med akutte somatiske tilstander menes tilstander hvor det kreves uoppholdelig diagnostikk og eventuell terapi for å: Gjenopprette og/eller vedlikeholde de vitale funksjoner respirasjon og sirkulasjon, forhindre og/eller begrense funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, gi adekvat smertebehandling ved svære smertetilstander.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil sentrale begreper og aspekter som er relevant for oppgavebesvarelsen belyses. Teori om den akutt syke pasient sin opplevelse av akuttmottaket, hvordan akuttmottaket fungerer herunder sykepleierens rolle i mottaket og begreper som trygghet, kommunikasjon, informasjon, mestring og aktuell sykepleieteori vil redegjøres for.

2.1 Den akutt syke pasient

En opplevelse av akutt sykdom vil være en situasjon som kan preges av tap, krise og en ufrivillig plutselig forandring for pasienten. Pasienten vil ofte oppleve akutt sykdom som en krise preget av frykt og angst. Opplevelsen vil også være svært individuell og kan endre seg gjennom hele oppholdets varighet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Noe som kjennetegnes hos akutt innlagte pasienter er at de ikke har en diagnose og problemet de har, er uavklart (Engebretsen, 2010). Forfatteren skriver videre at flertallet av pasienter som blir innlagt via akuttmottaket ankommer med store smerter, ofte målt til 8-10 på visuell, analog skala, VAS. Akutt henviste pasienter vil også ofte kjenne på en redsel og en frykt for å ikke kunne fortsette med dagligdagse aktiviteter, samtidig som en uvisshet ovenfor hva som skal skje og om prosedyrer vil være smertefulle.

Den akutt syke pasient vil oppleve en kombinasjon av fysiske stress og psykisk stress. Med fysisk stress innebærer en adrenerg respons som fører til en økning i puls og respirasjonsfrekvens, økt blodtrykk og en omdirigering av sirkulasjonen til muskulaturen. Med psykisk stress kan pasienten kjenne på en manglende kontroll kombinert med frykt og angst (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2.2 Trygghet

Trygghet er en sentral del i et menneskes liv. Begrepet kan inndeles i tre dimensjoner; som en indre tilstand, som en følelse og ytre trygghet (Segesten, 2010).

Trygghet som en indre tilstand er individets indre opplevelse, ofte forankret i et

livssyn som kan gi en økt styrke til å overkomme vanskelige situasjoner. Trygghet som følelse har i kvalitative intervjuer blitt beskrevet med ord som balanse, varme, glede, lykke, harmoni, sjelefred, fotfeste, tillit, hvile og ro. Ytre trygghet bygger på elementer utenfor individet. Begrepet kan videre deles inn i trygghet knyttet til blant annet relasjoner, miljø og materialistisk trygghet. Ytre trygghet bygger på at individet må få ivaretatt behov iht. disse elementene (Segesten, 2010).

Skal sykepleieren være i stand til å skape trygghet hos den akutt syke pasient, fremhever Moesmand & Kjøllestad (2004) momenter som at sykepleieren fremstår pålitelig, ærlig og faglig dyktig. Pasienten må tilføres en følelse av at han skal bli ivaretatt av faglig dyktig helsepersonell som faktisk bryr seg om pasientens situasjon og velvære.

2.3 Akuttmottaket

I et akuttmottak har som hovedoppgaver å motta, diagnostisere og behandle pasienter med akutt oppstått sykdom (Helsedirektoratet, 1998).

Pasienten som innlegges på akuttmottaket ankommer primært via tre kanaler; ambulansetjenesten, henvisning fra fastlege eller henvisning fra legevakt. Flere pasienter dukker også opp på egenhånd, uten henvisning fra lege. Ved ankomst fra de tre etablerte kanalene vil det allerede ha blitt foretatt en vurdering av pasientens helse før ankomst (Riksrevisjonen, 2005-2006) Ved ankomst blir pasienten som regel mottatt av en sykepleier som innhenter informasjon om pasienten, herunder utfører relevante målinger og observasjoner og gjør seg deretter opp en mening om pasientens sykdomstilstand og herunder hvordan pasienten skal prioriteres for oppfølging av sykepleier og for tilsyn av en lege (Engebretsen, 2010) Legene som primært oppholder seg på akuttmottak og foretar den første medisinske vurderingen av en innlagt er som regel turnuskandidater. Andre faggrupper som er involvert i arbeidet ved et akuttmottak er bl.a. bioingeniører, helsesekretærer, portører, ambulanspersonell og radiografer (Riksrevisjonen, 2005-2006)

2.3.1 Sykepleierens rolle ved akuttmottaket

Sykepleierens rolle i mottaket består av å motta pasienter og utøve relevante observasjoner og målinger, og skape gode relasjoner med pasienten. Ytterligere

aktuelle momenter rapporteres til lege før dokumentasjon utføres. En vurdering av pasientens hastegrad, triagé, hvor sykepleierens observasjoner og målinger vurderes opp i mot skjematiske algoritmer anvendes for å avgjøre hvilke pasienter som skal prioriteres først, og graden av oppfølging hver pasient krever. Det vil også ofte være aktuelt for sykepleieren å selvstendig utføre nødvendige, strakstiltak og prosedyrer (Engebretsen, 2010)

Sykepleieren blir ofte værende hos pasienten i et større tidsrom enn legen, og vil dermed være i bedre stand til å innhente informasjon via kommunikasjon, observasjoner og undersøkelser. Denne informasjonen brukes både i egne vurderinger av pasientens tilstand, men er også et informasjonskilde som kan anvendes av legen som skal undersøke pasienten. Sykepleieren har også oppgaven innenfor å ivareta de psykososiale behovene til pasient og pårørende hvor stress, redsel og utrygghet skal reduseres via kommunikasjon, informasjon og tilstedeværelse (Engebretsen, 2010)

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon, stammer fra latinske *communicare*; å gjøre noe felles, skape en forbindelse eller være delaktig; det oppstår en relasjon (Eide & Eide, 2007).

Moesmand og Kjøllestad (2004) påpeker at den syke pasienten kan være redd, noe som igjen kan påvirke hans evne til å formidle det budskapet han ønsker. Videre påpeker forfatterne at sykepleieren bør kommunisere, både verbalt og non-verbalt at han er tilstede for pasienten.

Eide og Eide (2007) fremhever hjelpende kommunikasjon som et fokus for å hjelpe pasienten. Hjelpende kommunikasjon går ut på at formidlingen fra sykepleieren skal være anerkjennende, tillitsskapende samtidig som budskapet er tilpasset på en måte som øker pasientenes opplevelse av kontroll over situasjonen. Videre skriver forfatterne at hver eneste pasientsituasjon er unik, og at kommunikasjonen dermed må tilpasses den enkelte. Forfatterne skriver at generiske momenter som å fremstå som lyttende, klar og forståelig samtidig som både verbal og non-verbal kommunikasjon tolkes vil alltid være aktuelt.

