



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	203
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8274
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt i en akutt/kritisk fase»

Kandidatnummer: 203

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: John-Arne Birkelund

Innleveringsdato: 21.04.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*



«Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt i en akutt/kritisk fase»

Emnekode: SYKSB3001

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 21.04.2021

Antall ord: 8274 uten sammendrag, innholdsliste,
referanseliste og vedlegg

Sammendrag

Tittel: «Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt i en akutt/kritisk fase».

Bakgrunn: Bakgrunnen for valg av tema baserer seg på erfaringer/observasjoner gjort som sykepleierstudent ved akuttmottak og intensivavdeling.

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å fordype meg i forskning og litteratur for å finne ut hvordan jeg som sykepleier kan ivareta psykososiale behov hos en akutt/kritisk syk pasient med hjerteinfarkt. Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleieteori fokuserer blant annet på kommunikasjon, samhandling og individuell behandling. Dette kunne relateres til problemstilling og oppgave.

Metode: Litteraturstudie er anvendt som metode.

Funn: Funn fra forskning og litteratur beskriver viktigheten av kommunikasjonsferdigheter og en sykepleiers tilstedeværelse i den akutte/kritiske fasen. Funnene tydeliggjør også betydningen av å «se» pasienten og tilrettelegge for mestring.

Konklusjon: Oppgaven konkluderer med at en sykepleier kan personsentrere kommunikasjonen og bidra med angstreduserende tiltak i den akutte/kritiske fasen. Dette fremmer trygghet og bidrar til ivaretagelse av de psykososiale behovene.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, pasientsentrert sykepleie, sykepleie-pasient relasjon, psykososiale behov, kommunikasjon.

Summary

Title: “How can a nurse care for the psychosocial needs of a patient who has suffered a heart attack in an acute/critical phase”.

Background: The choice of topic is based on experiences / observations made as a nursing student at the emergency room and intensive care unit.

Purpose: The purpose of this thesis is to immerse myself in research and literature to find out how I can take care of the psychosocial needs of an acutely / critically ill patient suffering from a heart attack. Joyce Travelbee`s nursing theory focuses mainly on communication, interaction and individual treatment. This could be related to the thesis and the task.

Method: Literature study is used as the main method.

Result: Findings from both research and literature describe the importance of communication skills and a nurse's presence in the acute / critical phase. The findings also sheds light on the importance of "seeing" the patient and facilitating coping.

Conclusion: The thesis concludes that a nurse can center the communication on the patient which can contribute with anxiety-reducing measures in the acute/critical phase. This promotes safety and contributes to the care of the patient.

Key words: Heart attack, patient-centered nursing, nursing-patient relations, psychosocial needs, communication.

Innhold

1. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Hensikten med oppgaven	2
1.3. Presentasjon av problemstilling	2
1.4. Presisering og avgrensing	2
1.5. Definisjon av sentrale begrep	4
2. Teori	5
2.1. Sykepleiefaglig perspektiv	5
2.2. Hjerteinfarkt	6
2.3. Psykososiale reaksjoner ved akutt/kritisk sykdom	6
2.4. Psykososiale behov ved akutt/kritisk sykdom	8
2.5. Krisemestring	9
2.6. Kommunikasjon	9
3. Metode	11
3.1 Litteraturstudie	11
3.2 Innhenting av sentrale begrep	12
3.3 Søkeprosessen	12
3.3.1 Fremgangsmåte og artikler	12
3.4 Metode- og kildekritikk	14
3.5 Etske vurderinger	14
4 Resultat	15
4.1. Artikkel 1	15
4.2. Artikkel 2	15
4.3. Artikkel 3	16
4.4. Artikkel 4	17
5. Drøfting	17
5.1. Psykososial ivaretagelse	17
5.2. Kommunikasjon og informasjon ved akutt og/eller kritisk sykdom	21
6. Konklusjon	25
Referanseliste	27

Vedlegg 1.....	31
Oversiktstabell for forskningssøk.....	31
Vedlegg 2.....	33
Sjekkliste for kvalitativ studie	33
«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»	33

1. Innledning

I 2020 var i underkant av 2 millioner mennesker behandlet eller undersøkt ved norske sykehus (Statistisk sentralbyrå, 2021). Hjerte/kar lidelser er en av de dominerende sykdommene blant befolkningen og mange rammes av en hjertelidelse i løpet av livet. Tall fra folkehelseinstituttet i 2018 viser at det ble behandlet 340.000 pasienter med hjertesykdommer i Norge. Av disse ble 11.307 behandlet for akutt hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2019). Akutt/kritisk sykdom påvirker hele mennesket, de fysiske og psykososiale faktorene påvirker hverandre og henger sammen (Levenson, 2018, referert i Stubberud, 2019, s. 18). Stubberud (2019, s. 16) beskriver at sykdom kan erfares som en krise. Hvordan sykepleieren møter og ivaretar pasientene som er i en krise kan derfor virker inn på om pasienten føler seg helhetlig ivaretatt og om pasienten mestrer det å leve med en hjertesykdom. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at man skal ha et helhetlig omsorgsfokus i møte med den enkelte pasient (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Som sykepleier skal man møte mennesket helhetlig og forholde seg til de ulike aspekter ved sykdom. Pasientene har ved akutt/kritisk sykdom individuelle behov for å mestre sin situasjon. For å ivareta psykososiale behov, må man føle seg helhetlig ivaretatt (Stubberud, 2019, s. 18).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av temaet er gjort ut i fra erfaringer fra praksis i akuttmottak og intensivavdeling ved et lokalsykehus. Jeg har underveis i studiet fått økt interesse for den delen av sykepleien som innebærer raske beslutninger med ivaretagelse av pasientens helhetlige omsorgsbehov. Noen av de refleksjonene fra praksis jeg har gjort meg er:

«Kunne man gjort noe annerledes i denne situasjonen for å ivareta psykososial helse bedre?»

«Ble pasienten ivaretatt på en god og helhetlig måte?».

Ønsker derfor å belyse dette tema gjennom min bacheloroppgave.

1.2. Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan psykososiale behov hos en pasient som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt kan ivaretas fra et sykepleiefaglig ståsted. «Utgangspunktet for sykepleie er pasientens grunnleggende behov og opplevelser av og reaksjoner på sin situasjon» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16).

Akutt hjerteinfarkt er en sykdomstilstand som angriper hjertet, og dette medfører en trussel mot pasientens liv og helse. Det krever raske beslutninger. Dette kan ofte skape en engstelse hos pasienten. Stubberud (2019, s. 115) viser til Wassenaar mfl. (2014) som sier at en sykepleier er en viktig sosial støtte og trygghet for pasienter i akutt/kritisk fase.

1.3. Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er derfor som følger:

«Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt i en akutt/kritisk fase».

1.4. Presisering og avgrensing

En presisering relatert til problemstillingen og oppgaven generelt:

Oppgaven vil ha fokus på de psykososiale behovene til en pasient med fordypning i formidling av håp, mestring av situasjonen og kommunikasjonsferdigheter. Det er store individuelle forskjeller for mulighet til å ivareta de psykososiale behovene til den enkelte pasient ved akutt/kritisk hjerteinfarkt. Derfor vil de psykososiale behovene bli ivaretatt ulikt.

Det er ofte fokus på den medisinske behandlingen i et akuttmottak av pasienter med akutt hjerteinfarkt. Det kan være sjekklister, medikamenter, prosedyrer osv. Det oppgaven ønsker å fokusere på er det psykososiale som skjer parallelt med det somatisk-tekniske. Oppgaven vil ikke belyse den medisinske behandlingen av akutt hjerteinfarkt.

Benevnelsene om sjokkfase og krise brukes litt om hverandre i litteraturen. Jeg har valgt å holde meg til krise. Den fasen som belyses i bacheloroppgaven er pasientens ankomst til sykehus og de to påfølgende døgn. Målet for behandlingen skal være å begrense skade og gjenvinne helse. Det er ikke fokus på terminal sykdomsutvikling. Oppgaven avgrenses til voksne pasienter. Dette vil si personer over 18 år som tidligere har vært friske.

