



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	456
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7965
----------------------	------

**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 \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	64
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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

## BACHELOROPPGÅVE

Ivaretaking av pasientar sine psykososiale behov i eit  
akuttmottak

Meeting the psychosocial needs of patients in an emergency  
ward

**Kandidatnummer: 456**

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

27. mai 2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

## **Abstract**

**Background:** When a person becomes acutely ill and admitted in an emergency ward, it can be a terrifying and an unpredictable experience. While the nurses may have full control of the situation, the patients can fear for their life, their future, and for how the acute illness can impact their family. A vulnerable patient can face many different challenges; the need for information, and for maintaining the feeling of safety, dignity and self-respect.

**Purpose:** The purpose of this thesis is to look closer at how patients who get acutely ill and admitted to a somatic emergency ward experience communication with a nurse, and how the nurse is meeting the patient's psychosocial needs.

**Method:** I have used literature study as a method. Systematic literature searches have been made in the databases BMJ Best Practice, Epistemonikos, CINAHL and PubMed, in addition to relevant academic literature and theory.

**Results:** To be admitted in an emergency ward can be experienced as terrifying and unsettling. Many patients are worried about their future and their family, and further development of their illness. Person-centered communication throughout the entire hospitalization period is crucial for the nurse and patients to establish an interpersonal relation. Patients acknowledge the uneven power relations between the nurse and the patient, which can lead to the patient feeling treated as a biological case instead of an equal human being.

**Conclusion:** A common trait for the psychosocial needs an acutely ill patient has in an emergency ward, is that they're all related to communication and the interpersonal process between the nurse and the patient. The nurse needs to be observant of the patient's nonverbal signs, so that she can intercept fears and worries in the patient. A nurse needs good communicative skills to meet the acutely ill patient's psychosocial needs.

**Keyword:** Acute illness, patients, interpersonal relations, communication, psychosocial needs, emergency department.

## Innholdsliste

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	<b>1</b>
1.1 Innleiing .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1 Den akutt sjuke pasienten .....	2
2.2 Sjukepleiar si rolle ved akutt sjukdom .....	3
2.3 Psykososiale behov ved akutt sjukdom.....	3
2.4 Travelbee sin interaksjonsteori.....	5
2.5 Kommunikasjon ved akutt sjukdom.....	6
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Litteraturstudie .....	8
3.2 Søkeprosess.....	8
3.2.1 PICo og søkeord .....	8
3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterium.....	9
3.2.3 Litteratursøk .....	11
3.3 Analyse og syntese.....	11
3.4 Kjeldekritikk.....	12
3.5 Etske omsyn .....	13
<b>4.0 Resultat/funn</b> .....	<b>13</b>
4.1 Syntese .....	13
4.2 Kommunikasjon .....	14
4.3 Emosjonelle behov .....	15
4.4. Tryggleik i ein utrygg situasjon.....	16
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>17</b>
5.1 Resultatdiskusjon.....	17
5.2 Kommunikasjon med den akutt sjuke pasienten .....	17
5.3 Emosjonelle behov hos den akutt sjuke pasienten .....	21
5.4 Tryggleik i ein utrygg situasjon .....	22
5.5 Metodediskusjon.....	23
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>24</b>

<b>7.0 Referanseliste.....</b>	<b>26</b>
<b>8.0 Vedlegg .....</b>	<b>29</b>
<i>8.1 Vedlegg I: Søkehistorikk.....</i>	<i>29</i>
<i>8.2 Vedlegg II: Flyt-skjema.....</i>	<i>31</i>
<i>8.3 Vedlegg III: Litteratormatrise.....</i>	<i>32</i>
<b>Tabell I: PICO .....</b>	<b>8</b>
<b>Tabell II: Inklusjons- og eksklusjonskriterium .....</b>	<b>9</b>

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Innleiing

I 2021 vart om lag 2 millionar menneske undersøkt eller behandla på sjukehus i Noreg (Statistisk sentralbyrå, 2022). Dette inkluderer personar i alle aldersgrupper og diagnoser, men mange av dei innlagte har akutt somatisk sjukdom. Å vere sjuk og bli akutt innlagt kan vere ei skremmande og uforutsigbar oppleving (Stubberud, 2019, s. 15) Ein pasient kan ha ei oppfatning av at han kanskje kjem til å dø, sjølv om helsepersonellet ikkje er bekymra for at det er det mest sannsynlege utfallet. Korleis blir dei psykososiale behova ivaretatt, og korleis blir tryggleik formidla, også til dei som ikkje gir eit sterkt uttrykk for at dei er redde?

Temaet for oppgåva mi er ivaretaking av pasientar i akuttmottak, med fokus på psykososiale behov. Eg ønsker å sjå nærare på korleis akutt sjuke pasientar innlagt i eit somatisk akuttmottak opplever kommunikasjon med sjukepleiar og ivaretaking av sine psykososiale behov.

Kommunikasjon er ei viktig ferdigheit å meistre som sjukepleiar, og føregår i kvart einaste møte mellom sjukepleiar og pasient. I ein akutt og stressande situasjon, er god personorientert kommunikasjon sentralt for å ivareta tryggleik og ro hos pasienten (Heyn, 2018, s. 13). Oppgåva er difor av sjukepleiefagleg relevans. Å sjå pasienten sine psykososiale behov, og ikkje berre ha eit blikk på den kliniske tilstanden, er viktig for ei heilskapleg tilnærming. Å sette seg inn i, og prøve å forstå ein pasient sin situasjon, kan ha stor betydning for korleis pasienten føler seg ivaretatt. Ein kan møte på mange utfordringar som pasient; blir ein lytta til, føler ein seg forstått, informert og respektert?

Eg hadde åtte veker praksis i eit akuttmottak, noko som er mykje av bakgrunnen for val av tema og oppgåve. Akuttmedisin engasjerer meg, og korleis ein som pasient opplever å bli innlagt i eit akuttmottak finn eg interessant. I oppgåva vil det bli tatt utgangspunkt i sjukepleieteorien til Joyce Travelbee (1999) om interaksjon som ei teoretisk referanseramme, og det vil vere den mest overordna teorien i oppgåva. Teori om psykososiale behov ved akutt sjukdom (Moesand &

Kjøllesdal, 2004; Stubberud, 2019) samt kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient (Eide & Eide, 2018; Heyn, 2018) vil og bli nytta til å analysere og tolke funn i litteraturen.

## 1.2 Problemstilling

På bakgrunn av tema har eg kome fram til følgjande problemstilling;

*«Kva erfaringar har akutt sjuke pasientar knytt til opplevinga av kommunikasjon og ivaretaking av psykososiale behov i eit akutt mottak?»*

For å svare på problemstillinga, og få meir kunnskap om temaet, vil eg ta utgangspunkt i brukarperspektivet. Gjennom pasienten sitt perspektiv ønskjer eg å belyse korleis sjukepleiar best kan ivareta den akutt sjuke pasienten sine psykososiale behov ved ei innlegging i akutt mottaket.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Den akutt sjuke pasienten

Sjukdom er ein fellesnemning på tilstandar som inneber ei endring i kroppen sine normale funksjonar, og som endrar dei på ein skadeleg måte (Stubberud, 2019, s. 19). Sjukdom kan oppstå plutsleg, eller utviklast over tid. Den akutt sjuke pasienten opplever sjukdom eller skade som oppstår plutsleg, utan tidlegare sjukdomshistorie, og som kan utvikle seg raskt, men som også kan gå fort over (Stubberud, 2019, s. 19).

Eit somatisk akutt mottak tek i mot pasientar som har behov for spesialistvurdering, behandling og eventuelt innlegging (eHåndboken, 2020). Akutt sjukdom kan dreie seg om alt frå sjukdommar i hjarte-kar, slag, akutte smertetilstandar, infeksjonar, frakturar eller traume (Stubberud, 2019, s. 19). Det er stor variasjon i kva som er innleggingsårsak, men felles for dei alle er at akutt sjukdom krev undersøking og behandling i sjukehus (eHåndboken, 2020). Akutt sjukdom vil i mange tilfelle la seg kurere med rett behandling og sjukepleie, men det kan og utvikle seg til kritisk eller kronisk sjukdom (Stubberud, 2019, s. 19). Kritisk sjukdom blir definert



som ein svært alvorleg sjukdomstilstand, og er i mange tilfelle livstruande (Stubberud, 2019, s. 19). Prognosen kan vere usikker, og pasienten har svikt i eitt eller fleire organsystem. Kritisk sjukdom utviklar seg ofte frå akutt sjukdom, som til dømes eit hjarteinfarkt som fører til alvorleg skade på hjartemuskelen og kardiogent sjokk.

Denne oppgåva handlar om akutt, somatisk sjukdom. Kritisk sjuke pasientar blir valt bort som følge av alvorlighetsgrad til kritisk sjukdom. Kritisk sjukdom kan vere livstruande, og det stiller krav til kontinuerleg overvaking av vitale funksjonar og intensiv medisinsk behandling (Stubberud, 2019, s. 20). Ved eit slik alvorleg og livstruande omfang, er det vanskeleg å argumentere for at psykososiale behov skal ha ei dominerande rolle i akutfasen ved mottaking av slike pasientar. Det vil difor bli tatt som utgangspunkt i oppgåva at prognosen til pasientane er overleving og tilheling med korrekt behandling og sjukepleie.

## 2.2 Sjukepleiar si rolle ved akutt sjukdom

I behandling av pasientar med akutt sjukdom er sjukepleiar si rolle å yte heilt eller delvis kompensierende hjelp (Stubberud, 2019, s. 62). Sjukepleiar (også omtalt som ho) skal prioritere og planlegge intervensjonar i pasientbehandlninga, med utgangspunkt i pasienten (også omtalt som han) sine ressursar, problem og behov (Stubberud, 2019, s. 63). Pasientsituasjonane i akutt mottaket kan vere uforutsigbare, og sjukepleiar må løyse nye og ukjende problem basert på teoretisk kunnskap og klinisk kompetanse. Sjukepleiar skal sikre at all pasientbehandling blir gjennomført på ein fagleg, etisk og juridisk forsvarleg måte (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dette inkluderer ivaretaking av pasientens autonomi, integritet og verdigheit (Stubberud, 2019, s. 66).

