



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

**Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning
(Bacheloroppgave).**

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr: 12

Leveringsfrist: 23.02.12. Kl 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen.

Veileder: Frode Skorpen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

**OPPLEVELSE AV TRYGGHET HOS DEN AKUTT
KRITISK SYKE I MØTET MED SYKEPLEIER
I SOMATISK AKUTTMOTTAK**

Bacheloroppgave i Sykepleie

Stord, 2012

Kull; 2009

Antall ord; 8382

Nøkkelord: *Møte- Sykepleier- Pasient , Kommunikasjon, Informasjon, Trygghet,
Sykepleiefaglig kunnskap*

Norsk tittel: Opplevelse av trygghet hos den akutt kritisk syke i møtet med sykepleier i somatisk akuttmottak

Bakgrunn for valg av tema: Under min sykepleierutdanning har jeg funnet ut at jeg har et brennende interesse for akuttsykepleien og hvordan pasienten opplever møtet med sykepleier i akuttmottak . Statens helsetilsyn viser til et tilsyn utført på 27 av 54 akuttmottak i Norge, der den faglig forsvarlige pasientbehandlingen slik helselovgivningen pålegger, er uakseptabel. Akuttmottaket er pasientens første møte med helsevesenet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier møte den akutt kritisk syke pasienten i somatisk akuttmottak og bidra til opplevelse av trygghet?

Hensikt: Oppgaven ønsker å belyse den akutt kritisk sykes møte med sykepleier samt dens opplevelse av trygghet i somatisk akuttmottak og hvordan sykepleier kan møte disse for å formidle trygghet.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det er gjort søk i CINAHL, PubMed og Science Direct hvor hovedvekt på søkeorden var; *Trauma, emergency department, patient view, nursing, critically ill, psychological care*. Det ble inkludert 4 artikler, hvorav 3 baserer seg på studier gjennomført i Sverige. Det ble også brukt en landsoppfattende rapport fra helsetilsynet i Norge .

Resultat: Forskning viser at kommunikasjon, informasjon og effektivitet/teknisk/sykepleiefaglig kunnskap er viktig for trygghetsfølelsen hos pasienten. Det er i følge en rapport fra helsetilsynet grunn til bekymring når det gjelder faglig forsvarlig pasientbehandling i 24 av 54 akuttmottak i Norge i travle perioder.

Oppsummering: Den akutt kritisk syke pasienten kommer til akuttmottaket i en svært sårbar situasjon. Første møtet med sykepleieren er av stor betydning for totalopplevelsen av å være på sykehus. Jeg har sett på pasientens opplevelse av møtet med sykepleier og hva som bidrar til opplevelsen av trygghet i akuttmottak. I teoridelen har jeg nevnt verdigrunnlaget for sykepleie, videre har jeg belyst Joyce Travelbees sykepleiefilosofi. Jeg har vektlagt temaer som kommunikasjon, informasjon og teknisk/sykepleiefaglig kompetanse. Har drøftet hvordan sykepleier kan møte og bidra til trygghet hos den akutt kritisk syke pasienten.

Summary

Title: The experience of safety in the critically ill patient, with the encounter with the nurse in somatic emergency department.

Basis for the choice of theme: During my time as a nursing student, I've found out that I have a passion for acute nursing and about how the patient experience the encounter with the nurse in the emergency department. The board of Health in Norway refers to an audit performed in 27 of 54 emergency departments in the country, where the proper professional healthcare legislation imposes, is unacceptable. The emergency department is the patient's first encounter with the health care system.

Question: How can the nurse encounter the acute critically ill patient in the somatic emergency department and contribute to the perception of safety?

Purpose: The thesis would like to elucidate the critically ill patients encounter with a nurse, as well as its experiences of safety in a somatic emergency department and how nurses can encounter them in order to provide safety.

Method: The thesis is a literature study. I have searched in databases such as CINAHL, PubMed and Science Direct. The main emphasis on the search was; *Trauma, emergency department, patient view, nursing*. 4 out of 3 articles were based on studies conducted in Sweden. There was made a comprehensive report from the Board of Health in Norway.

Results: Research shows that communication, information and efficiency/technical/ nursing - knowledge is important for the feeling of safety in the patient. There is, according to a report from the Board of Health due to concerns about patient care professionally in 24 of 54 emergency departments in Norway in busy periods.

Summary: The acute critically ill patient comes to the emergency department in a very vulnerable situation. First meeting with the nurse is of significance for the total experience of being in hospital. I have looked at the patient's experience of meeting with the nurse and what contributes to the perception of safety in the emergency department. In the theory part I have mentioned the basic values of nursing and Joyce Travelbee's nursing theory. I have emphasized issues such as communication, information and technical/professional nursing competence. I have discussed how the nurse can encounter the patient and contribute to the feeling of safety.

Sammendrag

| | |
|---|----|
| 1. Innledning..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| Et innblikk i praksis | 1 |
| 1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling..... | 3 |
| 1.3 Oppgavens oppbygning..... | 3 |
| 1.4 Målet med oppgaven | 3 |
| 2. Teori..... | 4 |
| 2.1 Yrkesetikk | 4 |
| 2.2 Joyce Travelbee | 4 |
| Menneske- til menneske -forhold | 4 |
| 2.3 Å å være akutt kritisk syk..... | 6 |
| 2.4 Møtet med den akutt kritisk syke | 6 |
| 2.5 Førsteintrykk | 6 |
| 2.6 Fysiologiske reaksjoner på akutt sykdom..... | 7 |
| 2.7 Tillit og trygghet..... | 7 |
| 2.8 Pårørende | 8 |
| 2.9 Kommunikasjon..... | 9 |
| 2.9 Informasjon | 10 |
| 2.9 Teknisk/fysisk kompetanse | 10 |
| 2.9 Triage-system | 12 |
| 3.0 Metode | 13 |
| 3.1 Hva er metode | 13 |
| 3.2 Litteraturstudie som metode | 13 |
| 3.3 Metodens sterke og svake sider..... | 14 |
| 3.4 Fremgangsmåte..... | 14 |
| 3.5 Kildekritikk..... | 15 |
| 3.6 Etske aspekter | 15 |
| 4.0 Resultat..... | 16 |
| 5.0 Drøfting..... | 21 |
| 6. Konklusjon | 30 |
| Vedlegg..... | I |
| Vedlegg 1 Søketabell | I |
| Vedlegg 2 Søketabell | II |

| | |
|---|-------|
| Vedlegg 3 Resultattabell..... | II |
| Vedlegg 4: "Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients"(M. Patricia Hawley, 2000)..... | VII |
| Vedlegg 5: "Acuity and Anxiety from the patient`s perspective in the emergency department"(Ekwall, 2010). | VIII |
| Vedlegg 6: "Trauma patient`s encounters with the team in the emergency department- A qualitative study" (E. Wikman, 2006)..... | IX |
| Vedlegg 7: " Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department"(K. E. Gøransson, A. von Rosen, 2009). | X |
| Vedlegg 8: Sjekkliste kvalitativ forskningsstudie- "Nurse comforting strategies- Perceptions of emergency department patients":..... | XI |
| Vedlegg 9: Sjekkliste kvalitativ forskningsstudie-" Trauma patients encounters with the team in emergency department" | XII |
| Vedlegg 10: Sjekkliste tverrsnittstudie : "Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department" | XIII |
| Vedlegg 11: Sjekkliste tverrsnittstudie- "Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department" | XIV |
| Vedlegg 12: Arbetsbeskrivning Triage | XV |
| Vedlegg 13: Triage nivåer | XVI |
| Vedlegg 14: Arbetsbeskrivning för triage og teamarbeid | XVII |
| Vedlegg 15: Akuttjournal..... | XVIII |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av min sykepleieutdanning har jeg funnet ut at jeg brenner for akuttisykepleien. Jeg har møtt kritisk syke pasienter i praksis på intensivavdeling, akuttmottak i Sør-Afrika og jeg har også erfaring fra å jobbe på akuttmottak i Sverige. Gjennom egne erfaringer både fra praksis og jobbmessig har jeg opplevd hvordan pasienter reagerer ved de første møtet med helsevesenet. Vi vet alle at nye og ukjente omgivelser gjør at vi blir engstelige. Kravet om effektivisering og tidsmangel er utfordringer sykepleiere står innenfor daglig. Det er en stor utfordring for sykepleieren å møte den akutt kritisk syke pasienten i akuttmottak slik at den føler seg trygg. Sykepleieren må ha gode kunnskaper om hvordan hun skal handle i møtet med den kritisk syke, både når det gjelder å arbeide effektivt, men også hvordan en etablerer en god relasjon til pasienten. Mitt møte med kritisk syke i Sør-Afrika var et møte jeg aldri kommer til å glemme. Jeg vil skrive denne oppgave som ett minne av min tid med disse pasientene i Norge, Sverige og i Sør-Afrika, men mest for å dele mine erfaringer og vekke spørsmålet om hvordan en kan utvikles til å bli en enda bedre rustet sykepleier, slik at man kan møte og hjelpe flere pasienter som disse i fremtiden. Menneskene jeg har møtt i akuttmottak har vært forundringsvert åpne og villige til å fortelle om seg selve og deres liv. Jeg vil si disse møtene vil være med på å berike mitt liv.

Et innblikk i praksis

Jeg ble daglig møtt av en altfor hektisk og resurssvak hverdag, der livet til et menneske ikke var verdt mye. Jeg ble møtt av to engasjerte, oppgitte, utslitte og hardt arbeidende sykepleiere. Jeg møtte hverdagen til en sykepleier. Jeg ser meg omkring og er ivrig å gjøre noe.

Overalt ligger mennesker som ber om min hjelp. Kanskje det er en skje til å spise mat, kanskje det er å få vite veien til toalettet. Kanskje det er et rent laken, eller kanskje de bare vil ha en hånd å holde i. Denne dagen møter jeg en ung man, han kan ikke være mer enn 20 år gammel. Det virker som om han er plaget av angst. Han er urolig, irritabel og aggressiv.

Siden guttens journal er forsvunnet spør jeg en av de travle sykepleierene om hva som feiler pasienten. Jeg får svaret ” - Den pasienten er jeg ikke innsatt i, men du vet at de her ungdommene tar mye dop”.

Jeg gikk frem til sengen, satte meg ned med gutten og prøvde å roe han ned, sammen med hans far, som virket frustrert og oppgitt over å ha prøvd dette lenge. Pasienten legger seg ned og jeg stryker ham på hånden. Han hadde ikke sovet på flere uker. Hans far blir overlykkelig når han ser at hans sønn endelig kan slappe av. Jeg får følelsen av å være til nytte. Jeg sitter med gutten en stund, til jeg ser at han sovner dypt og virker avslappet.

Jeg går frem til faren, som står ved enden av sengen og spør han hva som egentlig har skjedd med hans sønn. Han forteller meg at hans sønn er en god rugbyspiller og at han alltid har elsket sport. For et år siden, sier han, fikk min sønn et slag mot hodet, men legene valgte å ikke gjøre noen kontroller, da han var inne på sykehuset rett etter hendelsen. I et år har han gått med uro i kroppen og vært aggressiv og glad i perioder. De siste ukene har han ikke kunnet sove, kun 5 min i strekk.

