



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	19-08-2019 09:00	Termin:	2019 HØST
Slutt dato:	10-10-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2019 HØST stord		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 301

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Trygghet i møte med krise

Antall ord *: 8772

Navn på veileder *: Frode Skorpen

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Tryggheit i møte med krise

Security in the face of crisis

Kandidatnummer 301

SYKSB3001 Bachelor i sjukepleie

Studiestad Stord

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Rettleiar: Frode Skorpen

Innleveringsdato 10.10.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*



Tryggheit i møte med krise

Studie

Sjukepleie, HVL Stord campus

Kandidatnummer 301

Kull 2015

Dato

10.10.2019

Rettleiar

Frode Skorpen

Antal ord: 8772

Samandrag

Tittel: Tryggheit i møte med krise

Bakgrunn for val av tema: Frå starten av mi karriere innan helse har eg hatt medkjensle for pasientar som brått får ei vending på livet, og korleis dette kan opplevast for dei. Temaet har stor relevans for sjukepleiefaget. Sjukepleiaren som står i ein akutt og kaotisk situasjon må ha kunnskap til å raskt handle og vise omsorg.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar på somatisk akuttmottak bidra til å fremme trygget hos akutt sjuke eller skada pasientar

Hensikt: Eg ønsker å kaste lys over viktigheita av tryggheit for akutt skada eller sjuke pasientar på somatisk akuttmottak og korleis ein sjukepleiar kan vera med på å fremma denne kjensla.

Metode: Oppgåva er skrevet som eit litteraturstudie. Det er anvedt faglitteratur og fem forskingsartiklar oppgåva. Artiklane er henta frå søkemotorane Pubmed og MEDLINE.

Funn: Tryggheit er ei subjektiv oppleving. Sjukepleiarens medverknad på pasientens tryggheit er hovudsakleg basert på relasjon, informasjon, kommunikasjon og omsorg.

Oppsummering: Oppgåva er skrevet i lyset av på Joyce Travelbee sin sjukepleieteori. Det er viktig å møte pasienten med respekt, tillit og aksept samt vise tid interesse og forståing for pasientens situasjon. For å oppnå fremming av tryggheit er det viktig at sjukepleiaren tar seg tid til den enkelte pasienten og forstå den enkeltets psykososiale behov for omsorg og pleie. Lytte til pasientens og svare på spørsmål, fortelje om pasietnens skade eller sjukdom, behandling og forløp viser seg og ha godt inverknad på kjensa av tryggheit.

Nøkkelord: Akuttmottak, tryggheit, kommunikasjon, informasjon

Summary

Title: Security in the face of crisis

Background: From the very start of my career in healthcare, I have had compassion for patients who suddenly get their lives turned upside down because of acute illness or injury, and how this must feel. The topic has great relevance for the nursing profession, the nurse who stands in an acute and chaotic situation must have the knowledge to act quickly and give care.

Question: How can nurses at somatic emergency room help promote the safety and security of acute ill patients or injured patients

Purpose: I want to shed light on the importance of feeling safe and secure for patients who experience acute injury or illness at somatic emergency room, and how a nurse can help promote this feeling.

Method: The assignment is written as a literature study. Academic literature and five research articles are used. The articles are retrieved from the search engines Pubmed and MEDLINE.

Results: Feeling safe is a subjective experience. The nurse's involvement in the patient's safety is mainly based on relationship, information, communication and care.

Summary: The study was written in the light of Joyce Travelbee's nursing theory.

It is important to meet the patient with respect, trust and acceptance as well as show time for, interest and understanding of the patient's situation. In order to increase the patients safety feeling, it is important that the nurse sets time off for the individual patient and understands the individual's psychosocial need for care. Listen to the patient and answer questions he/she might have. Giving the patient information about the injury or illness and treatments and have a good impact on the feeling of safety.

Key words: Emergency room, patient safety and security, communication, information

Innhald

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for tema og fokusområde	1
1.2	Grunngjeving av tema	1
1.3	Problemstilling	2
1.4	Avgrensing	2
2.0	Teoretisk ståstad	3
2.1	Joyce Travelbee	3
2.2	Kva er eit akuttmottak?	5
2.3	Omgrep: Trygghet	6
2.4	Omgrep: Krise	8
2.5	Triagering	9
3.0	Metode	10
3.1	Litteraturstudie	10
3.1.1	Kvalitativ forskning	10
3.1.2	Kvantitativ forskning	10
3.2	Søkestrategi	11
3.3	Søketabellar	12
3.4	Metodekritikk	17
3.4.1	Vurdering av eiga oppgåve	17
3.4.2	Etiske aspekt	17
3.5	Kritisk vurdering av forskingsartikkel	18
	Kritisk vurdering 1	18
	Kritisk vurdering 2	18
	Kritisk vurdering 3	19
	Kritisk vurdering 4	19
	Kritisk vurdering 5	20
4.0	Resultat	21
4.1	Kort samanfating av forskingsartikkel	21
	Samandrag 1	21
	Samandrag 2	21
	Samandrag 3	22
	Samandrag 4	22
	Samandrag 5	23
5.0	Drøfting	25
5.1	Kommunikasjon som reiskap for å fremme trygghet hjå pasienten	25
5.2	Fysisk og psykososial pleie	26
5.3	Kva skal ein kommunisere?	27
5.4	Kommunikasjon i triagering:	28
5.5	Retts informasjon til rett tid	29
6.0	Avslutning/konklusjon	31
7.0	Referanseliste	32

Vedlegg 1 – Resultattabell (s34-38) 34

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for tema og fokusområde

Temaet eg har valt å skrive om handlar om korleis ein sjukepleiar delta i å fremme ei kjensle av tryggleik hos pasientar på eit akuttmottak. Dette har ein stor relevans for sjukepleiarfaget i den forstand at dette bygger på unike og krevjande utfordringar for ein sjukepleiar som skal være til stades for pasienten når denne treng det som mest. I situasjonar der pasienten verkeleg treng nokon han/ho kan lene seg på og kjenne tryggheit i ein kaotisk situasjon. I etterkant av ei ulykke eller ved akutt sjukdom står det ofte ein sjukepleiar sentralt. Det er serdeles viktig at denne sjukepleiaren har tilstrekkelig fagleg kunnskap, og saman med eit team gir den behandlinga pasienten treng. Vidare i oppgåva beskriv eg kva, kvifor og korleis ein sjukepleiar kan ta vare på det psykososiale aspektet.

1.2 Grunngeving av tema

Eg har valt dette temaet fordi dette er noko eg brenn for og har kjent på sida eg starta i helsesystemet. Frå starten som medic i forsvaret har eg kjent på den medkjensla for pasientar som brått får livet snudd opp ned. Dei som pluselig ligg på eit akuttmottak med tusen spørsmål og ikkje finn heilt ut korleis dei skal formulere seg eller kven dei skal spørje. Då pasienten er på sitt mest sårbare, er det viktig for ein sjukepleiar å kunne ha kunnskapen og evna til å hjelpe den enkelte person til å føle ei viss kjensle av tryggleik i ein kaotisk situasjon. Det å ha kunnskapen til å kunne bidra med dette ser eg på som ei svært viktig oppgåve for ein sjukepleiar, spesielt i akuttmottak.

Ein ytterlegare grunn til at eg har valt dette temaet er opplevingar eg hadde på eit akuttmottak i Sør Afrika. Hardt skada pasientar der fekk svært lite merksemd og hjelp generelt. Avdelinga var svært underbemanna og hadde stundar med svært mange pasientar. Pasientane opplevde svært lite sympati og empati frå helsepersonell. Det var normalt for pasientar å vente i over eit døgn før dei fekk hjelp. Eg opplevde pasientar med store skader som var livredde, men hadde verken fått hjelp eller informasjon om kva som skulle skje vidare. Eg opplevde mange pasientar som urolege, rastlause og utrygge.

1.3 Problemstilling

Eg har valt å undersøkje sjukepleiesituasjonar på somatisk akuttmottak med akutte skader og sjukdommar. Personar som brått og utan forventning får tilstanden sin forandra og kjenner på følelsen av utryggheit.

Problemstilling:

”Korleis kan sjukepleiar på somatisk akuttmottak bidra til å fremme trygget hos akutt sjuke eller skada pasientar?”

1.4 Avgrensing

For å avgrensa denne oppgåva må eg sjå på korleis ein kan utøve sjukepleie til pasientar på eit akuttmottak, og korleis ein utøve sjukepleie slik at ein trygger pasienten.

Eg vel å avgrense oppgåva mi til å omhandle beviste personar. Eg vel å ikkje inkludere barn eller personar under 18år, personar med utviklingshemming eller andre som treng ei spesialisert form for tilnærming. Eg vel også avgrense oppgåva til å ikkje omhandle framandspråklege personar, som ikkje talar språket der dei er, og som gjerne har ein anna kultur som sjukepleiar på akuttmottak må ta omsyn til. Sida eg skal skrive om tryggheit blir spekteret for stort dersom eg skal ta med desse tema. Eg vel å ikkje ha stort fokus på familie og pårørande i denne oppgåva. Pårørande spelar ein stor rolle for pasient og sjukepleiar og kan bidra til tryggheit samt utryggheit for pasienten. Fokuset mitt på i denne oppgåva er pasientens oppleving av trygging og kva sjukepleiaren kan bidra til slik at pasient opplever tryggheit. Eg vel å ha dette med i baktankane i oppgåva men velger å ikkje fokusere på det.