## 2.3 Psykososiale behov ved akutt sjukdom

Mennesket sine grunnleggande behov kan delast inn i fysiske, psykososiale, åndelege og seksuelle behov (Stubberud, 2019, s. 16). Psykososiale behov ved sjukdom handlar om sjukdom som eit opplevd fenomen. For å kunne ivareta pasienten sine psykososiale behov, må sjukepleiar prøve å forstå korleis pasienten opplever det å vere sjuk. Sjukepleiaren må sjå

sjukdommen i samanheng med livssituasjonen til pasienten, og ikkje berre forklare den ut i frå biologiske og kjemiske prosessar (Stubberud, 2019, s. 16).

Ved akutt sjukdom har pasienten behov for å meistre den situasjonen han står i (Stubberud, 2019, s. 18). Ei traumatisk krise blir definert som ein situasjon der ein person opplever at sin eigen fysiske eksistens, sosiale identitet og tryggleik eller grunnleggande livsmoglegheiter, er trua (Cullberg, 2008, s. 108). Ei slik krise kan bli utløyst av uventa hendingar, som det akutt sjukdom ofte er. For ein person som opplever akutt sjukdom, kan situasjonen kjennast urettferdig og meiningslaus ut, og spørsmål som «kva er meininga med dette?» og «kvifor skjer dette meg?» oppstår (Stubberud, 2019, s. 18).

Kvar innlegging på sjukehus fører til ei integritetskrenking i større eller mindre grad (Cullberg, 2008, s. 113). Som akutt sjuk er pasienten den sårbare personen, og maktforholdet mellom pasient og sjukepleiar er asymmetrisk (Stubberud, 2019, s. 66). Ein akutt sjuk pasient kan oppleve at sine personlege grenser blir overskridne, at verdigheita hans vert krenka og at han får behandling, men ikkje omsorg (Stubberud, 2019, s. 28). Sjukepleiar må vere bevisst på, og kritisk til, den maktposisjonen ho har ovanfor pasienten (Heyn, 2018, s. 19). Helsepersonell har tilgang til pasienten sin kropp når dei sjølv finn det nødvendig, og pasienten kan oppleve at sjukepleiaren behandlar han som eit objekt eller eit biologisk kasus (Stubberud, 2019, s. 26).

Lov om pasient- og brukarrettigheiter (1999, § 3-1) stadfestar at pasienten har rett til medverking i eigen behandling og pleie. Som følgje av akutt sjukdom kan pasienten mangle ressursar til å ivareta eigen autonomi og integritet (Moesand & Kjøllesdal, 2004, s. 59). Dette kan føre til at sjukepleiaren overkøyrer pasienten, gløymer det medmenneskelege og let seg styre av egne interesser eller haldningar (Moesand & Kjøllesdal, 2004, s. 60). Erfaringane ein pasient får i relasjonen med sjukepleiar påverkar opplevinga av å vere sjuk og sårbar. Mangel på omsorgsfull kontakt med sjukepleiar kan få ein pasient til å føle seg usikker, oversett og totalt forlaten (Stubberud, 2019, s. 28).

Pasientopplevingar ved akutt sjukdom er individuelle. Kva konsekvensar akutt sjukdom har for pasienten sine psykososiale behov, avheng av pasienten sine kjensler, korleis han opplever og meistrar pasientrolla, og korleis sjukepleiar klarer å tilfredsstille dei psykososiale behova hans (Stubberud, 2019, s. 24). Utryggleik og angst, sårbarheit, framandgjerding, avhumanisering og isolasjon er kjensler pasientar kan kjenne på ved akutt sjukdom. Frykt og angst oppstår når eksistensielle behov er trua, og er av dei mest gjennomgåande reaksjonane hos akutt sjuke (Moesand & Kjøllesdal, 2004, s. 51). Stubberud (2019, s. 24) definerer angst ved akutt sjukdom som ein normal og nødvendig reaksjon på ein situasjon der det ligg føre umiddelbar fare for fysisk eller psykisk skade. Opplevinga av utryggleik og angst kan bli forsterka av at pasienten ikkje har innsikt i, eller oversikt over situasjonen (Stubberud, 2019, s. 24). Pasienten kan skifte mellom håp og håpløyse, tryggleik og utryggleik, og desse kjenslene kan endre seg frå time til time og frå dag til dag (Stubberud, 2019, s. 23).

#### 2.4 Travelbee sin interaksjonsteori

Travelbee sin interaksjonsteori tek føre seg mellommenneskelege forhold i sjukepleie, som er sentralt i møtet mellom sjukepleiar og pasient i eit akutt mottak. Interaksjon handlar om all kontakt mellom to individ, med verbal og/eller non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 173). Måla ved ein interaksjon er å lære den sjuke å kjenne, å fastslå og ivareta den sjuke sitt sjukepleiebehov, og å oppfylle sjukepleia sine mål og hensikter (Travelbee, 1999, s. 139).

Travelbee sin interaksjonsteori definerer sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess, der sjukepleiar gir pasienten hjelp til å førebyggje, meistre eller finne mening ved sjukdom og lidning (Travelbee, 1999, s. 173).

”Et menneske-til-menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for» (Travelbee, 1999, s. 174). Travelbee skriv at det er sannsynleg at straks eit menneske har fått merkelappen «pasient», startar ein avhumaniseringsprosess. Den menneskelege reduksjonsprosessen referer til reduksjon i evna til å sjå sjuke menneske som heile menneske, og i staden som ein sjukdom eller som ei oppgåve som skal utførast (Travelbee, 1999, s. 64). Eit-menneske-til-menneske forhold blir kjenneteikna

av at både sjukepleiaren og den sjuke oppfattar og forhold seg til kvarandre som unike, menneskelege individ, og ikkje som «sjukepleiar» og «pasient» (Travelbee, 1999, s. 62). Eit menneske-til-menneske forhold er sjølve verkemiddelet som gjer det mogleg å oppfylle sjukepleiaren sitt mål og hensikt; å hjelpe eit individ med å førebygge eller meistre sjukdom og liding, og å finne meining i desse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 174). All kontakt sjukepleiar har med den ho har omsorg for, kan vere eit skritt på vegen mot dette menneske-til-menneske-forholdet.

## 2.5 Kommunikasjon ved akutt sjukdom

Ved kvart eit møte mellom sjukepleiar og pasient, føregår det kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 136). Kommunikasjon er difor den ferdigheita ein sjukepleiar utøver meir enn nokon andre (Heyn, 2018, s. 13). Kommunikasjon mellom to personar inkluderer både utveksling av verbale og non-verbale teikn og signal (Eide & Eide, 2018, s. 17). I ein relasjon mellom sjukepleiar og pasient spelar det non-verbale ei sentral rolle (Eide & Eide, 2018, s. 136). Non-verbale uttrykksformer speglar kjensler og reaksjonar hos ein person, og kan vere eit venleg smil, ei bekymra rynke eller eit takknemleg blick.

Når ein pasient blir innlagt i eit akuttmottak som følgje av akutt sjukdom, har han ofte eit sterkt behov for å få oversikt i situasjonen og forstå det som skjer (Stubberud, 2019, s. 24). Som sjukepleiar stiller det krav til god, profesjonell kommunikasjon dersom ein skal vere i stand til å etablere eit menneske-til-menneske forhold til pasienten (Travelbee, 1999, s. 136). Dette inkluderer at sjukepleiar utøver ein personorientert kommunikasjon, der ein ser på pasienten som eit unikt menneske, og ikkje berre som pasient (Eide & Eide, 2018, s. 16).

Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell kan utvekslast både skriftleg og munnleg, og pasientar har krav på å få informasjon tilpassa deira individuelle behov (Pasient- og brukerrettighetslova, 1999, Kapittel §3-6). Pasientar som får godt formulert og forståeleg skriftleg informasjon, i tillegg til munnleg informasjon, har eit større kunnskapsgrunnlag om eigen diagnose og helsetilstand enn pasientar som berre får munnleg informasjon (Lie et al.,

2022). I eit mottak kan overlevering av munnleg informasjon ofte skje på stadar det ikkje er lagt til rette for utveksling av informasjon (Norsk Pasientforening, u.å.), som til dømes i korridoren eller på veg til ein operasjon.

Det er vesentleg at sjukepleiar forstår meiningsinnhaldet i det den sjuke kommuniserer (Eide & Eide, 2018, s. 17). Pasientar kan uttrykke helsebekymringar gjennom indirekte antydningar og hint (Zimmermann mfl 2007, referert i Eide&Eide s. 17). Sjukepleiar må difor ikkje berre aktivt lytte til det som blir sagt, men også det som ikkje blir sagt med ord; det som kjem til uttrykk non-verbalt (Eide & Eide, 2018, s. 17). Kjensler som frykt, angst og redsel kjem ofte fram non-verbalt gjennom andletsuttrykk, kroppshaldning, bevegelse, pust og stemmebruk. Særleg i ein akutt situasjon der mykje skjer samtidig, er det viktig at sjukepleiar klarer å fange opp desse uttrykka hos den akutt sjuke pasienten. Samtidig som sjukepleiar skal vere observant på pasienten sitt kroppsspråk, må ein og vere bevisst på sine egne non-verbale uttrykk (Eide & Eide, 2018, s. 136). God non-verbal kommunikasjon kan skape tryggleik og tillit hos pasienten i ein kaotisk og utrygg situasjon. På same måte kan non-verbale uttrykk også avsløre frustrasjon og tidspress gjennom flakkande blikk, stress og oppgitte sukk frå sjukepleiar (Eide & Eide, 2018, s. 136).