I journalen, som nå er tilbake på plass, finnes det resultat av CT undersøkelse. CT- bildet viser ødem på hjernen, noe som kan forklare hvorfor han er aggressiv. Guttens bestemor og hans gravide søster kommer også inn, gråtendes. De forteller om deres første møte med sykepleier, om hvordan de antok at dette hadde med dop å gjøre. Jeg spør de hvilken informasjon de har fått.

Jeg spurte de om de blitt informert om at deres sønn har et ødem på hjernen. Ja, svarer de. Jeg forteller de at dette kan være årsaken til at han oppfører seg som han gjør nå. Videre forklarer jeg at trykket på hjernen kan gjøre at de ulike systemene i hjernen og i kroppen mister funksjon eller fungerer verre.

De var lettet over å høre dette, siden de ikke hadde kjent igjen sin sønn og hans personlighet de siste månedene. Det var tydelig at informasjonen de fått ikke var tilstrekkelig for å forstå. Jeg står lenge med familien og samtaler. Når de går sier jeg at jeg skal gjøre mitt beste for å hjelpe og holde et øye med gutten under hele kvelden.

De takker meg og går gråtendes ut av salen.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Tidsmangel og krav om effektivitet tilhører dagene på sykehus, og spesielt i mottaket. Møtet mellom pasient og sykepleier og kunnskapene om hvordan en skaper en god relasjon til pasienten på kort tid, er ekstra viktig i akuttmottak.

Jeg har valgt å legge fokus på pasientens opplevelse i min oppgave og tar derfor utgangspunkt i resultat av forskning i min drøfting av problemstillingen. For å avgrense oppgaven, måtte jeg derfor ekskludere en del temaer og legge fokus på andre.

1.3 Oppgavens oppbygning

I innledningen viser jeg til et konkret møte som jeg erfart fra praksis, slik at det kan være et grunnlag i drøftingen av problemstillingen i oppgaven og jeg tar for meg valg av tema, problemstilling og presisering av oppgaven.

I teoridelen trekker jeg frem litt om verdigrunnlaget og nevner de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Videre har jeg valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, siden hennes syn og verdier er relevante for min problemstilling. Her legger jeg vekt på menneskesyn og hvordan menneske - til menneske- forholdet skapes.

I drøftingen trekker jeg inn situasjonen fra praksis og vurderer det opp til teori og forskningsresultat. Jeg velger i noen tilfeller også å trekke inn det loven sier.

I konklusjonen prøver jeg å komme frem til et svar på problemstillingen.

1.4 Målet med oppgaven

Målet med oppgaven er å gjøre sykepleiere bevisst på møtet med den akutt kritisk syke pasienten og bidra til at pasienten føler seg trygg. Målet er også og selv å tilegne meg kunnskaper om dette, siden jeg har et ønske om å jobbe med de akutte kritisk syke pasientene i fremtiden. Jeg har valgt å fokusere på møtet og på de psykososiale reaksjonene til pasienten. Det må enda presiseres at sykepleierens oppgave i den akutte fasen hos den akutt kritisk syke, er å stabilisere den fysiske tilstanden samt å iverksette tiltak for å opprettholde/ eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Dette har alltid har høyest prioritering (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2. Teori

2.1 Yrkesetikk

Verdier som beskriver sykepleiefagets kjerne er; Respekt for den enkelte menneskes liv og iboende nestekjærlighet, respekt for grunnleggelse menneskerettigheter og medmenneskelighet. Verdigrunnlaget for sykepleie er nedfelt i Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer, og i ICN's (International Council of Nurses). ICN har formulert fire punkter som er sykepleier ansvar; Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse (Brinchmann,2007).

2.2 Joyce Travelbee

Menneske- til menneske -forhold

En av Joyce Travelbee`s sine grunntanker er etableringen av et menneske - til menneske forhold. Hun mener at når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske, oppstår den reelle kontakten (Travelbee , 2001). Den første fasen i utviklingen av dette forhold, er det innledende møtet. Når man som sykepleier møter en person for første gang, vil en observere og gjøre opp meninger om vedkommende. Utefra de konklusjoner som trekkes, vil visse følelser oppstå. Observasjoner er viktige og danner grunnlag for de beslutninger som tas. Den første oppfatningen kalles førsteinntrykk. Her trekker en slutninger og på grunnlag av det en ser fra andre og ved verbal og nonverbal kommunikasjon. Er førsteinntrykket av en person godt, er det trolig fordi at personen minner oss om noen vi har kjent tideligere, og fordi det er noen vi har en viss nærhet til. Ved det første møtet ser vanligvis den syke på sykepleieren som en ”sykepleier”, og sykepleieren ser på den syke personen som ”pasienten”. En ser hverandre i liten grad som enkelt individer. Sykepleieres oppgave er her å bryte kategoriseringen og oppfatte ”mennesket” i pasienten. Den andre fasen en går igjennom er fremveksten av identiteter. Her etableres en tilknytning mellom to individer, og sykepleier og pasient begynner å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre mindre som kategorier. Her fanger sykepleier opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Forholdet legger grunnlag for empati og utdyper prosessen av mot gjensidig forståelse.

Å føle empati med noen menes å ta del av, men samtidig stå utenfor objektet for empatien (Travelbee, 2001). Empati, å kunne leve seg in i andres følelser og forholde seg konstruktivt til dem, er nødvendig for sykepleiere å ha når en skal hjelpe en person i en krise situasjon. Med dette menes at en må kunne balansere mellom å involvere seg og å ha en nødvendig distanse til andres følelser. Den profesjonelle sykepleieren klarer av å være medfølende uten å bli handlingslammet av sine egne følelser i møtet med pasienten (Renolen ,2008). I følge Travelbee er empati i seg selv ikke tilstrekkelig for å kunne hjelpe et menneske. Sykepleier må over i en annen fase, der hun, ikke fordi andre forventer det, men at hun selv vill, hjelpe det andre mennesket. For å oppnå dette må sympati og medfølelse finnes til stede. Gjensidig forståelse og kontakt, den siste fasen i menneske -til menneske- forholdet. Følelsen av gjensidig forståelse og kontakt er etablert. Det å erfare den andres personlighet, er når en er i stand til å verdsette et annet menneske. At den andre tilfeldigvis er et sykt menneske, skal ikke være en barriere som hindrer en slik verdisseting (Travelbee, 2001).

2.3 Å være akutt kritisk syk

Når en er kritisk syk havner en i situasjoner der livet er truet. Hverdagen skifter mellom håp og håpløshet, trygghet og utrygghet (Moesmand og Kjøllestad, 2004). Vårt liv ligger i stor del i andres hender. Då er vi avhengige av hjelp, og at den som skal hjelpe har kompetanse og kan det de er satt til å utføre. Som sykepleier bærer en et stort ansvar. En må tilegne seg de kunnskaper og ferdigheter som trengs, slik at en er forberedt å ta vare på mennesker som kan være totalt avhengige av en (Kristoffersen, 2010).

Situasjonen til den akutt kritisk syke preges av forandring, tap og krise, en situasjon som vil medføre frykt og angst. Situasjonen er også preget av ukjente omgivelser og ukjent helsepersonell. I tillegg til den fysiske kompetansen en må ha, må en for å kunne arbeide med kritisk syke mennesker, ha kunnskap om de psykiske følgene av sykdom og hvordan det oppleves å være i en krise. Dette vil gi en bedre forståelse og vil hjelpe sykepleier å håndtere pasientens reaksjoner og handlinger bedre (Eide & Eide, 2007).

2.4 Møtet med den akutt kritisk syke

Det er vanskelig for sykepleier å bli godt kjent med de syke i akuttmottak, fordi hun skal gå raskt videre i behandlingsapparatet. Det vil derfor være en utfordring å skape tillit til pasienten på kort tid. Allerede ved transport til sykehuset møter pasienten ukjente mennesker, og behandlingen starter oftest med hjelp av teknisk utstyr. Her er faren for at pasienten vil oppleve fremmedgjøring og tingliggjøring stor fordi behandlingen utføres med hjelp av utstyr som i seg selv trenger overvåkning. Derfor er det viktig å bevisstgjøre sykepleiere på forholdet til pasienten som person (Moesmand & Kjøllesdahl, 2004).

2.5 Førsteintrykk

Førsteintrykket har en stor betydning for videre samhandling, og hvis en gjør et godt førsteinntrykk er det vanskelig å se negative sider ved en senere (Renolen, 2008). Sunnafrank og Ramirez, 2004 har gjennom en amerikansk studie at de første minuttene har stor betydning for hvilken relasjon vi får til et menneske (Renolen, 2008).

Det er viktig med kvaliteten på relasjonen og ikke bare faglig kyndighet bidrar til bedring av pasientens helse, men også menneskelig varme og omtanke.

Å bli møtt med godtagelse og forståelse kan være tilstrekkelig til at man blir bedre i stand til å håndtere og leve med situasjonen (Eide & Eide, 2007). Pasienter har noen grunnleggende behov som bør oppfylles i det første møtet med sykepleier.

Å håndhilde, presentere seg med fullt navn og informere kort om hvilke funksjoner en har, gjør at rammen for relasjonen blir så klar som mulig. Det kan være bra for pasienten med forutsigbarhet, altså en oversikt over hva som skal skje. Det vil gi en viss følelse av kontroll over situasjonen (Eide & Eide, 2007).

2.6 Fysiologiske reaksjoner på akutt sykdom

Ved en krise utsætt kroppen for stress. Menneskets fysiologiske reaksjon på stress skyldes faktorer i miljø utenfor kroppen, men og indre forhold, som psykiske påkjenninger.

I stressituasjoner blir adrenalin utskilt til kroppens organer og dette ser vi ved at hjertet slår raskere og at blodtrykket stiger (Toverud, 2006). Hjernens system reagerer på ekstreme påfrestninger som for eksempel trauma. Dette skjer gjennom at hypotalamus aktiverer det sympatiske nervesystemet og setter det i forhøyet alarmberedskap. Kroppen er klar til å kjempe eller flykte.

Adrenalin blir frigjort og gjør at åndingsfrekvens og puls øker. Huden blir blek grunnet at blodet leds vekk fra overflaten og in til musklene. Kroppen forbereder seg på å handle raskt (Rotschild, 2004).

2.7 Tillit og trygghet

Trygghet er et grunnleggende behov og behovet for oppmerksomhet er når mennesker er syke eller er i en krise, ekstra viktig. Opplevelsen av trygghet har ofte å gjøre med det livet vi har ført tideligere (Kristoffersen, 2010).

Når en blir akutt syk ved uventede situasjoner blir oversikten og forutsigbarheten svekket. Kristoffersen(2010), skriver at I følge Maslow (1954) er trygghet blant annet behovet for forutsigbarhet og beskyttelse.

Ved møte med den akutt syke pasienten har sykepleier en forpliktelse å skape et godt tillitsforhold til pasienten. Sykepleieren bør gjøre seg godt kjent med pasientens situasjon, for

at et tillitsforhold skal kunne dannes. Som sykepleier er det viktig å bli seg bevisst sine egne reaksjoner og hvordan de kommer til uttrykk.

Kan trygghet skapes? Gjennom at sykepleier viser at hun er trygg på sitt fag, kan tillit og trygghet vinnes av pasienten (Kristoffersen, 2010). For at trygghet skal skapes trengs pålitelighet, ærlighet og trofasthet. For at en pasient skal føle seg trygg og ivaretatt er fagkunnskaper helt grunnleggende (Moesmand og Kjøllestad, 2004).