I dagens samfunn møter man som sykepleier pasienter fra alle mulige kulturer. Flerkulturell kompetanse er også viktig i arbeidet som sykepleier. Det er flere hensyn å ta i møte med flerkulturelle pasienter; språkbarrierer, pasient og pårørendes oppfattelse av sykepleie i vestlig kultur, forståelse av egen sykdom og vestlig kulturs sykepleie og behandling, samt holdninger til regler og normer (Stubberud & Eikeland, 2019, s. 233). Dette blir ikke drøftet i denne bacheloroppgaven.

Pårørende har en viktig rolle i pasientbehandlingen. Pårørende påvirkes når en pasient blir rammet av akutt/kritisk sykdom. De er viktig som støttespillere og kan berolige pasienten, men de kan også bidra med mye nyttig informasjon (Stubberud, 2019, s. 179-184). Eikeland, Stubberud & Haugland (2016, s. 251) viser til Salminen-Toumaala mfl. (2013) som peker på forholdet mellom pårørende og pasient, dette kan oppleves som tettere og dypere ved akutt/kritisk sykdom. Samtidig så kan deres nærvær gjøre at pasienten blir mer stresset og dermed ha en negativ innvirkning. Mye avhenger av hvordan de pårørende selv takler situasjonen (Eikeland et al., 2016, s. 251). Bacheloroppgaven er avgrenset til å ha fokus på pasienten, selv om pårørende spiller en stor rolle i ivaretagelse av pasienten.

Det skilles ikke mellom menn og kvinner da det finnes lite forskning på dette tema med denne problemstillingen, men pasienten i denne oppgaven benevnes som han.

I ulik litteratur brukes helsearbeider, helsepersonell og sykepleier om hverandre. Jeg har valgt å bruke benevnelsen «sykepleier» i bacheloroppgaven. I drøftingen vil imidlertid, benevnelsen helsepersonell dukke opp da det brukes om ulike yrkesprofesjoner.

1.5. Definisjon av sentrale begrep

Psykososiale behov – «De psykososiale behovene har med menneskets psyke, det vil si det sjelelige eller mentale, å gjøre, det som kan beskrives som menneskets sjeleliv» (Stubberud, 2019, s. 16).

Akutt sykdom – «Akutt sykdom er sykdom eller skade som oppstår brått, uten en forutgående sykdomshistorie, og som utvikler seg raskt, men som også kan gå fort over» (Gabrielsen mfl. 2009, Lindskog 2003, referert i Stubberud, 2019, s. 19).

Kritisk sykdom – «Med kritisk sykdom menes det at tilstanden er svært alvorlig, i mange tilfeller livstruende» (Stubberud, 2019, s. 19).

Somatisk sykdom – «Somatisk betyr legemlig, det vil si kroppslig. Med somatisk sykdom menes sykdom som angår den fysiske kroppen» (Lindskog 2003, referert i Stubberud, 2019, s. 16).

Angst - «Angst er en følelsmessig spenningstilstand og innebærer opplevelsen av at noe er farlig eller truende» (Håkonsen 2014, referert i Stubberud, 2019, s. 81).

Håp – «Håp defineres som den fundamentale kunnskapen om og følelsen av at det er en vei ut av vanskelighetene» (Lynch, 1974; Rustøen, 2001, referert i Harris & Ursin, 2018, s. 227).

Krise – «En livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelig til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen» (Cullberg, 2007, referert i Renolen, 2015, s. 184).

2. Teori

I teoridelen presenteres først det sykepleiefaglige perspektivet. Deretter beskrives diagnosen hjerteinfarkt kort. Videre vil de psykososiale reaksjoner, behov, krisemestring og kommunikasjon ved akutt/kritisk sykdom presenteres.

2.1. Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

«Sykepleie er 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 og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Jeg har valgt Joyce Travelbee sin interaksjonsteori som teoretisk ståsted. Hun fokuserer i sin teori på det mellommenneskelige aspektet mellom pasient og sykepleier. Pasientene kan finne seg i krisesituasjoner hvor håp og mestring av situasjonen står sentralt. (Kristoffersen, 2016, s. 26-27). Travelbee er opptatt av en personsentrert sykepleieomsorg i møte med pasientene. Individuell behandling, kommunikasjon og samhandling med pasienten står sentralt for å utøve god sykepleie. (Kristoffersen, 2016, s. 18-19).

Begrepet kommunikasjon er hjørnesteinen i Travelbee sin teori og blir sett på som noe av det viktigste for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten (Kristoffersen, 2016, s. 34). Gjennom kommunikasjon med pasienten lærer man å kjenne hverandre bedre og sykepleier kan dermed finne ut hvilke individuelle behov denne pasienten har som skiller vedkommende fra alle andre. I stedet for å prøve å sitte seg inn i den syke sin situasjon prøver heller sykepleieren å forstå hvordan sykdomsopplevelsen erfares for den som står midt oppi det (Travelbee, 1999, s. 140-141).

Travelbee (1999, s. 103-104) hevder at en vanlig reaksjon på sykdom og lidelse er «Hvorfor meg?» reaksjonen. Dette kan videre føre til flere følelsesmessige reaksjoner som sinne, fortvilelse, frykt og angst.

2.2. Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er når det oppstår celledød i myokard som følge av mangel på oksygen. Dette kan komme av enten fullstendig tilstopping av en koronararterie eller en delvis tilstopping av en koronararterie til myokard (Ørn & Brunvand, 2016, s. 168). Eikeland et al. (2016, s. 243-244) viser til Persson & Stagmo (2014) og Reeder & Kennedy (2014). De peker på at tiden er avgjørende for å minske skaden av myokard, om ikke blodgjennomstrømmingen gjenoprettes vil det føre til permanent celledød i myokard.

Hjerteinfarkt får konsekvenser for pasientens sirkulasjon, men også grunnleggende behov, deriblant de psykososiale. I og med at hjerteinfarkt kan oppstå helt akutt og uten forvarsel kan pasienten oppleve det som truende (Eikeland et al., 2016, s. 245). I tillegg kan det være vanskelig for pasienten å forstå situasjonen og tanker om døden kan forekomme (Ekeberg, 2019, s. 271). Pasienten har derfor behov for å mestre sin tilværelse, hvilke behov han har er individuelt. Det kan være å føle seg trygg, ivaretatt, samt oppleve fravær av lidelse og føle kontroll over eget liv (Stubberud, 2019, s. 18).

2.3. Psykososiale reaksjoner ved akutt/kritisk sykdom

Ved alvorlig krise som følge av sykdom aktiveres ulike reaksjoner, både følelsesmessig, tankemessig og atferdsmessig (Renolen, 2015, s. 192-193). Renolen (2015, s. 184-185) viser til Cullberg sine fire faser i kriseteori; sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidingsfase og nyorienteringsfase. Sjokkfase kan vare et øyeblikk til flere døgn. I denne fasen kan pasienter oppleve ulike reaksjoner, noen kan virke upåvirket, mens andre kan reagere kraftig følelsesmessig. I tillegg kan det være vanskelig å få med seg all informasjonen og pasientene kan derfor glemme lett (Renolen, 2015, s. 184-185).

Hvordan pasienten selv opplever akutt/kritisk sykdom er individuelt, alle har forskjellige behov og reagerer ulikt. Travelbee (1999, s. 103–112) peker på at det er individuelle forskjeller på reaksjoner ved sykdom og lidelse. Samtidig så kan reaksjonene endre seg og dermed behovene. Flere følelsesmessige reaksjoner kan forekomme og en viktig del av det å møte disse pasientene i slike situasjoner er å finne ut hvordan de selv opplever det. Hvordan sykepleieren klarer å møte den kriserammede sine behov og hvordan den kriserammede føler seg møtt har mye å si for ivaretagelsen i en fase som dette (Stubberud, 2020, s. 82).