Non-verbal kommunikasjon er avgjørende for muligheten til å skape en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Det er viktig at sykepleieren prøver å

kommunisere et bekreftende, forståelsesfullt og oppmuntrende budskap, både non-verbalt og verbalt (Eide & Eide, 2007) .

Hos den akutt syke pasient fremhever Stubberud (2010) viktigheten budskapet kommuniseres ved bruk av et dagligdags, forståelig språk. Sykepleieren bør redusere bruken av fremmedord og formidle budskapet i korte setninger. For at pasienten skal være i stand til å oppfatte det sykepleieren formidler er vil det være viktig at kommunikasjon med den akutt syke foregår i kort, konsise setninger som gjentas regelmessig.

2.5 Informasjon

Pasientrettighetsloven (1999) viser til at pasienten har krav på adekvat informasjon for å få god innsikt i egen tilstand samt hvilken helsehjelp som gis. Molven (2009) påpeker at sykepleiers plikt om informasjon bl.a. innebærer formidling av informasjon om diagnose, prognose, undersøkelse/behandlingstiltak, pleie og konsekvenser av behandling. En pasient som opplever akutt sykdom kan være preget av angst, noe som kan resultere i at lite av informasjonen som formidles av sykepleieren, oppfattes av pasienten. Sykepleieren bør tilpasse formidling av informasjon ved å ta hensyn til sinnstilstanden og situasjonen pasienten befinner seg i for å best mulig informere pasienten . Dette gjøres ved å vurdere om informasjonen skal formidles muntlig, skriftlig og i rett ”dosering”. Informasjonen må være forståelig for pasienten. Når pasienten tilegner seg kunnskap kan dette være med på å redusere angst og å øke følelsen av trygghet. (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Hos den akutt syke pasient påker Stubberud & Gulbrandsen (2010) viktigheten av informasjon om hvilke undersøkelser som skal gjennomføres, hvordan det vil forgå og informasjon om årsak til smerter og ubehag. Informasjon til den akutt syke pasient kan føre til økt følelse av kontroll og reduksjon av angst og utrygghet.

2.6 Krise

Krise som ord har gresk opprinnelse og betyr dom eller avgjørelse. Som situasjon betyr krise at en står ovenfor en plutselig forandring i tilværelsen eller at en står ovenfor en kursendring i livet (Cullberg, 2007). Cullberg beskriver videre en traumatisk krise som en psykisk reaksjon som oppstår når individet uventet opplever

at ens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter er truet.

Moesmand & Kjøllestad (2004) skriver at en krise ved akutt sykdom kan utløse et følelsesmessig kaos hvor pasienten kan havne i en situasjon hvor han ikke evner å formidle ønsker eller utøve en rasjonell vurdering av valgmuligheter, og han vil dermed kunne oppleve et kontrolltap av situasjonen.

Cullberg (2007) inndeler en krise i 4 faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen kan vare fra et kort øyeblikk til flere døgn. Individet vil i denne fasen ikke greie å bearbeide det som har skjedd, og pasienten kan oppleve alt som kaos. Individet kan også ha vanskeligheter med å huske hendelser eller informasjon som blir gitt. Dette er viktig å kjenne til når informasjon skal formidles. Flere personer har i etterkant av hendelser omtalt sjokkfasen som å være i en uvirkelig drøm. Mennesker som er i sjokkfasen reagerer ofte i form av enten splittelse eller benektelse/fortrengning.

Reaksjonsfasen er den siste delen av krisens akutte fase, vanligvis beskrevet til å maksimalt vare 4-6 uker. Denne fasen påbegynnes når det rammede individet ”åpner øynene” for som har skjedd. I bearbeidingsfasen vil individet strebe etter å tilpasse seg sin nye tilværelse og være mer fremtidsrettet. I nyorienteringsfasen lever individet med et ”arr” som ikke forsvinner, men det er i stand til å fungere uproblematisk i samfunnet (Cullberg, 2007)

Den akutt kritisk syke pasient vil i løpet av oppholdet på akuttmottaket primært kunne oppleve av krise hvor tapet av kontroll over tilværelsen regjerer og pasienten kan miste evnen til å tenke og å handle rasjonelt (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2.7 Mestring

Lazarus og Folkmann (1984, s. 141) definerer mestring:

We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to

manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.

En kan tolke mestring som måten en person kan utøve endringsadferd for å håndtere krav, indre eller ytre, som i utgangspunktet krever mer enn det personen er i stand til å håndtere.

Renolen (2008) beskriver ulike stiler, eller individtrekk som karakteriserer hvordan individet mestrer på tvers av ulike situasjoner og over tid. Disse stilene er bl.a. robusthet, optimisme eller humor. Robusthet som mestringsstil innebærer å moderere de skadelige effektene stress kan medføre. Kobasa (i Renolen, 2008) fremhever engasjement i aktiviteter, saker og mennesker, opplevelsen av å ha kontroll og et syn på utfordringer som mulighet fremfor trusler som sentrale elementer relatert til robusthet som mestringsstrategi. Optimistisk mestringsstrategi kjennetegnes hos individer som har en forventning av å oppleve gode ting i livet. Sarafino (i Renolen, 2008) publiserte i en studie et funn hvor individer med en positiv tankegang generelt opplevde bedre helse og raskere rekonvalesenstid enn individer som karakteriseres som pessimister.

I Lazarus og Folkmanns (1984) stressmestringsmodell vektlegges individets personlige vurdering av hvordan situasjonen er. Individet som opplever en situasjon med stress vil i første omgang utføre en primærvurdering, hvor faren og trusselen blir evaluert. Sekundært vil situasjonen vurderes for hvilke handlinger som faktisk kan utføres, og hvilke eventuelle konsekvenser disse handlingene vil føre til. Videre vil individuelle strategier for å håndtere og mestre stresset være tredje steg. Disse strategiene er individuelle og unike, men forfatterne inndeler mestringsstrategier i problembasert og emosjonsfokusert, hvor problembasert kjennetegnes ved tiltak med et fokus på problemløsning og emosjonsfokusert har et fokus på å endre følelsesreaksjonene som opptrer i forbindelse med stress. Disse forsøkene på mestring vil konstant reevalueres og revurderes av individet.

Hos den akutt syke pasient i akuttmottaket vil emosjonsfokusert stressmestring ofte være fokusområdet til sykepleieren for å fremme mestring hos pasienten. Momenter som fokus positiv tankegang og fremming av en optimistisk mestringsstrategi vil være

momenter en sykepleier i akuttmottaket kan bidra med for at den akutt syke pasienten lettere skal kunne håndtere eventuell stress (Renolen, 2008, Lazarus & Folkman, 1984).