Uvisshet er et kjennetegn ved akutt kritisk sykdom og oppleves truende. Å være utrygg begrenser individets muligheter for å oppleve personlig kontroll i situasjonen (Moesmand og Kjøllesdahl, 2003). Når pasienten føler at hun blir møtt som en person gjenvinnes kontrollen.

2.8 Pårørende

Når en blir akutt kritisk syk, rammes også pårørende. De er det eneste kjente, for den syke i en ekstremt vanskelig situasjon. Pårørende kan stimulere pasientens håp, motivasjon og vilje på en annen måte enn det helsepersonell kan (Moesmand og Kjøllestad, 2004).

I møtet med den kritiske syke er det viktig at sykepleier skaffer seg mest mulig informasjon og kunnskap om hva som betyr noe for pasienten i den spesielle situasjonen han har kommet i. Den beste måten sykepleier kan skaffe seg kunnskap om den akutt kritisk syke, er gjennom pasienten og hans pårørende (Moesmand & Kjøllestad, 2004). For å få svar på hva pasienten opplever kan sykepleier stille spørsmål som; Hva opplever du nå? Hva er viktig for deg i denne situasjonen? Hvordan kan jeg hjelpe deg? Vi ønsker alle å bli tatt vare på.

Pasientens ønske er å bli behandlet som en hel person, bli snakket med, lyttet og tatt på (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Gjennom å møte pasienten med en lyttende åpenhet og med tydelig og klar informasjon, kan en oppnå raskere kontakt og kunnskap om hvilke behov pasienten har (Eide & Eide, 2008). I følge Moesmand & Kjøllestad, (2004) har pasient og pårørende behov for å være sammen. Det er sykepleiers ansvar å legge tilrette for dette. Sykepleier bør så fort som mulig være i kontakt med pasientens pårørende. Å hjelpe pårørende, er som å indirekte hjelpe pasienten, og pårørende vil være en viktig del av å bidra til trygghet hos pasienten.

2.9 Kommunikasjon

I følge Travelbee er kommunikasjon like viktig som fysisk støtte og er en viktig psykologisk aktivitet i dagliglivet. Kommunikasjonen er antakeligvis den viktigste faktoren for å minimalisere angst hos kritisk syke pasienter (Edwards& Sabato, 2009).

Helsefaglig, profesjonell kommunikasjon baseres på yrkets verdigrunnlag. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. All sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF 2001). OBS KILDE!!

Det er viktig at pasienter blir snakket til, uavhengig av deres bevisste tilstand. Det non-verbale språket og vår evne til affektiv inntoning og avstemming er i følge Sterns intersubjektivitetsteori avgjørende for vår utvikling og kontakt i relasjoner (Eide & Eide, 2008). Det viktigste med å kommunisere non-verbalt er kanskje å møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Gjennom dette skapes trygghet, tillit som den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. For å kunne kommunisere om emosjonelle problem kreves gode kommunikative anlegg hos sykepleieren (Eide&Eide, 2008).

Pasienten må få en opplevelse av at det formidles; Jeg er her for *deg*. Hva kan jeg gjøre for *deg* (Moesmand & Kjøllestad, 2004)? Sykepleier og pasient vil føres nærmere på kortere tid hvis en bruker berøring.

Berøring er et viktig tiltak, spesielt for de kritisk syke. Det er en måte å berike kontakten på, og enkelte hevder at vi i vår kultur berører hverandre altfor lite (Heap, 2002). -KILDE

Den akutt kritisk syke og hans pårørende skal ikke måtte forholde seg til helsepersonell som ikke bruker sansene bevisst i kontakt med dem. Som pasient må vi akseptere at helsearbeidere kommer i nærkontakt med kroppen, men vi må som sykepleiere være sensitive for hvordan den enkelte opplever det (Kristofferssen, 2010).

I Norge er vi sjelden i intimsfæren til andre enn nære og familie, og vi tar heller ikke på hverandre(Renslen, 2008). Det er undersøkelser blant pasienter som viser at enkelte setter stor pris på å bli holdt i og tatt på når de er svært dårlige(Høyskel1989.)-KILDE? For at pasienten skal føle seg trygg og godt mottatt, må sykepleier vise at den er innstilt på å lytte og hjelpe.

2.9 Informasjon

Å informere pasient og pårørende er en av sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver (Eide & Eide, 2007). Når en blir kritisk og akutt syk mister en kontrollen over seg selv og har et stort behov for informasjon. Sjokket setter pasient og pårørende ut av balanse og det utløses ulike mestringsstrategier (Renolen, 2008). Jeg vil henvende til pasientrettighetsloven § 3.2 Pasientens rett til informasjon og § 3.5 informasjonens form (www.lovdata.no).

Informasjonen som gis i sjokkfasen blir ofte feiltolket eller ikke oppfattet (Eide og Eide, 2007). Derfor er gjentakelse av informasjon nødvendig.

Informasjonen må være tilpasset til pasientens behov og pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig (Eide & Eide, 2007). Pasienten trenger informasjon om hva pasienten kan vente seg skal skje på akuttmottaket.

Hvis den gode formidlingen skjer på pasientens premisser, vil det å gi informasjon også bli en del av empowerment-prosessen, der målet er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre (Eide & Eide, 2007). For å få svar på at pasienten fått med seg og forstått informasjonen som blir gitt, kan sykepleier bidra ved å spørre hva pasienten opplever som det vesentlige. Gjennom å be pasienten oppsummere det den har oppfattet av informasjonen, får og sykepleier en mulighet til å justere, kommentere og utvikle forståelsen videre (Eide og Eide, 2007). Dermed får en bekreftelse på vad pasienten har fått med seg av informasjonen.

2.9 Teknisk/fysisk kompetanse

Forskning viser at å bli informert om hvordan utstyr fungerer, hva som skjer, hva som skal gjøres med utstyret gir trygghet hos pasientene (Hawley, 2010). Sykepleier må ha kunnskaper om å kunne bruke avansert medisinsk teknisk utstyr (Kristoffersen, 2008). Denne kunnskap vil bidra til å øke trygghetsfølelsen og tilliten til sykepleier, gjennom at trygghetsnivået øker hos pasienten (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

Å yte sykepleie til akutt og kritisk syke er et krevende arbeid både personlig og faglig (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Pasienter som er meldt til akuttmottak av ambulanspersonell i Norge, er ofte ikke undersøkt av lege, uten ambulanspersonellet gir en problembeskrivelse eller stiller en foreløpig diagnose.

Mange som kommer til akuttmottaket via ambulanse er kritisk syke og det er nødvendig med rask diagnostisering og umiddelbar igangsetting av behandling. Her vil det være avgjørende at kvalifisert personell er tilstede når pasienten kommer (Helsetilsynet 2/2008).

Pasienter i akuttmottak blir koblet til tekniske apparater for å overvåke tilstanden deres. Pasienter som har lite erfaring med slikt utstyr kan bli stresset av dette og det kan gjøre at alvorret i situasjonen forsterkes, noe som igjen vil øke stressnivået (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2.9 Triage-system

Triage uttrykket er tatt fra de franske språkets ”trier” som betyr ” å velge ut”. Triade er et system som er basert på personens medisinske hastegrad.

Pasienten tas om hånd kun etter hvor syk eller skadet pasienten er eller hvordan pasienten blir vurdert å være. USA var det land som innførte triage på akuttmottak først. Dette skjedde i slutten av 1900-tallet. Sverige er det nordiske landet som har oppmerksomhet triage i størst utstrekking.

Norge var i 2008 fremdeles i en oppbyggelsesfase (Gøransson, Eldh, Jansson, 2008). Helsetilsynet gjennomførte 2007 i Norge et landsomfattende tilsyn om forsvarlighet og kvalitet i 27 av 54 akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Viktige funn som ble gjort blant annet at mer enn halvparten av rekvisisjonsrapportene viser at den store pasientpågangen fører til at akuttmottakene i perioder ikke gjør forsvarlige prioriteringer. Det kommer også frem at når det er mange pasienter i mottaket har verken sykepleier eller leger oversikt over hvor alvorlig pasientens tilstand er enhver tid.

Flere av akuttmottakene hadde ikke prioriteringssystem og personalet i mottaket hadde ikke samme oppfatning av og kjennskap til hvordan prioriteringskriteriene skulle forstås og brukes. Disse funnene gir grunn til bekymring til om den forsvarlige pasientbehandlingen i akuttmottakene er godt nok sikret (Helsetilsynet, 2008).¹

¹ Se vedlegg 12-14 om arbeidsbeskrivelse og nivåer av triage.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og kommer frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(1985:196) (Dalland, 2007. s 83). En metode er en hjelp til å samle informasjon til den studie man holder på med. Det sier noe om hvordan vi bør gå frem for å framskaffe eller etterprøve kunnskap.

Den kvalitative og den kvantitative metoden har som felles mål at bidra til bedre forståelse av vårt samfunn og hvordan samhandling blir gjort innenfor ulike mennesker, grupper og institusjoner.

Kvantitativ metode former informasjonen om til målbare enheter som gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, som å finne gjennomsnitt og presenter av en større mengde.

Kvalitativ metode, tar i sikte at fange opp mening og opphevelser som en ikke kan tallfeste eller måle(Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie som metode

”En litteraturstudie innebærer og systematisk å søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor en evne eller problemområde” (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Denne studien kan være allmenn eller systematisk.

Den allmenne litteraturstudien kan være beskrivelsen av den viten innenfor et visst område. Når man gjør en systematisk litteraturstudie, må man være sikker på at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet for at man skal kunne gi et grunnlag og for bedømminger og resultat(Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Det er både negative og positive sider en må ta hensyn til ved bruk av metoden litteraturstudie.

Man kan si at en litteraturstudie beskriver den kunnskap som allerede finns innen et visst område, og dermed har det ikke direkte blitt gjort ny forskning. Dette vil være en svakhet(Dalland, 2007).

Metoden kan også ha definert som svak, hvis den ikke er blitt tatt med i tilstrekkelig antall studier for å kunne begrunnes som svar på problemstillingen. Noen sterke sider ved litteraturstudier kan være at man får en viss oversikt over hva forskere har kommet frem til tideligere, når en belyser temaer som allerede er blitt forsket på(Dalland, 2007).

3.4 Fremgangsmåte

Jeg har søkt i databasen Bibsys for å finne litteratur til det emne jeg skal skrive om. Jeg brukte søkeord som "Emergency department", "patients view", "nursing". For å finne relevant forskning, søkte jeg etter artikler i helserelevante artikkelbaser som CINAHL, PubMed, ProQuest og Science Direct.

Jeg fant artikler som var relevant for mitt tema i CINAHL, PubMed og Science Direct. I søkeprosessen brukte jeg ord som; "Critically ill", "anxiety", "Nursing intervensjons ". Jeg opplevde at jeg måtte endre på mine søkeord, da artiklene hovedsaklig handlet om pasienter som var innlagt på intensivavdeling. Disse ble derfor ekskludert og jeg fikk granske videre med nye søkeord. Ekskludert ble også artikler som var mer enn 10 år gamle, med unntak av en artikkel som jeg valgte å ta med på grunn av at jeg vurderte den som relevant og meget omfattende når det gjaldt mitt tema.

Med ord som "Trauma", "Emergency department", "Patient view" og " psychological care" fant jeg mer tilfredsstillende resultat. Jeg brukte også det en kan kalle manuell søk, det vil si at jeg fant artikler gjennom en annen artikkel. 2 av de 4 artiklene jeg fant, var hentet fra Science Direct.