I situasjoner som oppleves som en krise for pasientene, kan man kjenne på en indre uro. Stubberud (2019, s. 24) viser til Levenson (2018), Thorsen & Andrèewitch (2016), de beskriver angst som både normal, men også en nødvendig reaksjon ved situasjoner som virker skadelig psykisk og fysisk. Angst er en normal reaksjon på utrygge situasjoner, men oppleves individuelt. Dette kan ses ved at det parasympatiske og det sympatiske nervesystemet aktiveres og utløser forskjellige stressreaksjoner. Ved kortvarige angsttilfeller blir informasjon sett på som viktig (Stubberud, 2019, s. 82-83). Symptomene er forskjellige, men typiske kjennetegn er blekhet, svimmelhet, hjertebank, skjelvninger, sammensnøring i halsen og magesmerter (Renolen, 2015, s. 193). Opplevelsen av å være pasient på sykehus kan for mange være skremmende og fryktinngytende (Dahl, 2014, s. 190-191).

Ved alvorlig sykdom som hjerteinfarkt påvirkes hele mennesket, det er ikke bare en kroppslig erfaring, men påvirker den enkeltes livsoppfatning (Netland, Fålun & Norekvål, 2011). Eikeland et al. (2016, s. 245) viser til Fors og medarbeidere (2014) som sier at tilstander som akutt hjertesykdom kan komme helt uventet og derfor oppleves som svært krevende for pasientene. Dette kan føre til at de mister kontrollen over eget liv. Noe som igjen kan gjøre at pasienten føler seg avhumanisert og at personlige grenser blir overtrådt. Arakelian mfl. (2016), Cypress (2014) & Samuelson (2011), referert i (Stubberud 2019, s. 27) peker på at pasienten kan føle seg oversett og mer som en gjenstand ved akutt/kritisk sykdom. De sier at dette oppstår når personalet ikke inkluderer og tar hensyn til pasienten, men heller snakker seg imellom eller på vegne av pasienten.

Hvordan pasientene selv kontrollerer og mestrer situasjonen avhenger mye av hvilke miljø som bli tilrettelagt for de på sykehus. Stubberud (2019, s. 36-37) viser til Odd E. Haviks kontrollmodell (1989, 1992), som er en modell ment for å ivareta pasienters psykososiale

behov ved somatisk sykdom. Modellen er delt i tre deler: Kognitiv, instrumentell og emosjonell kontroll. Den kognitive kontrollen går ut på å fremme forutsigbarhet på pasientens vegne. Den instrumentelle bygger på at sykepleier skal tilrettelegge for at pasienten er delaktig i situasjonen. For kritisk syke kan dette være å motivere til hvile og søvn da ressursene kan være begrenset i denne fasen. Den emosjonelle kontrollen vil si å tilrettelegge for mellommenneskelige forhold for pasienten (Stubberud, 2019, s. 36-37).

2.4. Psykososiale behov ved akutt/kritisk sykdom

Alle pasienter har psykososiale behov ved akutt/kritisk sykdom. Stubberud (2019, s. 16) peker på at de grunnleggende behovene våre kan inndeles i fysiske, seksuelle, åndelige og psykososiale. Ehrenberg mfl (1996), referert i (Stubberud, 2019, s. 18) peker på at pasienters psykososiale behov kan deles inn i en relasjonell og emosjonell del. Den relasjonelle delen handler om at pasienten har et behov for å ha kontakt med mennesker rundt seg, det kan være pårørende eller sykepleiere. Den emosjonelle delen handler om pasientens egne følelsesmessige reaksjoner og sykdomsopplevelse (Stubberud, 2019, s. 18).

Ved akutt/kritisk sykdom kan de fysiske reaksjonene og behovene vise seg ved hjelp av undersøkelser og andre tekniske hjelpemidler. De psykososiale behovene handler om de psykologiske reaksjoner til pasientene og hvordan de selv opplever sykdom og situasjonen de står oppi (Stubberud, 2019, s. 16). Ved somatisk sykdom kan pasienten selv oppleve dette som en krise, uavhengig av alvorlighetsgraden. Og når pasienten selv opplever det som en krise virker det inn på de psykososiale faktorene. Ved akutt/kritisk sykdom påvirkes både psykososiale og fysiske behovene (Stubberud, 2019, s. 16-17).

Som sykepleier i møte med psykososiale behov hos pasienter med akutt/kritisk sykdom er det viktig å ha et helhetlig omsorgsfokus. Dette betyr å ikke skille mellom kropp og sjel, og samtidig vite at det fysiske henger sammen med det psykososiale (Stubberud, 2019, s. 18). Det å mestre pasientrollen ved slike akutte/kritiske tilstander er utfordrende. Pasienten trenger undervisning og veiledning, men også støtte og oppmuntring (Eikeland et al., 2016, s. 251).

Pasienten sin tilnærming til sykdom er subjektiv og mer basert på det eksistensielle. Sykepleieren derimot, har et delvis mer objektivt forhold til sykdom, basert på prosedyrer fagkunnskap, tekniske hjelpemidler og behandlingsfokus. Dette medfører at pasienten har et mer følelsesmessig forhold til sykdom (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 108-109).

2.5. Krisemestring

Hvordan en selv behersker kriser er individuelt. Alle har sin måte å takle ting på med sine egne mestringsstrategier. Eide & Eide (2017, s. 53) peker på to hovedtyper av mestringsstrategier; en tilnærmende og en unngående. Den tilnærmende går ut på å være mer tilbøyelig og mottakelig for de følelsene og reaksjonene som kommer i belastende situasjoner. En unngående mestringsstrategi er det motsatte av en tilnærmende. Her unngår/fortrenger og anerkjenner ikke praktiske, fysiske eller psykiske problemer (Eide & Eide, 2017, s. 52-53). Hummelvoll (2012, s. 512) peker på at den som skal hjelpe noen i en krise tilstreber å holde håpet om å kunne løse opp i situasjonen, men samtidig unngå å gi falske forhåpninger. Harris & Ursin (2018, s. 229) beskriver at det er sykepleiers ansvar å fremme mestring om pasienten opplever en situasjon som håpløs. Som sykepleier er det å møte pasienten som den personen den er viktig for å kunne fremme mestring (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 238-239).

2.6. Kommunikasjon

God klinisk sykepleie bygger på kommunikasjonsferdigheter. God profesjonell kommunikasjon er personsentrert. Personsentrert kommunikasjon vil si å se mennesket i et helhetlig perspektiv, ikke som en hvilken som helst pasient. Det vil også si å se pasienten som et unikt individ og anerkjenne hans behov og verdier (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Eide & Eide (2017, s. 17) viser til Palmer (1969) som sier at personsentrert kommunikasjon går ut på å lytte aktivt til det den andre sier, men også det som ikke blir sagt.

Kommunikasjon handler om å lytte aktivt og se sammenhengen mellom det nonverbale og verbale, på denne måten vil man kunne fange opp hva som er viktig for den andre. Aktiv lytting er en kunst da man skal lytte og samtidig få med seg det den andre prøver å formidle,

ikke bare gjennom ord, men også uttrykk. Samtidig som man viser at man forstår og følger med på det pasienten sier (Eide & Eide, 2017, s. 22).

Stubberud (2019, s. 94) viser til Kvåle (2006) som sier at pasienter setter pris på når sykepleiere tar initiativ til å sitte seg ned og snakke med pasienten om dagligdagse ting, ikke bare om prosedyrer og ting som skal skje. For å etablere et slikt miljø kreves det gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren. Ved å lytte aktivt kan det hjelpe sykepleieren med å forstå hva som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 117). Det å beherske aktiv lytting er en grunnleggende ferdighet i kommunikasjon. Ivey mfl. (2016), referert i Eide & Eide (2017, s. 118) beskriver aktiv lytting som en sammensatt ferdighet hvor en skal være åpen og lyttende, men også bruke kommunikasjonsferdigheter for å forstå seg på den andre og samtidig uttrykke det. Nonverbal kommunikasjon går ut på å hvordan man opptrer ovenfor pasienten, uten å nødvendigvis si noe, men hvordan en fremstår med blant annet kroppsholdning, ansiktsuttrykk og stemmebruk (Eide & Eide, 2017, s. 135-136).

Som sykepleier må man kunne sette den andre i fokus for å kunne forstå det vedkommende sanser. Ved å kjenne den andre som den personen den er, vil man kunne legge merke til mer subtile forandringer, ikke bare de innlysende (Travelbee, 1999, s. 140-141).