2.8 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee (1999) sine teorier om sykepleie vil anvendes i oppgaven, da de er relevante for å skape et sykepleieteoretisk rammeverk. Travelbees teorier om de mellommenneskelige aspektene som inngår i sykepleien beskriver blant annet hvordan relasjonen mellom sykepleieren og pasienten dannes. Hun beskriver sykepleie som en prosess mellom pasienten og sykepleieren som en gjensidig påvirkning. En annen vesentlig faktor i Travelbees teorier er tanken om at hvert eneste menneske er unikt, og dermed blir alle situasjoner, herunder møtet mellom pasient og sykepleier, forskjellige. Det er derfor essensielt at mennesket møtes som et enkeltindivid med en unik historie og unike behov. Travelbee deler også inn møte mellom pasient og sykepleier i flere faser som starter med et møte hvor partene ikke kjenner hverandre og sine unike forutsetninger, og dermed går inn i den rollen de tror motparten forventer de skal være i. Senere vil partene få en forståelse for hverandre særegenhet og deretter kan det etableres gjensidig empati som igjen resulterer i sympati fra sykepleieren sin side, med et ønske om å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen, skape tillitt og å gjøre pasienten trygg.

Kommunikasjon er også et sentralt emne i Travelbees (1999) sykepleieteorier, der det fremheves som et verktøy for å oppnå en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Når sykepleieren, på en terapeutisk måte, reflekterer over sine holdninger og hvilke handlinger som utføres, vil sykepleieren kunne anvende sin personlighet på en bevisst måte for å skape et godt møte og dermed en god relasjon til pasienten.

Hos den akutt syke pasient er både Travelbees (1999) beskrivelse av relasjonsbyggingen og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier viktige og aktuelle elementer. Travelbees fokus på det unike møtet er også sentralt i en sykepleiers hverdag i akuttmottaket.

2.9 Ethiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier bygger på International council of nurses, ICNs, etiske reglement samt FNs menneskerettighetserklæring. Retningslinjene danner et etisk fundament for sykepleie, og beskriver blant annet hvilke faglige forutsetninger som må være tilstede for at det etiske grunnlaget kan nyttiggjøres i praksis. Retningslinjene fremhever sykepleierens fundamentale plikter som å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk sykepleieforbund, NSF 2011).

NSF (2011, s 7) beskriver videre grunnlaget for all sykepleie:

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert.

For sykepleie til den akutt syke pasient i akuttmottaket er spesielt 2. Ledd i de etiske retningslinjene sentrale (NSF, 2011, s. 8):

Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her- under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket

2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

2.5 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.

3.0 Metode

Metode beskriver fremgangsmåten som anvendes for å kunne teste påstander som fremsettes. Påstandene testes med krav til sannhet, gyldighet og holdbarhet.

Aubert (I Dalland, 2012 s. 83) defineres metode:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder

Videre forteller metode hvordan en skal gå frem får å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Valget av metode gjøres ut i fra hvilken fremgangsmåte som er best for å besvare et spørsmål eller for å samle inn data (Dalland, 2012).

3.1 Kvantitativ og kvalitativ metode.

Forskningsmetodikk kan deles inn i to hovedgreiner, hvorav kvalitativ metodikk er den ene og kvantitativ den andre. Kvalitativ forskning tar for seg egenskaper eller karaktertrekk ved fenomener og prøver å beskrive disse. Dette kan gjøres ved bruk av intervju eller annen informasjonsinnhenting som tar for seg den subjektive opplevelsen. Innenfor den kvalitative metodikken kan man foreta en fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer å undersøke den faktiske opplevelsen et menneske har samtidig som man prøver å legge fra seg eventuelle forkunnskaper og annen potensiell bias. Kvantitativ metodikk samler inn data og beskriver fenomener ved bruk av tall og statistikk, som igjen kan resultere i at funnene kan være statistisk relevante for andre enn de som faktisk var med i undersøkelsen (Polit & Beck, 2008).

3.2 Metodevalg

Oppgaven er blitt gjennomført som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en oppgave hvor en tydelig fremstilt problemstilling skal besvares igjennom en kritisk gjennomgang av relevant litteratur (Dalland, 2008). Studien vil inneholde systematiske søk, etterfulgt av en kritisk vurdering av funn og så en sammenfatning av litteraturen innenfor det valgte problemområdet. Disse funnene skal videre drøftes hvor data fra funn settes i dialog med relevant bakgrunns litteratur.

3.3 Søkestrategi og valg av litteratur.

For å finne relevante artikler har søk blitt utført i relevante databaser som Medline, CINAHL og SweMed. Av søkeord har ord som "emergency department", "acute illness", "communication", "nursing interventions", "nursing" og "anxiety" både selvstendig og i ulike kombinasjoner blitt anvendt. Resultat av artikkelsøk ligger systematisk beskrevet i tabellform lagt ved i vedlegg I.

For å velge ut artikler har fagfelleverderte artikler, publisert de seneste fem årene i tidsskrifter med en impact factor > 1 blitt inkludert. Artikkelen blir presentert i kortformat i resultatdelen. For å belyse og besvare problemstillingen fra flere vinkler har både kvalitative og kvantitative artikler blitt søkt etter. For å vurdere kvaliteten på artiklene har Kunnskapssenterets (2008) sin sjekklister for vurdering av artikler blitt anvendt. Sjekklisene har blitt brukt som et verktøy for å vurdere kvaliteten i metodikken som har blitt anvendt, og har dermed vært med på å kvalitetssikre de utvalgte og presenterte artiklene. Kunnskapssenterets utfylte sjekklister foreligger i vedlegg II.

For å velge ut litteratur har jeg prøvd å anvende pensumlitteratur kombinert med ny faglitteratur. For å finne frem litteraturen har jeg søkt i den lokale søketjenesten BIBSYS-ask og anvendt meg av pensumlitteratur. Av søkeord har jeg anvendt ord som angst, sykepleie, akutt, akuttmottak, trygghet selvstendig og i kombinasjon. Med unntak av teoretiske primærkilder som Travelbee, og Lazarus og Folkmann, samt enkelte rapporter og utredninger er litteraturen som er blitt anvendt under 10 år gammel. Jeg har primært anvendt litteratur som har fokus på ikke-spesialisert sykepleie, men av oppgavens natur er det naturlig å anvende noe litteratur som er rettet mot intensiv- og anestesisykepleie i akuttmottak.

Av artikkelvalg har primært nyere litteratur blitt anvendt og jeg har forsøkt å belyse problemstillingen ut i fra både et kvantitativt og et kvalitativt perspektiv. Fire av artiklene som presenteres under fem år gamle. Artikkelen "Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice (Boudreaux & O'Hea, 2004) er tatt med da en god, kvantitativ, systematisk litteraturstudie er nødvendig for å besvare problemstillingen. Videre anses mange av momentene som er sett på i artikkelen som like relevante i dag som tidligere. Det har også blitt inkludert to tverrsnittundersøkelser gjennomført i Sverige, da

pasientsituasjoner og opplevelser vil være relativt overførbare til norske forhold samtidig som deler av sykepleieforholdene vil være overførbare. En kvalitativ oversiktsstudie som tar for seg pasientopplevelser dokumentert fra 1990-2006, har også blitt anvendt. Data hentet fra 1990 vil ikke nødvendigvis være like overførbart som nyere, men man kan anta at pasientopplevelsen og behovet for trygghet vil være relativt likt. Studien er tatt med da kvaliteten på og relevansen av denne artikkelen på vurderes som bedre og mer anvendelig enn nyere, kvalitative enkeltstudier.