3.5 Kildekritikk

Med kildekritikk menes de metoder en tar i bruk for å vurdere om en kilde er pålitelig. Den skal vise at en er i stand til å vurdere kildene en har valgt å ta med i oppgaven kritisk, og hvilke kriterier en har brukt for å velge ut denne kilde (Dalland, 2007).

Jeg har valgt og i min oppgave å se til at jeg bruker kilder av rett gyldighet. I utgangspunktet har jeg tatt med bøker og artikler som kan være opp til 10 år gamle, med unntak for en artikkel skrevet av M. Patricia Hawley, (2000). Jeg har brukt pensum litteratur og tilleggslitteratur jeg funnet ved søk i bibsys. Jeg har kritisk vurdert artiklene utefra sjekklister for kvalitative og tversnittstudier. Jeg vurderer de derfor som relevante i min oppgave.

3.6 Etiske aspekter

Før en begynner å arbeide med litteraturstudier, må man gå igjennom etiske aspekter. Når en velger studier så er det viktig å velge de som har gått igjennom og blitt vurdert av etisk kommittee.

Det er viktig å presentere både de positive og de negative sidene av det tema man har fokusert på. Hvis en kun presenterer de funn som støtter ens egen problemstilling, ville det vært uetisk (Dalland, 2007).

I min oppgave har jeg vært nøye med å skrive kilder til den teorien jeg har brukt, slik at det ikke blir oppfattet som plagiat. Jeg har valgt å bruke et eksempel fra et møte med en pasient i praksis. Dette fordi det vil gi et bedre bilde av pasientens opplevelse. Kravet om anonymisering av pasienten og praksissted er ivarettatt.

4.0 Resultat

”Nurse comforting strategies: Perceptions of Emergency Department Patients”

M. Patricia Hawley, (2000).

Studien er utført med en kvalitativ metode. Det ble gjort en undersøkelse på 14 voksne pasienter. Pasientene ble oppfordret til å tilbakekalle og beskrive deres erfaring av beroligende av sykepleierne under deres opphold på akuttmottakelsen. Resultatene av disse studiene gjør et uvurderlig bidrag til en forståelse av den trøstende rolle sykepleiere i akuttmottak spesielt har, og til å utvikle kunnskapsgrunlaget på komfort i sykepleiepraksis generelt (Hawley, 2000). Utefra denne studie har fyldig beskrivelse av beroligende sykepleiestrategier utviklet seg. Strategier som ble beskrevet som nyttige av pasientene var;

Kommunikasjon

Mange deltakere i undersøkelsen kommenterte den menneskeliggjørende effekten av å bli kalt ved navn. Sykepleieren kunne hjelpe pasientene gjennom ekstrem angst eller smerte gjennom å kommunisere. Fire typer av kommunikasjonsstrategier ble beskrevet å ha positiv innvirkning på pasientene; betryggende, coaching, forklarende og empatisk tale.

Informasjon

Å vite hva som skjer, hva som skal gjøres og med hvilket utstyr var en viktig trygghet for pasienten. Informasjon om antatt ventetid reduserte angst hos deltakerne.

Umiddelbar og kompetent teknisk og fysisk omsorg.

Sykepleiers raske vurderinger ga pasientene en følelse av kontroll og trygghet. Dette gjorde at pasientene følte seg trygge og bidro til at de kunne slappe av.

Pårørende

Ivaretagelse av pårørendes emosjonelle behov= ivaretagelse av pasientens emosjonelle behov.

Perspektivet for pasienter behandlet i denne innstillingen er viktig og relevant dimensjon som gjenstår stort sett utforsket til dags dato (Hawley, 2000).

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

Anna Ekwall, (2010).

Er en tverrsnitt undersøkelse. Undersøkelsen bestod av 72 pasienter i akuttmottak på et sykehus i Sverige. Hovedfunnene av studien var at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under ventetiden på akuttmottaket er veldig viktig, både for pasienttilfredshet og for å redusere angstnivået til pasienten. Det kan være at angstnivået reduseres og pasienttilfredsheten vil øke hvis triagesystemet er forstått av pasienten. Studien kom frem til at majoriteten av pasientene tenderer å være fornøyde med sykepleien i akuttmottak, med fortsatt var det mange pasienter som var neutrale, hvilket viser at en stor gruppe av mennesker kunne vært gladere og mer fornøyde med besøket på akuttmottak.

Pasientene rangerte hva de vurderte var viktigst element ved oppholdet på akuttmottaket;

Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under ventetiden på akuttmottaket er veldig viktig, både for pasienttilfredshet og for å redusere angstnivået til pasientene.

Informasjon

Det å bli informert av sykepleieren og det å få svar på spørsmål de stilte ansett som viktigst. Rutiner, hvor hun/han skal gå. Vem skal kontaktes ved forverret situasjon. Informasjon om antatt ventetid= reduisering av angst.

Studien sier også at å studere pasientenes forventinger i relasjon til sykepleien og kommunikasjon og dess effekt på angst vil være en viktig studie å gjøre i fremtiden.

”Trauma patient`s encounters with the team in the emergency department- a qualitative study,”

Elisabeth Wiman, Karin Wikblad og Ewa Idwall, (2006).

Målet med studien er og utforske traumepasientens forestillinger om møtet med traumeteam. 23 traumepasienter med mindre skader deltok i studien. I denne undersøkelse dukket et system av kategorier opp. For å utvikle et møte av kvalitet i akuttmottak må sykepleiere kunne endre sin måte å være med pasienten på mellom instrumental og oppmerksom. Betydelige aspekter var kommunikasjon, vite hvordan og engasjement.

De viktigste aspektene som oppsto fra pasientenes beskrivelse av omsorg var; Vite hvordan, kommunikasjon og engasjement. Fleksibilitet med hensyn til timing av fysisk og psykososial omsorg, er derfor nødvendig.

Kommunikasjon

Formell og avledende kommunikasjon resulterte i trygghet og tillit hos pasientene. Formell kommunikasjon resulterte også negativt hos den ”uforpliktete”. Kommunikasjonsproblem hyppig i møte med den ”inadekvate personale”.

Informasjon

To aspekter kom frem: Kvalifisert/inadekvat personale. Kvalifisert personale= rask handling, informasjon og kunnskaper om sykdom og skade. Inadekvat= Ingen informasjon given til pasient om sykdom/skade eller pleie. Inadekvat=uforpliktet.

Effektivitet/Teknisk fysisk kompetanse og teamarbeid

Raske tiltak og vurderinger om pasientens fysiske tilstand i akutt fase= tilfredsstillende for de fleste pasienter. Opplever seriøs involvering fra et kvalifisert team. Den ”instrumentelle”= gir følelse av trygghet, tillit og tilfredshet.

“Patient`s experience of the triage encounter in a Swedish emergency department”

Katarina E. Gøransson & Anette von Rosen, (2009).

Artikkelen ble publisert i *International Emergency Nursing*, (2010) 18, 36-40. Hensikten med studien er å identifisere pasientopplevelsen av møte med triagesystem. 146 pasienter deltok i studien. Majoriteten av pasientene oppfatter når de kommer og blir vurdert utefra triagesystemet-at de får lite informasjon om ventetid.

Kommunikasjon

Begrenset til en liten andel pasienter.

Informasjon

Prosentantallet av pasienter som spurte etter, men ikke fikk adekvat informasjon om antatt ventetid og om triagesystemet var høy. Dette hadde muligens en innflytelse av det helhetlige inntrykket av besøket på akuttmottaket på dette sykehus. Begrenset informasjon om forventet ventetid. 22,4 % var informert om at ventetid avhenger av deres triagekategori. Informasjon om tid for møte med lege er viktig for pasientene. En tredjedel av deltakerne i studien ikke informert om dette. Rutinemessig triagenivåer= reduisering av angst. Ventetid av triagering= potensiell trussel mot sikkerheten.

Effektivitet/ teknisk-fysisk kompetanse

97 % av pasientene anså at triagesykepleier var medisinsk kvalifisert til triageoppgaven. 94,8 % av pasientene følte at triagesykepleieren delvis eller fullt ut lyttet til dem og tok deres klager på alvor. Signifikant relasjon mellom pasienttilfredshet og sykepleiers utdanningsnivå.

| | Hawley, 2000 | Ekwall, 2010 | Wiman, Wikblad, Idwall, 2006 | Gøransson, Rosen, 2009 |
|--|--|---|--|---|
| Kommunikasjon | Betryggende, coachende, forklarende, empirisk talemåte. Effekten av å bli tilkalt med navn. | Mellom Spl-Pas = reduisering av angstnivå, tilfredshet. | Formell og avledende kommunikasjon resulterte i trygghet og tillit hos pasientene. Formell kommunikasjon resulterte også negativt hos den uforpliktete kommunikasjonsproblem hyppig i møte med den uforpliktete. | Kommunikasjon begrenset til en liten andel pasienter. |
| Informasjon | Og Vite hva som skjer? Hva skal gjøres? Med hvilket utstyr? informasjon om antatt ventetid= reduisering av angst | Rutiner, hvor hun/han skal gå, hvem kontakte v forverret situasjon. Kunnskap om triagesystem= reduisering av angst. Informasjon om antatt ventetid = reduisering av angst | To aspekter kom frem: kvalifisert/ inadekvat personale. Kvalifisert = rask handling, informasjon og kunnskaper om sykdom/skade. Inadekvat= ingen informasjon given til pasient om sykdom/skade eller pleie. inadekvat= uforpliktet | Begrenset informasjon om forventet ventetid. 22,4 % var informert om at ventetid avhenger av deres triagekategori. Informasjon om tid for møte m lege viktig for pasientene. En tredjedel i studien ikke informert om dette. Høy andel av pasienter som spurte etter og ikke fikk adekvat info. Rutinemessig informasjon om triagenivåer = reduisering av angst. Ventetid for triage =potensiell trussel mot sikkerheten. |
| Effektivitet /Teknisk-fysisk kompetanse og teamarbeid | Umiddelbar <i>Teknisk/fysisk omsorg</i> og kompetanse viktig. Sykepleierens raske vurderinger = følelse av kontroll | | Raske tiltak og vurderinger av pasientens fysiske tilstand i akutt fase= tilfredsstillende for de fleste pasienter. Opplever seriøs involvering fra et kvalifisert team. Det <i>instrumentelle</i> = følelse av trygghet, tillit og tilfredshet. | 97,8 % mener Sykepleier er medisinsk kompetent for hennes arbeidsoppgave. Signifikant relasjon mellom pasienttilfredshet-sykepleiers utdanningsnivå |
| Pårørende | Ivaretagelse av pårørendes emosjonelle behov = ivaretagelse av pasientens emosjonelle behov | | | |

5.0 Drøfting

Jeg ønsker i dette kapitlet å prøve å belyse problemstillingen gjennom egne erfaringer og synspunkter i forhold til teori og forskning jeg har funnet.

Hvordan kan sykepleier møte den akutt kritisk syke pasienten i akuttmottak og bidra til trygghet ? Sykepleier kan på flere måter bidra til at pasienten skal føle seg trygg på akuttmottak. Noen punkter viser seg å komme igjen, og jeg velger å fokusere på dem. Punktene hører nøye sammen. Det er derfor vanskelig å skille de under hver sin rubrikk.