Informasjonen som gis i en krisefase kan ofte bli glemt eller fortrent (Renolen, 2015, s. 194). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) står det at pasienten har rett på individuelt tilpasset informasjon om egen helsetilstand. Slike opplysninger er med på å hjelpe pasienten å mestre situasjonen. Ved riktig og tilstrekkelig informasjon vil pasienten oppleve mer kontroll, noe som igjen kan bidra til å håndtere det negative stresset som mange kan kjenne på i slike situasjoner (Stubberud, 2019, s. 89). Informasjonen som gis må være rettet mot pasientens individuelle behov. I tillegg kan informasjon som gis i situasjoner som pasienten opplever som utrygg og krevende gjøre at de kun får med seg noen deler av det (Stubberud, 2019, s. 90).

Empati er viktig i kommunikasjonen med pasienten. Det er en profesjonell ferdighet hvor man både henter inn informasjon om den andres behov og følelser, men også bekrefter og dermed responderer på det. Ved å bekrefte at man forstår den andre, respekterer og anerkjenner man de behovene pasienten har (Eide & Eide, 2017, s. 157-158). Empati handler om å sette seg inn i pasienten sin situasjon og prøver å forstå hvordan vedkommende har det (Travelbee, 1999, s.

193). Med dette menes at en ikke prøver å føle og tenke som den andre, men heller prøver å forstå deres opplevelse av situasjonen. Dette henger sammen med hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten på en best mulig måte (Travelbee, 1999, s. 196).

Om pasienten opplever møtet som negativt kan det gjøre at en ikke klarer å hente ut det man trenger av informasjon for å hjelpe pasienten best mulig (Dored, 2011).

3. Metode

Dalland (2020, s. 53) viser til Vilhelm Aubert (1985) sin beskrivelse av 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 formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Under de neste punktene vil litteraturstudie som metode presenteres, innhenting av sentrale begrep, søkeprosess, fremgangsmåte til valgte forskning, samt metode- og kildekritikk og etiske vurderinger som er gjort. Videre vil de de ulike forskningsartiklene presenteres i resultatdelen.

3.1 Litteraturstudie

Thidemann (2019, s. 77-78) viser til Magnus & Bakketeig (2000) som sier at litteraturstudie går ut på å systematisk gå gjennom kunnskap fra skriftlige kilder på en kritisk måte og sette det sammen til slutt. Som sykepleier er man pliktig til å holde seg faglig oppdatert om de mange temaene innenfor sykepleie, men mengden med ny kunnskap øker stadig. Derfor er litteraturstudier viktige da de gir et slags sammendrag av det tema eller en problemstilling rundt et tema (Aveyard, 2018, s. 4). Hensikten med en litteraturstudie er å tilegne sykepleieren den nyeste og beste forståelsen på et område relatert til problemstillingen. I tillegg presenteres fremgangsmetoden for å oppnå denne kunnskapen (Thidemann, 2019. s. 78).

3.2 Innhenting av sentrale begrep

Dette punktet beskriver fremgangsmetoden til valgt faglitteratur og bøker som er brukt.

Den utvalgte litteraturen baserer seg på fagbøker som kan relateres til problemstillingen. Etter anbefaling ble Stubberud sin bok om *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* brukt. Denne treffer problemstillingen godt og dukker også hyppig opp i søk om temaet. I tillegg er boken til Eide & Eide om *Kommunikasjon i relasjoner* brukt mye i oppgaven da kommunikasjonsferdigheter står sentralt i denne oppgaven.

3.3 Søkeprosessen

Det er benyttet PICO som hjelpemiddel i forberedelsesfasen for å sikre at problemstillingen er klar og tydelig. Dette er nyttig før søking etter vitenskapelige artikler og hjelper en med å klargjøre problemstillingen før litteratursøk (Helsebiblioteket, 2016).

3.3.1 Fremgangsmåte og artikler

I arbeidet med å finne forskning og artikler har jeg først satt meg inn i temaet. Når jeg skulle begynne søkeprosessen brukte jeg først SweMed+. Der ble søkeord som sykepleie, akutt sykepleie, hjerteinfarkt, psykososiale behov, kommunikasjon, sykepleie og kritisk sykdom brukt. SweMed+ ga svært få treff. Valgte videre å heller rette fokuset på mer internasjonale databaser med engelske funn.

Først ble Cinahl brukt, med søkeord som: nursing care, acute care, critical care, psychosocial factors, nurse-patient relations, psychosocial aspects of illness, psychosocial factors, holistic

care, nursing care, person centered care. Var ikke ønskelige resultat fra Cinahl da mye av resultatene med disse søkeordene baserte seg på psykisk sykdom og psykiatriske institusjoner.

Fokuset ble derfor rettet mot PubMed. PubMed som ga et bedre søkeresultat og mer relevante artikler. Brukte her «advanced search», med søkeordene «myocardial infarction» og «patient participation» og «nurses perception». Valget av søkeordene baserte seg på å finne noe forskning om sykepleierperspektivet i den akutte fasen av hjerteinfarkt. Fikk opp 8 treff totalt, etter avgrensning til publiseringsdato de siste 10 årene ble det 5 treff. Treff nummer 1 ble vurdert som relevant for problemstillingen min: «Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway».

Neste fokus var forskning om pasientopplevelser/perspektiver i samme fasen. Derfor ble kombinasjonen av søkeordene «myocardial infarction» og «patient-centered care» og «acute coronary syndrom». Dette ga 19 treff. 18 etter avgrensning til siste 10 år. Etter å ha lest gjennom ulike abstract valgte jeg ut treff nummer 15 da den hadde relevans opp mot problemstillingen: «Life is lived forwards and understood backwards--experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis».

Videre ønsket jeg mer sykepleierrettet tilnærming da det er dette problemstillingen omhandler. Søkte først i PubMed, men valgte også å prøve i Cinahl igjen. I Cinahl ble søkeordene «emergency department» og «nurse-patient relations» og «communication» kombinert. Dette ga totalt 52 treff, etter avgrensning til de siste 10 årene ble treffresultatet redusert til 36. I Cinahl kan man også velge en funksjon som heter «peer reviewed», noe som vil si at forskningen er fagfellevurdert. Etter å ha valgt denne funksjonen endte resultatet på 32. Valgte artikkel 5: «Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department».

I søket til artikkel 4 ønsket jeg å finne mer om pasientenes strategier for å håndtere ulike situasjoner i akuttmottak. Søket ble gjennomført i PubMed ved hjelp av søkeordene «emergency department» og «patient perspective» og «strategies». Dette ga totalt 423 treff, etter avgrensning til de siste ti årene ble treffresultatet 358. Treff nummer 13 ble vurdert som relevant og derfor tatt i bruk: «Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department».

Se vedlegg 1 for oversiktstabell og vedlegg 2 for sjekklister som er brukt for forskningsartiklene.

3.4 Metode- og kildekritikk

En litteraturstudie går ut på å søke systematisk etter informasjon som er relevant til temaet. Kildekritikk går ut på å anvende kilder på en reflektert og informert måte slik en forsker skal kunne trekke konklusjoner som er holdbare (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 60-61). Kildekritikk går også ut på å vurdere hvor holdbar og gyldig litteraturen man finner er opp mot problemstilling man bruker (Trygstad & Dalland, 2020, s. 152).

Det har blitt arbeidet systematisk med å søke etter litteratur som er relevant opp mot problemstillingen. I tillegg til å selv være kildekritisk til enhver tid har det blitt brukt ulike skjemaer som er aktuelle for å kvalitetssikre litteraturen man har søkt etter. Sjekklistene har vært nyttige verktøy som forenkler arbeidet med kildekritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene som ble vurdert som aktuelle ble først lest grundig gjennom, videre ble det vurdert hvor relevant de var opp mot problemstillingen.

Når det kommer til ulik faglitteratur er det brukt ulik pensumlitteratur, men har også innhentet annen litteratur som kunne relateres til oppgaven. Forskningen som er brukt i oppgaven er engelsk. Dette er med på å underbygge fakta om temaet, da det støttes av internasjonal litteratur. Ønsket ikke å bruke artikler som var eldre enn 10 år i oppgaven.