Evnen til å sette et annet individ i fokus dreier seg om å gi den andre udelt oppmerksomheit, å være fullt og helt til stede, psykisk så vel som fysisk, å være lydhør og mottakende for kommunikasjon fra den andre, og så langt det er mulig eliminere alt som kan distrahere og forstyrre kommunikasjonsprosessen (Travelbee, 1999, s. 152).

I lys av Travelbee sin interaksjonsteori, er kommunikasjon ei dynamisk kraft som kan ha innverknad på den mellommenneskelege nærleiken pasienten opplever i sjukepleiesituasjonar. Kommunikasjon kan brukast til å trekke andre menneske nærare, til å støyte dei vekk, til å hjelpe og til å såre (Travelbee, 1999, s. 136). Martinsen (2005), referert i Heyn (2018, s. 16) skriv at sjukepleiar må sette seg inn i pasienten sitt perspektiv i det han kommuniserer. Dersom sjukepleiar ikkje klarer å fange opp bekymringane til pasienten, men berre konstaterer kva pasienten seier, vil sjukepleiar sette seg i ein situasjon der ho signaliserer at ho forstår pasienten betre enn pasienten sjølv (Heyn, 2018, s. 16).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

I denne bacheloroppgåva har eg valt litteraturstudie som metode. I ein litteraturstudie samlar ein inn allereie eksisterande litteratur og kunnskap, *sekundærdata*, innanfor eit bestemt forskingsområde (Thidemann, 2019, s 79). Ein innhentar informasjon og kunnskap gjennom systematiske litteratursøk, for så å kritisk tolke og analysere litteraturen. Til slutt samanfatar ein resultatata (Thidemann, 2019, s. 77).

### 3.2 Søkeprosess

#### 3.2.1 PICO og søkeord

For å finne svar på problemstillinga sette eg opp søkeord gjennom verktøyet PICO (Tabell I). Dette rammeverket bidreg til å klargjere problemstillinga for litteratursøk på ein strukturert og oversikteleg måte (Helsebiblioteket, 2016a). PICO med liten o er eigna til spørsmål som vert svara på med kvalitative forskingsdesign, som til dømes spørsmål om opplevingar og erfaringar. PICO er tredelt, og står for «Population/problem», «phenomen of interest» og «context».

Tabell I: PICO

	<b>P (population /problem):</b>	<b>I: (phenomen of interest/erfaring/opplevelse):</b>	<b>Co: (context/setting):</b>
	Pasientar akutt innlagt i eit akuttmottak	Opplevinga av kommunikasjon og ivaretaking av psykososiale behov	Akuttmottak
<b>Norske søkeord</b>	Pasient i akuttmottak Akutt sjuk pasient	Kommunikasjon Psykososiale behov Psykososiale intervensjonar Mellommenneskelege forhold	Akuttmottak Mottaking på sjukehus

<b>MeSH- termer</b>	Acute diseases Patients	Communication Interpersonal relations	Emergency room Emergency department Emergency nursing
<b>Tekstord</b>	Acute illness Emergency patient	Psychosocial needs Psychosocial interventions Communication	Emergency department

Eg nytta emneordsystemet MeSH (Medical Subject Headings) på Helsebiblioteket sine nettsider for å finne standardiserte medisinske emneord som kunne nyttast som søkeord (Aasen, 2020). Tekstord vart nytta i kombinasjon med emneord, med formål om å dekkje flest mogleg artiklar. Eg søkte også i databasar som Epistemonikos, som ikkje bruker faste emneord, og då nytta eg tekstord frå PICOen til å søke. Søkeorda vart kombinert med kombinasjonsord, også kalla boolske operatorer, som AND og OR (Helsebiblioteket, 2016b). I søkeprosessen nytta eg ulike variantar av omgrepa «acute disease(s)», «acute illness», «acute ill patient», og «emergency patient(s)» for å få breidde i søket.

### 3.2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterium

Eg definerte inklusjons- og eksklusjonskriterium og sette dei opp i ein tabell (Tabell II). Desse kriteria har eg brukt som grunnlag for å velje ut artiklar og avgrense mengda litteratur.

*Tabell II: Inklusjons- og eksklusjonskriterium*

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Menneske med ein akutt, somatisk sjukdom	Menneske som er så kritisk skadd eller sjuke at dei medisinske behova trumfer det psykososiale, som bevisstlause eller komatøse pasientar

Pasientar akutt innlagt i eit akuttmottak	Pasientar akutt innlagt som ikkje går via eit akuttmottak
Artiklar publisert frå 2017	Artiklar publisert før 2017
Vaksne over 18 år, utan kognitiv svikt eller psykiatri som innleggingsårsak	Mindreårige, vaksne pasientar som har demens, psykisk utviklingshemming eller ei anna form for kognitiv svikt, eller psykiatri som innleggingsårsak
Ivaretaking av psykososiale behov hos pasientar i eit akuttmottak	Ivaretaking av psykososiale behov hos pasientar som ikkje er innlagt i akuttmottak
Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i mottakssituasjon	Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i andre situasjonar enn ein mottakssituasjon

Inklusjonskriteria for artiklane som er inkludert i oppgåva er vaksne pasientar, som vert akutt innlagt i eit akuttmottak grunna somatisk sjukdom. Publiseringsdato er satt frå 2017, for å finne mest mogleg oppdatert forskning. Artiklar som ikkje har fokus på kommunikasjon og psykososiale behov i ein mottakssituasjon er blitt ekskludert.

Til denne litteraturstudien har eg i hovudsak søkt etter kvalitative studiar, men eg gjorde ei vurdering på at å inkludere studiar som har brukt ulike metodar var interessant for å styrke oppgåva. Kvalitative datainnsamlingsmetodar er hensiktsmessig når ein skal finne kunnskap om menneskelege eigenskapar, som meiningar, erfaringar, opplevingar, tankar og haldningar (Thidemann, 2019, s. 76). Kvantitative data er nyttig når ein ønskjer objektive data til representative oversikter, fordelingar og for å foreta samanlikningar (Thidemann, 2019, s. s 75). Medan kvalitative studiar fokuserer på kva ei avgrensa gruppe har opplevd, og deira konkrete erfaringar, kan kvantitativ forskning gi statistikk og tal på kor mange menneske som delar dei same erfaringane.



### 3.2.3 Litteratursøk

Basert på PICOen eg utarbeida, starta eg med litteratursøk etter artiklar. Dei innleiande søka var ikkje så systematiske som hovudsøket, og hadde som formål å gi ei oversikt over omfanget av litteratur og forskning knytt til problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 81). Søkehistorikken er vist i eige vedlegg (Vedlegg 1 – Søkehistorikk). Eg nytta databasar tilgjengelege på nettsida til Høgskulen på Vestlandet, for å finne litteratur og forskning som kunne brukast for å svare på problemstillinga (Høgskulen på Vestlandet, 2022). Eg starta litteratursøket i databasen BMJ Evidence based nursing. BMJ er høgt oppe i kunnskapspyramiden til Helsebiblioteket, som er ein modell som gir forslag til val av databasar (Helsebiblioteket, 2016c). Søket starta i BMJ på bakgrunn av interesse etter oversiktsstudiar om felles erfaringar og opplevingar i akuttmottaket. Vidare søkte eg etter systematiske oversikter i databasen Epistemonikos. Eg gjennomførte litteratursøk etter enkeltstudiar i PubMed, som er ei internasjonal database innan medisin og sjukepleie. Deretter søkte eg i CINAHL, som inneheld ein del kvalitativ forskning og pasienterfaringar (Høgskulen på Vestlandet, 2022).

Etter å ha lese overskriftene på artiklane, valde eg ut dei artiklane som kunne vere interessante for problemstillinga mi. Vidare vart abstraktet i artiklane lest, og ei ny vurdering vart tatt på om dei skulle inkluderast eller ikkje. Relevante artiklar vart vurdert i fulltekst. Artiklar som oppfylte dei bestemte inklusjonskriteria vart inkludert i oppgåva.

### 3.3 Analyse og syntese

Etter val av artiklar basert på inklusjonskriteria ordna eg studiane på ein systematisk måte. Studiane følgde IMRaD-strukturen, som gjorde det enkelt å finne informasjonen eg var ute etter (Thidemann, 2019, s. 66). Dei inkluderte artiklane vart sett inn i ei litteraturmatrise. I den blir ulike hovudelement som studiedesign, metode, utval og funn frå kvar studie framstilt.

Eg nytta ei tematisk analyse for å analysere innhaldet i artiklane (Thidemann 2019, s. 97). Tema i resultatdelen frå kvar artikkel vart identifisert. Etter gransking og vurdering sorterte eg funna etter overordna tema som gjekk igjen i fleire av artiklane. Medan eg gjekk gjennom artiklane

hadde eg problemstillinga framfor meg, for å sørgje for at tema som vart bestemt var relevant for problemstillinga mi. Formålet med den tematiske analysen var å diskutere valde tema opp mot teori om kommunikasjon og ivaretaking av psykososiale behov i diskusjonsdelen. Resultata frå artiklane er tematisk framstilt i resultatkapittelet.

### 3.4 Kjeldekritikk

I ei litteraturstudie blir det inkludert data som er samla inn av andre. Ein systematiserer difor kunnskap frå allereie eksisterande skriftlege kjelder (Thidemann, 2019, s. 77). Ein fordel ved å nytte seg av eksisterande forskning, er at det gir ein fagleg grunnmur i oppgåva og at ein kan finne ny og oppdatert informasjon. Når ein nyttar seg av eksisterande litteratur og forskning, stiller det krav til nøye kritiske vurderingar av kvaliteten på studiar som ein vel å inkludere i oppgåva.

Spørsmål eg har stilt meg for å kritisk vurdere artiklane, er om materialet eg har funne belyser problemstillinga, om eg har oversett informasjon eller om det er opplysningar i artikkelen eg føler manglar. Eg nytta ulike sjekklister frå helsebiblioteket, avhengig av studien sitt design, for å kvalitetssikre artiklane. For å vurdere kvaliteten på systematiske oversikter har eg sett på om formålet med artikkelen er tydeleg formulert, om det er blitt søkt etter relevante typar studiar og om det er sannsynleg at alle relevante studiar er funnen. Sjekklista stiller og spørsmål om kvaliteten er blitt tilstrekkeleg vurdert, kor presise resultata er og om desse kan overførast til praksis. For kvalitative studiar tek sjekklistene føre seg vurderingar om kvalitativ metode er hensiktsmessig, korleis data er blitt samla inn, om etiske forhold er vurdert og om funna er klart presentert.

Reliabilitet handlar om kor vidt resultata eg presenterer er til å stole på, medan validitet handlar om i kor stor grad eg kan trekke gyldige slutningar frå resultata (Dalland, 2020, s. 58). Ved kvalitative studiar er funna basert på eit bestemt utval menneske sine opplevingar og erfaringar. Difor vil ikkje resultata alltid vere representative for fleirtalet i befolkinga, noko ein må spesifisere i forhold til validiteten til studien (Dalland, 2020, s. 58). Kritiske spørsmål eg stilte

meg i forhold til dei kvalitative studiane var om resultatane kan overførast til norske forhold og om fleirtalet av innlagte pasientar i akuttmottak kan ha hatt like opplevingar og erfaringar.

### 3.5 Ethiske omsyn

Ethiske omsyn i ei litteraturstudie handlar om å overhalde akademiske normer for kjeldetilvising og referansar, og å vere bevisst i forhold til plagiering (Thidemann, 2019, s. 12). Korrekt referansestil er viktig for at lesar enkelt skal kunne kome fram til kvar stoffet er henta frå, i tillegg til å unngå plagiat. Ved henting av kvalitative data skal det kome tydeleg fram korleis innsamla datamateriale er broten opp og satt saman igjen (Thidemann, 2019, s. 106). Ethiske omsyn i ein litteraturstudie bør blir føretatt rundt val av artikkel og presentasjon av resultat. Artiklar som eg valde å inkludere i oppgåva vart vurdert opp mot sjekklister for å sikre kvaliteten på studiane, samt sikre at det er blitt tatt omsyn for å ivareta personvern i henting av data og informasjon. Dersom data i studiar er basert på pasientintervju, pasientjournalar og anna sensitivt materiale krev det grundige etiske vurderingar (Dalland, 2020, s. 174).

## 4.0 Resultat/funn

### 4.1 Syntese

Det vart inkludert seks artiklar i oppgåva som innfridde inklusjonskriteria og var relevante for å svare på problemstillinga mi. Resultata av søkeprosessen er framstilt i eit flyt-skjema (Vedlegg II – Flyt-skjema). Enkelte studiar vart ekskludert fordi dei omhandla kritisk skadde og sjuke pasientar, medan andre vart ekskludert fordi dei ikkje fokuserte på brukarperspektivet og pasientane sine opplevingar.

Dei inkluderte artiklane har nytta kvalitativ og kvantitativ metode, og er gjennomført i vestlege og industrialiserte land (Vedlegg III - Litteraturmatrise). Ei systematisk oversikt inneheld både kvalitative og kvantitative studiar, med flest studiar frå USA (Bull et al., 2021). Den andre systematiske oversikta har kvalitative studiar frå Sverige, Canada og USA basert på 33 ulike mottak (Graham et al., 2019). Fire kvalitative studiar vart inkludert, to av desse var gjennomført

i Sverige (Granström et al., 2018; Pavedahl et al. 2021), ein i England (Blackburn et al., 2018) og ein i USA (Hermann et al., 2019). Alle dei seks inkluderte studiane hadde godt formulerte formål, ein tydeleg metode- og utvalstrategi samt presentasjon av funn og resultat på ein strukturert måte.

I den tematiske analysen identifiserte eg tre hovudtema. Resultata er organisert etter desse slik at det skal vere enkelt for lesar å følgje; pasientane sine erfaringar knytt til kommunikasjon, emosjonelle behov, og tryggleik i ein utrygg kommunikasjon.

## 4.2 Kommunikasjon

Alle dei seks inkluderte artiklane tok føre seg pasientar sine erfaringar med kommunikasjon med helsepersonell i akuttmottak (Blackburn et al., 2018; Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Hermann et al., 2019; Pavedahl et al., 2021). Pasientane i desse studiane rapporterte at jamleg kommunikasjon frå sjukepleiar på ein empatisk, tydeleg og klar måte var viktig for å bevare roa i situasjonen. Resultat viste at etablering av eit sjukepleiar-pasientforhold var avgjerande for at pasientane skulle oppleve at dei grunnleggande behova vart møtt (Graham et al., 2019; Pavedahl et al., 2021). Non-verbal kommunikasjon som augekontakt, eit smil og ei høfleg og varm tilnærming vart oppfatta av pasientane som at sjukepleiar var til stades i augeblikket (Hermann et al., 2019; Pavedahl et al., 2021).

Resultat frå tre studiar viste at negative erfaringar knytt til kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell dreia seg om å ikkje føle seg inkludert av sjukepleiar i behandlinga (Graham et al., 2019), og når pasientane opplevde lite personleg kontakt og kommunikasjonsutveksling med helsepersonell (Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021). Pasientar rapporterte at det vart lagt merke til når helsepersonell prata med kvarandre og over hovudet på pasienten (Hermann et.al 2019). I resultata frå Blackburn et.al (2018), som inkluderte ei fokusgruppe med sjukepleiarar, poengterte sjukepleiarane at dei var klar over at kommunikasjonen kunne vere mangelfull til tider, men at det ofte skuldast eit travelt arbeidsmiljø.

Fem av seks artiklar hadde resultat som tok føre seg behovet for informasjon hos pasientane (Blackburn et al., 2018; Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021). Desse studiane viste at tydeleg og korrekt informasjon om ventetid, diagnose og prognose samt vidare behandlingsforløp, formidla på ein forståeleg måte, var viktig for å redusere angst og bekymring. To studiar undersøkte nytta av skriftleg informasjon (Blackburn et al., 2018; Graham et al., 2019). Begge rapporterte om blanda erfaringar hos pasientane ved bruk av skriftleg informasjon, som eit alternativ dersom helsepersonell var under sterkt tidspress. Medan nokre opplevde det som eit supplement til informasjon frå sjukepleiar, tolka andre skriftlege brosjyrar som manglande medfølande varme frå helsepersonell (Graham et al., 2019).

Dersom informasjonen frå ulike helsepersonell ikkje samstemte, var motstridande eller at pasientane måtte repetere personleg informasjon ved innkomst ei rekkje gongar, viste resultat i studiar at det kunne forverre pasientane sin psykiske tilstand (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Informasjon frå helsepersonell formulert på ein uklar måte førte til at pasientar som kom inn i ein forvirra tilstand, vart oppsiktsvekkande meir forvirra (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Pasientar fortalte at dei opplevde å bli ekskludert frå eigen situasjon dersom helsepersonell brukte avanserte ord og fagterminologi (Granström et al., 2018)

#### 4.3 Emosjonelle behov

Fire av seks artiklar undersøkte opplevinga av omsorg hos pasientane (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021). Behovet for omsorg vart møtt når helsepersonell lytta forsiktig og merksamt, pasientane fekk snakke utan å bli avbroten og når pasientane opplevde at sjukepleiar hadde tid til dei. Resultat viste at pasientane hadde eit stort behov for empati og støtte i tillegg til dei medisinske behova (Granström et al., 2018).

Fleire studiar tok føre seg opplevinga av å føle seg avhumanisert som pasient (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018). I Bull et al. (2021) sin systematiske oversikt anerkjente pasientar at det finst eit maktforhold mellom helsepersonell og pasientane, og at

dette påverka dynamikken mellom dei. Resultat i begge dei inkluderte systematiske oversiktene viste at helsepersonell sine handlingar påverka korleis pasientane følte seg. Dersom maktforholdet tippa over i helsepersonell sin favør, kunne det føre til at pasientane følte seg som ei byrde, avhumanisert, forlatne eller makteslause (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Når pasientane opplevde ei rettferdig maktfordeling mellom relasjonane, følte majoriteten seg inkludert og behandla som eit menneske, i staden for eit «nummer» eller ein «case». Funn viste at pasientane ønska å bli oppfatta som likeverdige menneske, som opplevde liding og søkte hjelp mot denne lidinga (Graham et al., 2019).

#### 4.4. Tryggleik i ein utrygg situasjon

Fire artiklar tok føre seg pasientar sine emosjonelle behov, og korleis pasientar opplevde frykt og tryggleik i det som kunne vere ein utrygg situasjon i akuttmottaket (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Hermann et al., 2019; Pavedahl et al., 2021). Resultat i Graham et al. (2019) sin systematiske oversiktsartikkel viste at usikkerheit ofte oppstod ved mangel på informasjon ved innlegging, og førte til angst for pasientar i fleire av studiane. Pasientar vart meir engstelege og angstprega når varigheita på innlegginga i mottak auka, som følgje av frykt for at det var oppdaga ein seriøs og alvorleg tilstand som kravde grundigare undersøking og behandling (Graham et al., 2019). Pasientar opplevde forsterka angst dersom dei vart overlatne til seg sjølv utan emosjonell støtte frå sjukepleiar etter innkomst i mottak (Pavedahl et al., 2021).

Pasientar i fleire studiar skildra det å bli innlagt i akuttmottaket som skummelt og urovekkande, særleg med tanke på korleis det kunne påverke framtida og bekymringar for pårørande (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Hermann et al., 2019). Frykt var hos eldre vaksne knytt til tap av sjølvstendigheit og redsel for å bli hjelpetrengande (Graham et al., 2019). Granström et al. (2018) skriv at frykt i dei fleste tilfella kom som ein generell reaksjon på situasjonen i seg sjølv, og ofte ikkje knytt til ein konkret situasjon.

Funn i både ei systematisk oversikt samt ei enkeltstudie, viste at pasientane opplevde helsepersonell som lytta til bekymringane deira, og forsikra dei om at dei var i trygge hender, som tryggleikskapande faktorar (Graham et al., 2019; Hermann et al. 2019). I studien til Granström et al. (2018) rapporterte deltakarane om at når dei observerte godt samarbeid og god kommunikasjon mellom helsepersonell, skapte det eit trygt miljø. Pasientar uttrykte eit sterkt behov for å bli involvert i felles avgjerdsprosessar, og at helsepersonell skulle anerkjenne frykta og bidra med å roe pasienten (Graham et al., 2019; Hermann, et. al. 2019).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Resultatdiskusjon

Resultat viste at når pasientar vart akutt sjuke og innlagt i eit akuttmottak, kjente dei på eit bredt spekter av kjensler. Funn frå inkluderte studiar peika på at god kommunikasjon og informasjon undervegs i forløpet var viktig for pasientane. Å føle seg sett, tatt på alvor og bli inkludert av sjukepleiar i behandlinga, hadde mykje å seie for opplevinga av ei rettferdig maktfordeling mellom sjukepleiar og pasientane. I diskusjonsdelen vil eg drøfte korleis sjukepleiar møter pasientane sine psykososiale behov, i lys av pasient-opplevingane i resultatkapittelet og relevant teori, samt mine egne erfaringar. Tema i diskusjonsdelen er blitt formulert etter dei tre temaa i resultatkapittelet, og tek føre seg kommunikasjon med den akutt sjuke pasienten, emosjonelle behov og å skape tryggleik i ein utrygg situasjon.

### 5.2 Kommunikasjon med den akutt sjuke pasienten

Eit hovudfunn i oppgåva er at behovet for tydeleg og empatisk kommunikasjon med helsepersonell er til stades gjennom heile innlegginga i mottak (Blackburn et al., 2018; Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Hermann et al., 2019). Kommunikasjon er fundamentet i kvart eit møte mellom sjukepleiar og pasient, og ein prosess som gir sjukepleiar moglegheit til å danne eit menneske-til-menneske forhold med pasienten (Travelbee, 1999, s. 136). Då eg var i praksis i akuttmottaket, erfarte eg at pasientane sitt behov for informasjon melde seg allereie i det dei vart trilla ut av ambulansen og inn i mottaket. Stubberud (2019, s.

24) skriv at kommunikasjon er nødvendig for at pasienten skal føle kontroll over situasjonen. Eg opplevde å stå i fleire situasjonar som kravde god kommunikasjon frå meg som sjukepleiarstudent. Spørsmål frå pasientane kunne dreie seg om alt frå alvorsgrad av situasjonen og skadeomfang, til bekymringar rundt deltaking på ein fotballkamp i veka etter. Dette kan vere bekymringar som helsepersonell ser på som heilt irrelevante i ein akutt situasjon, men som for pasienten er reelle bekymringar, og ein måte å kommunisere til sjukepleiar kva som er viktig for han.

Funn i to kvalitative studiar viste at eit varmt smil, eit anerkjennande nikk og augekontakt i samtale var nok til at pasientane opplevde at sjukepleiar var til stades i augeblikket (Hermann et al., 2019; Pavedahl et al., 2021). Dersom spørsmål kjem uoppmoda frå pasientane kan det vere enklare for sjukepleiar å møte behovet for kommunikasjon. Men hos dei pasientane som ikkje spør, som ikkje trekker i ringesnora fordi dei er redde for å vere til bry, er sjukepleiar avhengig av å klare å fange opp teikn til bekymringar hos pasientane. Gjennom å lese pasientane sine non-verbale signal, som det ansente kroppsspråket, dei bekymringsfulle ansiktsuttrykka eller dei fortvila auga, kan sjukepleiar avsløre kjensler som ikkje kjem til uttrykk verbalt (Eide & Eide, 2018, s. 136). Non-verbal kommunikasjon er særleg viktig i situasjonar som krev eit høgt arbeidstempo og effektivitet i arbeidsoppgåvene (Hermann et al., 2019), slik som eit akuttmottak ofte krev.

Resultat frå to systematiske oversikter viste at dersom pasientane opplevde at informasjonen vart overlevert på ein måte dei ikkje forstod, førte det til auka angst og uro (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Det hjelp lite å få informasjon dersom den som formidlar den er tydeleg stressa, forklarar på ein uklar måte med avansert fagterminologi, og hastar vidare utan å ha bekrefta at mottakaren har forstått det som vart sagt. Hos pasientar som kom inn i ein forvirra tilstand, viste funn at dersom informasjonen var formulert på ein uklar måte vart dei oppsiktsvekkande meir forvirra (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Pasient- og brukarrettighetslova understrekar at informasjon som blir gitt til pasientane skal vere tilpassa



individuelle føresetnader, og at personalet skal sikre at pasientane har forstått innhaldet (Pasient- og brukerrettighetslova, 1999, Kapittel §3-6).

Pasientar rapporterte om blanda erfaringar ved bruk av skriftleg informasjon som eit alternativ til munnleg informasjon (Blackburn et al., 2018; Graham et al., 2019). Resultat viste at sjølv om nokre pasientar opplevde det som eit nyttig supplement til munnleg informasjon frå sjukepleiar, tolka enkelte pasientar skriftlege brosjyrar som eit teikn på manglande medfølande varme (Graham et al., 2019). Forsking viser derimot at pasientar som får ein kombinasjon av skriftleg og munnleg informasjon i forkant av utskriving, huskar betre informasjonen som vart gitt frå helsepersonell (Lie et al., 2022). Til forskjell frå pasientane i den systematiske oversikta til Lie et al. (2022), som blir utskrive frå sjukehus, er pasientane i dei inkluderte studiane i ein akutt situasjon i eit mottak. Dette kan vere ein årsak til at resultatene i Lie et al. (2022) strider i mot resultatene frå dei to studiane i oppgåva, der pasientane ikkje nødvendigvis oppfatta skriftleg informasjon som eit nyttig hjelpemiddel (Blackburn et al., 2018; Graham et al., 2019).

Pasienterfaringar meldt til Norsk Pasientforeining rapporterer om at pasientar opplever å få skriftleg informasjon dei ikkje forstår, som følgje av at språket er vanskeleg og informasjonsmengda er for stor (Norsk Pasientforening, u.å.). Eg opplevde i liten grad å bruke skriftlege informasjonskjelder i akuttmottaket, men på bakgrunn av resultatene til Blackburn et al., (2018) og Graham et al., (2019), samt pasienterfaringane frå Norsk pasientforening (u.å.), har ikkje skriftleg informasjon ein styrkande effekt dersom den ikkje er individuelt tilpassa pasientane sitt behov (Pasient- og brukerrettighetslova, 1999, Kapittel §3-1).

Resultat frå fleire studiar viste at dersom sjukepleiar snakka over hovudet på pasienten som om han ikkje er til stades, opplevde pasientane manglande personleg kontakt og ekskludering frå eigen situasjon (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021). Det kan vere enkelt å gi ein kort beskjed til kollegaen som passerer i forbifarten, trass i at pasienten var midt i forklaringa om kor engsteleg han vart av smertene i brystet. Frå sjukepleiar sitt perspektiv er hensikta truleg å vere effektiv, men når pasienten opplever manglande interesse frå sjukepleiar, hindrar det utviklinga av eit menneske-til-menneske forhold, som Travelbee (1999) skildrar som

sjølve verkemiddelet for å oppnå reell kontakt mellom pasient og sjukepleiar. Resultat i studiane viste at etablering av eit sjukepleiar-pasient-forhold var avgjerande for at dei grunnleggande behova til pasienten vart møtt (Graham et al., 2019; Pavedahl et al., 2021). Skal ein evne å sette eit anna individ i fokus, inneberer det å gi mennesket merksemd og å vere fullt og heilt til stades (Travelbee, 1999, s. 152). I eit hektisk arbeidsmiljø, med kanskje fleire pasientar i same rom eller fordelt over eit mindre areal, kan det vere utfordrande å eliminere forstyrringar i miljøet som kan påverke kommunikasjonen mellom pasient og sjukepleiar.

I studiane kom det fram at det var fleire negative erfaringar knytt til kommunikasjon frå sjukepleiar i eit akuttmottak (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021). Trass i at ein som sjukepleiar er klar over viktigheita av god kommunikasjon, kan arbeidstrykket i eit akuttmottak vere høgt. Dette kan føre til situasjonar der ein må prioritere kva arbeidsoppgåver som skal bli gjort. Mine erfaringar frå akuttmottak er at sjukepleiar er klar over pasienten sitt behov for informasjon, og at målet alltid er at han skal føle seg både lytta til og forstått. På bakgrunn av pasienterfaringane i studiane (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Pavedahl et al., 2021) kan ein stille spørsmål ved om det er lettare å møte dei medisinske behova framfor dei psykososiale, som følgje av at dei medisinske behova ofte kan vere konkrete og krevje rask handling.

Fokusgruppa i studien til Blackburn et.al., (2018) med seks sjukepleiarar, anerkjente at kommunikasjonen til pasientane kunne vere mangelfull og utilstrekkeleg, som ein konsekvens av eit hektisk arbeidsmiljø. Studien er basert på eit avgrensa utval sjukepleiarar, noko som kan spele inn på resultatet. Eit hektisk arbeidsmiljø burde likevel ikkje vere synonymt med sviktande kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient. Det er ikkje lengda på samtalen som burde vere avgjerande for om pasienten føler seg ivaretatt, men formidlinga i augeblikket når kommunikasjonen vert utveksla. Sjukepleiar kan i samtale med pasienten velje å vise gjennom non-verbal kommunikasjon at det er travelt og at ho ikkje eigentleg har tid, eller ho kan sjå han inn i auga når han pratar, strekke fram ei hand og vise at ho aktivt lyttar i den stunda ho har med han. All kontakt mellom pasient og sjukepleiar er i følgje Travelbee (1999, s. 174) eit steg

på vegen mot eit menneske-til-menneske-forhold. Ut i frå denne teorien er det ikkje tida på samtalen som avgjer om ein oppnår god tillit og kontakt med pasienten. Bevisstheit rundt kva makt non-verbal kommunikasjon har på pasienten sine opplevingar av interaksjonar med sjukepleiar, kan vere nøkkelen som avgjer om ein pasient føler seg sett og ivaretatt, eller ignorert og oversett (Eide & Eide, 2018, s. 136).

### 5.3 Emosjonelle behov hos den akutt sjuke pasienten

Funn i ei kvalitativ studie viste at den akutt sjuke pasienten hadde eit stort behov for empati og støtte i tillegg til dei medisinske behova (Granström et al., 2018). Når eit menneske blir utsett for akutt sjukdom, er naturlege reaksjonar ofte redsel, angst og frykt for kva som vil skje vidare (Stubberud, 2019, s. 23). Resultat viste at sjukepleiaren som tok i mot pasienten hadde stor påverkningskraft på korleis pasienten følte seg (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). Sjukepleiar må forsøke å forstå korleis situasjonen vert opplevd frå pasienten sitt perspektiv. For å klare dette må sjukdommen bli sett i samanheng med livssituasjonen til pasienten (Stubberud, 2019, s. 16). Sikker kommunikasjon, at pasientane følte at bekymringane deira vart høyrte og at sjukepleiar forsikra at dei var i trygge hendar, auka kjensla av tryggleik (Graham et al., 2019; Hermann et al., 2019).

Når pasientar opplevde maktfordelinga mellom sjukepleiar og dei sjølve som så rettferdig som mogleg, viste resultat at pasientane følte seg inkludert og behandla som eit likeverdig menneske (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019). I det eit menneske kjem inn i akuttmottaket, er han blitt pasient. Denne merkelappen, som får ein person til å gå frå å vere eit likeverdig menneske til å bli ein sårbar pasient, leiar ifølgje Travelbee (1999, s. 64) til ein avhumaniseringsprosess. Medan det eine mennesket kjem inn i ein sårbar situasjon og kan frykte for livet sitt, står den andre personen på trygg grunn i ein vanleg arbeidsdag. Stubberud (2019, s. 66) skriv at sjukepleiar må anerkjenne at det eksisterer eit asymmetrisk maktforhold mellom sjukepleiar og pasient. Dersom sjukepleiar ikkje er bevisst på maktposisjonen ho har ovanfor den akutt sjuke pasienten (Heyn, 2018, s. 19), risikerer ho å overkøyre pasienten og påføre han liding i staden for omsorg.

Ein pasient er ikkje diagnosen sin, men likevel viste funn at pasientar opplevde å bli sett på som eit kasus som måtte behandlast, og ikkje som eit menneske (Bull et al., 2021; Graham et al., 2019; Granström et al., 2018). Omfanget av situasjonen kan føre til at sjukepleiar sitt hovudfokus blir flytta frå personen som eit unikt og likeverdig individ, til «pasienten med akutte magesmerter og lågt blodtrykk på stue 3». I interaksjonsteorien til Travelbee er målet for sjukepleiar å oppnå eit menneske-til-menneske forhold, der ein tek i vare den sjuke sine behov, samtidig som pasienten blir behandla som eit likeverdig menneske (Travelbee, 1999, s. 62). Så lenge sjukepleiar ser på pasienten som ein case eller ei arbeidsoppgåve, vil ikkje dette målet bli nådd.

#### 5.4 Tryggleik i ein utrygg situasjon

Eit hovudfunn i oppgåva er at ved innlegging i akuttmottak fryktar fleire pasientar for eige liv, for sine pårørande og for korleis akutt sjukdom kan påverke framtida (Graham et al., 2019; Granström et al., 2018; Hermann et al., 2019). Når ein som sjukepleiar møter desse pasientane, som kan ha fått livet snudd på hovudet i løpet av få sekund, har ein ei viktig oppgåve i å prøve skape ro og tillit i augeblikket (Stubberud, 2019, s. 66). Akutt sjukdom kjem ofte brått på, og ei innlegging i akuttmottak kan gi lita tid til å førebu seg på kva som ventar. Å oppleve at eins eigen eksistens og tryggleik er trua, som følgje av ein akutt situasjon, kan leie til ei traumatisk krise (Cullberg, 2008, s. 108). Ein sjukepleiar kan bli den trygge hamna til pasienten, eit haldepunkt i ein uoversiktleg situasjon. Resultat viste at fråvær av emosjonell støtte, og kjensla av å bli forlaten av sjukepleiar, forsterka angst hos pasienten (Pavedahl et al., 2021). Skal ein skape tryggleik i situasjonen er ein avhengig av at både pasienten er trygg på sjukepleiar, og at sjukepleiar klarer å fange opp tryggingsbehovet til pasienten (Eide & Eide, 2018, s. 17).

Resultat frå fleire studiar viste at når sjukepleiar tok pasientane sine bekymringar seriøst, var observant på synspunkta deira og korleis dei opplevde situasjonen, var det bidragsytarar for å skape tryggleik hos pasientane (Graham et al., 2019; Hermann et al. 2019). Opplevinga av tryggleik er, i likskap med omsorg, eit psykososialt behov som heng tett saman med kommunikasjon (Stubberud, 2019, s. 16). I det som kan opplevast som ein urettferdig situasjon, har ein som pasient ofte behov for å finne mening i kva som skjer (Stubberud, 2019, s.18). Kva

reaksjon pasienten får av akutt sjukdom er knytt til personen sin eigen oppfatning av situasjonen, korleis han meistrar det å vere pasient og korleis sjukepleiar møter dei psykososiale behova til pasienten. Basert på eigne pasientmøter i akuttmottaket opplevde eg at nokre pasientar gav tydeleg uttrykk for kva behov dei hadde. Dei gret, ropte og viste redsel for situasjonen dei hadde hamna i. Andre vart stille, lukka auga og prøvde å distansere seg frå situasjonen. I ein pressa og akutt situasjon, kan ein slik passivitet frå pasienten si side tolkast som at han verken er redd eller har behov for å bli trygga på at dette kjem til å gå fint. Dette kan føre til at tryggingbehovet pasienten eigentleg har, men som han ikkje gir uttrykk for, ikkje blir fanga opp av sjukepleiar.

Resultat i den systematiske oversiktsartikkelen til Graham et. al. (2019) viste at pasientane knytte lengda på ventetid opp mot alvorsgrada til potensielle diagnoser. Dess lenger pasientane vart liggande i akuttmottaket utan konkrete svar på diagnose, dess meir engstelege og angstprega vart dei (Graham et al., 2019). Sjukepleiar har eit ansvar for å sørge for at pasientane er informert under opphaldet (Pasient- og brukerrettighetslova, 1999, Kapittel §3-2). Dersom ventetida ikkje skuldast at sjukdomsomsfanget krev grundigare utgreiing, men til dømes eit travelt arbeidsmiljø, kan informasjon om årsaken til ventetida bidra til å bevare roa hos pasientane.

## 5.5 Metodediskusjon

I denne oppgåva har eg nytta litteraturstudie som metode. Eg har utarbeida ein PICO med relevante søkeord, for å finne litteratur som eg kunne knyte opp mot problemstillinga mi. Søket vart gjennomført i databasar tilgjengelege på nettsida til HVL (Høgskulen på Vestlandet, 2022). For å avgrense søket definerte eg ulike inklusjons- og eksklusjonskriterium. Eg nytta emneord frå MeSH-databasen (Aasen, 2020). Sjølv om eg fant relevante MeSH-termar, er det mogleg at eg kan ha oversett andre nyttige emneord som kunne bidratt til å finne fleire relevante studiar. Eg brukte ikkje trunkering i litteratursøket, noko som kan vere ei svakheit i søkeprosessen. Når ein nyttar trunkering søker ein på ei ordstamme ved å bruke (\*) i etterkant av ordet, eks. «communicat\*». Dette fører til treff på både eintal- og fleirtalsformar og ulike variantar av ordet

(Thidemann, 2019, s. 87). Bruk av trunkering kan føre til lange trefflistor med uaktuell litteratur, men det tenkast at kan eg ha oversett relevante studiar og forskning som følgje av at eg ikkje nytta trunkering på enkelte søkeord. Artiklane eg har inkludert i oppgåva er skrivne på avansert engelsk fagspråk. Dette kan ha ført til misforståingar ved tolking av resultat, sjølv om eg har forsøkt å ivareta ordlyden etter beste evne.

Ein styrke med denne litteraturstudien er at resultatene i hovudsak kjem frå kvalitative studiar. Dette har gitt eit godt innblikk i brukarperspektivet til pasientar i eit akuttmottak. Dei inkluderte studiane henta forskinga hovudsakleg frå akuttmottak i Sverige, Nederland, England, Canada, Australia og USA. Det kan vere nasjonale skilnadar i akuttmottak ut i frå kva land og kultur studiane er gjennomført i. Det er viktig å ha denne avgrensinga med i tolkinga av resultat, då ulike kulturar har ulik oppfatning av rolla til sjukepleiarar og kvaliteten på sjukepleie. Akuttmottak i større byar i Canada, USA og Australia har truleg eit høgare arbeidstrykk enn fleire norske akuttmottak, som kan påverke opplevingane som pasientane i desse akuttmottaka hadde. Samtidig er mykje av forskinga henta frå akuttmottak i Sverige og Nederland, som begge er land med fleire likskapstrekk som Noreg. Dette styrker resultatene sin overføringsverdi til den norske praksisen.

## 6.0 Konklusjon

I denne oppgåva har eg nytta relevant forskning og teori for å svare på problemstillinga «*Kva erfaringar har akutt sjuke pasientar knytt til opplevinga av kommunikasjon og ivaretaking av psykososiale behov i eit akuttmottak?*». Gjennom brukarperspektivet har eg forsøkt å finne ut korleis sjukepleiarar kan møte akutt sjuke pasientar sine psykososiale behov ved ei innlegging i akuttmottaket. Eg har drøfta ulike tema som omhandlar psykososiale behov ved akutt sjukdom, som kommunikasjon, emosjonelle behov og tryggleik.

Funn i oppgåva viser at eit fellestrekk for handtering av pasienten sine psykososiale behov, er at dei er tett knytt opp til den mellommenneskelege prosessen mellom sjukepleiar og pasient. For å møte pasienten sine psykososiale behov, er god og personorientert kommunikasjon mellom

sjukepleiar og pasient heilt sentralt. Den akutt sjuke pasienten er sårbar og i ein utsatt situasjon, og sjukepleiar har stor påverkningskraft i korleis opplevinga av å vere akutt innlagt blir. Teori og funn i studiane viser at korleis sjukepleiar formulerer og overleverer informasjon til pasientane, er avgjerande for korleis dei tolkar og opplever kommunikasjonen. Non-verbale kommunikasjon har ei vesentleg rolle i kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient eit akutt mottak. Dette gjeld både kva pasientane ikkje verbalt gir uttrykk for, men og korleis sjukepleiar speglar sine eigne haldningar gjennom sitt non-verbale kroppsspråk. Å vise pasientane at ein har tid til å lytte, og at ein er opptatt av at dei føler seg sett, er avgjerande for at pasientane føler at dei kan opne seg opp for sjukepleiar og gi uttrykk for sine behov. Trass i at arbeidsmiljøet i eit akutt mottak ofte er hektisk, er det sjukepleiar sitt ansvar å legge til rette for at pasient og sjukepleiar kan oppnå god mellommenneskeleg kontakt.

For at sjukepleiar skal møte den akutt sjuke pasienten og dei psykososiale behova hans på best mogleg måte, treng ho gode kommunikative ferdigheiter. God, personorientert kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient er viktig ved alle pasientmøter, også dei som ikkje utspelar seg i eit akutt mottak. Skal ein som sjukepleiar bli god på kommunikasjon må ein ha fokus på det, både ved pasientmøter og gjennom studieforløpet. Kunnskap om korleis kommunikasjon både kan styrke, men også sette hindringar for, danninga av eit menneske-til-menneske-forhold mellom sjukepleiar og pasient kan føre til auka pasientforståing hos sjukepleiar. På den måten kan sjukepleiar klare å møte pasientane og sørge for at dei føler seg sett og høyrte, også ved pasientmøter i akutte og utfordrande situasjonar. Kommunikasjon er heilt elementært for god og verdig pasientbehandling.

## 7.0 Referanseliste

Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2018). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30–35.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>

Bull, C., Latimer, S., Crilly, J., & Gillespie, B. M. (2021). A systematic mixed studies review of patient experiences in the ED. *Emergency Medicine Journal*, 38(8), 643–649.

<https://doi.org/10.1136/emered-2020-210634>

Cullberg, J. (2008). *Mennesker i krise og utvikling* (3.utg). Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.

Eide, H., & Eide, T. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal.

Graham, B., Endacott, R., Smith, J. E., & Latour, J. M. (2019). 'They do not care how much you know until they know how much you care': A qualitative meta-synthesis of patient experience in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 36(6), 355–363.

<https://doi.org/10.1136/emered-2018-208156>

Granström, A., Strømmer, L., Falk, A.-C., & Schandl, A. (2018). Patient experiences of initial trauma care. *International Emergency Nursing*, 42, 25–29.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.08.003>

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b, 6. juni). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>



Kandidatnummer: 456

Helsebiblioteket. (2016c, 7. juni). Kildevalg. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Hermann, R. M., Long, 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/10.1016/j.jen.2018.12.001>

Heyn, L. G. (2018). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1.utg., 2 opplag). Gyldendal.

Høgskulen på Vestlandet. (2022). *Søk etter fagressursar*. Henta 22. mai 2022, frå <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>

Lie, H. C., Juvet, L. K., Street, R. L., Gulbrandsen, P., Mellblom, A. V., Brembo, E. A., Eide, H., Heyn, L., Saltveit, K. H., Strømme, H., Sundling, V., Turk, E., & Menichetti, J. (2022). Effects of Physicians' Information Giving on Patient Outcomes: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 37(3), 651–663. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07044-5>

Moesand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt og kritisk syk* (2.utg.). Gyldendal.

Norsk Pasientforening. (u.å.). *Jeg trenger informasjon*. Henta 8. mai 2022, frå <https://www.pasient.no/pasienters-problemer/jeg-trenger-informasjon/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (2020). Kjerneprosesser i et akuttmottak. I *eHåndboken*. Henta 22. april 2022, frå <https://ehandboken.ous-hf.no/document/34208>

Pasient- og brukerrettighetslova(1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-

63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Pavedahl, V., Holmström, I. K., Marnius, M. S., Schwarz, U. vonThiele, & Muntlin, Å. (2021). Fundamentals of care in the emergency room – An ethnographic observational study.

*International Emergency Nursing*, 7.

<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101050>

Statistisk sentralbyrå. (2022, 5. april). *Pasienter på sykehus*.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/pasienter-pa-sykehus>

Stubberud, D. G. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2.utg.). Gyldendal.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1.utg.). Universitetsforlaget.

Aasen, S. E. (2020, 3. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/221562.cms>

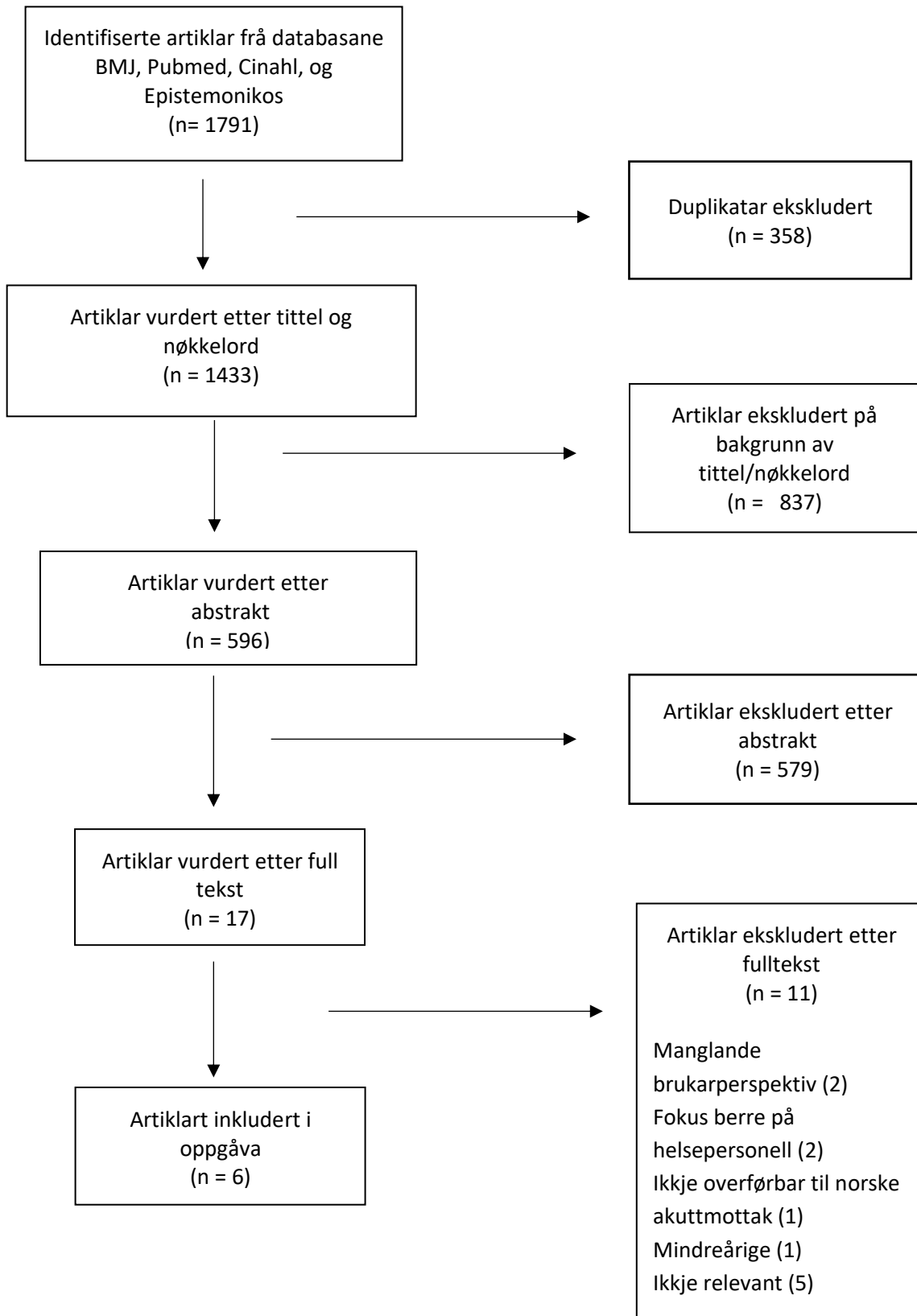
## 8.0 Vedlegg

## 8.1 Vedlegg I: Søkehistorikk

Database	Søk	Søkeord	Antal treff	Avgrensing	Leste artiklar	Inkluderte artiklar i oppgåva
<b>BMJ Best Practice Emergency Medicine Journal</b>  <b>16.02.22</b>	#1	Acute illness	214			
	#2	Interpersonal relations	65			
	#3	Emergency department	352			
	#4	<b>#1 AND #2 AND #3</b>	<b>54</b>	2017-2022	3	<b>1 (2)</b> <b>Bull C, Latimer S, Crilly J, et.al (2021)</b>  <b>Graham B, Endacott R, Smith Je, et.al (2019)</b>
<b>Epistemonikos</b>  <b>15.02.22</b>	#1	Acute diseases OR patient	122 274			
	#2	Communication	16 491			
	#3	Emergency department	11 293			
	#4	<b>#1 AND #2 AND #4</b>	<b>110</b>	2017-2022	3	<b>1</b> <b>Graham B, Endacott R, Smith Je, et.al (2019)</b>
<b>PubMed</b>  <b>15.02.22</b>	#1	Patient	7 778 843			
	#2	Acute illness	83 175			
	#3	communication	723 378			
	#4	Psychosocial interventions	33 395			

	#5	Emergency department	342 257			
	#6	#1 OR #2 AND #3 OR #4 AND #5	<b>1 509</b>	2017-2022	6	<b>3 (4)</b> <b>Pavedahl, V., et. al (2021)</b> <b>Granström, A., et.al (2018)</b> <b>Blackburn, J., et.al (2018)</b> <b>Hermann, R., et. al (2019)</b>
<b>Cinahl</b> <b>15.02.22</b>	#1	Patient OR acute diseases	1 158 272			
	#2	Nurse patient relations OR Communication OR Psychosocial interventions	90 334			
	#3	Emergency department	28 682			
	#4	<b>#3 AND #2 AND #3</b>	<b>118</b>	2017-2022	5	<b>1</b> <b>Blackburn, J., et.al (2018)</b>

## 8.2 Vedlegg II: Flyt-skjema



## 8.3 Vedlegg III: Litteratormatrise

Forfatter Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Utval/populasjon	Design, metode og analyse	Resultat/funn	Styrker/svakheiter
Bull C, Latimer S, Crilly J, Gillespie B  2021  Emergency Medicine Journal  Australia	Å skildre pasientopplevingar i akuttmottaket frå eit pasientperspektiv.	26 kvalitative studiar 23 kvantitative studiar 5 mixed-methods studiar.  Flest studiar frå USA.	Systematisk oversikt med kvalitative og kvantitative studiar funne i Embase, Medline, ProQuest Nursing and Allied Health, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature og Cochrane library.	To hovudtema vart identifisert:  1. Forholdet mellom pasient og sjukepleiar 2. Å tilbringe tid i akuttmottaket  Under det første teamet vart det inkludert fire undertemaer:  1. Respekt for pasientar 2. Kommunikasjon med pasientane for å holde dei informert 3. Omsorg for pasientane 4. Å bygge og vedlikehalde tillit og sjølvtilitt hos pasientane.	<b>Styrker:</b> Relativt stor systematisk oversikt med 54 studiar inkludert.  To forfattarar vurderte kvaliteten på studiane individuelt ved hjelp av The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Brukte Kappa-skår for å vurdere styrken på samsvar mellom dei to forfattarane sine vurderingar.  <b>Svakheiter:</b> Systematiske søk i fleire forskingsbaserte databaser, men artiklar kan ha blitt oversett.

<p>Graham B, Endacott R, Smith J, Latour, J</p> <p>2019</p> <p>Emergency Medicine Journal</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Å systematisk vurdere litteraturen som finst av kvalitative studiar som identifiserer avgjerande faktorar for vaksne pasientar sine opplevingar i akuttmottaket.</p>	<p>22 studiar. Studiar i hovudsak frå Sverige (6), Canada (6) og USA (4). Forsking basert på 33 ulike mottak.</p>	<p>Systematisk oversikt og metaanalyse med kvalitative studiar henta frå PubMed, Cinahl, EMBASE, BNI og bibliografiske studiar frå 1997 til 2018.</p>	<p>Fem analytiske tema basert på behov pasientane som kjem i eit akuttmottak har:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunikasjon</li> <li>2. Emosjonar</li> <li>3. Omsorgsbehov</li> <li>4. Fysiske og miljømessige behov</li> <li>5. Ventetid</li> </ol>	<p><b>Styrker:</b> Nytta MeSH-emneord.</p> <p>To uavhengige personar kvalitetsikra studiane.</p> <p>Nytta Critical Appraisal Skills Programme (CASP) for å kvalitetsvurdere studiane.</p> <p><b>Svakheiter:</b> Manglande standard taksonomi av emneord om pasienterfaringar kan ha ført til at litteratur ikkje har blitt oppdaga.</p>
<p>Blackburn J, Ousey K, Goodwin E,</p> <p>2018</p> <p>International Emergency Nursing</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Å utvikle ei holistisk forståing av kravet til informasjon og kommunikasjon i akuttmottak mellom pasient og sjukepleiar.</p>	<p>15 intervju med pasient/familie</p> <p>Ei fokusgruppe med 6 sjukepleiarar.</p>	<p>Kvalitativ studie med kvalitative semistrukturerte intervju og ei fokusgruppe, gjennomført mellom april og juni 2017.</p> <p>Fokusgruppa diskuterte funna i pasientintervjua frå helsepersonell sitt synspunkt</p>	<p>Fire hovudtema vart identifisert i denne studien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommunikasjon med helsepersonell</li> <li>2. Forklaring av behandling og diagnose</li> <li>3. Forventningar til akuttmottaket</li> <li>4. Skriftleg informasjon</li> </ol>	<p><b>Styrker:</b> Prosjektet fekk godkjenning av The University of Sheffield Ethics Committee i The School of Health and Related Research (SCHARR)</p> <p>Skrifteleg samtykke frå deltakarane.</p> <p><b>Svakheiter:</b> Ei enkeltstudie med eit relativt lite antal deltakarar, som kan</p>

					setje begrensingar for overføringsverdien av resultatata.
<p>Pavedahl V, Holmström I, Meranius M, Schwarz U, Muntlin Å.</p> <p>2021</p> <p>International Emergency Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Å undersøke korleis fundamentale omsorgsbehov hos kritisk sjuke pasientar blir møtt i akuttmottak.</p>	<p>108 observasjonar 23 ulike sjukepleiarar vart observert.</p>	<p>Kvalitativ observasjonsstudie med etnografisk tilnærming.</p> <p>Observatør observerte pasientcasar med tre forskingspørsmål relatert til korleis sjukepleiar møter pasientane sine fysiske, relasjonelle og psykososiale behov.</p> <p>Observasjonar frå tidsrommet mai til november 2019.</p>	<p>Tre tema identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relasjonar</li> <li>2. Integrering av omsorg</li> <li>3. Samanheng/kontekst av omsorg</li> </ol>	<p><b>Styrker:</b> Godkjent av Swedish Ethical Review Authority.</p> <p>Enkeltstudie med 108 unike observasjonar.</p> <p>Fem forfattarar bidrog i analyse av resultat for å hindre bias.</p> <p><b>Svakheiter:</b> Observatør var sjukepleiar, noko som kan spele inn på oppfattinga av observasjonane.</p>
<p>Granström A, Strömmer L, Falk A, Schandl A.</p> <p>2018</p> <p>International Emergency Nursing</p> <p>Sverige</p>	<p>Å undersøke trauma-pasientar sine opplevingar av å bli utsatt for full traumeteamvurdering i eit level 1 traumesenter.</p>	<p>16 pasientar 14 av desse hadde mindre alvorlege skader.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuelle intervju med pasientar basert på ein semi-strukturert intervjuguide.</p>	<p>Ein hovudkategori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å føle seg trygg i ein skummel situasjon</li> </ol> <p>Tre undertema</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emosjonell respons</li> <li>2. Fysisk ubehag</li> <li>3. Å føle seg prioritert eller ignorert</li> </ol>	<p><b>Styrker:</b> Etisk godkjent av Regional Ethical Review Board i Stockholm.</p> <p>Gjennomført i akuttmottak i Sverige.</p> <p>Skriftleg samtykke frå deltakarar.</p>



					<p><b>Svakheiter:</b> Ei enkeltstudie med eit begrensa antal deltakarar, 16 stk.</p> <p>Relativt korte intervju på 7-17 min.</p>
<p>Hermann R, Long E, Trotta R</p> <p>2019</p> <p>Journal of Emergency Nursing</p> <p>USA</p>	<p>Å beskrive pasientane sine opplevingar med kommunikasjon med sjukepleiarar og helsepersonell i akuttmttak og identifisere kva som potensielt kan vere den beste praksisen</p>	<p>30 pasientar</p>	<p>Kvalitativ studie. Semi-strukturert intervju per telefon basert på eit spørreskjema som inneheldt tre forskings-spørsmål.</p>	<p>To overordna tema vart identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grunnleggande tema om kommunikasjon og høflegheit</li> <li>2. Interaktive tema om korleis sjukepleiar formidla informasjon, kommunikasjonen og respekt</li> </ol> <p>Fire undertema i tema 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beroligelse</li> <li>2. Humanisme</li> <li>3. Oppmerksomheit</li> <li>4. Forklaring.</li> </ol>	<p><b>Styrker:</b> Stratifisert utveljing av deltakarar, for å oppnå jamn kjønns- og aldersfordeling av deltakarar.</p> <p>Innhenta munnleg samtykke frå pasientane før vidare intervju.</p> <p><b>Svakheiter:</b> Enkeltstudie med intervju over telefon.</p> <p>Resultat kan ikkje nødvendigvis bli generalisert som følgje av ei enkeltstudie med 30 pasientar.</p>