Sykepleiers viktigste oppgave når det gjelder den akutt kritisk syke, er å stabilisere pasientens fysiske tilstand og forhindre komplikasjoner, men omsorg for pasienten er i følge Moesmand & Kjøllestad (2004) ikke komplett uten at en tar hensyn til psykososiale konsekvenser sykdommen kan få for pasienten og dess pårørende. Dette kan bli en utfordring.

Møtet som verktøy for å formidle trygghet til den akutt kritisk syke

Akuttmottaket er sykehusets ansikt utover, og for mange pasienter betyr timene her den første kontakten med sykdom og hjelpsløshet (Nystrøm , 2003). Travelbee, (2001) legger vekt på hvor stor betydning førsteinntrykket og de første minuttene en møtes har. De første minuttene er avgjørende for hvilken relasjon en får til mennesket. I følge Wikstrøm, (2006) kan mennesker kan føle skrekk bare av å komme innenfor dørene til et sykehus og det er derfor viktig at de blir møtt på en god måte noe som jeg selv har erfart i praksis.

I følge en studie Wiman og Wikblad (2004) gjorde på et akuttmottak i Sverige hadde 8 av 32 pasienter opplevelsen av og ikke å bli møtt i det hele tatt.

Pasienter og pårørende som kommer til akuttmottak er i en svært sårbar situasjon. I tillegg til de fysiske skadene de har, kan de og være i sjokk. Moesmand & Kjøllestad (2004) legger vekt på hvor viktig det er at allerede før ankomst till sykehuset, bevisstgjøre sykepleiere på deres møte med pasienten.

Hvordan møte den akutt kritisk syke pasienten?

Forskning viser at pasientene føler seg ivaretatt når de blir behandlet med respekt, blir vist empati, medfølelse, interesse og engasjement (Hawley (2000), Ekwall (2010), Wiman, Wikblad, Idwall (2006) Gøransson, Rosen (2009)).

Hawley, (2000) peker spesielt på pasienters opplevelse av den humaniserende effekten av å bli tilkalt med navn. Jeg vil understreke hvor viktig dette er. Gjennom å tiltale pasienten med det navn den selv ønsker å bli tiltalt med, kan sykepleier blant annet påvirke pasientens følelse av kontroll (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Det er et ukomplisert tiltak, men av en utrolig stor betydelse for pasienten. Alle sykepleiere og helsearbeidere bør i følge min mening ta i bruk dette.

Realistisk sett, gjør i dag tidsmangel og organisatoriske krav til effektivitet at sykepleieren i akuttmottak får en ekstra utfordring når det gjelder å skape en relasjon til pasienten. Et kompetent og omsorgsfullt møte er viktig og dette er noe Travelbee og legger vekt på. I følge Travelbee, (2001) må sykepleier bryte kategoriseringen av ”pasient” og ”sykepleier”- rollene, og istedenfor møte pasienten som det menneske den er. Konsekvensene av dette vil være at sykepleier fanger opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen.

Kommunikasjon som verktøy for å formidle trygghet

I følge Gøransson & Rosen, 2009, kommer det frem at kommunikasjonen ikke er god, at den ibland kan være begrenset til en liten andel pasienter. En må minne seg selv på hvor viktig det er å vise engasjement for den enkelte pasienten.

Kommunikasjon er et tema som stadig kommer tilbake i resultatet av forskningstudiene (Hawley ,2000, Ekwall ,2010, Wiman,Wikblad,Idwall,2006, Gøransson,Rosen,2009) om hvordan en formidler trygghet.

Hvorfor kommunisere?

I følge Ekwall, (2010) gir gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleiere gir trygghet og reduserer angstnivået hos den syke, Å å ta i bruk uttalelser som; ”ikke bekymre deg”, ”vi skal ta være på deg”, ”du klarer deg veldig fint”, skaper en betryggende følelse hos pasientene.

Kommunikasjonen kan ha dyp innvirkning på hvilken grad av medmenneskelig nærhet en har i sykepleiesituasjoner. En kan bruke kommunikasjon til å trekke andre mennesker nærmere eller til å støte de bort, til å gi hjelp til andre mennesker eller eller til å såre de (Travelbee,2001).

Sykepleiers intensjoner vil alltid bli kommunisert i sykepleiesituasjonen, og dersom hun ikke interesserer seg for syke mennesker vil denne mangel kommuniseres(Travelbee, 2001). I følge blant annet Ekwall, (2010), fremkommer det at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient på akuttmottak er veldig viktig både for pasientens tilfresstillende og for å redusere angst hos de syke.

Hvordan kommunisere?

Sykepleier har ofte utfordringer med å fordele sparsom tid. I eksemplet fra praksis er det liten tid å bli kjent med pasienten før tiltak blir iverksatt, likevel utvikles kontakten mellom sykepleier, pasient og pårørende. Gjennom å vise interesse og engasjement skaper sykepleier tillit til pasient og pårørende. Økt tillit fører til økt trygghet. Gjennom bedømmingen av situasjonen velger jeg å iverksette tiltak gjennom og aktivt handle for pasienten. I denne situasjon å dempe pasientens følelse av angst, da jeg mener det er hovedtiltaket i situasjonen.

Gjennom tilstedeværelse og gjennom å si til pasienten at en kommer til å være tilstede, men også gjennom berøring og non-verbal kommunikasjon roes pasienten ned. Det er herved ikke sagt at måten jeg velger å handle på i dette øyeblikket er optimalt. Det er nødvendig og som sykepleier hele tiden å reflektere over sitt eget arbeid. Hva gjorde jeg bra? Hva kunne jeg gjort bedre? Hva gjorde jeg ikke i det hele tatt? Men også, hva gjorde jeg som fungerte?

Mine refleksjoner over hvordan inkomstsamtalen kan se ut, uten at den skal virke som en unaturlig og upersonlig samtale er at inkomstmøtet med pasienten blir en person-rettet naturlig samtale, istedenfor å gå kun etter papiret². Da kan en samtidig kan skape en bedre relasjon til personen.

Berøring er et viktig tiltak, spesielt for de kritisk syke. Gjennom berøring beriker en kontakten. Heap, 2002 hevder at vi i vår kultur berører hverandre altfor lite (Renolen, 2008). En må samtidig være varsom for de som ikke er like mottakelige for dette. Eksempel på dette kan være mennesker som er blitt overfalt.

I følge Wiman og Wikblad er humor en viktig del for eksempel i venting på prøvesvar etter avsluttet medisinsk undersøkelse. Den mer humoristiske/ informelle kommunikasjonen formidler følelser av trygghet og tillit hos pasientene.

² Se vedlegg om akuttjournal i vedlegg

Informasjon som verktøy for formidling av trygghet

Hvorfor informere?

Forskning (Hawley(2000), Ekwall (2010), Wiman, Wikblad, Idwall (2006), Gøransson, Rosen (2009) viser at informasjon har en stor betydning for pasienten når det gjelder opplevelsen av å være trygg på akuttmottak. Informasjonen som gis til den akutt kritisk syke blir ofte feiltolket eller ikke oppfattet (Eide og Eide (2007). Derfor er gjentakelse av informasjon nødvendig. Informasjon nevnes som et viktig instrument for formidling av trygghet. Det å vite hva som skal skje, hva som skal gjøres og med hvilket utstyr- kommer frem som en trygghet og tar vekk mye av frykten som noen pasienter har(Hawley, 2000).

Mange pasienter som søker hjelp på akuttmottak er alvorlig bekymret over deres medisinske tilstand (Watt et al., 2005) . Wiman &Wikblad, 2006 , sier at pasienters behov av det å bli hørt og sett er viktig, samtidig kommer det frem at noen pasienter ikke vil være til bry og stiller heller ikke de spørsmål de kanskje har behov av å stille (Gøransson & Rosen(2009). 23.9 % av pasientene i denne studie som ikke etterspurte etter informasjon om deres medisinske tilstand. Det kan være mange grunner til dette. Følelsen av å være til bry, eller å ta sykepleiers tid, kan være noen. Det kan derfor være bra å være ekstra oppmerksom over de pasienter som ikke stiller spørsmål.

I møtet med pasienten er det viktig for sykepleier å stille spørsmål om hva pasienten har fått for informasjon, og hva pasienten vet allerede, men uavhengig av dette vil jeg tro at det vil være gunstig for sykepleier og kontinuerlig gi informasjon til den det gjelder. Informasjon om hva hun/han kan vente seg skal skje på akuttmottaket vil jeg tro gjør det lettere for pasienten å håndtere situasjonen. Det å vite hvor en skal gå eller vem som skal kontaktes hvis tilstanden forverres virket også trygghetsfremmende, noe som jeg og selv erfart hos pasientene. Å vite at det en opplever er normalt for den situasjonen en er i, vil også virke beroligende og øke følelsen av lettelse hos pasienten.

Hvordan informere?

Ved å jobbe på akuttmottak ble jeg overrasket av hvor mye nødvendig informasjon en kan få, av å stille de rette spørsmålene. Det er viktig og ikke å være redd for å stille spørsmål. Det vil ikke si at en skal bombardere pasienten med spørsmål på grunn av egen interesse og nysgjerrighet, uten profesjonelt og på en personlig måte stille spørsmål som gjør det lettere å finne gode tiltak til pasienten.

Informasjonen som gis til den akutt kritisk syke blir ofte feiltolket eller ikke oppfattet (Eide og Eide, 2007). Derfor er gjentakelse av informasjon nødvendig. For å få svar på at pasienten fått med seg og forstått informasjonen som blir gitt, kan sykepleier bidra ved å spørre hva pasienten opplever som det vesentlige. Sykepleier bør be pasienten om å oppsummere det den selv har oppfattet av informasjonen. Da får en og mulighet til å justere, kommentere og utvikle forståelsen videre (Eide og Eide, 2007). Dermed får en bekreftelse på vad pasienten har fått med seg av informasjonen.

Spørsmål som stilles bør være åpne, hvilket innebærer at de ikke skal kunne besvares ja eller nei på. Spørsmålene bør og formuleres slik at pasienten forstår hva hun eller han egentlig svarer på. Hos noen pasienter var informasjon i form av undervisning også hjelpsomt (Hawley, 2000).

Forskning (Hawley (2000), Ekwall (2010), Wiman, Wikblad, Idwall (2006), Gøransson, Rosen(2009) sier at tilgang på informasjon om antatt ventetid reduserer følelsen av angst hos pasientene, noe som jeg er enig i.

En kan diskutere om formidling av trygghet har sammenheng med redusering av angst. Utefra egen erfaring og ifølge forskning kommer det frem at jo mer tilgang til informasjon jo mer trygghetsfølelse hos pasientene.

Teamarbeid / fysisk og teknisk kompetanse som verktøy for formidling av trygghet

Innledningsvis nevner jeg at sykepleierens hovedoppgave når det gjelder den akutt kritisk syke, er å stabilisere den fysiske tilstanden og iverksette tiltak for å opprettholde/ eller gjenopprette livsviktige funksjoner. Disse har alltid høyest prioritet i den akutte fasen (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Hvorfor fysisk og teknisk kompetanse?

For å kunne utføre arbeidet trenger en derfor den rette kompetansen. Det går ikke an å redde et menneske med et hjerteinfarkt, hvis en som sykepleier ikke har kunnskaper om hva man skal gjøre i forhold til pasienter med hjerteinfarkt. I følge Hawley (2000) gir pasientens opplevelse av at personale har god kompetanse innen det område de jobber med, trygghet.

Teknisk og fysisk kompetanse og effektivitet/ årvåkenhet har en positiv innvirkning på følelsen av trygghet, tillit og tilfredshet hos pasientene.(Wiman, Wikblad, Idwall (2006). En væremåte som kom frem i en av artiklene var den ”instrumentelle sykepleieren”. Den instrumentelt kompetente sykepleieren skapte en følelse av trygghet, tillit og tilfredshet hos pasientene (Wiman, Wikblad, Idwall (2006).

Hvorfor teamarbeid?

Pasientene følte seriøs involvering fra et kvalifisert team og de følte at sykepleier gjorde raske vurderinger og ”hadde kontroll”. (Wiman, Wikblad, Idwall, 2006). De fleste pasienter fikk følelsen av et godt teamwork, raske tiltak og oppmerksomhet, noe som også er min erfaring av teamarbeid innen akutt sykepleie. Et godt arbeidsmiljø ser og ut til å ha stor påvirkning når det gjelder følelsen av trygghet hos pasienten.

Raske tiltak og vurderinger av pasientens fysiske tilstand i akutt fase øker i følge Wiman og Wikblad, (2006) følelsen av trygghet hos pasienten, noe jeg i praksis erfarte da jeg så hvor trygg og tilfreds pasienten gjorde uttrykk for å være, når samarbeidet i teamet fungerte. En av grunnene til at teamarbeid fungerer bra kan tenkes å være en jevn kjønnsfordeling. Min erfaring av dette er at det har en stor innvirkning på arbeidsmiljøet. Lynn og Tranberger, (2004) nevner i sin bok ”Men in nursing” at forbedret rekruttering av menn i sykepleieyrket vil sterke profesjonen og bidra til å forbedre pasientbehandlingen. Den jevne fordelingen kan tenkes å forbedre behandlingen til både kvinnelige og mannlige pasienter.

I følge Helsetilsynets rapport ”Mens vi venter”, 2008, er det er uakseptabelt at 24 av 27 tilsyn viser mangelfull koordinering og styring av aktivitetene og resursene i akuttmottak, og dette gir mangelfull pasientbehandling. Et system som jeg gjennom erfaring sett og jobbet med, kan kanskje være et bidrag til å få bedre kontroll og styring i akuttmottakene, og dermed en bedre pasientbehandling.

Akuttmottaket der jeg erfarte godt samarbeid er inndelt i kirurgisk(rød), ortopedisk(grønn) og medisinsk(blå) grupper. Gruppene har sin egen farge. All personal har derfor en teip eller navnskilt med den farge fra den gruppen de jobber med. Hvert team i gruppene består av 1 sykepleier, 1 lege og 1 hjelpepleier.

Sykepleier har ansvaret for organiseringen av arbeidet. Fargeinndelingen gir en bedre oversikt for personale over hvem som har ansvar for hvilke pasienter. Her jobber en i team og det går ut på samarbeid. Ved å jobbe i team unngår en blant annet å utsette pasienten for å forklare sin sykehistorie flere ganger til ulike mennesker og en kan få en kontinuitet i pleien. En kan også unngå unødvendige misforståelser.³

Å jobbe i team krever at alle jobber mot samme mål og arbeidet i team betyr at en kan påvirke hverandre(Berlin, Carlstrøm, Sandberg, 2009). Seksjonsoverlege og amanuensis Guttorm Brattebø vant i 2011 kvalitetsprisen for sitt 15 årlige arbeid med å skape bedre team som hører til akutt og traumeteam i foretakene. BEST-prosjektet går ut på og blant annet bedre teamsamarbeid, kommunikasjon og ledelse. I Norge er det nå mer enn 5000 personer som deltatt på kurs i regi av BEST. Han sier at til syvende og sist er det pasientene som vil ha nytte av at helsepersonell lærer å kommunisere bedre og samarbeide (Guttorm Brattebø i Helse i Vest, 1/2011).

Arbeid i team ses som en universalmedisin for mange organisatoriske problem (Berlin, Carlstrøm, Sandberg, 2009).. Hvis en klarer av å jobbe sammen, vil det øke effektiviteten av arbeidet noe Berlin, Carlstrøm og Sandberg,(2009), sier noe om; ”et velfungerende team er tenkt å gi en effektivere arbeidsorganisasjon. Som igjen vil bidra positivt til pasientens følelse av trygghet.

³ Se vedlegg 12 om arbeidsbeskrivelse på akuttmottaket

Pårørendes innvirkning på pasienten når det gjelder trygghet

Hawley,(2000) vektlegger hvor viktig det er å inkludere familien og ivareta deres emosjonelle og informasjonsmessige behov. Oppmerksomhet rettet mot familiemedlemmer gir også indirekte en trygghet for pasienten.

Pårørende kan stimulere pasientens håp, motivasjon og vilje på en annen måte enn det helsepersonell kan(Moesman og Kjøllestad, 2004). Når vi ser på eksemplet i praksis, tar jeg meg etter at pasienten er avslappet og tilfreds av de pårørende og gir dem den omsorg og informasjon de er i behov av.

Den beste måten sykepleier kan skaffe seg kunnskap om den akutt kritisk syke, er gjennom pasienten og hans pårørende(Moesmand & Kjøllestad (2004). Pårørende får muligheten til å fortelle deres opplevelse og hvordan de følte til en sykepleier som viser at hun er og er å tilstede, gir uttrykk for at hun har tid og viser, både verbalt og nonverbalt at hun er engasjert i pasienten. De pårørende i denne situasjonen forteller selve at det var en trygghet for de å se deres sønn avslappet og trygg, som medførte at også de klarte av å få ro.

6. Konklusjon

Hvordan kan sykepleier møte den akutt kritisk syke pasienten i akuttmottak og bidra til trygghet?

Akuttmottaket er sykehusets ansikt utad. Det første inntrykk sykepleier gjør på pasienten er viktig og vil sannsynligvis være avgjørende for totalopplevelsen av oppholdet på sykehus. For pasienten er det betydningsfullt å bli møtt av personale som har en holdning som sier at en er der for pasienten. Pasienten opplever trygghet ved å bli godt mottatt. Der sykepleier kommuniserer både verbalt og nonverbalt og gjennom berøring Respekt, medmenneskelighet og empati er verdier som er sykepleiefagets kjerner i yrket. Å bli møtt av et team som gjør raske og effektive vurderinger vil gi en trygghetsfølelse for pasienten. Gode tekniske og fysiske kunnskaper og apparatfortrolighet bidrar til følelse av trygghet, tillit og tilfredshet. Et godt arbeidsmiljø og samarbeid innen personale vil også påvirke pasientens opplevelse. Pasienten opplever trygghet av å bli informert om hva som skjer, når det skjer og med hvilket utstyr men og om hvor lang tid en må vente og å bli informert om hvordan triagesystemet fungerer. Det er ikke bare pasientens psykiske velvære som vil påvirkes av å være trygg. Trygghet kan også bidra til raskere fysisk restitusjon hos den akutt kritisk syke pasienten.

Litteraturliste

- Berlin, J., Carlstrøm, E, Sandberg, H (2009). *Team I vård, behandling och omsorgserfarenheter och reflektioner* Studentlitteratur AB, Lund
- Brinchmann S, B. (2008). *Etikk i sykepleien* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland,O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.*(4 utg). Oslo Gyldendal akademisk
- Edwards, S. and Sabato, M, (2009). *A nurse s guide to critical care* Elsevier Limited
- Eide, H. og Eide, T, (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg ,C. & Wengstrøm, (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier.* Stockholm: Natur och Kultur
- Gøransson, G, Eldh,A.C, Jansson, A, (2008) *Triage på akuttmottagning* Førfattarna och studentlitteratur , Pozkal, Poland
- Haugen, J-E. & Knudsen, Ø. jr, (2008). *Akuttmedisinsk sykepleie utenfor sykehus* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N, Nordtvedt, F. Skaug, E-A,(2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 4* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N, Nordtvedt, F. Skaug, E-A, (2005) *Grunnleggende sykepleier, bind 1* Gyldendal Norsk Forlag AS
- Moesmand, A-M & Kjøllestad, A, (2004) *Å å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.* Gyldendal Norsk Forlag AS

Nystrøm, M, (2003) *Møten på en akutmottagning- om effektivitetens vårdkultur*
Studentlitteratur, Lund

O`Lynn, C.E, Tranbarger, R. E,(2007). *Men in nursing- history, challenges, and opportunities*
Springer Publishing Company, LLC

Rotschild, B, (2004). *Kroppen husker om krop og psyke i traumebehandling*
Dansk udgave- Forlaget Klim, Århus

Renolen, Å, (2008). *Forståelse av mennesker innføring i psykologi for helsefag*
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk* Gyldendal Norsk Forlag AS

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stænicke, E, (2010). *Psykiatriboken-sinn-kropp-samfunn*
Gyldendal Norsk Forlag AS

Toverud, K.C, (2006). *Menneskekroppen- fysiologi og anatomi* Gyldendal Norsk Forlag AS

Travelbee, J (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Gyldendal Norsk Forlag AS

Wikstrøm, J, (2006). *Akutsjukvård. Handlæggning av pasienter med akut sjukdom eller skada*
Kristianstads Boktryckeri AB

Rapport fra Helsetilsynet, (2/2008). ”Mens vi venter”-forsvarlig pasientbehandling i
akuttmottakene?

Artikkel nr 1: “Nurse comforting strategies: Perceptions of emergency department patients”

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nurse%20Comforting%20Strategies%3A%20Perceptions%20of%20Emergency%20Department%20Patients>

Artikkel nr 2 ; ”Acuity and Anxiety from the patient`s perspective in the emergency

department” ; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710004447>

Artikkel nr 3; “Trauma patient`s encounter with the team in the emergency department – a qualitative study” <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000617>

Artikkel nr 4; “Patient`s experience of the triage encounter in a Swedish emergency department” <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X09000871>

Vedlegg

Vedlegg 1 Søketabell

| Søk i CINAHL 06.01.12 | | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensing (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Critical care | | 40349 |
| S2 | Stress | | 62341 |
| S3 | nursing | | 416141 |
| S4 | S1 AND S2 | | 1702 |
| S5 | S1 AND S2 AND S3 | | 1061 |
| S6 | | | |
| S7 | | | |
| S8 | | | |
| S9 | S6 AND S7 AND S8 | | 77 |
| S10 | Critical care | | |
| S11 | stress | | |
| S12 | information | | |
| S13 | S10 AND S11 AND S12 | | 200 |
| S14 | Critically ill | | |
| S15 | Anxiety | | |
| S16 | Nursing interventions | | |
| S17 | S14 AND S15 AND S16 | 2010 | 31 |

“Acuity and Anxiety from the patient’s perspective in the emergency department” (2010)

A. Ekwall. Ble valgt fra CINAHL, S 17

Vedlegg 2 Søketabell

| Søk i Science Direct 13.01.12 | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------|
| Nummer | Søkeord/term | Avgrensning (limit) | Resultat (antall) |
| S1 | Trauma AND Patient experience | | 2854 |
| S2 | | | |
| S3 | | | |
| S4 | | | |
| S5 | | | |
| S6 | | | |
| S7 | Trauma AND Patient View | | 1949 |
| S8 | | | |
| S9 | | | |
| S10 | Psychological care AND trauma | | 612 |
| S11 | | | |
| S12 | | | |
| S13 | | | |
| S14 | | | |