3.5 Etiske vurderinger

De fire artiklene er skrevet på engelsk og dette medfører en fare for at man kan ha misforstått eller feiltolket det forfatterne belyser i sine artikler. Erfaringsbasert kunnskap er hentet fra praksissituasjoner som student underveis i sykepleiestudiet. Egne erfaringer som student er med for å støtte faglige argumenter, men de har ikke den samme tyngden som teori og forskning (Thidemann, 2019, s. 64). Eksempler brukt i drøftingen er også anonymisert.

4 Resultat

4.1. Artikkel 1

«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»
(Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo & Kvangarsnes, 2020).

Publisert i: Nursing Open

Studien hadde som hensikt å finne ut mer om sykepleieres oppfatning av pasientdeltakelse i forskjellige faser av hjerteinfarkt. Den er av et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming hvor totalt 22 sykepleiere med erfaring innenfor fagområde hjerte deltok i studien. Studien fant sted i Midt-Norge. Det kommer blant annet frem at alvorlighetsgraden av pasientene sin situasjon påvirker informasjonen sykepleierne gir. Studien peker på at informasjonen som ble gitt i den akutte fasen var vanskelig for pasientene å ta innover seg og ofte trengtes det gjentakelse. Studien peker også på at sykepleierne informerte pasientene så godt de kunne, men ofte var de ikke mottakelig for denne informasjonen på grunn av situasjonen. Studien avdekker viktigheten av samarbeid med legene for å formidle informasjon til hver enkelt pasient, hvor konsekvent informasjon var ble også sett på som viktig (Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo & Kvangarsnes, 2020).

4.2. Artikkel 2

«Life is lived forwards and understood backwards--experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis» (Fors, Dudas & Ekman, 2014).

Publisert i: International Journal Of Nursing Studies

Denne studien hadde som hensikt å ta for seg pasientenes opplevelser under innleggelse i sykehus med akutt koronarsyndrom. Det er en kvalitativ tolkningsintervju-studie hvor utvalget totalt var 12 pasienter i alderen 45–72 år, rammet av akutt koronarsyndrom ved to koronaravdelinger fra et universitetssykehus i Sverige. Funnene som ble gjort var blant annet

at pasientene som ble rammet av akutt koronarsyndrom fikk en bevissthet omkring hvor sårbart livet kan være. I tillegg kjente pasientene på frykt, angst og usikkerhet. De hadde et behov for å finne en forklaring på den plutselig oppståtte sykdommen. Den akutte fasen var overveldende og vanskelig å håndtere for pasientene. I konklusjonen peker forfatterne blant annet på at helsepersonell må vurdere pasientens perspektiv for å videreutvikle samspillet med pasientene (Fors, Dudas & Ekman, 2014).

4.3. Artikkel 3

«Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department» (Hermann, Long & Trotta, 2019).

Publisert i: Journal of Emergency Nursing

Denne studien tar for seg pasienters erfaringer med kommunikasjon i møte med sykepleiere i akuttmottak. Den belyser også hvordan sykepleiere kan fremme gode kommunikasjonsopplevelser og dermed omsorg i møte med slike pasienter. Studien er av et kvalitativt beskrivende design hvor 30 pasienter ble intervjuet ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Funnene viste at både grunnleggende og interaktive prinsipper var viktige i møte mellom pasient og sykepleier. De grunnleggende baserte seg på hvordan pasientene verdsatte det å bli møtt av sykepleier med høflighet og respekt, men også i form av fremtoning. De interaktive baserte seg på hvordan sykepleiere trygget, informerte og kommuniserte på en måte som gjorde at pasientene følte seg anerkjent. Forfatterne peker i konklusjonen på hvordan sykepleiere kan bruke tilstedeværelse og handlinger for å forbedre pasientkommunikasjonen og dermed pasienttilfredsheten (Hermann, Long & Trotta, 2019).

4.4. Artikkel 4

«Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department» (Elmqvist & Frank, 2014).

Publisert i: Scandinavian Journal of Caring Science

Dette er en kvalitativ studie som får frem pasientenes opplevelser/strategier for å håndtere sin situasjon ved akuttmottak i Sverige. Det er blitt gjort en sekundæranalyse av 13 kvalitative intervjuer. Studiens resultater peker på at pasientene har ulike strategier for å håndtere sin situasjon. Disse strategiene er delt inn i passive og aktive. De passive går ut på å være tålmodig, trekke seg tilbake, akseptere situasjonen og innfinne seg etter et prioriteringssystem på sykehuset. Den aktive derimot, går ut på å være mer aktiv ved å ha en skjult taktikk, hvor pasientene kunne skjule indre følelser fordi de er i en avhengighetssituasjon. En annen aktiv strategi er også å bruke en skjult taktikk med å være mer verbal og frempå, men også å bruke familien som ressurs og støtte i situasjonen. Forskerne peker i denne konklusjonen på viktigheten av å kunne gjenkjenne disse strategiene for å kunne hjelpe pasientene bedre (Elmqvist & Frank, 2014).

5. Drøfting

5.1. Psykososial ivaretagelse

Psykososiale behov handler om hvordan pasienten opplever sykdom. Ved akutt/kritisk sykdom kan pasienten oppleve psykososiale påkjenninger. Disse kan komme av sykdom i seg selv, men også belastningen av helsehjelpen som utøves (Stubberud, 2019, s. 15-16). Studien til (Fors et al., 2014) peker på at pasienter kan oppleve psykiske belastninger i den akutte fasen ved hjerteinfarkt. Situasjonen oppleves som overveldende og utløser ulike psykiske reaksjoner som frykt og angst. Dette er ikke uvanlig ved akutt/kritisk sykdom. Situasjonen kan være preget av ubehag og smerter, men også redsel for behandlingen i seg selv (Stubberud, 2019, s. 24-25). Dette er noe Ekeberg (2019, s. 270-271) også beskriver.

Travelbee (1999, s. 222) peker på at en sykepleier ikke vil unngå å hjelpe en pasient med fysiske smerter. På samme måte må sykepleieren hjelpe pasienten med opplevelsen av redsel og angst for noe pasienten erfarer som meningsløst. Sykepleieren skal utøve omsorg for hele mennesket, dette inkluderer også det psykiske aspektet ved det å være et menneske.

I sammenheng med dette kan det tenkes at en pasient som er akutt/kritisk syk opplever dette som en krise. En vanlig reaksjon er da å forsøke å mestre krisen. Krisemestring vil si hvordan man reagerer, handler, tenker og føler når man havner i plutselige og uforutsette situasjoner med store påkjenninger (Eide & Eide, 2017, s. 49). Hvordan hver enkelt pasient mestrer en krise, er opp til hvilke mestringsstrategier pasienten har. Pasienten har individuelle forutsetninger for å håndtere situasjonene de står i, og det er helt naturlig å forsøke å finne en forklaring på hvorfor man er havnet i en slik situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 31-32). Elmqvist & Frank (2014) beskriver situasjoner i akuttmottak som kan oppleves å være krevende og preget av effektivitet, noe som gjør at pasienter bruker ulike strategier for å beherske dette. En strategi som nevnes er «å overgi seg» til helsepersonellens omsorg, der pasientene vil kunne skjule følelser som sinne og håpløshet ovenfor helsepersonellet. Dermed vil pasienten innta en posisjon hvor han ikke er delaktig. Dette er noe Travelbee (1999, s. 124) også påpeker; hun sier at pasienten iblant unngår å spørre sykepleieren om noe, fordi pasienten frykter at det er for travelt. Pasienten kan komme til sykehus og være utrygg, han kan med det innta en passiv rolle i situasjonen, i frykt for å gjøre noe feil (Harris & Ursin, 2018, s. 233).

I kriser hvor reaksjonene kan være så ulike og pasienten kan virke helt upåvirket av situasjonen, kan enkle ting som kroppskontakt fra sykepleieren skape trygghet for pasienten (Cullberg, 2007, referert i Renolen, 2015, s. 184-185). Gjennom egne erfaringer fra praksis har jeg erfart hvor betryggende en sykepleiers tilstedeværelse kan være for pasienten.