3.4 Ethiske betraktninger

Kunnskapsdepartementet (Meld. St. 18 (2011-2012)) beskriver hensikten med forskningsetikk:

Forskningsetikkens formål er å bevisstgjøre forskere og samfunnet om de etiske problemstillingene som oppstår i forbindelse med moderne forskning. De etiske problemstillingene er knyttet både til forskningens resultater og til forskningen som prosess.

Det finnes både nasjonale og internasjonale forskningsetiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen for medisinsk forskning gir internasjonale føringer på hvilke etiske vurderinger som skal gjøres i medisinsk forskning samtidig som Norge har både regionale og nasjonale komiteer som sikrer at forskningen som skal gjennomføres ikke har utilsiktede skadelige virkninger (St.meld. nr. 30 (2008-2009))

Av etiske betraktninger i en litteraturstudie vil det å belyse temaet med forskning og funn som både støtter og svekker min problemstilling opp i mot diskusjonen, være viktig (Forsberg og Wengström, 2008). Videre har jeg kun benytte meg av artikler som har blitt vurdert og godkjent i en etisk komité. Dalland (2008) fremhever blant annet et fokus på personvern, anonymitet, taushetsplikt som viktige elementer i god forskningsetikk. Videre påpekes det at deltagere i forskning er informert og et det foreligger et frivillig samtykke. Etter undersøkelsen er gjennomført skal det gjennomføres en korrekt formidling av resultater. Da akutt syke pasienter ofte vil være i det som oppleves som en svært sårbar situasjon har jeg prøvd å vurdere om metoden som er anvendt i de utvalgte artiklene ivaretar pasienten.

4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres funn i form av forskningsartikler. Relevante og aktuelle elementer fra artiklene belyses og aktualiseres.

4.1 Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department

(Ekwall, 2013).

En prospektiv tverrsnittstudie hadde til hensikt å sammenligne pasientens egen vurdering av graden av akutt sykdom sammenlignet med sykepleieren sin vurdering i et somatisk akuttmottak. Videre ble graden av engstelighet og pasienttilfredsstillelse vurdert. Undersøkelsen ble gjennomført på et middels stort sykehus i Sverige. Undersøkelsen hadde 72 respondenter. Kritisk syke pasienter og pasienter som fremsto som svært engstelige ble ekskludert fra undersøkelsen. I undersøkelsen ble det blant annet avdekket at pasientens satte informasjon om ventetid og annen praktisk informasjon som essensiell for å ha en god sykehusopplevelse og for at pasienten skal kunne oppleve en reduksjon i graden av angst og utrygghet. Videre fant forfatterne at pasientens opplevelse av hvor akutt situasjonen var, sjeldent samsvarte med sykepleierens vurdering av hvor akutt situasjonen var. Forfatteren diskuterer videre viktigheten av god kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom pasient og sykepleier, hvor sykepleieren har som oppgave å formidle sin vurdering av situasjonen til pasienten, da dette kan redusere graden av engstelighet. Det fremheves også viktigheten av at sykepleieren informerer om hvor i akuttmottaket pasienten skal henvende seg hvis akutt forverring skulle oppstå.

4.2 Nurse patient/visitor communication in the emergency department

(Pytel, Fjelden, Meyer & Albert, 2009).

En retrospektiv tverrsnittsundersøkelse hadde til hensikt å undersøke om pasientene og besøkende ved akuttmottaket opplevde at de behov de hadde knyttet til kommunikasjon og informasjon, ble ivaretatt av sykepleieren ved akuttmottaket. Studien ble gjennomført på et middels stort sykehus i USA og hadde 123 respondenter i pasient/besøkende gruppen og 64 sykepleiere som respondenter. Kritisk, ustabile pasienter ble ekskludert fra studien, det var også et inklusjonskriterium at pasientene fremsto som våkne, orienterte og kognitivt

velfungerende. I undersøkelsen fant forfatterne at pasientene vurderte momenter innenfor kommunikasjon og informasjon som blant annet hvilke undersøkelser og behandlingstiltak som var blitt gjort og skulle blitt utført som det viktigste behovene de hadde i akuttmottaket da dette førte bl.a. til reduksjon i engstelse og utrygghet. I tillegg viste det seg at det var viktig at sykepleieren besvarte spørsmål pasienten hadde og at han lyttet til pasientens behov og bekymringer. Sykepleierne som deltok i undersøkelsen satte også disse momentene som viktigst. Iht. disse momentene oppga ca. 66% at sykepleieren utførte dette enten særdeles eller meget godt. Av andre funn fant de i undersøkelsen av sykepleieren fremhevet viktigheten av en rolig stemme og væremåte som en mye viktigere faktor for et god opphold på avdelingen fremfor. Sykepleieren holdt disse faktorene mye høyere enn pasienten og pårørende.

4.3 The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research.

(Gordon, Shepard & Anaf, 2010)

I en kvalitativ, systematisk oversiktsartikkel basert på 12 enkeltartikler, presenterer forfatterne pasienterfaringer fra akuttmottak. Disse 12 artiklene ble publisert mellom 1990 og 2006, og ble hentet fra fem forskjellige databaser. Inklusjonskriterier var at artiklene måtte være engelskspråklige, med kun et kvalitativt perspektiv samt at de måtte omhandle pasientenes subjektive opplevelser i akuttmottaket. Forfatterne fant i oversikten at teknisk faglig kompetanse var en forutsetning og et grunnlag som måtte være til stede for at pasientene kunne sette pris på andre sykepleiemomenter som for eksempel å få nok oppmerksomhet fra sykepleieren eller å slippe ventetid. Videre var en "caring approach", en omsorgsfull tilnærming med fokus på det psykosiale et godt verktøy for at personell i akuttmottaket kunne bidra å redusere stresset mange av pasientene opplevde. Denne tilnærmingen ble oppgitt som svært viktig av pasienter samtidig som flere pasienter opplevde å ikke få disse behovene dekket. Forfatterne fremmer også behovet for mer kvalitativ forskning på temaet, og viser til at majoriteten av forskning på sykepleie i akuttmottak og pasientopplevelse er gjort med kvantitativ metodikk.

4.4 Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department

(Göransson & Rosen, 2010)

I en prospektiv tverrsnittsundersøkelse hadde forfatterne til hensikt å kartlegge pasientens opplevelse av det første møte med sykepleieren i akuttmottaket. Studien ble gjennomført i akuttmottaket på Karolinska universitetssykehus i Solna, Sverige. Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av et spørreskjema som tok for seg pasientenes subjektive opplevelse av ulike situasjoner i akuttmottaket, herunder blant annet ventetid, informasjonsbehov og sykepleierens arbeid. Studien hadde 146 respondenter. I studien kommer det frem at de fleste følte sykepleieren hadde god faglig kompetanse til å triagere pasienten. Det kom også frem at flere av pasientene ikke opplevde at de ble triagert, samt at sykepleieren ikke formidlet nok informasjon verken om pasientens tilstand eller hvor lang ventetid det skulle ta før en lege skulle se til pasienten. Forfatterne konkluderer med at det kan være et behov for informasjon om ventetiden og triageringsgrad, da dette behovet ikke møtes ikke nå, og bør derfor fokuseres mer på fremover.