Fra science Direct fant jeg artikkelen; *“Trauma patients encounters with the team in the emergency department- a qualitative study”* (2006). Ble brukt fra søk S1

Vedlegg 3 Resultattabell

| Titel/forfatter og år | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Resultat | Diskusjon og konklusjon |
|---|--|---|---|--|---|
| <p><i>“Aquity and anxiety from the patients perspective in the Emergency Department”</i> Anna Ekwall, 2010.</p> | <p>Å sammenligne pasientens egne vurderinger av angst til triage-sykepleiers og å beskrive pasientens tilfredstillende og nivåer av angst.</p> | <p>En tverrsnittstudie ble gjort. Undersøkelsen bestod av 72 pasienter på et akuttmottak på et sykehus i Sverige.</p> | <p>220 pasienter fikk et spørreskjema, hvorav 72 pasienter deltok., 54% av deltakerne var kvinner på en gjennomsnittsalder av 55.9 år. Pasientene var 18 år eller eldre, med et triage kode mer enn 1 (ikke i behov av øyeblikkelig medisinsk hjelp).</p> | <p>Av pasientene var 32 fornøyde, 25 neutrale (Verken fornøyd eller missfornøyd). 8st var missfornøyd. Av de missfornøyde hadde ingen blitt møtt ved ventetiden, blant de neutrale hadde 4st snakket med sykepleier, eller annet helsepersonell under ventetiden. Blant de fornøyde pasientene hadde 15 st snakket med sykepleier eller annet helsepersonell. Pasientens og sykepleiers vurdering av triagekategorien var viste dårlig avtale.</p> | <p>Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under ventetiden på akuttmottak er veldig viktig både for pasientens tilfredsstillende og for å redusere angstnivå for de syke. Å informere pasienten om triagekategoriseringen og allvorlighetsgraden av dess medisinske tilstand, burde være punkter som man ska fokusere på i kommunikasjonen pasient-sykepleier. Det kan være at angstnivået hos pasientene blir redusert, hvis triagesystemet er forstått av pasienten.</p> <p>Å informere pasienten om rutiner, hvor hen/hun skal gå eller vem hun/han skal kontakte hvis situasjonen blir verre, vil kanskje være av stor betydning for pasienten og vil redusere angstnivået.</p> |

| Titel /forfatter og år | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Resultat | Diskusjon og konklusjon |
|---|--|---|--|--|--|
| <p><i>“Nurse Comforting Strategies”- Perceptions of Emergency Department patients.</i> M. Patricia Hawley, 2000</p> | <p>Å beskrive trygghetsstrategier for sykepleiere og utfallet av å bruke disse strategiene, utefra pasienters egne erfaringer i akuttmottak.</p> | <p>En kvalitativ utforskende studie ble gjort. Etisk godkjenning ble gjort fra etisk komité. 14 pasienter innlagde på sykehus</p> | <p>14 frivillige pasienter som hadde vært innlagt på sykehus etter at ha fått initial behandling i akuttmottak. Kriterier for å delta var; Forstår, snakker og leser engelsk, evne til å beskrive deres erfaringer av trygghet hos sykepleierne.</p> | <p>Sykepleiestrategier som anses beroligende for deltakerne i denne undersøkelsen var delt opp i 5 ulike kategorier: Øyeblikkelig og kompetent teknisk/fysisk omsorg. Positiv talemåte Årvåkenhet Ivaretaking av fysiske plager Inkludering av familiemedlemmer. I tillegg till symptomer de hadde, erfarte alle deltakere varierende grad av angst og frykt ved ankomst på akuttmottaket. Deltakerne i undersøkelsen følte seg trygge, sikre, brydd om, mer avslappet og hadde bedre mulighet å takle smerte og det fremmende.</p> | <p>Hvis sykepleiere har kunnskapene om hvilke strategier som kritisk syke pasienter anser å være beroligende, vil sannsynligheten for at de vil øke de effektive trygghetsstrategiene i deres hverdag være større.</p> |

| Titel /forfatter og år | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Resultat | Diskusjon og konklusjon |
|---|---|---|---|---|---|
| <p><i>“Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department”</i> Katarina. E Gøransson, Anette Von Rosen, 2009.</p> | <p>Å identifisere pasienters erfaring av møtet med triagesystemet</p> | <p>En spørreundersøkelse som fokuserte på pasient-sykepleier - relasjonen når det kom til tilfredshet med medisinsk og administrativ informasjon, personvern og konfidensialitet i triage-området. Også når det gjaldt sykepleiers kompetanse og attityde. Spørreundersøkelsen hadde 146 deltakere.</p> | <p>Pasientene var voksne, over 18 år og kom til akuttmottaket med egen transport eller med ambulanse. Pasientene hadde et triagenivå på mellom 3-5 i følge ADAPT, det vil si ikke alvorlig syk, eller skadd og skal ses på av en lege innen 120 min. Svensk-talende og uten endring av mental status.</p> | <p>Av de 105 deltakerne ønsket 76.1 % av pasientene å bli informert, 56.5 % vurderte informasjonen de fikk som tilstrekkelig, eller delvis tilstrekkelig. Majoriteten (74.8 %) følte respekt for egen integritet i ventrommet vara veldig bra, eller bra.</p> | <p>Studien gir informasjon om pasienttilfredshet med akuttmottaktriage fra et svensk perspektiv. Generelt sett viser det seg at pasientene er fornøyd med mottagelsen de fått i akuttmottaket. Det er en viktig fakte man må ta stilling til, nemlig behovet for informasjon om forventet ventetid.</p> |

| Titel /forfatter og år | Hensikt | Metode og datasamling | Utvalg | Resultat | Diskusjon og konklusjon |
|--|---|---|---|--|--|
| <p><i>”Trauma patients encounters with the team in the emergency department- a qualitative study”</i> Elisabeth Wikman, 2006</p> | <p>Å utforske traumepasienters forestillinger av møtet med traume-teamet.</p> | <p>En kvalitativ induktiv design var brukt og data ble samlet med hjelp av semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert i følge kontekstuell analyse.</p> | <p>23 traumepasienter med små skader, 17 fra et universitetssykehus og 6 st fra et landssykehus med mindre skader, var inkludert i studien.</p> | <p>Det ble funnet tre hovedkategorier om hvordan en forholder seg til pasienten. Den instrumentale, den oppmerksomme, og den uforpliktete.</p> | <p>Hovedkonklusjonen av studien er at et høykvalitets møte er sannsynlig å motta av helsearbeidere som kan</p> |

Vedlegg 4: "Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients" (M. Patricia Hawley, 2000).

Sammendrag:

I artikkelen; "Nurse Comforting Strategies: Perceptions of Emergency Department Patients" ble det gjort en undersøkelse på 14 voksne pasienter, som var utvalgte utefra følgende inklusjonskriterier: Pasientene hadde vært innlagt på sykehus etter at å ha bli mottatt i akuttmottaket, Pasientene forstod, snakket og kunde lese på engelsk. Pasientene kunne tydelig uttrykke deres erfaring fra og blitt tatt imot av sykepleiere i akuttmottaket. Pasientene var smertefrie. Pasientene var villige til å delta i undersøkelsen og gikk med på at de ble intervjuet i etterhånd. Pasientene bodde innen 30 km avstand fra sykehuset. Deltagerne, 9 kvinner og 5 menn, var rangsjerte i fra en alder på 20 til 75 år. Deres innleggelses diagnose inkluderte; ustabil angina, akutt myokardial infarkt, abdominal smerte, motorsykelulykke, dyp venetrombose, ufullstendig abort, cellulitter, hypertensjon, mononukleose med tileggsdiagnose av dehydrering og forverring av chron` s sykdom. Deltakerne ble intervjuet 2 ganger. Det innledende interjuvet var blitt tatt opp på bånd og senere transkribert. Pasientene ble oppfordret til å tilbakekalle og beskrive deres erfaring av beroligende av sykepleierne under deres opphold på akuttmottakelsen. Formålet med undersøkelsen var forklart til alle potensielle deltakere og informert skriftlig samtykke ble innhentet fra de som var villige å delta.

Vedlegg 5: “Acuity and Anxiety from the patient`s perspective in the emergency department”(Ekwall, 2010).

Sammendrag:

Artikkelen “Acuity and Anxiety from the patient`s perspective in the emergency department” jeg har valgt å bruke er en tversnittstudie. Undersøkelsene bestod av 72 pasienter i akuttmottak på et universitetssykehus i Sverige. Pasienter som var altfor opprørt, eller før påvirket av sin medisinske tilstand, var ikke kontaktet. Totalt fikk 220 pasienter et spørreskjema, og 72 pasienter som svarte på det. Grunnen til dette var for eksempel språkvansker eller at pasienten ikke ventet til å treffe legen. Pasienttilfredshet var målt ved hjelp av spørsmål om enten at pasienten var fornøyd med besøket, nei, ikke fornøyd, verken fornøyd eller missfornøyd, ja, fornøyd. Spørsmål om pasienten kunne tenkt seg å komme tilbake til dette akuttmottak igjen, var også et spørsmål med svaralternativ som: nei, kanskje og ja. Disse pasienttilfredsstillende tiltak har tideligere blitt brukt till å vurdere global tilfredshet med akuttsykepleie. Angst ble målt med Visual Analogue Scale for Anxiety(VAS-A). For å forstå angstnivåene under hele lengden på oppholdet i akuttmottaket, ble angstnivået målt 2 ganger. Ved ankomst og ved utskrivelse. Hovedfunnene av studien var at kommunikasjon mellom sykepleier og pasient under ventetiden på akuttmottaket er veldig viktig, både for pasienttilfredshet og for å redusere angstnivået til pasienten.

Vedlegg 6: “Trauma patient`s encounters with the team in the emergency department- A qualitative study” (E. Wikman, 2006).

Sammendrag:

Artikkelen “Trauma patient`s encounters with the team in the emergency department- A qualitative study” har en kvalitativ induktiv utforming, der data er hentet gjennom semistrukturerte intervjuer. Målet med studien er og utforske traumepasientens forestillinger om møtet med traumeteam. 23 traumepasienter med mindre skader, 17 fra et universitetssykehus og seks fra et annet sykehus i Sverige var inkludert i studien og ble intervjuet. Prøvetakingen tok sikte på å fange en variasjon av kjønn, alder og sykehus. Inklusjonskriterier var at de hadde vært utsatt for en høgenergiulykke, uten livstruende skader, at de var fullt bevisste under tiden på sykehuset, pleietid mindre enn 24 timer og deretter utskreven hjem. Pasientene måtte kunne snakke svensk og være mer enn 18 år gamle. Data var hentet fra perioden mars-desember 2004. Pasientene ble kontaktet via et brev i posten rundt 1-3 uker etter skaden. I brevet ble de informert om studien og de ble tildelt muligheten å trekke seg fra deltakelsen i studien gjennom å svare negativt på brevet. I brevet var det også skrevet at deltakeren kunne avslutte deltakelsen i studien ved hvilket tidspunkt som helst. 50 % av de som mottok brev i posten avviste deltakelse. Intervjuene ble gjennomført mellom 9 til 35 dager etter skade, av en av forfatterne. Intervjuspørsmålene dekte 4 domener: Skaden, pasientens inskrivning på akuttmottak, hendelsene i akuttmottaket, tiden føre inskrivning, etter fysisk vurdering og ved utskrivelse. Intervjuene var opptatt på bånd og varte i 30 til 65 min. De ble transkribert ordrett. Gjentatte målinger ble utført for å bli kjent med innholdet.

Vedlegg 7: “ Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department”(K. E. Gøransson, A. von Rosen, 2009).

Sammendrag:

Hensikten med studien “Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department”. er å identifisere pasientopplevelsen av møte med triagesystem. 146 pasienter deltok i et å spørre formular som fokuserte på pasient-triage-sykepleier-relasjonen, når det kom til tilfredshet med det medisinsk og administrativ informasjon, privatisering og konfidensialitet i triageområdene, samt triagesykepleiers kompetanse og attityde. Pasientene var voksne, over 18 år og kom til akuttmottaket med egen transport eller med ambulanse. Pasientene hadde et triageområde mellom 3-5 i følge ADAPT, det vil se ikke alvorlig syk, eller skadd og skal ses på av lege innen 120 min. Deltakerne var svensk-talende og uten endring av mental status. Generelt sett viser det seg at pasientene er fornøyde med mottagelsen de får i akuttmottaket. Behovet for informasjon om forventet ventetid var stort.

Vedlegg 8: Sjekkliste kvalitativ forskningsstudie- "Nurse comforting strategies- Perceptions of emergency department patients":

| | |
|---|--|
| 1. Er formålet med studien tydelig? | JA UKLART NEI |
| 2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig? | JA UKLART NEI |
| 3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt? | Utvalget ble valgt ut basert på ulike inklusjonskriterier. 9 kvinner og 5 menn i alderen 20 til 75 år. |
| 4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet? | Alle transkript ble lest igjennom for å bli kjent med data. |
| 5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | |
| 6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Det kommer klart frem hvordan analysen ble gjennomført. Det kommer frem konkrete erfaringer fra pasienter, noe som er gunstig for in problemstilling. Tolkningen av data kommer klart frem og er forståelig, tydelig og rimelig. |
| 7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)? | ja |
| 8. Er etiske forhold vurdert? | Etiske forhold for studien er vurdert av institusjonens etiske komitte. |

Vedlegg 9: Sjekkliste kvalitativ forskningsstudie- "Trauma patients encounters with the team in emergency department"

| | |
|---|---|
| 1. Er formålet med studien tydelig? | JA UKLART NEI |
| 2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig? | JA UKLART NEI |
| 3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt? | Utvalget ble valgt ut basert på ulike kriterier. Pasientene ble spurt om de ville delta av sykepleier som var på jobb. De ble tilsendt et brev der de hadde mulighet til å nekte deltakelse, gjennom å returnere brevet med negativt svar. Intervjuene ble gjort 9-35 dager etter skadene. Intervjuene gjordes på ulike steder. Deltakeres hjem, på deltakeres jobb, og på sykehuset. |
| 4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et Helhetlig bilde av fenomenet? | Data samledes under en periode av 9 måneder. 50 % av deltakerne som ble spurt valgte og ikke delta. |
| 5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | |
| 6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? | Det kommer frem hvordan analysen ble gjennomført. Analysen gikk gjennom 4 trinn. Fortolkningen av data er forståelig, tydelig og rimelig. |
| 7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)? | ja |
| 8. Er etiske forhold vurdert? | Føre studien ble gjort, reflekterende man øver deltakernes følsomhet. Som forberedelse ansatte man en sosialarbeider, som deltakerne kunne kontakte. Studiet var godkjent av etisk komitte, Faculty of health and Science, Linkøping Universitet. |

Vedlegg 10: Sjekkliste tverrsnittstudie : “Acuity and anxiety from the patients perspective in the emergency department”

| | |
|--|--|
| 1. Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert? | 220 personer mottok et spørsmålsformulær og kun 72 st svarte på det. Dette på grunn av vanskeligheter med språket, eller på grunn av at pasienten ikke ventet på å se legen. Personer som var for stresset eller påvirket av deres medisinske tilstand ble ikke tilnærmet. |
| 2. Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? | Utvalget var representativt for den gruppen. |
| 3. Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? | Ja, av 220 deltakere var det kun 72 som valgte å svare på spørreundersøkelsen. Dette grunnet språkvansker, eller at de gikk før møte med lege. |
| 4. Er svarprosenten høy nok? | Svarprosenten er lav, men utvalget av det som svart på undersøkelsen er representativt. |
| 5. Var datainnsamlingen standardisert? | Ja |
| 6. Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? | Objektive kriterier er benyttet |
| 7. Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? | ja |

Vedlegg 11: Sjekkliste tverrsnittstudie- "Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department"

| | |
|--|--|
| 1. Var befolkningen (populasjonen) utvalget er hentet fra, klart definert? | Ja, Populasjonen i studien omfattet voksne som søkte pleie på akuttmottak på Karolinska universitetssykehuset, Solna. De ble valgt ut i følge ulike inklusjonskriterier. |
| 2. Var utvalget representativt for befolkningsgruppen? | Ja |
| 3. Er det gjort rede for om (og ev. hvordan) respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? | |
| 4. Er svarprosenten høy nok? | Ja |
| 5. Var datainnsamlingen standardisert? | 54 % av de totale 72 pasientene som var med i undersøkelsen var kvinner. Resultatet kan få et annet utfall hvis det var en jevnere fordeling av menn og kvinner? |
| 6. Er objektive kriterier benyttet for vurdering av utfallsmålene? | Objektive kriterier er benyttet |
| 7. Har man i dataanalysen brukt adekvate metoder? | Ja |

Vedlegg 12: Arbetsbeskrivning Triage

Bakgrund:

RETTS (Rapid Emergency Triage and Treatment) är ett protokoll för beslutstöd inom vuxen somatisk akutsjukvård oavsett åkomma. Triagemodulen i RETTS baseras på fysiologiska objektiva vitalparametrar, i kombination med kontaktorsak kopplad till alarmsymtom och tecken/ESS (Emergency Symptoms and Signs). Utfallet av vitalparametrar och ESS bestämmer tillsammans vilken prioritet och hur handläggningen av patienten ska ske i väntan på läkarbedömning. Barn och trauma patienter triageras ej efter RETTS men skall omhändertas för bedömning och behandlas enligt gällande riktlinjer.

Utförande av triage

- Vitala parametrar ABCDE
- Sökorsak/ESS, symtom och tecken
- Triageåtgärder /AkutProcess

Vitala parametrar

- Temp = örontemp
- Puls= via pulsoxymeter
- Blodtryck
- SaO2 = pulsoxymeter finger eller öronprob
- AF = Manuellt
- RLS

Sökorsak/ESS

- Vad har hänt?
- När hände det?
- Var gör det ont?
- Aktuell medicinering/sjukdomar

Efter att den primära bedömningen erhåller patienten en prioritetsnivå/färg. Beroende på prioritet startar akutprocessen med beslut om var på akutmottagningen patienten skall tas om hand. Vilken monitorering och provtagning som skall ske utifrån priogrupp och vilken väntetid till läkare (TTD=time to doctor) som gäller och hur kontroll/tillsyn skall ske. Reevalueringar och kontroller utförs efter beslutad process, oftare om så anses nödvändigt och dokumenteras i akutjournalen. Om TTD inte uppfylls görs en reevaluering av patienten när patienten enligt RETTS skulle haft första läkarkontakt. Sjuksköterskan kan omprioritera i enlighet med vitalparametrarna både upp och ner, dock inte om ESS givit en högre priogrupp än vitalparametrarna då det endast är läkare som får omprioritera ESS färger. Process väljs efter vitalparameter och vald ESS. Utför processåtgärder enligt utfallet (prover och övervakning enligt processfärg). Den klinik till vilken ESS faller högst ut ansvarar för patienten initialt med hänsyn till att i vissa fall kan detta inte vara tillämpligt, då avgör sjuksköterskan/läkarens medicinska kompetens och erfarenhet kliniktilhörighet.

Vedlegg 13: Triage nivåer

Röd = livshotande tillstånd

- Full monitorering (telemetri, ev. ischemiövervakning BT, SaO₂, AF, vakenhet)
- Sjuksköterska bedside tills behandlingsåtgärd gjort patienten orange eller lägre
- TTD = 0 minuter
- Röda prover

Orange= övervakningsbehov

- Full monitorering (dito röd) men med intervall var 20:e minut
- Patientansvarig sjuksköterska med tillsynsansvar inom TTD
- TTD = <20 minuter
- Orange prover

Gul = standardprocess med kontroller

- Vid behov, selektiv monitorering
- Kontroll av den/de parameter som föll ut i triage inom TTD
- TTD = < 120 minuter
- Gula prover

Grön= standardprocess utan kontroller

- Ingen monitorering men regelbunden tillsyn av undersköterska
- TTD = < 240 minuter
- Inga prover (förutom det som algoritmen ger)

Blå = Inget medicinsk behov av Triage

- Ingen monitorering eller tillsyn utan endast uppsikt i väntrum
- TTD= ingen fastställd.
- Inga prover

I de Röda och Orange priogrupperna fullmonitoreras patienterna medan de som finns i Gul och Grön priogrupp ges regelbunden tillsyn av undersköterska/sjuksköterska som kontrollerar eventuella parametrar hos de "gula" patienterna och övervakar också så att den omvårdnad som patienten anses vara i behov av levereras.

Vedlegg 14: Arbetsbeskrivning för triage og teamarbeid

Triage enligt RETTS på akutmottagning

- Vitala parametrar
 - ESS/ Sökorsak , symtom och tecken
 - Triage åtgärder/Akutprocess.
- Dokumenterar i Cosmic/akutjournalen
- Beslutar om ESS och prioritering
- Utför process åtgärder enligt RETTS

- Målet är att vårdsökande som kommer i luckan ska tas om hand om inom cirka 10 minuter till triage.

- Vitalparametrar tas på alla patienter som söker på akutmottagningen.

- **Alla** har ett ansvar för att öppna upp akutliggaren och se hur patienterna är fördelade och vilken belastning som råder.
- Personalen hjälps åt där belastningen är som högst vilket inte per automatik är antal patienter utan även graden av vårdbehov.

- De patienter som har ringt innan och patienter som kommer på remiss och har en sökorsak/ESS och är hänvisad till klinik tillhörighet tas om hand av respektive team och triageras enligt Retts, de patienter som triagerats i ambulans skall undersökas/omtriageras enligt fastställda tidsramar relaterat till färg.

- Varje team har ansvar för att den primära bedömningen av patienterna är gjord inom rimlig tid efter att de fått kännedom om patienten.

- Gul ssk bedömer patienter som söker på akutmottagningen och inte har ringt. De som enligt vitalparametrar och riktlinjerna/1177 hänvisas till PVO eller avvaktar dokumenteras i 1177, övriga bedöms enl. Retts.

- Gul ssk ska kunna användas som en resurs vid triage/ Rettsbedömningen.

- Dokumentationen på akutmottagningen sker i Cosmic och på akutjournalen (Retts bedömningen.)

Synpunkter, avvikelser och händelser i det nya arbetssättet måste fångas upp för att kunna förändras. Därför skall dessa skickas till någon av RETTS handledarna , som kommer att sammanställa synpunkter, avvikelser och händelser. Händelser och avvikelser av art som skall skrivas i Synergi skrivs där och RETTS anges då i kommentarsrutan .