Eksempel:

En mann falt om på gaten og han ble raskt brakt til sykehus der det ble konstatert et akutt hjerteinfarkt. Han var våken under hele forløpet. I påvente av PCI ringte pasienten hyppig på- og uttrykte redsel for å være alene. Man valgte å ha en fast sykepleier sammen med han gjennom behandlingen, noe som gav en ro og trygghet i situasjonen. Pasienten ga uttrykk for at sykepleieren hadde vært en ”reddende engel” gjennom hele forløpet.

Sykepleiers rolle for å fremme håp og tillit er å være tilgjengelig for pasienten. Ved å tilrettelegge for et miljø der pasienten kan snakke om de tingene som tynger og uroer, viser sykepleieren et ønske om å hjelpe. Sykepleieren fokuserer dermed på en psykososial ivaretagelse (Travelbee, 1999, s. 122-125).

Når pasienten opplever omsorg og ivaretagelse fremmer dette håp i situasjonen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 241). Ved at sykepleieren er medmenneskelig, informerer, viser forståelse og er der for pasienten styrker man opplevelsen av håp (Turner og Stokes, 2006, referert i Stubberud, 2019, s. 112).

Ved alvorlige diagnoser kan pasienten oppleve å bli så preget av situasjonen at han aktiverer mestringsstrategier for å håndtere dette (Renolen, 2015, s. 194). Fra en sykepleiers ståsted kan det tenkes at pasienten opplever situasjonen som fremmedgjørende og utrygg. Dette nevner Fors et al. (2014) i sin studie, da den akutte fasen kan oppleves som overveldende for pasienten. En pasient som innlegges på sykehus kan føle på å miste kontrollen over situasjonen. Dette medfører en usikkerhet som kan være utfordrende. En viktig del av sykepleierens oppgave er å la pasienten ta del i situasjonen. Dette vil fremme medbestemmelse og dermed virke tryggende for pasienten (Harris & Ursin, 2018, s. 231-232). I tillegg er det viktig at sykepleieren prøver å fremme aktivitet og engasjement hos pasienten for å tilpasse seg den nye situasjonen. Dermed vil pasienten bli delaktig og inkludert i situasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 512).

En pasient som ikke har sykdomshistorikk fra tidligere, kan oppleve den akutte fasen som uoversiktlig. Stubberud (2019, s. 25) viser til Karlsson mfl. (2012) som beskriver en avhengighetsfølelse hvor pasienten kan oppleve at sykehusomgivelsene og utstyret kan medvirke til å utløse angst og usikkerhet. For mange vil det derfor være en trygghet å være i nærheten av helsepersonell slik Elmquist og Frank (2014) beskriver i sin studie. Dette er også min erfaring gjennom tre år som sykepleierstudent, der fysisk tilstedeværelse ofte er en viktig faktor som kan bidra til å skape et miljø som gir stabilitet rundt pasienten i en krevende situasjon.

Som sykepleier må man prøve å forstå hvordan pasienten har det i sin situasjon. Pasientene selv reagerer ulikt og måten å håndtere situasjonen på kan endre seg raskt (Stubberud, 2019, s. 23). Sykepleieren må derfor anerkjenne pasienten i sin situasjon. Ved å vise ovenfor den syke at pasienten blir forstått og ikke er alene, etablerer man en tilknytning som kan gjøre

situasjonen lettere å mestre (Travelbee, 1999, s. 35). Dersom sykepleieren har en positiv forventning til situasjonen, vil dette smitte over på den akutt/kritisk syke (Cutcliffe, 1996, referert i Harris & Ursin, 2018, s. 228). På en annen side kan det tenkes at pasienten vil få en følelse av håpløshet og usikkerhet dersom sykepleieren ikke anerkjenner pasienten sine behov. Dette kan påvirke pasientens mestring av situasjonen.

Videre kan en sykehusinnleggelse virke skremmende for en pasient. Lokalene inneholder mye teknisk utstyr som kan skape utrygghet. Ofte er det et tidspress for å få avklart diagnose og få satt i gang behandling. Flere yrkesgrupper skal iverksette ulike tiltak og gjennomføre prosedyrer, noe som kan medføre økt utrygghet. Ved ulike undersøkelser og prosedyrer kreves det også at pasienten må kle av seg for helsepersonell. Dette kan medføre en økt utrygghet da pasienten ikke alltid er like godt informert (Dahl, 2014, s. 190-191).

Som sykepleier kan dette fremstå som rutinemessig, men for pasienten kan det virke både fremmedgjørende og ubehagelig. Her er det viktig at sykepleieren legger til rette for å ivareta pasientens verdighet. Sykepleieren må informere om hvorfor det er viktig at pasienten kler av seg, og eventuelt dekke til pasienten med pledd eller laken for å ivareta bluferdighet og begrense varigheten av prosedyren til det nødvendige. Dette gjør at pasienten kan gjenvinne trygghet så raskt som mulig. Dette understreker hvorfor det er viktig at sykepleieren prøver å bli kjent med personen bak diagnosen og tilstreber å forstå hva som er viktig for akkurat denne personen (Stubberud, 2019, s. 105).

Pasienten har individuelle måter å mestre kriser på. Som sykepleier kan kommunikasjonen være utfordrende da pasienten har individuelle mestringsstrategier. Like fullt, er det avgjørende å prøve å møte pasienten der den er. Dette betyr å anerkjenne og vise forståelse for dens håndtering av situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 53). Ved å forstå pasientens opplevelse og håndtering av den akutte/kritiske sykdommen, «ser» sykepleieren pasienten, noe som fremmer trygghet og tillit i situasjonen (Stubberud, 2019, s. 113). Stubberud (2019, s. 88) viser til Haviks kontrollmodell (1989, 1992) og intervensjoner som fremmer psykososial ivaretagelse. Dette er også erfaringer jeg har fra praksis gjennom studiet.

Eksempel: På akuttmottak ble en pasient innlagt med mistanke om et akutt hjerteinfarkt. Kontaktsykepleieren min og jeg skulle ta imot pasienten og gjennomføre de nødvendige undersøkelsene. Pasienten fremsto forvirret og stresset over mengden helsepersonell og at «vi hadde slik hast». Kontaktsykepleieren min og jeg presenterte oss. Vi bisto pasienten til et godt sengeleie. Videre informerte vi pasienten om hva

som kom til å skje og hvorfor det måtte skje så fort. Pasienten fikk beskjed om å prøve å slappe av så godt det lot seg gjøre. Vi forsikret pasienten om at vi skulle være til stede og hjelpe, helt til «kaoset» var avklart. Dette hjalp pasienten til å forstå alvoret i situasjonen, samtidig som det ga en trygghet at vi informerte og inkluderte. Ved å anerkjenne pasienten sine følelser og opplevelser, «så» vi pasienten og fremmet dermed en trygghet og kontroll i situasjonen. Dette stemmer godt overens med Haviks kontrollmodell (1989, 1992), referert i (Stubberud 2019, s. 88). Hadde vi ikke tatt oss bryet med å inkludere pasienten, men heller hastet oss gjennom prosedyrer og undersøkelser er jeg av den oppfatning at det kunne forverret situasjonen. Pasienten kunne blitt mer forvirret og stresset, noe som kunne påvirke trygghetsfølelsen.

Antall helsepersonell pasienten må forholde seg til, har noe å si for hvor trygg pasienten føler seg i situasjonen. Kontinuitet med så lite helsepersonell som mulig vil skape et mer forutsigbart miljø for pasienten. Et miljø med forutsigbarhet fra sykepleiernes side styrker pasientens selvbilde, integritet og verdighet (Stubberud, 2019, s. 94-95). På en annen side kan det tenkes at pasienten kan føle manglende tillit til helsepersonellet dersom det stadig dukker opp nye mennesker å forholde seg til. Dette kan resultere i at det blir vanskelig for helsepersonell å hente ut nødvendig informasjon fra pasienten.