4.5 Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice

(Boudreaux & O'Hea, 2004)

I en systematisk gjennomgang av litteratur så forfatterne på kvantitativ forskning om pasientenes opplevelse av akuttmottaket. Kun studier med statistisk signifikante funn, utført i USA ble vurdert. Totalt ble 50 studier inkludert i den systematiske gjennomgangen. I studien så de på hvilke fellesnevner som var signifikante for pasienttilfredshet. Det ble fremhevet at pasientens opplevelse av at forespeilet tid før de ble tatt i mot av lege var en viktig faktor for opplevelsen av trivsel i mottaket. Det at den formidlede ventetiden var korrekt ble karakterisert som mer viktig for trivsel, fremfor at ventetiden var så kort som mulig. Videre fremhever forfatterne viktigheten av at sykepleieren formidler informasjon til pasienten om hvordan akuttmottaket fungerer, samt at sykepleierens kompetanse og egenskap for å samhandle og jobbe med andre mennesker videreutvikles. Forfatterne fremhever også behovet for mer forskning på fagfeltet, hvor det påpekes at svært få randomiserte intervensjonsstudier har blitt utført for å kartlegge pasienttilfredshet i akuttmottaket.

5.0 Diskusjon

”Hvordan skapes trygghet hos den akutt syke pasient ved et somatisk akuttmottak?”

Betydningen av tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, tilpasset informasjon til pasienten, hvordan kommunisere til den akutt syke og faglig dyktighet som forutsetning for trygghet er noen av momentene som her tas opp til diskusjon ved bruk av funn fra forskning og teori og fra egne refleksjoner og erfaringer.

5.1 En god relasjon mellom den akutt syke og sykepleieren – et nødvendig rammeverk for å skape trygghet.

Travelbee (1999) fremhever det første møte mellom pasienten og sykepleieren som kritisk for en god relasjonsbygging og dannelse av et godt tillitsforhold mellom partene. Gordon, Shepard & Anaf (2010) fant i sin studie at et møte med en sykepleier som fremsto interessert, rolig, og teknisk kompetent samt som konsekvent brukte navnet til pasienten under kommunikasjon, økte tryggheten og reduserte redselen hos pasienten. En kan tenke seg at de momentene som nevnes av Gordon, Shepard & Anaf (2010) vil være svært sentrale i Travelbees (1999) beskrivelse av det gode møtet, hvor sykepleieren tar med seg sine holdninger, sin egen personlighet og det nonverbale uttrykket om å ville hjelpe pasienten. Travelbee fremhever videre viktigheten av at sykepleieren tar, terapeutisk, i bruk seg selv i form av å være reflektert og bevisst over sine egne holdninger og handlinger, og hvilke budskap disse formidler. Selvinnsikt hos sykepleieren er dermed nødvendig i etablering av en godt tillitsforhold og for å skape et godt, trygt møte. Cullberg (2007) påpeker at kontroll over egne følelser er nødvendig for å fokusere på pasientens, og at det å bli overveldet at følelser kan føre til en overidentifisering til situasjonen og negativt påvirke arbeidet som skal gjøres. På en annen side kan man argumentere for at det å vise følelser er en naturlig reaksjon som er med på å øke omsorgen og omsorgen ved å hindre underidentifisering med situasjonen.

Pytel, Fjelden, Meyer & Albert (2004) fant at en stor andel akutt syke pasienter opplevde en følelsen av å ikke bli møtt av sykepleieren i akuttmottaket. Moesmand og Kjøllestad (2004) fremhever det å skape et godt møte med den akutt syke pasienten som en sentral sykepleieroppgave. Av egen erfaring er det å være forberedt, og vise

pasienten at ankomsten er forventet og at sykepleieren er klar over pasientens tilstand og lest seg opp på innskrivende leges vurdering, noe som ofte kan være betryggende for pasienten.

Flere studier påpeker at sykepleieren i akuttmottaket fokuserer mer på den akutte sykdommen eller skaden fremfor pasientens psykososiale behov som omsorg og trygghet (Gordon, Shepard & Anaf, 2010) I Norsk sykepleierforbunds etiske retningslinjer (1997) fremmes viktigheten av den helhetlige sykepleien hvor omsorg også står i fokus. På den andre siden kan man argumentere for at det er akuttmedisinen og den somatiske behandlingen som står fokus ved et akuttmottak. En prioritering av dette ved akutt sykdom er forståelig men det gir fortsatt ikke et grunnlag for å velge bort sykepleieoppgaver som er mer omsorgsrelaterte hvis et rammeverk i form av nok tid, resurser og kunnskap tillater dette. Studier viser også at selve tilstedeværelsen av sykepleieren er viktig for å unngå stress og usikkerhet (Boudreaux & O'Hea, 2004, Gordon, Shepard & Anaf, 2010) Jamfør Lazarus og Folkmanns (1984) stressmestringsmodell vil den akutt syke pasient i foreta en primærvurdering hvor faren og trusselen mot eget individ evalueres før eventuelle handlinger og konsekvenser vurderes Man kan anta at sykepleierens tilstedeværelse vil redusere trusselfølelsen i pasientens primærvurdering og at god formidling av gangen videre i oppholdet på mottaket og på sykehuset vil kunne assistere pasienten for å få en god oversikt over handlemåte og valg i sekundærevalueringen.

5.2 God kommunikasjon skaper trygghet

Flere undersøkelser har funnet en sammenheng mellom måten sykepleieren kommuniserer på og hvor trygg den akutt syke pasient føler seg. Videre er det funnet behov for et økt fokus på kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter i akuttmottaket (Ekwall, 2013, Pytel, Fjelden, Meyer & Albert, 2009). Travelbee (1999) fremsetter kommunikasjonsferdigheter som helt sentralt i utøvelsen av god sykepleie. Videre skriver hun at sykepleierens intensjoner vil også bli formidlet, både verbalt og nonverbalt, og at dermed sykepleierens ønske om å hjelpe, eller mangel på dette, vil formidles til pasienten.