2.0 Teoretisk ståstad

2.1 Joyce Travelbee

Teoretiske perspektiv i sjukepleie er hjelpemiddel pleiaren kan bruke til å tenkje, vudera og handla rundt når ein sjukepleiar kjem til ein klinisk situasjon. Perspektiva hjelper sjukepleiaren og definere kva sjukepleie er. (Kristoffersen, 2011, s. 208)

I denne studien er det sjukepleieteoretiske perspektivet Joyce Travelbee. Travelbee sin sjukepleieteori bygger mykje på dei mellommenneskelege relasjonane. Ho fremmer kommunikasjon som ein stor del av hennar teori. Hennar uvanlege syn på sjukepleie gjer seg til kjenne i det ho kallar for grunnleggande omgrep i sjukepleie. Hennar menneskesyn er bygd på at kvart enkelt menneske er unikt, eineståande og forskjellig frå alle andre. Travelbee set omgrepa lidning og tap sentralt i sjukepleiesamanheng, desse er fellesmenneskelege erfaringar som kvart menneske skal igjennom i løpet av livet. Travelbee peiker på at lidning er ein del av livet og kvar enkelt som opplev denne sorga opplev den på sin måte som er svært personleg (Kristoffersen, 2014, ss. 214-217).

Eg ser på Travelbee sin sjukepleieteori er relevant for denne oppgåva fordi hennar teori bygger mykje på mellommenneskeleg kommunikasjon og relasjon. For å kunne skape trygget hos personar som er under mykje stress er det viktig å kunne fremme den mellommenneskelege kommunikasjonen og kunne behandle kvar enkelt pasient individuelt. I samsvar med Travelbee sin teori viser at trygghet er ei subjektiv oppleving og det er ulikt for kvart menneske korleis dei opplever trygget og kva som skal til for at dei opplev trygget. For å kunne gje god sjukepleie og fremme trygget må ein gå til eit individuelt og menneskeleg perspektiv (Kristoffersen, 2014, ss. 214-217).

2.1.1 Kva er sjukepleie?

Travelbee definerer sjukepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

2.1.2 Sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess

Sjukepleie vill alltid være ein mellommenneskeleg prosess, sjukepleie omhandlar menneske direkte og indirekte. Ein sjukepleiar møter ikkje berre dei sjuke, ein sjukepleiar møter også den friske, familien, pasientens besøkande, personalet, og medlemmer av andre grupper

helsearbeidarar. Prosessen som skjer da ein sjukepleiar møter ein av desse gruppene kan også sjåast på som ei erfaring, eller mange erfaringar. Sjukepleiaren kan bruke desse erfaringane for å identifisere kven som treng sjukepleie og gje pleia til den som treng det (Travelbee, 1999, s. 30). «Å betrakte sykepleie som en prosess er å understreke den dynamiske karakteren ved enhver sykepleiesituasjon.» (Travelbee, 1999, s. 30)

Travelbee forklarer at sjukepleiesituasjonar er erfaringar i tid og rom, dei er levande og kan endre seg og utvikle seg. Sjukepleiaren har innverknad på individet som igjen har innverknad på sjukepleiaren, endring skjer som følge av innverknaden det eine individet har på den andre. Dette kan vera sjukepleiarens innverknad på familie som igjen har ein innverknad på sjukepleiaren. Sjukepleiarens evne til å identifisere og bringe fram endringar hos eit individ skal være målretta, innsiktsfull og omtenkjam. Sjukepleiarens jobb omhandlar endring. Sjukepleiaren er alltid på jakt etter måtar ein kan hjelpe eit individ mot endring. Dette kan vera sjukdom og lidning, ernæring, hygiene og mykje anna. Sjukepleiarens arbeid for hjelpe, skal opplyse om sjukdom, funksjonssvikt og lidning kan førebyggast slik at ein kan etablere høgst mogleg nivå av helse. På denne måten har sjukepleie ein jobb som i stor grad handlar om at individet skal få til ei endring (Travelbee, 1999, s. 30).

2.1.3 Omgrep: Kommunikasjon

Travelbee (1999, s. 135) skriv at «ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause.» Med dette beskriv ho kvar situasjon kor sjukepleier og pasienten omgår kvarandre, og dermed kommuniserar med kvarandre.

Travelbee definerer kommunikasjon som

En prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene.
(Travelbee, 1999, s. 135)

Vidare skriv Travelbee om kommunikasjon som ei handling (eller atferd) og ein prosess, kor man frå begge partar involverer fysisk og mental aktivitet. Dette er uanhengig av kven som er avsender og mottakaren av budskapet som blir formidla. Det finnes mange tilnærmingar til

korleis ein velger å kommuniserer mellom mennesker kor man kan kommunisere verbalt eller non-verbalt.

2.1.4 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon er munnleg eller skriftleg kommunikasjon med hjelp av ord mellom to eller fleire personar. Non-verbal kommunikasjon uttrykkes ved hjelp av ansiktsuttrykk, stemningsleie, bruk av gestar, berøring, lukt. Kommunikasjon gjennom blider, dans og minne blir også betegra som non-verbal kommunikasjon. Den non-verbale kommunikasjonen blir brukt både bevisst og ubevisst. Den er alltid til stades sjølv om ein ikkje bruker verbal kommunikasjon. Kroppsspråket blir brukt til å understreke den verbale kommunikasjonen og kan framheve kommunikasjon ved å for eksempel vise følelsar som sinne eller utrygghet (Travelbee, 1999, ss. 138-139).

2.2 Kva er eit akuttmottak?

Akuttmottaket er plassen ein først kjem til når uhellet er ute. Dette det første møtepunktet med sjukehuset. Plassen ein kjem til for augeblikkeleg hjelp frå spesialisthelsetenesta. Pasientane som kjem til akuttmottaket kan komme rett på døra, dei kan og komme frå ambulanse eller andre prehospitale tenester. Pasientane vera bli transportert frå andre sjukehus eller stader og må dermed innoom akuttmottaket før pasienten blir plassert på den rette avdelinga (Kommunikasjonsstaben, 2017). Pasientane som kjem til akuttmottaket går igjennom ein triagering der det blir vurdert kor alvorleg skaden eller sjukdommen er. Pasienten får deretter ei prioritering. Akuttmottaket må prioritere resursane sine basert på kven som treng hjelpa mest. Dette kan føre til at pasientar med mindre alvorlege skader eller sjukdomar må vente lengre en andre. Akuttmottak på store sjukehus kan vera svært travle, som sjukehuset i Bergen: Haukeland universitetssjukehus. Som har mellom 30.000 og 40.000 årlige pasientar, med eit gjennomsnitt på nitti pasientar i døgnet. Etter ei klinisk vurdering er gjennomført kan nokre av pasientane skrivast ut fortløpande. Andre pasientar har eit lengre korttidsopphald på akuttmottaket. Dette kan være opp til eit døgn. Pasientar som treng eit lengre opphald på sjukehuset blir flytta til passende avdelingar (Haukeland universitetssjukehus).

2.3 Omgrep: Tryggheit

2.3.1 Definisjon

«Trygghet er et begrep med mange og delvis usikre betyninger» (Segesten, 2010, s. 126). Det er eit omgrep som kan brytast ned i mange undergrupper og som støtter mot mange andre omgrep. Tryggheit er ein subjektiv følelse pasienten kan ha. Den kan være parallell med andre følelsar som frykt, trussel, glede og lengsel. Pasientar kan også føle tryggheit samtidig som dei føler på utryggheit. For å definere tryggheit som eit omgrep kan ein sjå på det motsette: utryggheit. Utryggheit er ein følelse av lite stabilitet, nye opplevingar, å bli dratt ut av komfortsona, starten av nye relasjonar og usikkerheit. (Thorsen, 2015, ss. 106,108)

Usikkerheit kan også være ein motsetting av tryggheit. Det seier seg sjølv at pasientar som på eit akutt mottak ofte føler på usikkerheit. Ei uforutsett vending på livet. Dette er motsettingar til tryggheit, som kan vere med å hjelpe å definere tryggheit som omgrep (Thorsen, 2015, ss. 106-108). Ordet tryggheit er eit fenomen i seg sjølv og har ein positiv ladning. Omgrepet trygget er kan ein beskrive som eit «tjukt» omgrep som omfattar mykje. (Segesten, 2010, s. 126) skriv at ein kan definere tre typar synonym-ord rundt ordet tryggheit. Den første gruppa omhandlar levevilkår. Dette er ord som: sikkerheit, beskyttelse, beroligande, garanti, ly fred og ro. Den andre gruppa (Segesten, 2010, s. 126) nemner omhandlar ord knytt til økonomi, dette er ord som trygd og sikring. Gruppe nummer tre handlar om ord som omhandlar eins indre følelsar. Eksempel på dette er: dekkja, farefri, sikra, i gode hender, på den sikre sida. (Segesten, 2010, s. 126) konkluderer med at alle desse orda kan beskrive tryggheit og er ein del av omgrepet tryggheit. Dersom ein prøver å direkte omsetje ordet tryggheit til engelsk er det ingen ord som betyr det same som det norske ordet betyr. Den nærmaste oversetninga vil vera ord som: security, safety, confidence (Segesten, 2010, s. 126).

2.3.2 Tryggheit som fenomen

I Norge og andre skandinaviske land lever me eit ganske trygt og føreseieleg liv. Sannsynet er høgt for å ha eit godt arbeid, fungerande økonomi, hus eller leilegheit. Me har eit godt fungerande politi og rettsvesen. Og om sjukdom eller skade skulle førekomme har me eit godt fungerande helsesystem. Alt dette er med på å skape eit grunnlag for vår tryggheit (Segesten, 2010, s. 137).

Det å vise tryggheit til pasientar kjem fram i kva tonefall ein bruker, i utøvinga av oppgåver, i kunnskap, kva ein vel å kommunisere verbalt, i det stille og det som ikkje vert sakt, i eit

handtrykk og i eins nærvær. Om ein spør pasientar som har vert lagt inne på eit sjukehus kva som har gjort størst intrykk kan ein få til svar at det var nokon som såg dei, og gav akkurat det dei trengte. Dette er dette er ein del av den tryggheta. Det å kunne vise pasientar at ein observerer og setter i gang tiltak i forhold til det ein observerer (Thorsen, 2015, ss. 106-113).

2.3.3 Trygghet på sjukehus

Nightingale seier at ein blir sett på som ein erfaren sjukepleiar når ein har utøvd yrket i ti til femten år. Ein sjukepleiar som har jobba i ti til femten år utan å observere er ikkje ein erfaren sjukepleiar. Trygghet kan også forbindast med ord som påliteleg, sikker, ærleg, trufast og ubekymra. Ord som påliteleg kan relaterast til at ein kan tru på det sjukepleiaren seier. Om pasienten føler seg trygg på det sjukepleiaren fortel og om sjukepleiaren formidlar informasjon på ein måte som gjer at pasienten forstår dette kan det auke følelsen av tryggleik. Under dette ligg det også ein respekt for pasienten, om sjukepleiaren viser respekt for pasienten kan dette føre til auka kjensle av trygghet. Ordet ærlegdom kan også knytast til ordet respekt. Om ein ikkje er ærleg med pasienten bryter ein bandet av trygghet. Dette kan føre til at pasienten bli utrygg og usikker og dette kan ha konsekvensar for både sjukepleiaren som person og heile helsesystemet dersom pasienten ikkje føler seg trygg (Thorsen, 2015, ss. 106- 113). Segesten (2010, s. 126-135) skriv at ein kan aldri sjå på nokon for å sjå om dei er trygg. Det er ei kjensle den enkelte har inni seg. Ein må spørje personen om han er trygg for å få svaret. Sjølv om dette er den mest konkrete og direkte måten ein får informasjon om pasientens trygghet er det andre, non-verbale teikn ein kan sjå etter. Dersom ein pasient ikkje uttrykker nysgjerrigheit rundt sjukdom/skade, ikkje stiller spørsmål eller leiter etter informasjon, kan dette være eit teikn på utrygghet. Sjukepleiaren må dermed gjere ein ekstra innsats for å motivere pasienten til å ta ein aktiv del i behandlinga, stille spørsmål og forklare pasienten om situasjonen hans. Sjukepleiaren må gjere omsorga, pleia og behandlinga pasienten får forståeleg. Dersom pasienten uttrykker usikkerheit og utrygghet er det sjukepleiarens ansvar å informere og lytte til pasientens spørsmål for å forklare og skape trygghet. Det er sjukepleiarens ansvar å skape trygge omgjevnader, strukturer og ikkje minst halde det ein lover ovanfor pasienten. Ein må lytte til det pasienten tolkar som farar, dette tolkast individuelt og er forskjellig frå person til person. Dersom pasienten føler at han ikkje kan stole på sjukepleiaren skapast det utrygghet. Ein kan aldri kommandere nokon til å være trygg (Segesten, 2010, ss. 126-135).

2.4 Omgrep: Krise

Ordet krise kjem frå gresk og betyr «avgjering, dom». Alle folk går igjennom små kriser i livet. Nokon går igjennom store. Kva som definerer ein krise er subjektivt og individuelt frå person til person. Eksempel på kriser kan være dødsfall blant nære, skade, sjukdom, ulykker, skilsmisse. Felles for alle kriser er at det inneber tap. Tap av andre, tap av funksjon, tap av sosialt nettverk. (Renolen, 2015, ss. 183-184). I dagen samfunn, spesielt blant den yngre generasjonen blir ordet krise kasta rundt og brukt ukritisk. Ordet krise, i denne samanhengen, har mista litt av betydinga. Det kan være krise å «miste mobilen på byn». Dette er ikkje den type krise oppgåva tar for seg.

Renolen (2015, s. 184) viser til Johan Cullberg sin teori om psykodynamisk kriseforståing som er ein av dei mest utbreidde teoriane for å forstå krise i helsefaglege situasjonar. Cullberg definerer krise som «en livssituasjon kor våre tidlegare erfaringar og innlærte reaksjonar ikkje er tilstrekkeleg til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen» (Renolen, 2015, s. 184). Cullberg skil mellom to type kriser: utviklingskriser og traumatiske kriser. Ei utviklingskrise kjem i form av ei endring i livet. Dette kan være eins første jobb, kjærleikssorg, økonomi osv. Medan ei traumatisk krise er ei fysisk endring i livet, som alvorleg sjukdom eller skade, valdtekt, fysiske påkjenningar. Ei krise kan delast opp i fire fasar. Det er ikkje noko klart skilje mellom fasane og dei kan skli over i kvarandre eller hoppast over. Den første fasen er ein sjokkfase, dette er den initielle reaksjonen. Det er først og fremst denne fasen ein vil sjå på eit akuttmottak, sida pasientar ikkje har eit langt nok opphald på denne posten til andre fasar visar seg. Dette er ein kort fase som kan vare opp til nokon døger. Informasjon som blir gitt i denne fasen blir fort gløymd. Sannsynlegvis er det nødvendig med gjentaking av informasjon for at pasienten skal huske det. Denne fasen er prega av ein følelse forneking og uverkelegheit. Nokon beskriv dette som å vera i ein drøym. I denne fasen er det viktig at sjukepleiaren gjev pasienten lov til å utrykke sine følelsar samt gje god omsorg. Den neste fasen er ein reaksjonsfase, som kan ta opp til seks veker. I denne fasen begynner røyndommen å komme tilbake. Pasientar prøver å finne meining i kaoset. Mange pasientar kan ha behov for å snakke, da er det viktig at sjukepleiaren tar seg til å lytte til kva pasienten har å sei. Sjukepleiaren fungerer som ein søppelkonteinare, det er ikkje alltid det er viktigast å finne svaret på alle spørsmåla, men at pasienten får utløp for kva han har på hjarta. Pasientar kan føle på angst, depresjon og sinne i denne fasen. Om denne fasen varer over fleire månadar er det viktig å søke profesjonell hjelp. Fase tre, tilarbeidingsfasen. Denne fasen varer som regel i eit halvt år. I denne fasen startar pasienten å sjå lyset i tunellen. Pasienten reflekterer over krisa og godtar den, for så å vende synet fram mot det nye livet. Pasientar opptar gamle og

nye aktiviteter. Den siste fasen er nyorientert fasen. Denne fasen har ingen avslutning.

Pasienten har lært seg å leve med situasjonen. Sjølv om krisa no er forbi kan ein komme til situasjonar som bringer tilbake minner eller følelsar. Krisa er no ein del av historia (Renolen, 2015, ss. 184-186).

Traumeorientert krise kan ein sjå etter ein pasient har opplevd store utanforståande påkjenningar. Eksempel på dette kan være bilulykker, skot skader, naturkatastrofar, terrorhandlingar, vald, eller andre fysiske skader som har stor fysisk innverknad. For å unngå traumatisering til den grad det er mogleg er det viktig å finne metodar for å behandle denne krisa. Den umiddelbare reaksjonen til pasientar utsett for traume er sjokk. Adrenalin fyller kroppen, sansane skjerpast, intrykk festar seg og merksemda er på topp. Desto større traume desto lengre tid tar det før følelsar slepp til. Ein kan oppleve pasientar skapar ein mental distanse frå situasjonen. I etterkant av ei traumatisk oppleving er det normalt å få støtte og omsorg frå dei nærmaste, som regel er dette nok. Det er viktig at dei som treng ytterlegare hjelp blir oppdaga. Slik at desse og kan få den hjelpa dei treng for å overkomme den traumatiske hendinga. Mellom 30 og 40% har symptom på psykiske plager i etterkant av ei traumatisk hending (Renolen, 2015, ss. 189-192). I oppgåva beskriv eg akutt sjukdom eller skade som ei krise.

2.5 Triagering

Ordet triage kjem frå Frankrike å kan omsetjast til sortering, utskiljing. I akuttmottak samanheng er det norske synonymet for triagering er hastegradsvurdering eller prioritering. Triagering er eit verktøy for å sortere pasientars behov for hjelp. Dette fører til at dei som ikkje treng snøgg hjelp blir satt bak i køen slik at dei som har livstruande problem får dette fortast mogleg. Triagering med fem forskjellige hastegrader skil pasientar på ein påliteleg måte. Internasjonalt fin ein fleire godt testa skalaer for triagering. (Engebretsen, Røise, & Ribu, 2013). Triagering i akuttmottak fører til at pasientar med lav hastegrad ofte blir sittande og vente for å sleppe pasientar med høgare hastegrad forbi i køen.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Denne oppgåva skal skrivast som eit litteraturstudie. Eit litteraturstudie er eit studie med ei definert problemstilling. Problemstillinga skal svarast på med hjelp av litteratur som drøftast og blir satt opp mot kvarandre. Etter drøftinga av litteraturen skal det komme fram eit resultat, avslutting og ein konklusjon.

For å finne relevant data til denne oppgåva er den basert på relevant litteratur, fagartiklar, forskingsartiklar. Forskinga er delt opp to variantar, kvalitativ forskning og kvantitativ forskning (Dalland, 2007). Kva forskingsmetode som vert nytta til eit studie er avhengig av problemstillinga og studiens formål (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Eit litteraturstudie er ein systematisk metode for å behandle og forstå skriftlege kjelder. Eit litteraturstudie inkluderer innsamling av relevant litteratur, ein kritisk gjennomgang med diverse sjekklister og til slutt ei samanfatting av heile oppgåva. Oppgåva krev ei systematisk tilnærming og god forståing av litteraturen (Thidemann, 2015, ss. 79-80).

3.1.1 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning tar for seg ei lita gruppe menneskjer og forskar på deira opplevingar, følelsar og meiningar (Dalland, 2007). Kvalitative studier er bygt opp på tolking og menneskeleg erfaring. Kvalitativ forskning nyttar fleire metodar for å systematisk samle inn informasjon. Eksempel på dette kan vere intervju med enkeltpersonar. Kvalitativ forskning gjev innyn i mennekselige uttrykk innan språk eller handlingar. Målet med kvantitativ forskning innan helse er å utforske innhaldet i sosiale fenomen på ein subjektiv måte (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

3.1.2 Kvantitativ forskning

Kvantitativ forskning er det motsette av kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning bygger på store grupper menneskje og leiter etter data som kan systematiserast og målast med matematikk og statestikk. Dette er data som for eksempel spørjeundersøkingar (Dalland, 2007).

3.2 Søkestrategi

For å finne relevant litteratur til oppgåva er både søkemotorar på internett og bibliotek nytta. Dette skapar eit stort utval litteratur frå bøker, fagartikklar og forskingsartikklar. Oppgåva nyttar litteratur frå pensum og høgskulens anbefalte litteratur innad oppgåvas tema. Relevant litteratur funne på høgskulens bibliotek er nytta samt litteratur frå høgskulens nettbaserte søkemotor, Oria.

Det er nytta 2 søkemotorer i dette litteraturstudiet for å finne relevant forskning, PubMed og MEDLINE. Søka har diverse avgrensingar for å finne relevante artikkler som kasta ljøs over problemstillingen. Søkeorda som er brukt: Sykepleie «nursing», akuttmottak «Emergency department», pasient perspektiv «patient perspective», angst «anxiety», informasjon «information», pasient «patient», sykehus «hospital», tilfredshet «satisfaction», akutt «acute», forhold «relationship», kommunikasjon «communication», besøkende «visitor», tillit «trust», Sykepleier-pasient relasjon «nurse-patient relations», pasient opplevelse «patient experience», akuttmottak/nødetat «emergency service», pasientbehandling «patient care», pasientopplæring «Patient education», traumer «trauma».

3.3 Søketablellar

Søk 1

Søk i database PUBMED 15.09.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
S1	Nursing		916488
S2	Emergency department		252061
S3	S1 + S2		21123
S4	Patient perspective		90813
S5	S1 + S2 + S4		520
S6	anxiety		225930
S7	S1 + S2 + S4 + S6		22
S8	Sortert etter siste 10 år og valgt mennesker som art		8

Alle resultatene vart søkt med format «summary» og sortering «best result». Etter S7 valde eg å avgrense søket med å velje frå de siste 10 årene og arten folk som fokus. Artikkelen *Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department* (Ekwall, 2013) trakk seg fram som den mest relevante artikkelen for oppgåva og vart derfor valet (nr 2 i søkelista).

Søk 2

Søk i database PUBMED 02.09.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensing	Antall treff
Søk 1	information		1293245
Søk 2	patient		6681103
Søk 3	S1+ S2		394759
Søk 4	S1 + S2 + hospital		158074
Søk 5	S1 + S2 + S4 + satisfaction		7954
Søk 6	S1 + S2 + S4 + S5 + acute		524
Søk 7	S1 + S2 + S4 + S5 + S6 + relationship		51

Funn: "The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction"

Søk 3

Søk i database PUBMED 02.09.19			
Database:	Søkeord	Avgrensing	Antall treff
S1	Nursing		916488
S2	Emergency department		252061
S3	S1 + S2		21123
S4	patient		6709216
S5	S1 + S2 + S4		13772
S6	communication		1314031
S7	S1 + S2 + S4+S6		3194
S8	visitor		11488
S9	S1 + S2 + S4 + S6 + S8		34
S10	Trust		198771
S11	S1 + S2 + S4 + S6 + S8		4

Alle resultatene vart søkt med format «summary» og sortering «best result». I dette søket vart kommunikasjon, besøkande og tillit lagt til for å utvida søkekriteriene og finne fleire innfallsvinklar mot same problemstilling. Artikkelen *Nurse-patient/visitor communication in the emergency department* (Pytel, Fielden, Meyer, & Albert, 2009) var einaste artikkel som var relevant mot problemstillinga av dei 4 resterande artikkane. Artikkelen vart gjennomgått og viste god relevans.

Søk 4

Søk i database MEDLINE (ovid) 20.09.19			
Database:	Søkeord	Avgrensing	Antall treff
S1	Emergency department		90985
S2	Patient satisfaction		95217
S3	S1 + S2		1957
S4	Nurse-patient relations		34902
S5	S1 + S2 + S4		51
S6	Patient experience		5543
S7	S1 + S2 + S4 + S6		3

Etter avgrensing av søk ble 3 artiklar ståande igjen. Den første artikkelen som kom opp var i startfasen av forskinga og hadde gjennomført ein 2 månaders prøveperiode. Artikkel 2 var på ingen måte relevant, mens artikkel 3 hadde relevans for problemstillinga. Den tredje forskinga var også gjennomført i Sverige, som kan ha relevans i Norge og blei derfor valet. Artikkelen heiter *Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department* (Göransson & Rosen, 2010).

Søk 5

Søk i database MEDLINE (ovid) 17.09.19			
Database:	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
S1	Emergency department		90985
S2	Emergency service		66515
S3	S1 + S2		35466
S4	Patient care		186476
S5	S1 + S2 + S4		2244
S6	Patient education		101940
S7	S1 + S2 + S4 + S6		66
S8	Trauma		308033
S9	S1 + S2 + S4 + S6 + S8		4

Etter avgrensning av søk var det 1 artikkel av de siste 4 resterande som var av interesse og relevant for problemstillinga. *Trauma patients' encounters with the team in the emergency department—A qualitative study* (Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007).

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

Oppgåva er satt opp som eit litteraturstudie, noko som gjer at hovedfokuset i oppgåva handler om innsamling og bruk av forskningsartiklar og faglitteratur. Forskningsartikklane som er innhenta er alle skrevet på engelsk. «Tryggheit» er ikkje eit ord som direkte kan oversettast til engelsk. Engelske versjonar av ordet har ikkje same fullbyrdige tyding som det norske. Dette gjer søk av forskningsartiklar vanskeligare. Søkeorda som er valgt manglar derfor begrepet «tryggheit» og erstattast med søkeord som handlar om det me på norsk omtalar som «tryggheit». Det kan derfor tenkjast at konklusjonen endrar seg om ein hadde ein betre begrepsforståing mellom språka.

Søkemotorene som er nytta er noko snaut, kun 2 søkemotorer. Ved å utvide desse kan ein finne andre artikler som tar for seg dei same temaene, det kan hende ein finn artiklar med andre invendingar og synsvinklar. Fire av forskningsartikkane er kvantitative og ein er kvalitativ. Dersom oppgåva endrast til større fokus på kvalitative artiklar kan dette endra resultatet.

Kildebruken utanom artikkelinnsamling har eit forbettringspotensiale, fleire referansar kunne vert anvendt for ei fyldigare samling i teoridelen. I avgrensinga er det nemnt at det ikkje stort fokuseres på pårørende, noko som kunne gitt eit anna utfall dersom temaet hadde større del i oppgåva.

3.4.2 Ethiske aspekt

Helseforskningslova (2008 §1) vart oppretta med formål om å «fremme god etikk og medisinsk og helsefaglig forskning». Lova påpeiker at forskning som går på kostnad av menneskje sin verdi og rettigheter er ulovleg og ikkje etisk forsvarleg. I etisk forsvarlegheit ligg det eit krav om at forskinga skal vera etisk bevist (Sønderland, 2009).

Som ein hovedregel i forskning skal deltakarar i helsefagleg forskning vera informert, frivillig og dokumenterbar. Forsking skal ikkje vera på kostnad av deltakarens verdi og integritet. All forskning er lovpålagt å godkjennast av REK: de regionale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Sønderland, 2009).

Samtlige artiklar nytta i oppgåva er frå nyare tid og har derfor vært oppe for sine respektive etiske komiteer for analyse av forskningen. Med dette kan ein forventa høg standard for ivaretagelse av pasientenes anonymitet og dermed teieplikt. Slik denne bacheloroppgaven er satt opp er det ingen personopplysningar eller pasientsituasjonar som kan gjenkjennast.

3.5 Kritisk vurdering av forskingsartikkel

I min kritiske vurdering av forskingsartiklar er det nytta folkehelseinstituttets sjekklister for å identifisere om artiklane har påliteleg informasjon og at dei held tråd med etiske retningslinjer (Folkehelseinstituttet, 2014). Forskingsartiklane er henta gjennom søk frå databasar Høgskulen på Vestlandet har anbefalt, MEDLINE og pubmed. Artiklane er nøye gjennomgått for å sjå etter relevans og på kva måte dei kan innvendast i oppgåva.

Kritisk vurdering 1

Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department (Ekwall, 2013)

Forskinga er eit tverrsnittstudie. Resultatet av studien kan litast på og er av relevans for oppgåva. Sida studiet er utført i Sverige kan ein trekke likskapstrekk mellom geografisk og sosiale samanhengar med det norske samfunnet. Denne artikkelen set opp pasientens oppleving av tilfredsheit med ventetid, kommunikasjon med sjukepleiar og opplevde mengde angst nedfelt som et kryss langs ei linje. Dette vart satt opp mot sjukepleiarens triagering av pasienten. Spørsmåla rundt pasients tilfredshet blir stilt på en anerkjent måte som tidligere er brukt til å vurdere global tilfredshet med akuttpleie. Dette er positivt i form av å stole på resultatata, men spørsmåla er noko vage og ikkje veldig utdjupande.

Kritisk vurdering 2

The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006)

Denne studien er gjennomført som ein tverrsnittsstudie med 111 deltakarar. Studien har stor geografisk relevans sida den er gjennomført i Norge. Studien er utført på starten av 2000tallet. Dette er ikkje ein ny studie, men den er ikkje så gammal at den ikkje kan brukast. Utføringa av studien er gjort ved hjelp av spørjeskjema som vart sendt ut til pasientane i etterkant av opphaldet på sjukehuset. Studiens relevans for temaet i oppgåva er målinga av kor nøgd pasientar er med opphaldet på sjukehuset. Spesielt med tanke på informasjon. Dette gjev ein god peikepinn på kor informasjon går tapt i opphaldet. Og på kva måte ein kan utbetre dette.

Denne studien er kun utført med pasientar som har akutt hjarteinfarkt. Dette er negativt sida oppgåva handlar om trygging for alle pasientar på akuttmottak. Studien peiker også på at tilfredsheit ikkje kun kjem frå informasjon og at det er andre faktorar som spelar inn. Faktorar som omsorg, pleie og fagleg dyktigheit frå sjukepleiarar (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006).

Kritisk vurdering 3

Nurse-patient/visitor communication in the emergency department (Pytel, Fielden, Meyer, & Albert, 2009)

Artikkelen tar for seg eit akuttmottak i Cleveland, Ohio. Den geografiske og demografiske gruppa studie blei gjort med sin relevans for denne oppgåva blei reflektert rundt og vurdert. Mangel på trygghet rundt eit menneske i ein vanskeleg livssituasjon er truleg ikkje stort annleis for ein person i Cleveland som i Norge. Artikkelen tar for seg «visitors» og «patients» som to ulike pasientgrupper. «Visitors» er personar som går inn på akuttmottaket utan å vera i nokon form for behandling, mens «patients» blir overført eller er i behandling ved sjukehuset. Studiet tar for seg 53 pasientar og 70 «besøkande». Artikkelen sine resultat som, er kvalitativ, tar for seg forskjell mellom sjukepleiar og pasient/besøkande si erfaring/forventning av besøk på akuttmottaket. Eg ser mange aspekt i denne artikkelen som er relevant for oppgåva.

Kritisk vurdering 4

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

Artikkelen stammer frå svenske sjukehus og omfattar derfor en pasientgruppe som geografisk passar til problemstillinga. Spørjeskjemaet som vart brukt var utvikla for eit tidlegare upublisert studie av dei same forfatarane, kor 202 pasientar deltok. Det vart ikkje gjort nokon endringar av spørjeskjemaet mellom datasamlingsperiodane frå artikkelen vald i denne oppgåva, og den tidlegare upubliserte studien. Eg stiller meg noko kritisk til at tidlegare studie med same spørjeskjema av same forskarar aldri vart publisert og kvifor studiet måtte gjennomførast på nytt. Artikkelens resultat gjev også lite rom for vidare forbetring innan akuttmottaka, men presiserer samtidig at pasientane er nøgd med måten dei blir behandla og relasjonen med sjukepleiar.

Kritisk vurdering 5

Trauma patients' encounters with the team in the emergency department—A qualitative study (Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007)

Artikkelen omhandlar pasientar si oppleving i møte med traumeteamet på eit akuttmottak. Studien tar for seg tre forskjellige stadium av sjukepleie, som inntreff i løpet av eit opphald for ein pasient på eit akuttmottak. Temaet i denne oppgåva ser eg på som svært relevant for oppgåva mi. Studien er kvalitativ og gjort som eit semi-strukturert intervju over telefon. Det vil sei at pasienten blir stilt opne spørsmål. Samtalane vart lagra og seinare transkribert til tekst og analysert av forskarane. Studien er gjennomført i Sverige som er svært nærme Norge, denne geografiske plasseringa er positiv og har relevans for norske akuttmottak. Studien gjev eit godt innblikk i korleis pasientar opplever å bli mottatt på eit akuttmottak. Studien gjev klar informasjon om kva som kan forbetrast og kva som allereie er bra. Dette er ein kvalitativ studie, det krevst ytterlegare forskning for å bekrefte studiens resultat. Studien er godkjent av eit etisk komité.

4.0 Resultat

4.1 Kort samanfating av forskingsartikkel

Samandrag 1

Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department (Ekwall, 2013)

Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department er ein tverrsnittsstudie som ble gjort i 2011. Denne studien bestod av 72 pasientar på eit somatisk akuttmttak på eit sjukehus i Sverige. Hensikta med denne studien var å finne ut om pasientane sin følelse av angst samsvarer med det triage-sjukepleiaren hadde ein oppfatning av. Undersøkinga vart gjort ved hjelp av eit spørjeskjema kor 72 pasientar deltok. 54% av deltakarane var kvinner med ein gjennomsnittsalder på 55.9 år. Resultatet av denne undersøkinga viste at pasientane sin vurdering av trygghet og angst sjeldan stemte overeins med det sjukepleiaren vurderte. Undersøkinga viste av pasientar vurderte deira trong for omsorg enten for høg eller for lav i forhold til det sjukepleiaren meinte. Konklusjonen i denne oppgåva fortel at det er viktig for pasienten at sjukepleiaren er med på å hjelpe pasienten til ein betre forståing av sin sjukdom eller skade. Det viste seg at sjukepleiaren si evne til å informere, forklare og skape forståing rundt pasientens triage-kode var effektivt for å senke nivået av angst hos pasienten. Om sjukepleiaren hjelp til med dette kan det føre til eit lågare nivå av angst og ein auka tilfredsheit med triage-koden deira (Ekwall, 2013)

Samandrag 2

The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006)

Dette er ein studie gjort av Haukeland universitetssjukehus. Studien vart utført frå 2001 til 2003 og publisert i 2006. Den hadde totalt 111 deltakarar. Hensikta med denne studien var å finne ut om det var ein samanheng mellom informasjon frå sjukehuset hadde ein samanheng med pasientens tilfredsheit. Studiens form er basert på tverrsnitt og metoden brukt er spørjeskjema som var sendt ut etter seks veker etter pasientane var utskrevet frå sjukehuset. Sjukdommen som er satt i fokus i denne studien er akutt hjarteinfarkt. Studiens resultat viser at mengda og tidspunktet informasjonen vart gitt på har betrakteleg påverknad på pasientens tilfredsheit under og etter opphaldet på sjukehuset. Yngre personar gav tilbakemelding om at dei fekk meir informasjon en eldre. Seksti-fem personar gav tilbakemelding om at dei på eit tidspunkt hadde for lite informasjon. Studien viser at informasjon gikk tapt ved utskriving og

da dei kom heim. 12% var lite nøgd med informasjonen dei fekk på sjukehuset, 68% var nøgd med informasjonen og 20% var svært nøgd med informasjonen dei fekk. Studien peiker også på at tilfredsheit ikkje kunn kjem frå informasjon og at det er andre faktorar som omsorg og dyktigheit frå sjukepleiarar (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006).

Samandrag 3

Nurse-patient/visitor communication in the emergency department (Pytel, Fielden, Meyer, & Albert, 2009)

Studien er kvantitativ og nyttar spørjeundersøking for å innhente informasjon. Studien er basert på svara til 123 pasientar/besøkande og 73 sjukepleiarar. Studiens hensikt er å sjå på samanhengen og forskjellar mellom kva pasientar/besøkande og sjukepleiar antar som viktigast i kommunikasjon i et akuttmottak. Artikkelen fremmer viktigheita av at pasientar og besøkande fortel om deira behov slik at behandlinga kan tilpassast til individet. Blant sjukepleiarane er det viktig å skape et miljø av tillit, respekt og aksept ovanfor pasientane. Kommunikasjon er menneskjers måte å fremme eins behov, ønsker og tankar. Artikkelen meiner at kommunikasjon har en viktig rolle i korleis pasienten kjem seg frå opplevinga av sjukdom. Artikkelen viser også til en referanse som meina at dårleg kommunikasjon er hovudårsaka for kvar uventa negativ hending i helseorganisasjon. Desse kan medføre død, alvorleg fysisk eller psykologisk skade hos pasienten.

Artikkelen resulterer i 2 ulikheiter blant kva pasientar og besøkande vurderer som viktigast i kommunikasjon, mot kva sjukepleiar dokumenterer. Disse punkta gjaldt roleg stemmebruk og sosial status. Disse punkta vurderer sjukepleiar som viktigare enn kva pasientar og besøkande vurderer dei som. Sjukepleiar og pasientar/besøkande si meining om kva punkter under kommunikasjon som er viktigast er stort sett likt. Artikkelen konkluderer med viktigheita av opplæring og diskusjon av/blant sjukepleiarar om kva kommunikasjonsområder som er viktigast, noko som kan fremme god helsehjelp.

Samandrag 4

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

Denne studien er ein tverrsnittsstudie basert på ein kvantitativ forskingsmetode. Bakgrunnen for artikkelen omhandlar triagesjukepleiaren som ofte er første pleiepersonellet pasienten møter da han eller ho kjem inn på eit akuttmottak. Artikkelen ønsker å identifisere pasientens

oppleving av møte med triagesjukepleieren. Pasientane fekk utdelt spørjeskjema hovudsakleg angående pasient-sjukepleier relasjonen, kor 146 pasientar deltok. Spørsmåla tok også for seg teieplikt, om pasientane fekk tilstrekkeleg informasjon om deira sjukdom, triage systemet og pleiarar kompetanse. Forskinga resulterer i at pasientane stort sett var nøgd med måten de ble behandla av triagesjukepleiarane. Dei opplevde også at sjukepleiarane var kompetente nok til å kunne informere dei om deira sjukdom, sjølv om mange ikkje følte behov for denne informasjonen. Det pasientane opplevde å få lite informasjon om var angående ventetida, kor berre en tredjedel fekk dette. Artikkelen konkluderer dermed at pasientane generelt er nøgd med relasjonen med sjukepleiar, men at de ønsker meir informasjon/oppdaterert informasjon om forventa ventetid. Artikkelen anbefaler dermed å innarbeide rutine for å informere pasientar om kor lenge det er til en lege kan hjelpe pasienten.

Samandrag 5

Trauma patients' encounters with the team in the emergency department—A qualitative study (Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007)

Dette er ein kvalitativt studie basert på individuelle intervju, basert på 23 personar som vart tatt i mot av eit traumeteam på akuttmottak i Sverige. Studiens mål er å undersøke pasientens oppfatning av opplevinga med traumeteamet. Studie er basert på eit halvstrukturert telefon-intervju tre veker etter utskrivning får sjukehuset. Desse vart selektert basert på variasjon i alder, type skade og kva sjukehus pasienten var på. Det vart satt som krav at pasientane skulle utsett for høg-energi skade, være over 18 år, snakke svensk og ikkje være meir en tjuetimer på akuttmottaket før dei vart skrivne ut av sjukehuset. Studien delte opp i fleire delundersøkelar; medisinsk kunnskap og ferdigheiter, psykososiale ferdigheiter, evnene til å tilpasse samtale og spørsmål etter pasientens behov og eigenskapen til å danne ein relasjon med pasienten. Studien viser at den initielle behandlinga ved eit traumemottak er systematisk, pasienten blir presentert med konkret informasjon, men kan bli oversett da det er eit stort team og mange skal ha informasjon samtidig. Etter den initelle vurderinga er tatt viser studien til at det er større rom for informasjon, bygging av relasjonar mellom sjukepleiar og pasient i fase 2. Denne fasen kallar studien for den oppmerksame fasen der pasienten har gjennomgått den intielle fysiske vurderinga. I denne fasen endra forma for kommunikasjon seg meir over til ei uformell, avleiande og humoristisk side. Sjukepleiarar som viste denne typen oppførsel viste ei empatisk evne til pleie og omsorg for pasienten. Den siste typen oppførsel studien peiker på er den uforplikta tankemåten. Denne oppførselen kom fram etter pasienten stabilisert og ikkje

lenger hadde livstruande skader og traumeteamet trakk seg vekk frå pasienten. Pasienten følte seg aleine og hadde usvarte spørsmål. Pasienten har svært lite kontakt med sjukepleiarar og følte seg skuffa og misfornøgd. Konklusjonen ender med at sjukepleiarar må kunne endre si oppførsel mellom den instrumentelle og den oppmerksame fasen. Endringa må skje på rett tid og sjukepleiarar må kunne endre pleia frå fysisk til psykososial (Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007).

5.0 Drøfting

I drøftinga vil eg kasta lys over problemstillinga. Eg vil bruke litteratur, forskning samt egne erfaringar for å komme fram til ein konklusjon.

”Korleis kan sjukepleiar på somatisk akuttmottak bidra til å fremme trygghet hos akutt sjuke eller skada pasientar?” I møte med akutt sjuke pasientar viser litteratur og forskning nokre fellestrekk for korleis sjukepleiar kan fremme kjensla av trygghet. Fellestrekka ligg rundt kommunikasjon og informasjon.

5.1 Kommunikasjon som reiskap for å fremme trygghet hjå pasienten

Travelbee (1999, ss. 135-136) forklarar at kommunikasjon er ein prosess som er grunnleggande for å bygge ein menneske-til-menneske relasjon. Denne relasjonen er nødvendig for at sjukepleiaren skal oppnå måla sine. I dette tilfellet fremme ei kjensle av trygghet hos pasientar.

Segesten (2010, s126) skriv at ein kan aldri sjå på nokon om dei er trygg. For å få pålitelig informasjon om pasientens følelse av trygghet er ein nødt til å spørje pasienten.

På ei anna side forklarar Travelbee (1999, s. 144) at sjukepleiaren kan bruke den non-verbale kommunikasjonen og observere tegn til utrygghet hos pasienten. Eksempel på dette kan være ansiktsuttrykk, måten pasienten oppfører seg på og om pasienten vandrer. Dette kan vera ein direkte eller indirekte måte for pasienten og vise hans eller hennas utrygghet på. Ein måte å gjere dette på kan vera å spørja pasienten direkte korleis han/ho har det og vise at ein har tid og viser interesse for å lytte til pasienten. Sjukepleiaren må også sjå er non-verbale teign som bekrefter eller avkrefter pasienten verbale respons.

I Ekwall (2013) konkluderer forskinga med at kommunikasjonen under ventetida fram til pasienten blir tatt imot av lege er svært viktig. Dette kan halde nivået av angst lav og følelsen av trygghet høg. Artikkelen viser dermed til kor viktig kommunikasjon er, kor ein i samanheng med andre artiklane nemt over kan sjå eit mønster. Kva som komuniserast til pasienten er det derimot ingen fast konklusjon på, sida dette er situasjonsbasert og individuelt. I pasient- og brukerrettighetslova (1999 § 3-2) står det spesifisert at pasienten har rett på informasjon om eigen helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Dette medvirker til at pasienten i møte med sjukepleiar har krav til å få veta kva som skjer med han eller henne.

Informasjonsgiving er en viktig del for at pasienten kan oppleve trygghet (Thorsen, 2015).

Kva tilnerming ein tar til pasienten og korleis ein formidlar informasjonen ein ønsker å gje, spiller også rolle for pasientens oppleving av trygghet. Når Ekwall (2013) konkluderer med at pasienten ønsker meir informasjon om ventetid, viser det ei auka trygghet hos pasienten. I Göransson og Rosen (2010) kan pasientenes eigne mangelfulle spørsmål eller stillheit være teikn på utrygghet. Større informasjonsgiving kan dermed auke pasientens tilfredsheit, minske angst og auke trygghet.

Dersom sjukepleiaren si grunnleggande interesse for den sjuke pasienten er svekka eller ikkje tilstades, vil dette bli plukka opp av pasienten via non-verbal kommunikasjon. Dette kan føre til at pasienten støter vekk sjukepleiaren og skade relasjonen mellom sjukepleiar og pasient (Travelbee, 1999, ss. 136-137). I Ekwall (2013) kjem det fram at kontinuerling kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient er positivt for å oppretthalde pasientens tilfredsstillelse og halde angstnivået lavt. Det kjem også fram i artikkelen at pasientens moglegheit for å spørje spørsmål til sjukepleiaren fremmar trygghetsfølelsen.

Pytel et al. (2009) viser til ein referanse som meiner at dårlig kommunikasjon er hovudårsaka til kvar uventa negativ hending i helsesystemet. Dette kan føre til død, alvorlig fysisk eller psykisk skade hos pasienten. Viktigheita for god kommunikasjon på akuttmottaket er derfor essensiell. Dette viser at god bruk av tid og ressursar blant sjukepleiar på akuttmottak viktig for helsa og pleia til pasienten.

5.2 Fysisk og psykososial pleie

You were cared for, really taken care of ... and you're not always used to that in health care. They did the examinations and discussed them ... I didn't take part ... they just asked if I was in pain ... when they examined me. So I just said whether it hurt or not when they examined me ... I can't really say I took part. (Wiman et al. 2007, s.719)

Dette er eit sitat frå ein pasient utsatt for ei høg-energi ulykke, tatt i mot og undersøkt av teamet på eit akuttmottak. Dersom pasienten har alvorlig akutte skader eller sjukdom kan det vera nødvendig at teamet på akuttmottaket må nedprioritere pasientens psykososiale behov. I dette eksempelet ser ein at pasient ikkje føler seg involvert, kor sjukepleiar kun bruker pasienten som ein form for å innhente informasjon. Dette kallar Wiman et al. (2007) for den instrumentelle fasen. Dette er den initielle fasen der nødvendig undersøkingar og livreddande

førstehjelp blir gitt. Pasientens psykososiale behov blir nedprioritert, informasjon som blir gitt til pasienten er formell og direkte. I etterkant av den initielle fasen fortel pasientar at fasen gav dei ein følelse av trygghet og tillit. Fasen etterpå, den oppmerksame fasen, forklarer Wiman et al. (2007) at det er større rom for kommunikasjon og bygge relasjonar. Kommunikasjonen endrar seg til meir uformell og det er større rom for å ta vare på pasientens psykososiale behov. Bruk av humor frå sjukepleiar og pasient bidrar til å styrke menneske-menneske relasjonen. Sjukepleiaren må alltid vurdere kva hjelp pasienten treng i øyeblikket og veksle mellom fysisk og psykososial omsorg og pleie.

Av eigen erfaring har eg opplevd at bruk av humor i elles stressa situasjonar kan lette på stemninga og pasienten oppleves i betre humør. Bruk av humor må individuelt tilpassa til pasient og situasjon. Dette kan opplevast som eit lite avbrekk i ein elles alvorleg situasjon.

5.3 Kva skal ein kommunisere?

Göransson og Rosen (2010, s. 39) skriv at ein tredjedel av pasientane ikkje spurte sjukepleiarane om informasjon knytta til deira eigen sjukdom. Forskarane trur dette kanskje kan forklarast med at pasienten ønskte å diskutere desse temaene med legen. Pytel et al. (2009) skriv at viktigheita av å informere pasienten om kva testar og behandling som utførast er høgst prioritert av pasientane og sjukepleiarane.

Vidare forklarar Pytel et al. (2009) det at måten sjukepleier opptredde ikkje alltid samsvarer med pasientens kommunikasjonsbehov. I Pytel et al. (2009) si forskning fremjar pasientane viktigheita av sjukepleiarens kommunikasjon av bestemte tema, men opplever ikkje at sjukepleier alltid møter behovet. Hovedsaklig var det to ulikheter mellom kva pasientene og sjukepleiere vurderte som viktig i kommunikasjon. Disse omhandler sjukepleiars større fokus på rolig stemmebruk og sosial status enn kva pasientene opplevde behov for. Frå eigen erfaring opplever eg at rolig stemmebruk kan være med på å skape stor ro i en elles kaotisk situasjon. Dersom ein snakker høyt eller opptrer stressa kan dette også medføre vidare stress ovenfor pasienten sjølv, medpasienter, pårørende og kollegaer. Pasientane i Pytel et al. (2009) hadde meir fokus på at sjukepleiar kommuniserte det praktiske som informasjon om testar, svare spørsmål og lytte.

Tilbake til Göransson og Rosen (2010) si forskning. Her etterspør ikkje pasientane informasjon om deira sjukdom eller omløp. Sjølv der pasienten ikkje etterspør informasjon viser forskinga at pasientane er nøgde med korleis sjukepleiar møter dei. Både Göransson og Rosen (2010) og Pytel et al. (2009) viser til at pasientane ikkje ønsker eller ikkje direkte etterspør informasjon om eigen sjukdom frå sjukepleiar. Samtidig viser Göransson og Rosen (2010) til at pasienten ønskjer å få meir informasjon, men da hovudsakleg om ventetid. Frå sjukepleier er pasientane opptekne av korleis dei blir møtt og kor lenge til dei blir tekne imot av lege. Artiklane fremmer også behovet til pasienten for å bli lytta til i et miljø av respekt og aksept.

Frå praksiserfaring er mi oppleving av kommunikasjon med denne pasientgruppa at informasjonsgjeving, svar på spørsmål og lytting er viktige punkter for å trygge pasienten. Då pasienten kan være medteken, trist, redd eller forvirra opplever eg at informasjonsgjeving om deira situasjon og forløp hjelper pasienten å få oversikt over deira sjukdom. Dette kan vidare hjelpe pasienten meistre følelsen av å mista kontroll og utryggheita om eiga helse. Å dermed kommunisere pasientens omløp, men også lytte er ein stor del av sjukepleiar si rolle i kommunikasjon. Lytting viser seg ofte å være til stor nytte då pasienten ofte har mange spørsmål og treng utløp for sine følelsar og tankar. Tryggheit er en subjektiv oppleving der sjukepleiar må tilpasse kommunikasjon til individet. Det er derfor viktig å sjå hele menneskje i kommunikasjon med pasienten og snakke om dei tema som opptar pasienten mest.

5.4 Kommunikasjon i triagering:

Göransson og Rosen (2010, s. 39) skriv «Since any kind of queue for triage is a potential threat to the safety of the patients, time to triage ought to be kept to a minimum.». Ved å triagere pasienten, grupperer ein dei slik at dei som har størst behov til legetilsyn blir prioritert (Engebretsen et al. 2013). For å demonstrere dette kan ein sjå på NEWS-score (Granaas, Vatn, & Lund, 2016) der man gjennom tidleg varslingscore får ein peikepinn på kor ofte pasienten bør ha legetilsyn. Når ein har fullført triageringa av pasienten viser Göransson & Rosen (2010, s. 39) til at informasjon om forventa ventetid er viktigare for pasienten enn faktisk ventetid. Forskinga viser også til at pasientar stilte spørsmål til forventa ventetid, utan å få tilfredsstillande svar på det.

Frå eiga erfaring opplever eg triagering som et livsnødvendig verktøy for å gruppere pasientane. Å kommunisere dette til pasienten, og dermed informere om deira plass i systemet

vil truleg skape trygghet og respekt der pasienten kan få større forståelse for si triagering, dette støtter Ekwall (2013). Uvisse skaper utrygghet, og er et forhåndsvis enkelt tiltak å unngå. Ved å gje informasjon gjev ein pasienten meir kontroll over eigen situasjon, noko som kan skape meistring, tilfredshet og trygghet.

5.5 Rett informasjon til rett tid

Ein kjend erfart situasjon der ein pasient med eit større opent sår kjem til akuttmottaket. Pasienten viser frykt for nåler og kommuniserer tydig utrygghet rundt dette. For å fremme ei kjensle trygghet hos pasienten gjev sjukepleiaren informasjon om forløpet og prosedyre. Pasienten er ikkje mottakelig for detaljet informasjon, som fører til ytterligere utrygghet.

Oterhals et al. (2006) si forskning peiker på korleis informasjon og kor tid informasjonen vert gjeven har stor innverknad på pasientars tilfredsnad. Ein sjukepleiar har eit lovpålagt ansvar for å gje nødvendig informasjon om helsetilstanden samt innhaldet i helsehjelpa pasienten får (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-2).

Erfaringsmessig er det ofte ventetid på akuttmottak. Dette kjem av hastegradsvurderinga som vert gjort. Om ein ikkje har alvorlige skader eller sjukdom vert ein nedprioritert (Engebretsen, Røise, & Ribu, 2013). Forsking viser at pasientar som ikkje får tilstrekkelig informasjon i ventetida før legevisit, fører til auka nivå av angst (Ekwall, 2013). På den andre sida visar Ekwall (2013) at dersom triagesjukepleiaren hjelper pasienten til ei auka forståing om sjukdom eller skaden deira samt triage-koden og ventetid, er dette effektivt for å senke angstnivå samt auke trygghet.

Renolen (2015, ss. 184-186) forklarar at akutte endringar i livet som sjukdom eller skade kan opplevast som ei krise. I ei krise er det fort at informasjon blir gløymd. Derfor er det viktig for sjukepleiaren at pasienten bekreftar og har forstått informasjonen. Dersom informasjon går tapt må sjukepleiar gjenta informasjon på eit seinare tidspunkt, eller ty til andre kommunikasjonsformer. Dette viser kor viktig det er for sjukepleiaren å ty til tolmod og ikkje vise irritasjon for gjenntakelse av informasjon.

Pasient- og brukerrettighetslova (1999 § 3-3) gjev sjukepleiaren mulighet til å formidle informasjon til pårørande dersom pasient samtykker. Ved å gje informasjon til pårørande kan dei viderefremde denne på eit seinare tidspunkt til pasienten. Dette kan vera ein ressurs for sjukepleiar og pasient.

I Wiman et al. (2007) viser det seg at etter pasientar som er ferdig med den initielle fasen på eit akuttmtottak, og eventuell behandling er starta, følte på skuffelse og missnøgd. Pasientane begrunna dette med svært lite kontakt med sjukepleiar på akuttmtottaket. Dei sat igjen med spørsmål, men ingen å spørje. Wiman et al. (2007) beskriv denne fasen som den uforplikta fasen der sjukepleiar følte at dei hadde gjennomført jobben.

Ein måte å tolke dette på er den travle kvardagen i akuttmtottaket med mange pasientar og høg fart. Det kan det vere utfordrande å sjå kvar enkelt pasient sine individuelle behov. Av eiga erfaring er det krevjane å tilfredstille alle behov hos alle pasientar til ei kvar tid. Pasientens rett til informasjon og pleie blir sett i klem med avdelinga si mangel på tid og ressursar. Dette kan føre til utryggheit hos pasientar.

På eit travelt akuttmtottak kan intensiteta i pleian komme i veggen for gunstig informasjonsgjeving. Pasientar kan forlate akuttmtottaket med ei kjensle av mangel på informasjon eller kunnskap om eigen sykdom. Dersom sjukepleier har moglegheit til å ta seg tid til individet, omarbeide problematikken saman med pasienten, kan pasienten oppleve større tilfredsheit og tryggeheit for eigen situasjon.

6.0 Avslutning/konklusjon

Korleis kan sjukepleiar på somatisk akuttmottak bidra til å fremme trygget hos akutt sjuke eller skada pasientar?

Tryggheit er ei subjektiv oppleving. Det er opp til pasienten i kva grad han/ho føler tryggheit eller utryggheit. Det er ingen fasit eller mal på kva som skal til for å trygge eit individ. Sjukepleiarens medverknad til pasientens trygghetsfølelse dreiar seg hovudsakleg om relasjon, informasjon, kommunikasjon og omsorg. På akuttmottaket skaper sjukepleiaren raskt ein relasjon til pasienten, dette startar frå første møte, og er med på å invirke resten av opphaldet. Det er viktig å møte pasienten med respekt, tillit og aksept for å raskt skape ein god relasjon med pasienten. Sjukepleiaren må lytte til pasienten for å forstå enkeltindividens psykososiale behov for omsorg og pleie. Samt etterspørje informasjon om pasientens følelse av tryggheit. Sjukepleiarens evne til å hensiktsmessig skifte fokus mellom fysisk og psykososial pleie er ein faktor for tryggheit. Kommunikasjon må tilpassast til pasientens situasjon, sjukepleiar må vise at ein har tid, fokus, omsorg og interesse for pasienten. Dette er med på å fremme tryggheit. Informasjon om ventetid før legevisit, pasientens sjukdom eller skade, triage-kode, testar og behandling har positiv effekt for å redusere nivå av angst og utryggheit. For å oppretthalde pasientens kjensle av tryggheit er det viktig med god oppfølging under heile opphaldet, lytte til pasienten og svare på spørsmål dei måtte ha. Usikkerheit skaper utryggheit.

Forslag til vidare undersøkingar: Kor stor og på kva måte spelar tid og ressursar på akuttmottaket inn i pasientens kjensle av tryggheit? På kva måte kan pårørande påverke kjensla av tryggheit hos pasienten?

7.0 Referanseliste

- Dalland, O. (2007). *Metode for oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. doi:978-82-7682-058-4
- Ekwall, A. (2013, November). Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 39(6), ss. 534-538. doi:10.1016/j.jen.2010.10.003
- Engebreetsen, S., Røise, O., & Ribu, L. (2013, February 05). Bruk av triage i norske akuttmottak. *Tidsskriftet den norske legeforening*, ss. 285-289. doi:10.4045/tidsskr.11.1121
- Folkehelseinstituttet. (2014, Oktober 4). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Henta frå FHI: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Granaas, M., Vatn, L., & Lund, S. B. (2016, July 07). FANGER OPP FORVERRING TIDLIGERE. *Sykepleien*(6), ss. 54-57.
- Göransson, K. E., & Rosen, A. v. (2010, Oktober 3). Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing*(18), ss. 36-40. doi:10.1016/j.ienj.2009.10.001
- Haukeland universitetssjukehus. (u.d.). *Haukeland universitetssjukehus*. Henta September 25, 2019 frå Akuttmottak: <https://helse-bergen.no/avdelinger/mottaksklinikken/akuttmottak#les-meir-om-akuttmottak>
- Kommunikasjonsstaben. (2017, September 20). *Oslo universitetssykehus*. Henta September 25, 2019 frå Fyller viktige funksjoner: <https://oushf.wordpress.com/2017/09/20/fyller-viktige-funksjoner/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. A. Skaug, F. Nortvedt, N. J. Kristoffersen, & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sjukepleie; Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Vol. 1, ss. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. A. Skaug, F. Nortvedt, N. J. Kristoffersen, & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sjukepleie; Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Vol. 1, ss. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (2008). *Formål (LOV-2008-06-20-44)*. Henta frå Helseforskningsloven: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1

- Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006, February 28). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing* (5), 303-310.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Rett til medvirking og informasjon (LOV-1999-07-02-63)*. Henta frå Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pytel, C., Fielden, N. M., Meyer, K. H., & Albert, N. (2009, September). Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 35(5), ss. 406-411. doi:10.1016/j.jen.2008.09.002
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (Vol. 3, ss. 125-136). Oslo: Arkibe.
- Sønderland, K. (2009, August 31). *Helseforskningsloven*. Henta frå De nasjonale forskningsetiske komiteen: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helseforskningsloven/>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, R. (2015). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie* 3 (ss. 105-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Wiman, E., Wikblad, K., & Idvall, E. (2007, July). Trauma patients' encounters with the team in the emergency department—A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 714-722.

Vedlegg 1 – Resultattabell (s34-38)

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
(Ekwall, 2013) <i>«Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department»</i>	Målet med denne studien er å danne å sjå om pasienten evaluering stemmer over eins med triagesjukepleiaren si vurdering.	Dette er ein kvantitativ tverrsnittstudie. Datasamlinga vart gjort ved hjelp av eit spørjeskjema.	72 av 220 pasientar valte å være med i denne svenske spørjeundersøkinga. Dette utgjer ein respons på 37.7%. 54% av utvalet var kvinner, snittalderen var 55.9 år. Personar som var med i undersøkinga var over 18år. Pasientar som var for angstfylt eller påverka av deira sjukdom eller skade er vart ikkje spurdt om å være med i undersøkinga. Personar som valte å ikkje delta bakgrunnar dette med for eksempel ein språkbarriere, eller at pasienten gjekk før han vart eksaminert av ein doktor.	Resultatet i denne artikkelen viser at pasientens evaluering sjeldan stemmer med det triagesjukepleiaren kjem fram til. Pasientanes evaluering av deira trong for omsorg stemte ikkje overens med det triagesjukepleiaren kom fram til. Studien konkluderer med at kommunikasjonen mellom pasienten og triagesjukepleiaren i ventetida før pasienten får ein legevisitt er svært viktig for å halde nivå av angst lavt og følelsen av trygghet høg.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.003>

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
(Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006) <i>The «The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction»</i>	Hensikta med denne studien var å finne ein mogleg samanheng mellom informasjon frå sjukehuset og pasientens tilfredsheit.	Dette er ei kvantitativ tverrsnittsundersøking. Studien vart gjort med eit spørjeskjema som vart sendt ut til deltakarane seks veker etter pasientane var utskrevet frå sjukehuset.	Studiens utval bestod av 111 personar. Deltakarane måtte vera over 20 år. Dei måtte og vera i stand til å snakka og skriva norsk. Pasientar med andre seriøse sjukdommar eller skadar (andre en hjartefarkt) vart ikkje tatt med i undersøkinga.	Resultatet i denne artikkelen viser at mengda informasjon samt tidspunktet informasjonen vert gitt på har stor innverknad på tilfredsheit hos pasientar. Dette gjeld både under og etter pasientanes opphald på sjukehuset. Yngre pasientar rapporterte at dei fekk meir informasjon en eldre pasientar. 12% var lite nøgd med mengda informasjon dei fekk på sjukehuset, 68% var nøgd med opphaldet på sjukehuset medan 20% var svært nøgd med informasjonen dei fekk på sjukehuset.

DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
(Pytel, Fielden, Meyer, & Albert, 2009) « <i>Nurse-patient/visitor communication in the emergency department</i> »	Hensikta med denne studien er å finne forskjeller mellom kva pasientar/besøkande og sjukepleiarar antar som viktigast i kommunikasjon, i eit akuttmottak.	Dette er ein kvantitativ tverrsnittstudie utført ved hjelp av spørjeskjema. Undersøkinga vart gjort i det pasienten skulle skrivast ut eller like etter pasienten vart skriven ut.	Studie er utført i Cleveland, Ohio. Utvalet i studiet bestod av 53 pasientar, 70 besøkande og 73 sjukepleiarar. Gjennomsnittsalderen for pasientar/besøkande var 53 år. Deltakarane i studien måtte vera over 18 år, orientert for tid og sted, kunne lese, forstå og skrive engelsk. Dersom pasientane var klinisk ustabile og trengte konstant oppfølging vart pasienten ekskludert frå studiet.	Studien fremmer viktigeit av kommunikasjon mellom pasientar og sjukepleiarar. Studien set fokus på at sjukepleieren må skape eit miljø av tillit, respekt og aksept over pasientane. Studien peiker at pasientar må få fortelje om deira behov slik at behandlinga kan tilpassast deiras behov. Artikkelen resulterer i to ulikheiter blant kva pasientar vurderer som viktig i kommunikasjon, mot kva sjukepleiarar dokumenterar. Punkta gjaldt roleg stemmebruk og sosial status. Der sjukepleiar har større fokus på dette en pasienten.

DOI: 10.1016/j.jen.2008.09.002

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
(Göransson & Rosen, 2010) « <i>Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department</i> »	Identifisere pasientens oppleving av møte med triage-sjuepleiaren.	Denne studien er kvantitativ og er strukturert som ein tverrsnittsundersøking. Studien vart gjennomført som ei spørjeundersøking hovudsakleg angående pasient-sjuepleiar relasjonen, teieplikt, informasjon triage-systemet og sjuepleiars kompetanse. Studien vart gjennomført på dag og kveldsvakter over ein periode på to veker i mars 2008.	Studie er utført på Karolinska universitets-sjukehus i Sverige. Studiet har 146 deltakarar. Deltakarane kom til akuttmottaket sjølv eller via ambulanse. Kriteria for å delta: over 18 år, 3-5ADAPT (ikkje alvorleg sjuk, men må ha legetilsyn innan 120minutter), pasienten må snakke svensk og utan endring i mental status.	Forskinga viser at pasientar stort sett var nøgd med måten dei vart behandla på. Pasientane opplevde at triage-sjuepleiaren hadde kompetanse nok til informere om deira sjukdom. Pasientar opplevde å få lite informasjon om ventetida. Studien konkluderer med at pasientane er nøgd med relasjonen til sjuepleiar men ønsker meir og oftare informasjon rundt ventetid. Artikkelen anbefaler dermed å innarbeide rutine for å informere pasientar om kor lenge det er til lege kan hjelpe pasienten.

DOI: 10.1016/j.ienj.2009.10.001

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
(Wiman, Wikblad, & Idvall, 2007) «Trauma patients' encounters with the team in the emergency department—A qualitative study»	Studiens hensikt er å undersøke pasientens oppfatning av opplevinga i møte med eit traumeteam på eit akuttmottak.	Dette er ein kvalitativ studie. Studien vart gjort ved hjelp av eit semi-strukturert telefonintervju. Intervjuet vart i etterkant transkribert. Forskarane gjekk så igjennom og henta ut informasjon frå intervjuet.	Dette er ein Svensk studie. Utvalet i denne kvalitative studien er 23 pasientar. Pasientane var selektert basert på alder (over 18), og at dei snakka svensk. Deira opphald på akuttmottaket skulle ikkje vera meir en 24 timer før dei vart sendt heim. Alle pasientar som var med i studien var utsett for ei høg-energi ulykke.	Resultatet i denne studien viser at teamet som jobbar rundt pasienten må kunne endre deira fokusområde mellom den fysiske skaden og den psykososiale omsorga. Sjukepleiarane må vera flexible og endre deira fokusområde etter det pasienten har behov for.

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.014