5.2. Kommunikasjon og informasjon ved akutt og/eller kritisk sykdom

Pasienten som selv står i krisesituasjoner, kan ha vansker med å ta innover seg all informasjonen som blir gitt (Bårdsgjerde et al., 2020). Dette er noe Eikeland et al. (2016, s. 251) også peker på ved hjerteinfarkt; jo tidligere i krisen informasjonen gis, desto mindre får pasienten med seg, noe Renolen (2015, s. 192) også beskriver. Dette gjør at selv om informasjonsbehovet er stort, gjenspeiler dette ikke mengden informasjon som pasienten faktisk tar til seg. Samtidig er informasjonen viktig for at pasienten skal ha kontroll på situasjonen og føle en forutsigbarhet ved akutt/kritisk sykdom. Dette kan være vanskelig i stressende situasjoner (Stubberud, 2019, s. 89-90). Informasjon vil tydeliggjøre det som ligger fremfor en og pasienten kan dermed forberede seg mentalt på det som venter og føle en viss forutsigbarhet. Sykepleieren må derfor tilpasse informasjonen slik at den enkelt kan forstås,

den må ofte gjentas flere ganger da pasienten lett kan glemme i en slik fase (Stubberud, 2019, s. 89-90).

Gjennom egne erfaringer i praksis har kommunikasjon og informasjon stått sentralt i situasjoner med akutt/kritisk sykdom. Under observasjon/deltakelse av mistenkt hjerteinfarkt går ting fort og situasjonen kan være uoversiktlig. Dette kan medføre at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier fort blir for overveldende. Dette er noe Bårdsgjerde et al. (2020) peker på; pasienten kan ha vanskeligheter med å forstå informasjonen som blir gitt i en akutt fase da tid er en nøkkelfaktor for behandlingsresultatet. Tiden er avgjørende for å redde mest mulig av myokard, noe som bedrer overlevelsesmulighetene (Eikeland et al., 2016, s. 245). Dette er noe som må vurderes fortløpende, da tidspresset noen ganger er for stort til at kommunikasjonen kan få den plassen den bør ha. Da er det etter min erfaring viktig å følge opp pasienten så godt det lar seg gjøre, og informere fortløpende om hva som skal skje for å trygge pasienten best mulig.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er et viktig verktøy i informasjonsdeling og relasjonsbygging. Pasienten uttrykker behov for hjelp gjennom kommunikasjon, og sykepleieren benytter kommunikasjon for å søke og gi informasjon, men også som en formidling av omsorg (Travelbee, 1999, s. 137). Ved å forstå pasienten bedre gjennom god kommunikasjon vil det være lettere å identifisere behovet for hjelp og finne ut av dette sammen. Dette igjen vil gi en følelse av trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 39). Egne erfaringer tilsier at gode relasjoner mellom sykepleier og pasient gjør det enklere å skaffe viktig og riktig informasjon. Sensitive opplysninger om helse kan være vanskelig å dele, derfor er tryggheten og tilliten oss imellom viktig.

Underveis i studiet har jeg selv opplevd en situasjon hvor informasjonen ikke ble vektlagt i stor nok grad. Her beskrev en pasient å ikke føle seg inkludert under samtaler med sykepleier og lege. Dette gjorde at pasienten følte seg oversett og objektifisert. Dette påvirket også informasjonsflyten mellom pasient og helsepersonell. Jeg opplevde ikke at pasienten hadde tillitt til oss. En slik avhumanisering gjør at pasientens integritet kan oppleves som truet (Stubberud, 2019, s. 26). Dessuten har pasienten rettigheter når det kommer til informasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) beskriver at pasienten har rett på individuell tilpasset informasjon rundt egen tilstand. Stubberud (2019, s. 116) beskriver viktigheten av at

helsepersonell er bevisst rundt pasienten og ikke snakker over hodet på han. Dette kan igjen føre til at pasienten inntar en passiv rolle i situasjonen.

Hermann et al. (2019) peker i sin studie på at kommunikasjonen og informasjonen sykepleieren gir, fremmer ivaretagelse og anerkjennelse hos pasientene. Kommunikasjonsinteraksjonen mellom sykepleier og pasienten er viktig for å kunne identifisere pasientens behov for hjelp og sykepleie. En slik interaksjon vil hjelpe sykepleieren å kjenne pasienten, ikke ved å sette seg inn i pasienten sin situasjon, men ved å prøve å forstå hvordan han har det. Samtidig er ikke kommunikasjon et mål i seg selv, men et verktøy for å nå målene ved sykepleie (Travelbee, 1999, s. 139-145). Ut i fra egne erfaringer under observasjon av sykepleier-pasient interaksjon, har det ofte blitt brukt sjekklister og skjemaer i samtalen omkring pasientens situasjon. Dette gjør at pasientens subjektive opplevelser ikke kommer like tydelig frem. Kommunikasjonen er også et verktøy hvor sykepleieren ofte styrer samtalen. Ved å fokusere på pasientens subjektive opplevelse blir samtalen mer fokusert rundt pasientens ressurser (Netland et al., 2011).

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er en kontinuerlig prosess. Hermann et al. (2019) peker i sin studie på viktigheten av det non-verbale uttrykket for å fremme en positiv kommunikasjonsopplevelse. Stubberud (2019, s. 113-114) viser til Håkonsen (2014) som sier at ved å være tilgjengelig, med en riktig kroppsstilling, øyekontakt og kroppsholdning viser man en oppmerksomhet ovenfor pasienten. Det nonverbale uttrykket man viser ovenfor pasienten kan være viktig fordi man viser hvor innstilt man er på å lytte og hjelpe. Dette virker igjen inn på hvorvidt pasienten føler seg godt ivaretatt eller ikke. Uansett pasientsituasjon, vil en nonverbal og bekræftende kommunikasjon bidra til å fremme tillit (Eide & Eide, 2017, s. 136-137).

Ved å lytte aktivt, anerkjenner og identifiserer man pasientens behov, noe som gjør kartleggingen av pasientens behov lettere (Eide & Eide, 2017, s. 118-119). Gjennom egne erfaringer fra praksis har jeg også sett at de verbale kommunikasjonsferdighetene er viktig for å fremme en positiv opplevelse. Riktig ord og stemmebruk, anerkjennelse og tilpasning til pasientens situasjon har jeg erfart både gode og mindre gode eksempler på. I møte med akutt/kritisk syke er mine erfaringer at en vennlig tone, med åpne spørsmål vil gjøre at pasienten føler seg anerkjent og lettere uttrykker sine behov. Den verbale måten å uttrykke seg på er en ferdighet man aldri blir utlært i, fordi ingen pasienter er like. Den gode

profesjonelle kommunikasjonen består av å bruke ulike kommunikasjonsformer for å opprette kontakt, samtidig som man aktivt lytter og trekker ut det viktige i samtalen. Det er også viktig at man viser en tilstedeværelse i samtalen. Dette viser samspillet mellom den nonverbale og verbale kommunikasjonen, noe som er en kunst å håndtere (Eide & Eide, 2017, s. 22).

Videre er kommunikasjonen viktig for å kvalitetssikre arbeidet en sykepleier gjør. Ved dårlig og mangelfull kommunikasjon kan det resultere i uheldige valg og vurderinger som kunne vært unngått om man i stedet var klar, tydelig og til stede i situasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 40). Dullaghan mfl. (2014), Meriläinen mfl. (2013) & Samuelsson mfl. (2018), referert i (Stubberud, 2019, s. 24), peker på at manglende informasjon kan resultere i vrangforestillinger om egen situasjon. Som sykepleierstudent i praksis opplevde jeg at en pasient ikke var godt nok informert av sykepleieren om en undersøkelse som var sentral i behandlingen for å utelukke hjerteinfarkt. Pasienten hadde ikke forstått informasjonen sykepleieren hadde gitt om den videre undersøkelse. Dette medførte at pasienten fortsatt fryktet en dårlig tilbakemelding og bekymret seg unødige. En slik situasjon tydeliggjør ansvaret en sykepleier har ved å kommunisere, informere og gjenta om nødvendig for å sikre at pasienten har forstått det som er blitt formidlet. Dette kan avdramatisere mye av det som skjer og dermed hjelpe pasienten med å mestre situasjonen bedre (Stubberud, 2019, s. 89).