En human, og omsorgsfull kommunikasjonstilnærming til den akutt syke pasient kan være med på å skape trygghet. Det å anvende pasientens navn, og formidle at man er

der for ham, er viktig for at pasienten kan slappe av (Hawley, 2000, Gordon, Shepard & Anaf, 2010). Moesman & Kjøllestad (2004) underbygger disse funnene og påpeker at en kommunikatív tilnærming, både verbalt og nonverbalt, hvor budskapet er å vise at sykepleieren har en interesse og et ønske om at pasienten skal ha det bra, vil være med på å gi pasienten en større følelse av kontroll i situasjonen og dermed kunne øke trygghetsfølelsen. En kan også tenke seg at en slik tilnærming til pasient-sykepleierkommunikasjon ikke krever noen ekstra ressurser eller økt fokus, og dermed enkelt kan implementeres og anvendes i akuttmottaket. Sykepleieres bevisste bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon som et verktøy har vist seg å tidvis være fraværende i akuttmottak, hvor sykepleierens kommunikasjon fremsto som reaktiv fremfor proaktiv (Wiman & Wikblad, 2004). En kan tenke seg at slik tilnærming til kommunikasjonen kan føre til en manglende opplevelse av at sykepleieren "er der" for pasienten, og at det kan av pasienten oppleves å bli ansett som et objekt fremfor et unikt individ.

Pytel, Fjelden, Meyer & Albert (2009) fant i sin studie at flere pasienter opplever at sykepleieren bruker for mange fremmedord i kommunikasjonen til pasient og pårørende. Eide & Eide (2007) fremhever viktigheten av at budskap som formidles skal være forståelsesfullt og tilpasset mottakeren. Sykepleieren bør i kommunikasjon til pasienten være bevisst på dette og prøve å redusere bruken av fremmedord der det er mulig. På den andre siden må man være forsiktig med å forenkle budskapet for mye, slik at viktige detaljer og essensiell informasjon forsvinner.

5.3 God informasjon – betrygger pasienten og bedrer pasientoppholdet.

Flere studier fremhever god informasjon som essensiell for at den akutt syke pasienten skal oppleve trygghet. (Ekwall, 2010, Göransson & Rosen, 2010) Moesmand & Kjøllestad (2004) påpeker at sykepleieren må ta hensyn til pasientens sinnstilstand i en akuttsituasjon og tilpasse informasjonen som skal formidles i form av riktig dosering og innhold. Eide og Eide (2007) mener også at informasjon som formidles må repeteres ofte, da pasienten ofte vil kunne feiltolke eller ikke oppfatte budskapet fra sykepleieren. Det kan dog tenkes at mangel på informasjon vil forverre situasjonen adskillig mer enn å få mer informasjon enn det man er i stand til å håndtere, da ønsket om tilstrekkelig informasjon er nødvendig for trygghetsfølelsen.

En bør også ta til betraktning at pasientene kan ha vanskeligheter med å etterspørre den informasjonen de har behov for. Gøransson & Rosen (2010) fant i sin studie at nesten 25% av alle akutt syke pasienter på akuttmottaket hadde flere spørsmål de ønsket svar på, men av årsaker som å ikke ville være til bry eller at sykepleieren fremsto som travel eller at andre trengte hjelpen, ble ikke disse spørsmålene stilt. Eide & Eide (2007) bekrefter denne utfordringen og fremhever viktigheten ved at sykepleieren bør avklare hvilken informasjon pasienten anser som essensiell, og justere budskapet og formidlingen basert på dette.

For å dekke dette behovet kan kanskje sykepleieren oppfordres til å kontinuerlig være behjelpelig til å svare på pasientens spørsmål, samtidig som han aktivt spør pasienten om han har spørsmål som ikke har blitt besvart.

I den akutte fasen av et sykehusopphold vil mye av informasjonen som formidles til pasienten ikke feiltolkes, glemmes eller ikke oppfattes (Moesmand & Kjøllestad, 2012). Informasjon som formidles til pasienten i akutfasen vil i mange tilfeller ikke bli oppfattet av pasienten, og bør alltid videreformidles flere ganger (Eide & Eide, 2007). Dette kan for enkelte pasienter tale for at informasjon kan vente til etter oppholdet på akuttmottaket. Pasientrettighetsloven (1999) fastslår at pasienten har et krav på å få adekvat informasjon om hvilken helsehjelp som skal gis, også i den akutte fasen. Dette innebærer dermed at sykepleieren må informere pasienten, uavhengig om pasienten vil være avhengig av å få repetert den samme informasjonen senere i sykehusoppholdet. Det vil heller ikke være etisk holdbart å avvente informasjonsformidling til pasienten. Yrkesetiske retningslinjer, punkt 2.4 fastslår at det er en sentral sykepleieroppgave å sikre at informasjon til pasienten er tilstrekkelig, er godt tilpasset og at pasienten har oppfattet budskapet (NSF, 2007).

Flere undersøkelser har funnet et informasjonsbehov omhandlende ventetid før legetilsyn, som noe pasienten setter høyt og forventer å bli informert om (Boudreaux & O'Hea, 2004, Göransson & Rosen, 2010, Gordon, Shepard & Anaf, 2010, Pytel, Fjelden, Meyer & Albert, 2009, Ekwall, 2013). Sykepleieren bør, så fremt det lar seg gjøre, informere om forventet tid, og i noen tilfeller om pasientenes triagékode. På den andre siden vil det være vanskelig for sykepleieren å gi et nøyaktig estimat på ventetid i akuttmottaket. Det hender ofte at en mer alvorlig syk pasient ankommer, og personellet ved mottaket må nedprioritere andre. Som Boudreaux & O'Hea (2004)

skriver var det ofte viktigere for pasientene at ventetiden som ble formidlet av sykepleieren var korrekt, fremfor at den var så kort som mulig. Det kan tenkes at sykepleieren bør informere om en forventet ventetid, men samtidig meddele at det er mye usikkerhet rundt dette tidspunktet.

Informasjon fra sykepleier til pasienten om hvilken triagégrad pasienten er i undersøkelser funnet å være manglende, da pasienten vil få en større forståelse for sin egen situasjon, og dermed kunne oppleve økt kontroll og mindre utrygghet (Göransson & Rosen, 2010). En kan tenke seg at en slik informasjon vil være med på å få pasienten til å forstå sin egen situasjon og dermed øke trygghet. På en annen side er det nok ikke alle som er i stand til å motta informasjon om triagégrad og sykepleier bør tilpasse denne formidlingen til den enkelte pasient. Den enkelte pasients situasjon og forutsetninger vil være unik. Det kan antas en pasient med kronisk sykdom med jevnlig sykehusinnleggelse vil ha et bedre utbytte av å vite hvordan han er triagert fremfor en som opplever sitt første møte med helsevesenet. Denne tanken samsvarer med Travelbees (1998) teori om det unike individet og sykepleierens behov for å tilpasse møtet og pleien etter dette.

Ved bruk av teknisk utstyr som pasienten ikke kjenner funksjon og bruksområde til, kan informasjon være et virkemiddel for å redusere stress, angst og utrygghet (Boudreaux & O'Hea, 2004) Eide & Eide (2007) fremhever informasjon om hva utstyret gjør, hvorfor dette skal undersøkes og om det vil eventuelt føre til smerter som viktige momenter det bør informeres om. Hvordan informasjonen formidles vil også være vesentlig. Sykepleieren bør konsekvent være rolig, og bevisst kommunisere nonverbalt gjennom blikkontakt og berøring samtidig som selvsikkerhet og trygghet signaliseres. En kan tenke seg viktigheten av disse momentene for å unngå utrygghet, da tvil og et usikkert kroppsspråk vil igjen kunne føre til usikkerhet hos pasienten.

5.4 Sykepleierens tekniske ferdigheter og kompetanse fremmer trygghet

Forskning har funnet at sykepleiere som fremstår faglig dyktige og arbeider med en sikkerhet rundt prosedyrer skaper mer trygghet hos pasienten enn de sykepleieren som ikke har disse karakteristikene (Boudreaux & O'Hea, 2004). Wiman, Wikblad & Idwall (2006) fant i sine studier at sykepleierene som fokuserte på god instrumentell

sykepleie førte til tryggere pasienter som opplevde sykehusoppholdet som mer tilfredsstillende. Dette underbygges også av Moesmand & Kjøllestad (2004) som skriver at helsepersonellens ferdigheter og kompetanse har stor innvirkning på pasientens opplevelse av trygghet, hvor blant annet hvordan sykepleier fremstår faglig i håndteringen av overvåkningsutstyr og andre standardiserte prosedyrer, har en stor innvirkning på dette. En kan tenke seg rollebyttet som vil oppstå når pasienten ikke føler seg trygg på sykepleieren, og faktisk føler at prosedyrer og undersøkelser som skal gjennomføres av sykepleieren må ”overvåkes” av pasienten selv grunnet manglende tillit til sykepleierens kompetanse, ferdigheter og gjennomføringsevne.

I flere studier har pasienter fremmet teknisk kompetanse og ferdigheter som noe som må være tilstede for at pasienten skal kunne sette pris på andre momenter som sykepleieren utfører, som god kommunikasjon, informasjon og omsorg (Gordon, Shepard & Anaf, 2010) Det foreligger behov for at akuttmedisinsk kompetanse, herunder evnen til å håndtere akuttmedisinske prosedyrer og utøve akutt sykepleie ivaretas og øves på. (NOU:1998:9). at teknisk kompetanse og ferdigheter bør vedlikeholdes og trenes ofte på. Det kan tenkes at innføring av årlige, nasjonale sertifiseringskrav kan være et virkemiddel for å kvalitetssikre kompetansen til sykepleieren og dermed igjen være et virkemiddel for å bedre kvaliteten på sykepleien som utføres i akuttmottaket.

På en annen side kan et for stort fokus på den tekniske kompetansen redusere sykepleierens fokus på faktiske sykepleieroppgaver. Kihlgren et al (2004) påpeker at enkelte sykepleieres beskrivelse av arbeidet på akuttmottaket som svært instrumentell og med et lavt fokus på det mellommenneskelige aspektet. Denne formen for sykepleie samsvarer ikke med Travelbees (1999) beskrivelse av sykepleierens funksjon og oppgave, hvor det mellommenneskelige står mer i fokus. En kan anta denne tankegangen blant enkelte sykepleier kan skyldes en økt forekomst av sykepleiere som brenner akuttmedisin, herunder prosedyrer og tekniske ferdigheter fremfor psykososiale tiltak og omsorg. Av egne erfaringer krever tiltak som fokuserer på det psykososiale lite tid, og kan i stor grad utføres simultant med tekniske prosedyrer og undersøkelser, og trenger dermed ikke å ned,- eller bortprioriteres.

6.0 Konklusjon

For å skape trygghet hos den akutt syke pasient må det skapes et godt møte mellom pasient og sykepleier (Gordon, Shepard & Anaf (2010), Travelbee, 1999).

Sykepleieren må imøtekomme pasienten med et ønske om å ville hjelpe. Videre er god kommunikasjon og formasjon til den akutt syke pasienten sentralt for å skape trygghet og redusere angst (Ekwall, 2011, Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Sykepleieren bør informere pasienten om hvilke undersøkelser og prosedyrer som skal gjøres, hvordan og hvorfor de skal utføres og veien videre i sykehusoppholdet.

Ventetid før tilsyn fra lege må også informeres om tidvis kan det være gunstig å informere pasienten om triageringsgraden som er utført (Boudreaux & O'Hea, 2004, Eide & Eide, 2007) En teknisk kompetent og faglig oppdatert sykepleier som utfører prosedyrer og undersøkelser med en presisjon og en flyt samtidig som er også nødvendig for å skape trygghet (Wiman, Wikblad & Idwall, 2006, Stubberud, 2013).

Ved å ha et bevisst fokus på disse momentene i praksis kan trygghet hos den akutt syke pasient i et somatisk akuttmottak reduseres.

Det eksisterer også lite forskning på området, og det er et behov for videre studier som har til hensikt å undersøke de unike norske forholdene med den omsorgsmodellen som eksisterer her.

Litteraturliste

- Boudreau E. D & O'Hea E. L. (2004) Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *Journal of emergency medicine*. Jan;26(1):13-26.
- Cullberg J. (2007) *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal
- Eide H. & Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal
- Ekwall A. (2013) Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department. *Journal of emergency nursing*. V. 39. 545-548. Nov. 2013.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>
- Engebretsen S. (2010). *Sykepleie til pasienter i akuttmottak*. I: Gulbrandsen T. & Stubberud G .Intensivsykepleie. Oslo:Akribe.
- Forsberg C. & Wengstrom Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier
Stockholm: Natur och Kultur.
- Göransson E. & Von Rosen A. (2010) Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department
International Emergency Nursing, Volume 18, Issue 1, January 2010, Pages 36–40
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.10.001>
- Gordon B., Sheppard A. & Anaf S. (2010) The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research *International Emergency Nursing*, Volume 18, Issue 2, April 2010, Pages 80–88

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004>

Hawley P (2000) Nurse comforting strategies - perception of emergency department patients. *Clinical nursing research* nov. 2000. vol 9. s 441.459 doi: 10.1177/10547730022158681

Helsedirektoratet (1998) Definisjonskatalog for AMK-/LV-sentraler. KITH Rapport 3/99 ISBN 82-7846-057-4. Hentet den 10.2 fra: <http://www.kith.no/upload/947/R03-99DefKatAMK-LV-v1.pdf>

Kunnskapssenteret (2008) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet den 15.1.13 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Krogstad U. & Norderhaug I. (2004). *Organisering av akutt-tjenester i sykehus*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet den 16.1 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/organisering-av-akutt-tjenester-i-sykehus--2278;jsessionid=4F0DBC593F31D8BD994A27B6A390A51A>

Lazarus R. & Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer

Meld. st 18 (2011-2012) *Lange linjer - kunnskap gir muligheter*. Hentet den 5.2 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-18-20122013/4/2.html?id=716052>

Moesmand A & Kjøllesdal A (2004). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal

Molven O. (2009) *Helse og Jus. En innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet den 10.1 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU 1998:9 (1998) *Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet den 16.1 fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19981998/009/PDFA/NOU19981998009000DDDPDFA.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) (Lov om pasient-og brukerrettigheter) 01.01.2001. Hentet den 20.1 fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit D. & Beck C. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott. Williams & Wilkins

Pytel C., Fjelden N., Meyer K. & Albert N. (2009) Nurse-patient/visitor communication in the emergency department (2009) *Journal of emergency nursing*. v 35. p. 406-411. sep 2011. doi: 10.1016/j.jen.2008.09.002

Renolen Å. (2008) *Forståelse av mennesket. En innføring i psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

Riksrevisjonen (2005-2006). *Riksrevisjonens undersøkelse av akuttmedisinsk beredskap i spesialisthelsetjenesten*. Dokument nr. 3:9. Hentet den 13.1.14 fra: http://www.riksrevisjonen.no/Rapporter/Sider/Dokumentbase_Dok_3_9_2005_2006.aspx

Segesten K. (1994). *Patienters opplevelse av trygghet och otrygghet*. Göteborg:

Segesten Forlag

Stubberud G & Gulbrandsen T (2010) *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe

Travelbee J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal

Wiman E, & Wikblad K, (2004) Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 13, 422-429.

Vedlegg I - Tabell 1 Søketabell CINAHL

Tabell 1 viser søkeresultater i CINAHL.

Søkenummer	Søkeord	Resultat
S1	Emergency department	18868
S2	Acute illness	7531
S3	Nursing interventions	17907
S4	safety	95314
S5	acuity	3917
S6	Nurse patient	45634
S7	communication	66950
S8	S1 And S6 and S7	96
S9	S4 And S5 And S6	57
S10	S1 And S2 And S4	40
S11	S1 And S3 And S4	38

Vedlegg II - Sjekkliste for artikkelvurdering – Kunnskapssenteret (2008).

I Sjekkliste tverrsnittstudie : Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department (Ekwall, 2013)

1. Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert?	220 personer fikk utlevert spørreskema. 72 Respondenter. Lav deltagelse forklares med språkvanskeligheter. Klare eksklusjons og inklusjonskriterier.
2. Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?	Ja
3. Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja
4. Er svarprosenten høy nok?	Lav svarprosent.
5. Var datainnsamlingen standardisert?	Ja. Standardisert spørreskjema er anvendt.
6. Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene?	Ja
7. Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder?	ja

II Sjekkliste tverrsnittstudie: Nurse patient/visitor communication in the emergency department (Pytel, Fjelden, Meyer & Albert, 2009).

1. Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert?	Respondenter: 123 av pasienter/besøkende og 73 sykepleiere.
2. Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?	Ja
3. Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Nei
4. Er svarprosenten høy nok?	Ja.
5. Var datainnsamlingen standardisert?	Manglende standardisert spørreskjema, men standardisert metodikk.
6. Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene?	Ja

III Sjekkliste kvalitativ studie - The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. (Gordon, Shepard & Anaf, 2010)

1. Er formålet med studien tydelig?	Ja
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?	Ja
3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Ja
4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Delvis
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?	ja
8. Er etiske forhold vurdert?	Ikke oppgitt/ikke relevant

IV Sjekkliste tverrsnittstudie - Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department (Göransson & Rosen, 2010)

1. Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert?	Ja
2. Var utvalget representativt for befolkningsgruppen?	Ja
3. Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja
4. Er svarprosenten høy nok?	Ja
5. Var datainnsamlingen standardisert?	Ja. Standardisert spørreskjema
6. Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene?	Ja
7. Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder?	Ja

V Sjekkliste oversiktsartikkel - Patient satisfaction in the Emergency Department: a review of the literature and implications for practice (Boudreaux & O'Hea, 2004)

1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja:
TIPS:	1) what are the strongest predictors of ED patient

<p>Er det et tydelig og relevant spørsmål? Kva er hovedsammenligningene?</p>	<p>satisfaction? and 2) what changes can be made to improve ED patient satisfaction? Based on our review, practical recommendations for clinical practice and suggestions for future investigations are made.</p>
<p>2. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene? TIPS: Se etter populasjon, tiltak, kontroll og utfallsmål. Vurder om de har inkludert relevante studiedesig</p>	<p>Ja: "Articles were included if: 1) the stated goal of the study was to investigate satisfaction with at least one aspect of ED care, 2) the study was conducted in the United States, 3) it provided enough information on the study methods, design, and statistical analyses to conduct a critical review, and 4) it used quantitative methods."</p>
<p>3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet? TIPS: Er det søkt i relevante databaser, og er tidsrom for søkene og benyttede søkeord oppgitt? Er referanselister(i inkluderte studier, andre oversiktsartikler, konsensusrapporter etc) gjennomført? Er ressurspersoner på fagfeltet kontaktet? Er det lett etter upublisert materiale og artikler publisert på andre språk enn engelsk?</p>	<p>Delvis. Eldre artikler er brukt. Kun engelske artikler inkludert.</p>
<p>4. Er risiko for bias (systematiske feil) på de inkluderte studiene vurdert? TIPS: Er det presisert hvilke kriterier man har benyttet for å vurdere risiko for bias? Er en slik vurdering foretatt av flere personer, og har de utført evalueringen uavhengig av hverandre? Er manglende informasjon i publiserte artikler hentet inn?</p>	<p>Ja - Risiko. Ikke oppgitt kriterier for å vurdere evt bias.</p>
<p>5. Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte? TIPS: Dersom meta-analyse: var populasjonene og tiltakene i enkeltstudiene "like nok" til å slå sammen? Var resultatene i enkeltstudiene "like nok" til å slå sammen (heterogenitet)? Er eventuelle variasjoner i resultatene forklart og diskutert? Var det kliniske eller statistiske grunner som hindret en meta-analyse? Var analysen/tolkningen fornuftig:obs "vote counting" Husk at "no evidence" ikke er det samme som "evidence of no effect"</p>	<p>Anerkjent metode er brukt.</p>

<p>6. Hva forteller resultatene? TIPS: Kan du oppsummere resultatene for viktige utfall i en setning? Hvor stor er effekten for de ulike utfallsmålene i en eventuell meta-analysen? Er det en viktig forskjell?</p>	<p>Promising interventions include: providing information on how the ED functions through visual media, improving ED processes through performance improvement methodologies, and improving the interpersonal skills of providers</p>
<p>7. Hvor presise er resultatene? TIPS: • Hvor presist er effekttestimatet? (se på bredden av konfidensintervallet og vurder minimal viktig effekt).</p>	<p>Ikke oppgitt p-verdi</p>
<p>8. Kan resultatene overføres til praksis? TIPS: Er deltagerne som inngår i oversikten representative for de du møter i din praksis? Kan tiltaket overføres til din praksis? (nødvendige ressurser, etikk etc.)</p>	<p>Ja.</p>
<p>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert? TIPS: ☑☑Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker</p>	<p>Ja</p>
<p>10. Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten? TIPS: ☑☑Ta hensyn til om nytten er større enn kostnadene og evt. bivirkninger.</p>	<p>Mer forskning nødvendig – kan indikere et behov for praksisendring</p>

-