I situasjoner som oppleves som utfordrende for pasienten, er det viktig at sykepleieren prøve å forstå hvordan han har det. Et viktig verktøy i denne prosessen er å etablere empati med pasienten (Travelbee, 1999, s. 193). Stubberud (2019, s. 115) viser til Håkonsen (2014) som sier at en empatisk innlevelse i pasientens situasjon vil gjøre relasjonsbyggingen lettere, dette tydeliggjør identifisering av hjelpebehov og gjør iverksetting av tiltak enklere. Renolen (2015, s. 209-210) viser til William & Stickley (2010) som peker på at empati i pasientomsorg har som hensikt å vise forståelse for pasientens opplevelse, samt det å ha en støttende og trøstende funksjon.

Det at sykepleieren viser empati er viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt. Empati gjør også en sykepleiers handlinger mer holdbare, fordi de er basert på den enkelte pasients opplevelse og situasjon (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s. 90). Dette er noe Hermann et al. (2019) også peker på i sin studie. Enkelte deltakere formidlet her at kommunikasjonsteknikkene til sykepleierne virket inn på deres trygghetsfølelse. Det medførte at de følte seg anerkjent og beroliget i situasjonen. Empati som en profesjonell ferdighet går

ut på å fange opp pasientens tanker og følelser, for så å svare på en måte som viser at man har forstått pasienten, og ønsker å hjelpe han (Eide & Eide, 2017, s. 158). Med en slik empatisk tilnærming kan det tenkes at pasienten føler seg tryggere i situasjonen. Når empati oppstår med en pasient, etableres det en type kontakt og nærhet som gir sykepleieren en ny forståelse av pasienten. Dette fordi man nå vil få en ny forståelse av den andres ytre adferd og indre opplevelse av situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 33).

6. Konklusjon

«Hvordan kan sykepleier ivareta psykososiale behov hos en pasient som har gjennomgått hjerteinfarkt i en akutt/kritisk fase».

I min bacheloroppgave har jeg ønsket å tilegne meg kunnskap innen psykososial sykepleie. Oppgaven ble knyttet til en pasientgruppe, hjerteinfarkt i en akutfase. Denne diagnosegruppen ble valgt på bakgrunn av egne erfaringer fra praksis. Gjennom teori brukt i dette litteraturstudie har jeg tilegnet meg økt kunnskap om hva som kan påvirke pasientens psykososiale behov ved et akutt hjerteinfarkt. Oppgaven har også vist hvordan en sykepleier kan bidra med angstreduserende tiltak og personsentrert kommunikasjon i den akutt/kritiske delen av sykdommen. I drøftingsdelen er det også blitt belyst enkelte fallgruver sykepleier kan møte i kommunikasjonsinteraksjonen. Jeg har fått økt forståelse for at personsentrerte kommunikasjonsferdigheter er viktig i møte med pasienten. Kommunikasjon er et samspill mellom det nonverbale og verbale. I den nonverbale kommunikasjonen er fokuset på hvordan sykepleieren opptrer ovenfor pasienten, og hvordan sykepleieren fremstår med blant annet kroppsholdning, ansiktsuttrykk og stemmebruk. Den verbale kommunikasjonen skal bære preg av at sykepleieren er åpen og lytter aktivt i møte med pasienten.

Ved hjelp av Travelbees sykepleierteori har jeg lært at sykepleie skal bære preg av personsentrert omsorg i møte med pasienten. Hjørnesteinen i hennes sykepleieteori er individuell behandling, kommunikasjon og samhandling for å ivareta god sykepleie. Psykososial sykepleie handler om å tilrettelegge for at pasienten skal kunne mestre sin sykdom. Jeg har lært at ved gode kommunikasjonsferdigheter kan jeg som sykepleier hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre krisen bedre.

Det har vært en utfordrende oppgave da temaet er stort. Psykososial ivaretagelse er et omfattende fagområde, derfor har det vært nødvendig å avgrense oppgaven og fokusere på deler av ivaretagelsen opp mot valgt diagnose og sykdomsfase. Jeg sitter igjen med ny og viktig kunnskap om dette temaet. Håpet er at det vil gi meg økt forståelse i møte med denne pasientgruppen som kan føre til en bedre psykososial ivaretagelse av pasienten ved akutt/kritisk sykdom.

Avslutningsvis ønsker jeg å understreke at dette er en livslang ferdighetsprosess hvor profesjonell og god kommunikasjon bærer preg av kontinuerlig trening og refleksjon.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care : A practical guide*. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/reader.action?docID=6212137&ppg=1>.
- Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing open*, 7(5), 1606–1615. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/nop2.544>.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag AS.
- Dahl, A. A. (2014). Frykt, angst og angstlidelser. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. (1.utg, s. 189-202). Cappelen.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal.
- Dored, G. (2011, 19. April). Kronikk: Et faglig blikk på empati. *Sykepleien fagfelleurdert forskning*. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0073>.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. (3.utg.). Gyldendal.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bd. 1*. (5.utg, s. 229 – 276). Gyldendal.
- Ekeberg, Ø. (2019). Akutt psykiatri. I J. H. Haugen (Red.), *Akuttmedisin- utenfor sykehus*. (4.utg, s. 269-287). Gyldendal.

- Elmqvist, C., & Frank, C. (2014). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(1), 145–151. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12143>.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 18. Juni). *Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>.
- Fors, A., Dudas, K., & Ekman, I. (2014). Life is lived forwards and understood backwards--experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis. *International journal of nursing studies*, 51(3), 430–437. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012>.
- Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg, s. 221-234). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. Juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.
- Hermann, R. M., Lang, E., & Trotta, R. L. (2019). Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department. *Journal of Emergency nursing*, 45(5), 523-530. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jen.2018.12.001>.
- Hummelvoll, Jan Kåre (2012): *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Gyldendal.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, P., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.),

Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon. (3.utg, s. 15-27).
Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 1. Sykepleie – fag og funksjon.* (3.utg, s. 89-132). Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bd. 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg, s. 15-64). Gyldendal.

Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.* Gyldendal.

Netland, H., Fåln, N. & Norekvål, T. M. (2011). Kardiologisk sykepleie: Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/samtaler-kan-styrke-hjertepasienten>.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1.* (5.utg, s. 17 – 39). Gyldendal.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter.* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker- en innføring i psykologi for helsefag.* Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2021, 13. April). *Pasienter på sykehus*. <https://www.ssb.no/pasient>.

- Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2019). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 233–257). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 48-77). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 15-47). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2019). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 179-201). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2019). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg, s. 78-125). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2020). Å ivareta pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 79-110). Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E.-B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (2.utg, s. 164–198). Gyldendal.

Vedlegg 1

Oversiktstabell for forskningssøk

Dato	Nummer	Søkeord/søkekombinasjoner	Avgrensing	Database	Funn	Type studie
22.03.2021	Artikkel 1: «Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»	Myocardial infarction AND patient participation AND nurses perception	2011- 2021	PubMed	8 treff totalt. 5 etter avgrensing. Treff nummer 1 ble benyttet	Kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming
24.03.2021	Artikkel 2: «Life is lived forwards and understood backwards-- experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis»	Myocardial infarction AND Patient-centered care AND Acute coronary syndrom	2011 - 2021	PubMed	19 treff totalt. 18 etter avgrensing. Treff nummer 15 ble tatt i bruk.	En kvalitativ tolkningsintervju-studie (a narrative analysis)
27.03.2021	Artikkel 3: «Improving Patients' Experiences Communicating	Emergency department AND Nurse-patient relations AND Communication	2011 - 2021	Cinahl	52 treff totalt. 32 treff etter avgrensing årstall og	Kvalitativt design ved hjelp av semistrukturert intervjumetode.

	With Nurses and Providers in the Emergency Department»				valg av «peer reviewed» Artikkel nummer 5 ble anvendt.	
28.03.2021	Artikkel 4: «Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department»	«emergency department» AND «patient perspective» AND «strategies»	2011 - 2021	PubMed	423 treff totalt, 358 etter avgrensing. Treff 13 ble anvendt.	Kvalitativt design med påfølgende sekundæranalyse.

Vedlegg 2

Sjekkliste for kvalitativ studie

Eksempel med artikkel 1:

«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»

(Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo & Kvangarsnes, 2020).

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte av problemstillingen ble besvart?	Ja
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja
8. Går det klart frem hvordan analysen er gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja
9. Er funnene klart presentert?	Ja
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttig