



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390-O-2024-VÅR-FLOW assign

Predefinert informasjon

Startdato:	04-06-2024 09:00 CEST
Sluttdato:	06-06-2024 14:00 CEST
Eksamensform:	Bacheloroppgave
Termin:	2024 VÅR
Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2024 VÅR
Intern sensor:	(Anonymisert)

Deltaker

Kandidatnr.:	109
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7787
----------------------	------

Egenerklæring *:

Ja

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert**

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i gruppen:	108

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgåve

Til kjernen av tryggleik: Sjukepleiaren sitt møte med
hjarteinfarktpasientar i akuttmottaket

To the Core of Safety: The nurse's encounter with heart
attack patients in the emergency room

Kandidatnummer: 108 & 109

Bachelor i Sjukepleie

Fakultet for Helse- og Sosialvitenskap/Institutt for Helse- og
Omsorgsvitenskap/Sjukepleiar Campus Førde

Innleveringsdato: Torsdag 6. Juni

Ord: 7787

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.

Samandrag

Tittel: Til kjernen av tryggleik: Sjukepleiaren sitt møte med hjarteinfarktpasientar i akuttmottaket.

Bakgrunn: Begge kandidatane har i praksis opplevd akutte situasjonar der det var eit behov for å skape tryggleik, og kor utfordrande det kan være å skape. Vi ynskjer å lære meir om dette gjennom ein litteraturstudie.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren bidra til tryggleik hjå pasientar med akutt hjarteinfarkt på akuttmottak?

Metode: Vi har nytta litteraturstudie som metode, der vi har brukt fem ulike forskingsartiklar, pensum og faglitteratur for å svare på problemstillinga.

Resultat: Det kjem fram i forskinga at kommunikasjon, akuttmottaket sin kultur, tid og prosedyrar har påverking kring ivaretaking av tryggleikskjensle for pasientar på akuttmottaket. Pasientane kan oppleve angst ved mangel på informasjon, men og ved komplekse forklaringar kring deira behandling og situasjonen. Sjukepleiarane kjenner på tidspress og prioriterer gjerne prosedyrar, samt er arbeidsflyten skapt av retningslinjer som ikkje ivaretek tryggleikskjensla.

Konklusjon: Sjukepleiaren sitt bidrag til å ivareta tryggleikskjensle hjå hjarteinfarktpasientar på akuttmottaket er fleirfaktorielt. Tryggleik kan fremmast i pasientretta arbeid med god kommunikasjon og symptomlindring. Vidare kan bevisstgjerung av haldningar, kultur og miljøutfordringar bidra til å fremme fokuset på ivaretaking av tryggleikskjensla i pasienten.

Abstract

Title: To the Core of Safety: The nurse's encounter with heart attack patients in the emergency room

Background: Both candidates have experienced acute situations during clinical training where there was a need to create a sense of safety, and how challenging it can be to achieve. We want to learn more about this through a literature study.

Aim: How can the nurse contribute to the safety of patients with acute heart infarction in the emergency department?

Method: We have used a literature study as the method, where we have utilized five different research articles, course materials, and professional literature to answer the objective.

Result: Research indicates that communication, the culture of the emergency department, time constraints, and procedures all have an impact on the maintenance of a sense of safety for patients in the emergency department. Patients may experience anxiety due to a lack of information, as well as complex explanations regarding treatment and their situation. Nurses often feel pressured by time and therefore prioritize procedures, and the workflow is shaped by guidelines that do not necessarily prioritize the feeling of safety for the patient.

Conclusion: The nurse's contribution to maintaining a sense of safety for patients with heart infarction in the emergency department is multifactorial. Safety can be enhanced through patient-centered work, with good communication and symptom relief. Furthermore, raising awareness of attitudes, culture, and environmental challenges can contribute to a focus on maintaining a sense of safety for the patient.

Innholdsliste

1.0 Introduksjon.....	5
1.1 Aktualitet	5
1.2 Struktur.....	6
1.3 Teori.....	6
1.3.1 Hjartefarkt – symptom og psykososial oppleving	6
1.3.2 Tryggleik	8
1.3.3 Akuttmottak – akutt og kritisk sjukdom	9
1.3.4 Kommunikasjon – informasjon og pasientdeltaking	9
1.3.5 Arbeidsmiljø	10
1.3.6 Etikk og moral.....	11
2.0 Problemstilling og avgrensing	11
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie.....	12
3.2 Søkeprosess	12
3.3 Val forskingsartiklar	14
3.4 Kritisk vurdering.....	15
3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar	15
3.4.2 Kritisk vurdering av anna materiale	16
3.5 Diskusjon av metode	17

3.6 Etisk vurdering.....	17
4.0 Resultat.....	18
4.1 Kommunikasjon.....	18
4.2 Akuttmottaket sin kultur.....	19
4.3 Tid og prosedyrar.....	19
5.0 Drøfting/diskusjon.....	20
5.1 Å fremme tryggleik for hjarteinfarktpasienten.....	20
5.1.1 Kommunikasjon sin effekt på tryggleik.....	20
5.1.2 Symptomlindring, sjukepleiar sin rolle og tryggleik.....	22
5.2 Å tilrettelegge for tryggleik i akuttmottaket.....	24
6.0 Oppsummering og implikasjonar for praksisutøving.....	25
Litteraturliste.....	27
Vedlegg.....	31
Vedlegg 1 -Søkestrategiar:.....	31
Søkestrategi CINAHL.....	31
Søkestrategi MEDLINE.....	33
Vedlegg 2: Litteraturmatrise.....	34

Tabelloversikt

Tabell 1: PICO-skjema:.....	13
Tabell 2: Inklusjon- & eksklusjonskriterium:.....	14

1.0 Introduksjon

1.1 Aktualitet

Bacheloroppgåva handlar om temaet tryggleik for pasientar som er ramma av hjarteinfarkt på eit akutt mottak. Bakgrunnen for valet av temaet er basert på at begge kandidatane har interesse for sjukepleie ved akutt sjukdom. Begge har opplevd pasientar som uttrykk utryggleik og eit behov for å bli ivaretatt ved akutt sjukdom som hjarteinfarkt.

Hjarte- og karsjukdommar står for 23% av dødsfalla i Noreg, og hjartesjukdom er ein hyppig årsaka til sjukehusinnlegging. I 2022 var der 10.872 personar med førstegongs akutt hjarteinfarkt (Kringeland et al., 2023, s. 5, 17). Hjartet er ofte knytt til kjensler rundt livet og døden, og hjartesjukdom som forårsakar hjartearytmi kan skape frykt for å dø (Sørliie, 2014, s. 472). Tryggleik er eit grunnleggande behov i mennesket, og det er eit behov sjukepleiaren kan bidra til å bygge opp eller bryte ned gjennom sin veremåte (Gustafsson et al., 2021, s. 94, 101). Sjukepleiaren har overordna styringsdokument som setter retning for korleis sjukepleiaren skal utføre sin profesjon. Norsk Sykepleierforbund definerer at grunnlaget for sjukepleie skal være respekt for det enkelte menneske liv, den ibuande verdigheita og personen sin rett til å foreta egne val (*Yrkesetiske Retningslinjer*, 2023). Vidare seier dei at sjukepleiaren har ansvar for å yte omsorgsfull sjukepleie og lindre lidning, samt ivareta den enkelte sine behov for heilheitleg omsorg (*Yrkesetiske Retningslinjer*, 2023). Det er lovfesta at helsepersonellet er forplikta til å yte forsvarleg og omsorgsfull helsehjelp basert på kompetansenivå og situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §4), og at ved situasjonar som krev øyeblikkeleg hjelp skal helsepersonell yte påtrengande nødvendig helsehjelp etter evne (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Pasientar har rett til medverke til eiga behandling (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999, §3.1), rett til informasjon vedrørande si eiga behandling (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999, §3.2) og denne informasjonen skal være tilpassa pasienten sine forutsetningar (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999, §3.5).

I denne oppgåva ynskjer vi sjå på kva tiltak og faktorar som kan bidra til at sjukepleiaren kan fremme tryggleikskjensle hjå pasienten med hjarteinfarkt på akutt mottak. Vi tenkar at det er ein utopisk tanke å oppnå absolutt tryggleik i ein akuttsituasjon og at der er fleire stadier av tryggleik mellom det å føle seg svært trygg og svært utrygg. Som sjukepleiarar kan vi være

med på å påverke denne opplevinga av tryggleik mot det betre eller verre.

1.2 Struktur

Oppgåva er delt inn i introduksjon, problemstilling og avgrensing, metode, resultat, drøfting, oppsummering og implikasjonar for sjukepleie. Introduksjonen skildrar bakgrunnen for val av temaet tryggleik og hjarteinfarkt på akuttmottaket, og kvifor temaet er aktuelt for samfunnet. Under introduksjonen kjem også teoretisk bakgrunn der vi skriv om hjarteinfarkt med symptom og psykososiale reaksjonar, kva tryggleik er og korleis kommunikasjon, arbeidsmiljø òg etikk og moral er relevant i møte med akutt sjukdom. Metodekapittelet tek for seg vår søkeprosess og korleis vi har valt ut forskinga til oppgåva, samt kritisk og etisk vurdering av faglitteraturen. Vi ser og på svakheiter og styrkar med metoden. I resultatet presenterer vi ei tematisk samanfatting av hovudfunna frå forskinga, som er kommunikasjon, akuttmottaket sin kultur òg tid og prosedyrar. Diskusjonskapittelet er inndelt i tema kommunikasjon, symptomlindring òg akuttmottaket sin kultur. Til slutt oppsummerer vi oppgåva og legg fram kva implikasjonar dette har for utøvinga av sjukepleie.

1.3 Teori

1.3.1 Hjarteinfarkt – symptom og psykososial oppleving

Hjarteinfarkt er når myokard-celler nekrotiserer grunna iskemi (Ørn & Brunvand, 2022, s. 158). Myokard er hjartemuskulaturen som kontraktillerer for å pumpe rundt blod. Nekrose er når det oppstår permanent celledød grunna celledøde (Bertelsen, 2022, s. 16). Iskemi er ein tilstand der den arterielle blodtilførselen ikkje dekker vevets behov for oksygen. Dersom iskemi førar til nekrose av vev, kallast dette då eit infarkt (Ørn, 2022, s. 78). Eit hjarteinfarkt som ikkje behandlast raskt kan forårsake skader på myokard som kan føre til lungeødem, hjartesvikt og hjartestans. Dette er tilstander som kan få livstruande følger. God behandling i akuttfasen vil redusere risikoen for både sjukdom og død i akuttfasen, men også gjennom resten av pasienten sitt liv (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157, 165).

Sørli (2014, s. 472) skriv at pasienten kan oppleve symptom som hurtigare puls, hjartebank, tyngre pust, klem i brystet, smerter, kvalme, svette, skjelvingar og uroleg mage på bakgrunn av aktiveringa av det autonome nervesystemet. Det kan også oppstå ein del andre

kroppslige reaksjonar som svimmelheit, klamheit og trettheit (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 142). Symptom som dyspnè (tungpust) kan også førekomme som resultat av redusert pumpeevne i hjartet på grunn av eit hjarteinfarkt som førar til lungestuvning og hjartesvikt (Ørn & Brunvand, 2022, s. 169).

Pasientar med låg oksygenmetning, eller som opplever pustebesvær kan få oksygenbehandling for å oppretthalde 90-91% SpO₂, og ved lungestuvning bør det vurderast CPAP som ventilasjonsstøtte (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 159). Det anbefalast også å administrere glyserylnitrat ved iskemiske anfall. Dette kan redusere smerte samtidig som det utvidar arterioler og vener som førar til redusert blodtilbakestrømming til hjartet, som vidare reduserer belastning, oksygenbehov og betrar oksygentilførselen (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 160). Smertelindring, som morfin, er ein sentral legemiddelgruppe ved hjarteinfarkt. Dette er fordi smerter førar til auka sympatikusaktivering som igjen førar til samantrekning av blodårer og auka arbeidsbelastning på hjartet (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 162), og kan føre til kvalme og svimmelheit (Stubberud & Eikeland, 2022, s. 270). Pasientar som opplever stress og angst kan få benzodiazepiner for å redusere stress-reaksjonen, som ytterlegare vil redusere sympatikusaktivering (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 162).

Psykososiale behov handlar om mennesket sin psyke, og tar utgangspunkt i både det mentale og åndelege aspektet ved eit menneske sin oppleving av å være sjuk. Ein ser både på pasienten sin subjektive oppleving av å være sjuk, og korleis ein sosial kontekst ser på sjukdom.

Pasientane kan oppleve hjarteinfarkt som overveldande og truande, der symptoma som oppstår kan skape ubehag som førar til angst og utryggleik (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 143), samt frykt for å dø (Sørli, 2014, s. 472). Til dømes kan pasientar som ikkje får tilstrekkeleg med oksygen oppleve å bli engsteleg, oppkavet og panisk (Skaug, 2021, s. 159). Det kjem fram i boka til Sørli (2014, s. 472) at fryktkjensla vil også kunne påverke det autonome nervesystemet. Det autonome nervesystemet er knytt til både angst og frykt (Sørli, 2014, s. 472). Smerte kan også forårsake ein tilsvarande reaksjon frå det autonome nervesystemet (Kristoffersen Jaren et al., 2021, s. 28).

1.3.2 Tryggleik

Tryggleik er eit grunnleggande behov i mennesket (Gustafsson, 2021, s. 95), og når vi skriv om tryggleik i oppgåva inkludera vi både tryggleik som ein kjensle og ein tilstand (Gustafsson et al. 2021, s. 94). Tiltak og metodar som fremmar omsorg, tillit, kontroll og ro, men og tilstander som sjølvtilitt, mot og sjølvinnstikk vil bli inkludert då dette desse er assosiert med tryggleik (Gustafsson et al. 2021, s. 94, 95, 101). Motvekta til tryggleik vil være å føle utryggleik med uro, usikkerheit og redsel (Gustafsson et al., 2021, s. 94-95).

Kjensla tryggleik bygg på behovet for sikkerheit og beskyttelse (Gustafsson et al., 2021, s. 94), og før behandling av andre behov dekkast må ein oppnå tryggleik i pasienten (Gustafsson, 2021, s. 95). Gustafsson et al. (2021, s. 96) skriv at sjukepleiaren har både eit etisk og profesjonelt ansvar for å danne ein omsorgsrelasjon med tillit i grunn til kvar enkelte pasient, og at denne relasjonen er både ein føresetnad og nødvendigheit for at pasienten skal kunne føle seg trygg. Faktorar og tiltak som bidrar til å auke tryggleikskjensle hjå pasienten kan være ein sjukepleiar som informerer og forklarar, viser omsorg og empati, men òg interesse for menneske bak sjukdommen (Gustafsson et al., 2021, s. 101, 104, 106).

I følgje Stubberud (2024b, s. 74–75) tar personsentrert omsorg (PSO) utgangspunkt i individuell tilnærming av sjukepleia til ein pasient. Her står det sentralt å ivareta grunnleggande behov med utgangspunkt i områder kvar pasienten uttrykk der er mangel eller pleiebehov. Dette kan bidra til at pasientar opplever at sjukepleiarane er omsorgsfulle (Stubberud, 2024b, s. 75). I forskinga til Kim et al. (2022) kjem det fram at PSO kan bidra til at pasientane kjenner seg letta og får tillit til sjukepleiaren.

Ein pasient sin reaksjon på akutt sjukdom kan variere etter psykososiale behov, og kan variere mellom kjensler som håp for framtida og tryggleik til håplausheit og utryggleik (Stubberud, 2024a, s. 18–19). Når det oppstår akuttsjukdom kan pasienten kjenne på behov for å meistre situasjonen. Dette kan gjerast gjennom å reduksjon av lidning, å være orientert, oppleving av kontroll og å føle på tryggleik (Stubberud, 2024a, s. 16). Ved svikt i vitale funksjoner som blodsirkulasjonen ved hjarteinfarkt kan det oppstå utryggleik og angst då det gjerne kjem brått på, er smertefullt, skaper uvisse om framtida og redsel for å dø (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 143; Stubberud, 2024a, s. 20).

1.3.3 Akuttmottak – akutt og kritisk sjukdom

Akuttmottak er for mange den første avdelinga man møter ved innlegging på sjukehus, då avdelinga tek imot øyeblikkeleg hjelp henviste pasientar med varierende alvorsgrad. Nokre av problemstillingane løysast på akuttmottaket og andre blir delegert vidare til nye avdelingar (Engebretsen, 2020, s. 491). Pasientmøta på eit akuttmottak kjenneteiknast av å være svært intensive og korte, der pasienten møter fleire helsepersonell på kort tid. (Engebretsen, 2020, s. 492). I følgje Kristoffersen Jaren (2021a, s. 334) vil ein sjukepleiar som arbeidar på ein mottakspost møte pasientar slik at dei kjenner seg som ein heil person, og ikkje berre ein gjeremål eller ei oppgåve.

Akutt sjukdom er sjukdom som kjem brått eller plutselig på pasienten, som utviklar seg og kan gå over raskt (Stubberud, 2024a, s. 17). Kritisk sjukdom er svært alvorleg kor pasientane har svikt i eit eller fleire organsystem, og sjukdommen kan være livstruande (Stubberud, 2024a, s. 17–18). Ved hjartefarkt kan pasientar både være akutt og kritisk sjuk på ein gong. Hjartefarkt oppstår akutt, og kan skape skade i myokard som igjen førar til svikt i sirkulasjonssystemet (Stubberud, 2024a, s. 18). Sjukepleiaren har fleire oppgåver ved sjukepleie til pasientar med hjartefarkt i akuttfasen. Ivaretaking av vitale funksjonar etter ABCDE prinsippet, vurdering av pasient symptom og innhenting av tidlegare sjukdomshistorikk (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 154).

1.3.4 Kommunikasjon – informasjon og pasientdeltaking

Kommunikasjon er eit ord som stammar frå ordet *communicare* og tydar å gjere noko felles, å ha ein forbindelse med, og blir i daglegtalet brukt som eit ord som beskriv ei rekke fenomen (Eide & Eide, 2019, s. 16). Gjennom god kommunikasjon kan sjukepleiaren skape tillit, auka forståing og motivere pasientar (Kristoffersen Jaren & Nortvedt, 2021, s. 51). I sjukepleierfaget er personsentrert kommunikasjon eit sentralt omgrep, og tyder at ein lyttar aktivt og ser ein unik person gjennom kommunikasjonen.

I følgje Gustafsson et al. (2021, s. 104) kan sjukepleiar skape tryggleik hjå pasientane gjennom å informere og forklare. Det er viktig at sjukepleiaren tek seg tid til informere om kva som har skjedd og vil skje, samtidig som man oppsummerer informasjonen og kontrollerer at pasienten har korrekt oppfatning av informasjonen som har blitt gitt

(Gustafsson et al., 2021, s. 104–105). Å dele kunnskap med pasienten og auke forståinga av situasjonen kan bidra til ein kjensle av kontroll, reduksjon av skremmande førestillingar og tankar (Gustafsson et al., 2021, s. 104). Tilbakehalding av informasjon, sjølv om prognose er uviss eller uavklart, kan føre til tillitsbrot mellom sjukepleiar og pasient. For mykje informasjon eller uforståeleg informasjon kan gjere det vanskeleg å forstå og ta til seg all informasjon, som igjen vil auke frykt og fortviling (Gustafsson et al., 2021, s. 104). Ved akutt hjarteinfarkt vil pasienten kunne gløyme kva som har skjedd i akuttfasen grunna angst, utryggleik og stress (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 154).

Å bli informert og ha kunnskap til å kunne ta eit val for seg sjølv i situasjonen vil fremme ein kjensle av kontroll, og dette vil for dei fleste pasientane opplevast som noko positivt (Kristoffersen, 2021, s. 182). Sjukepleiaren kan sikre at pasienten blir delaktig i behandlinga gjennom å kommunisere kva som har blitt gjort, kva som er planen og kvifor dette gjerast. Gjennom å auke pasienten sin deltaking vil dette styrke kjensler som sjølvtilitt, kontroll og tryggleik (Gustafsson et al., 2021, s. 104; Stubberud, 2024b, s. 36, 67).

1.3.5 Arbeidsmiljø

I løpet av dei siste ti åra har arbeidslivet og arbeidsmiljøet innan helsefag og sjukepleie endra seg frå å være ein arbeidsstad som belastar den fysiske helsa til arbeidaren, til ein arbeidsplass som utfordrar tidsperspektivet og psykososial forhold (Ingstad, 2019, s. 182). Norge er blant landa kor tilsette er rapportert til å føle på høgast jobbintensitet i EU (Ingstad, 2019, s. 182).

For at helsepersonell skal kunne vise omsorg eller omtanke er det svært viktig at leiinga og kulturen legg opp til ein arbeidssituasjon som støttar det, og ikkje pressar det til side av ulike årsaker (Gustafsson et al., 2021, s. 101). Eit godt arbeidsmiljø er viktig for sjukepleiaren sin psykisk og fysisk helse, men og fordi trivselen på jobb spelar i høg grad inn på sjukepleiaren sin evne til å gi kvalitetsrik omsorg og pasienttilfreds (Kristoffersen Jaren, 2021b, s. 381). For at helsepersonellet skal kunne skape ein behandlingssituasjon som aukar tryggleik, er det viktig med leiing og miljø som legg til rette for at sjukepleiaren har ressursar til å prioritere dette (Gustafsson et al., 2021, s. 101). Sjukepleiarane har ofte ei nøkkelrolle i kvalitetsutvikling då dei står nærast pasienten og vil observere kvar utfordringane ligg i det daglegdagse, som førar til at dei kan komme med gode forslag til løysningar (Ingstad, 2019,

s. 135).

1.3.6 Etikk og moral

Moral er handlingsreglane satt innanfor eit fagområde, mens etikk er systematisk refleksjon kring handlingsvala ein kan møte ved moralske handlingar (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 47). Alvsvåg & Aadland (2019, s. 21) skriv at profesjonsetikken er sjølve kjerna i faget, då sjukepleiarprofesjonen må legge til grunn prinsipp, normer og skape retningslinjer for korleis man skal utøve yrket. Dette blir til ein «profil» som presiserer kva som er rett og gale i fagleg praksis.

Pliktetikk tek ikkje omsyn til om handlinga er god, eller kva konsekvensar som oppstår grunna ei handling. Det tek berre for seg om handlinga var rett og i tråd med kva andre hadde gjort i same situasjon basert på prinsipp. Desse prinsippa har vorte utarbeida i fellesskap gjennom til dømes Noreg sine lover og dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleie (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 75). Konsekvensetikk tek for seg kva tilsikta og utilsikta konsekvensar som kan oppstå grunna handlinga man vel. Man skal velje handlingsalternativet basert på kva konsekvens som førar til mest nytte og lykke. (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 79, 81).

2.0 Problemstilling og avgrensing

Litteraturstudien tar for seg problemstillinga «korleis kan sjukepleiaren bidra til tryggleik hjå pasientar med akutt hjarteinfarkt på akuttmottak?».

Vi avgrensar oppgåva til vaksne pasientar (over 18år) som er innlagt på akuttmottak under den akutte fasen ved hjarteinfarkt. Dei fleste som opplever hjarteinfarkt er i aldersgruppa 50-89 år (Kringeland et al., 2023, s. 17), men behovet for tryggleik truleg være tilsvarande i denne aldersgruppa som unge vaksne. Pasientar med kognitiv svikt, funksjonshemming eller ikkje-norsk språklege er pasientgrupper som også har behov for tryggleik, men pasientgruppene har andre tilleggsbehov som blir ekskludert grunna oppgåva sitt omfang. Medisinsk intervensjon som PCI og legemiddelbehandling som ikkje har symptomlindrande funksjon blir ekskludert frå oppgåva.

3.0 Metode

Metode handlar om korleis ein vel å arbeide for å innhente data til å belyse ei problemstilling (Thidemann, 2020, s. 74). I metodekapittelet skal ein skildre korleis ein gjekk fram for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillinga, og det skal være så nøyaktig formulert at ein kan etterprøve det ein har gjort og finne likt resultat (Thidemann, 2020, s. 74). I metodekapittel beskriv vi vår brukte metode, forklaring av søkestrategi, val av forskingsartiklar, kritisk vurdering av faglitteratur og forskingsartiklar, diskusjon av metode og etisk vurdering. Relevante vedlegg til metode kapittelet er søkestrategi (vedlegg 1).

3.1 Litteraturstudie

I bacheloroppgåva vår valde vi metoden litteraturstudie. I følgje Thidemann (2020, s. 77–78) vil ein i systematisk litteraturstudie innhente data frå skriftlege kjelder, kritisk vurdere data og til slutt lage ei samanfatning. Vidare står der at formålet er å kunne gi lesaren ei fagleg oppdatert innsikt i temaet til problemstillinga som kan etterprøvast.

3.2 Søkeprosess

I oppstartsfasen byrja vi med å danne kjennskap til kva pensum som kunne være relevant for temaet vårt. Først tok vi ein gjennomgang av pensumlitteratur og noterte oss bøker som kan være relevant for oppgåva. Det neste vi gjorde var å søke opp forskning kring temaet vårt kor vi gjorde ein systematisk gjennomgang av funn. Då lagde vi ein tabell der vi førte opp funn på eine sida, og kor mange gangar dette funnet blei gjort i forskinga i nabokollona. Dette gav oss ei oversikt og indikasjon over kva tiltak og metodar som oftast kom fram i forskinga, og desse punkta vart grunnlaget for vårt fokusområde til vidare søk etter fagstoff i pensum og faglitteratur.

For å finne relevant lovverk nytta vi lovdata.no og Molven (2019) sin bok 'Sykepleie og jus'. Dei yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar fann vi på Norsk Sykepleierforbund si heimeside.

Søkeord knytt til problemstilling og temaet fann vi gjennom å nytte PICO-skjema. For å finne relevante engelske søkeord nytta vi Svemed+ og Ordnett. Vidare henta vi inspirasjon til

søkeord frå forskingsartiklar og bacheloroppgåver relatert til emnet vårt.

Tabell 1: PICO-skjema:

	Norsk	Engelsk
P	Akutt hjarteinfarktpasientar	<ul style="list-style-type: none"> - Myocard infarction - Acute coronary care - Acute coronary disease - Acute cardiac care
I	Trygging	<ul style="list-style-type: none"> - Patient centered care - Care - Trust - Emotional distress - Existential crises - Patient perspective - Nurse-patient relations - Patient participation
Co	Akuttmottak	<ul style="list-style-type: none"> - Emergency room - Emergency department - Emergency service - Emergency ward

Vi nytta følgande emneord for å spisse resultatet: strategies, communication, nurse, nurses perception, emergency nurses, acute care.

Vi brukte databasane CINAHL og MEDLINE. Søket vart tidsgrrensa til forskning nyare enn 2017 på norsk eller engelsk språk og vaksne (18+). Vi avgrensa ikkje søket til spesifikke regionar då vi tenkte kjensla tryggleik på akuttmottaket er eit globalt fenomen, samt var vi bevisst på at tilnærming sjukepleiaren har i arbeidet med tryggleik kan variere frå land til land.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterium:

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
Pasientar eldre enn 18 år Pasientar med hjartefarkt	Pasientar yngre enn 18 år Tilleggstiltak nødvendig for trygging knytt til kognitiv svikt, funksjonshemming eller til ikkje-norsk-språklege pasientar.
Artiklar nyare enn 7 år Fagfelleverdert Kvantitativt og kvalitativ studiar Artiklar skrevet på norsk eller engelsk	Artiklar eldre enn 7 år Artiklar skrevet på eit annet språk enn norsk eller engelsk.

Søketermane frå PICO-skjemaet kombinerte vi saman gjennom bruk av bindeorda 'and' eller 'or'. Gjennom å nytte desse bindeorda fortalde ein søkemotoren korleis ein ynskja at den skal behandle søket. Til dømes vil 'and' inkludere begge orda og 'or' vil inkludere eit av orda. Nokre dømer:

- Nurse and patient-centered care and emergency department or emergency room
- Myocard Infarction or acute coronary disease and Emotional distress and emergency department

3.3 Val forskingsartiklar

I følgjande delkapittel forklarast utveljing av forskning på eit generelt grunnlag, samt har vi utdjupa eit par søk. For ei meir detaljert oversikt over søkedato, bruk av søkeord og samansetning av desse med 'and' og 'or', kor mange funn og leste abstrakt – sjå vedlegg 1 og vedlegg 2.

I søk nr. 1 i CINAHL (vedlegg 1) er det nytta geografiske avgrensinga. På tidspunktet søket blei gjennomført hadde vi ein ide om å avgrense oss til land som kan ha eit noko likt helsevesen som Norge. Dette gjekk vi seinare vekk frå då vi ser på tryggleikskjensla som eit globalt fenomen.

I søk nr. 3 i CINAHL og nr. 1 i MEDLINE er det nytta like søkeord. Her gjennomførte vi først eit søk i databasen CINAHL, for så å bytte database til MEDLINE og nytte funksjonen 'rerun' av same søk for å kontrollere om vi fekk nye resultat, noko vi fekk. Grunna få søketreff er det ikkje nytta avgrensinga her.

For å vurdere om ein artikkel var relevant for temaet vårt, såg vi på om den innehaldd sentrale element frå problemstillinga vår som akuttmottak, trygging og hjarteinfarkt. Då det var utfordrande å finne forskning som inneheld alle tre elementa, valte vi ut forskning som har konteksten sin på akuttmottak og tok for seg eit av dei andre elementa.

Ved utveljing av forskingsartikkel kontrollerte vi relevansen den har for vår problemstilling gjennom følgande steg. Vi gjorde først ei grov vurdering om forskinga i søkeresultatet passar problemstillinga vår gjennom å lese gjennom tittel på forskning i søkeresultatet. Om ein forskning virka relevant gjekk vi inn og leste abstraktet. Dersom abstraktet virka lovande, las vi slutten av introduksjonen (mål/aim) og starten av diskusjonen for å få ei nærare innsikt i kva forskingsartikkelen tok for seg. Til slutt såg vi gjennom heile forskingsartikkelen. Om den virka relevant gjennom desse stega inkluderte vi den i ein tabell vi kor vi førte opp potensielle forskingsartiklar. Dersom ein artikkel vart nytta i oppgåva gjennomførte vi ei kritisk vurdering av den. Totalt har vi inkludert 5 forskingsartiklar i oppgåva.

3.4 Kritisk vurdering

3.4.1 Kritisk vurdering av forskingsartiklar

Ved kritisk vurdering av vitenskaplege artiklar brukte vi sjekklister som er utarbeida av Helsebiblioteket. Sjekklisene er spesifiserte etter kva type forskingsmetode som er nytta for innhenting av data, til dømes kvalitativ metode. Enkelte vurderingspunkt i sjekklista er felles uavhengig av forskingsmetode (*Kunnskapsbasert praksis*, 2021). På bakgrunn av manglande sjekklister hjå Kunnskapsbasert praksis for kvantitativ forskning tok vi utgangspunkt i sjekkelista for kvalitativ metode når den metoden er brukt (en artikkel).

Gjennom bruken av sjekkelista kom vi fram til at fire av fem artiklar har tydeleg hensikt med forskinga. Den siste forskingsartikkelen har tydeleg framstilling, men har ulik forklaring av denne mellom abstrakt og i innleiinga. Alle forskingsartiklane har nytta ein hensiktsmessig metode for å svare på si problemstilling. I forskingsartikkelen til Pavedahl et al. (2021) er det brukt ein kvantitativ metode som ikkje blei skildra i vår sjekkliste. Denne artikkelen nytta kvantitativ metode for å hente inn mengdedata for å kartlegge i kva grad grunnleggande behov blei ivaretatt på akuttmottak. Alle forskingsartiklane har eit godt forklarande forskingsdesign.

Artiklane har stort sett utfyllande forklaringar av utvalsstrategien for data, men i forskinga til Pavedahl et al. (2021) har dei ekskludert 27 av 50 sjukepleiar frå å delta utan grunngjeving. Metoden for datainnsamling som har blitt nytta i forskinga kjem tydeleg fram i alle forskingsartiklane. To av forskingane inkluderte pilotering og tre har med intervjuguide. Blackburn et al. (2019) har ikkje forklart om metoden har blitt endra undervegs. I fire av fem av forskingsartiklane er det skildra korleis deira erfaring og bakgrunn kan påverke tolkinga av data. Alle forskingsartiklane klargjer sin etiske vurdering og legg fram at dei har blitt vurdert av komitè for etikk. Alle forskingsartiklane opplyser at intervjuobjekta har gitt løyve til bruk av data, og at deltakarane er informert om at ein kan trekke seg frå å delta.

Den stegvise beskrivinga av dataanalysen kjem fram i tre av fem forskingsartiklar, mens dei resterande to artiklane forklarar dataanalysen som ei heilheit. I forskinga til Pavedahl et al. (2021) er dataanalysen kort, men presist beskrevet. Alle forskingane presenterer resultata sine ryddig, inndelt i kapittel med fokusområde frå forskinga og alle forskingane kjem med nyttige funn som svarer på den aktuelle problemstillinga i kvar enkelt forskning.

3.4.2 Kritisk vurdering av anna materiale

Vi har nytta nokre fagbøker etter råd frå faglærar ved studiet som ikkje har vore på pensum for bachelor i sjukepleie. Ved kritisk vurdering av desse kjeldene tok vi utgangspunkt eit kjeldevurderingsverktøy som er utarbeida av Søk og Skriv. Dette blei gjort for å kvalitetssikre at man har funnet truverdige og relevante kjelder (*Søk og Skriv, 2024*). Vi bygg vidare på dette verktøyet og utarbeida nokre spørsmål som blei nytta ved kritisk vurdering av kvar bok.

Vi tok for oss alle kapittelforfattarane av fagbøkene og såg på deira bakgrunn. Då fann vi ut at alle forfattarane var helsepersonell som intensivsjukepleiar eller legespesialistar med lang klinisk erfaring, samtidig var nokre av dei førstelektor ved vidareutdanning i sjukepleie. Deretter såg vi på forlag og dato for utgjeving. Alle fagbøkene er utgitt av kjente forlag som Gyldendal og Cappelen Damm, og bøkene er frå 2014, 2022, 2024. Vidare såg vi på målgruppa for bøkene. Målgruppa for bøkene var oppgitt som helsepersonell eller for Bachelor- og Masterstudentar i sjukepleie derav to av bøkene refererte direkte til sjukepleiar som målgruppe. Så vurderte vi om forfattarane refererte til kjelder i teksten, dato for kjelder og om det var kjente kjelder. Alle forfattarane refererte til kjelder hyppig i teksten, og nytta

forskning både frå Noreg og internasjonalt. Forskinga var publisert i kjente tidsskrifter som til dømes BMC, UpToDate, Journal of Nursing, Sykepleien og Tidskriften for Den norske legeforening. Forfatarane nytta også norske offentlege kjelder som SSB, FHI, Helsedirektoratet. Forskinga i to av bøkene er hovudsakleg frå 2018 og nyare, mens den eine boka har forskning primært frå 2007 og nyare. Deretter såg vi på hovudbodskapen i fagstoffet vi har nytta, og fann at bøkene skriv om sjukepleiaren sin rolle og ansvar hjå pasientar med hjarteinfarkt, pasientens psykososiale behov og reaksjonar ved hjarteinfarkt.

3.5 Diskusjon av metode

Styrker ved litteraturstudie er at dei bygg på enkel tilgjengeleg informasjon i pensum og fagbøker, oppdatert forskning og praksisbasert kunnskap. Vi har nytta forskning som er både kvantitativ og kvalitativ som gir nyanserte funn der ein får dybdeinnsikt i erfaringane hjå pasientar og sjukepleiarar, samt statistisk data kring temaet. Gjennom å trekke inn relevant praksisbasert kunnskap brukar vi ferske erfaringar frå praksis, noko som kan tale for temaet sin relevans. Samtidig er desse erfaringane basert på få- eller enkelthendingar som ikkje er eit sterkt grunnlag for å gjere ein konklusjon (Thidemann, 2020, s. 64).

Svakhetar ved litteraturstudie er at pensum og faglitteratur ikkje alltid er av den mest oppdaterte kunnskapen, og forskning kan ha feil eller manglar ein ikkje oppdagar. Fenomenet 'tryggleik' er eit ord som manglar ein god oversetting til engelsk, og vi har derfor skildra vår forståing av dette ordet under delkappitelet '1.3.2 Tryggleik' og brukt det aktivt i oppgåva. Engelsk er eit sekundærspåk for oss som kan problematisere nokre omsetjingar, men vi har nytta ChatGPT og Google Translate for å sikre forståing av innhald.

3.6 Etisk vurdering

Våre etiske vurderingar bygg på verdiane skildra i Alvsvåg & Aadland (2019, s. 192–194), som tar for seg etiske prinsipp som fleire forskningsetiske komitear har forplikta seg til, derav Den Nasjonale Forskingsetiske Komité for Medisin og Helsefag (NEM). Verdier vi har lagt særskilt vekt på er å kontrollere at forskinga er fagfelleverdert, deltakarar er anonymisert, nytta god referanseskikk, samt at dei er etisk vurdert. Vi har og sett at forskinga behandla personleg informasjon konfidensielt og respektert tida til deltakarane. Når vi viser til praksiserfaringar har vi ekskludert persondata slik at involverte ikkje kan identifiserast. Dette er sentralt i vår teieplikt som helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, §21).

4.0 Resultat

I resultatkapittelet har vi sortert funna våre i kategoriane kommunikasjon, akuttmottaket sin kultur òg tid og prosedyrar. Dette gjorde vi då vi ser desse er dei hyppigaste funna i forskingsartiklane våre. Relevante vedlegg til resultat kapittelet er litteraturmatrise (vedlegg 2).

4.1 Kommunikasjon

Det kjem fram i forskinga Blackburn et al. (2019) at pasientane føler at auka informasjon og kommunikasjonsflyt ville forbetre deira opplevinga av akuttmottaket. Forskinga finn samanheng mellom pasienten sin mentale helse og velvære og informasjonen dei har fått. Jamleg kommunikasjon retta mot tilstand og behandlingsforløp er assosiert med 'god kommunikasjon', og at omsorga vært forbetra tross om dei må vente på behandling (Blackburn et al., 2019). Det er også viktig med lettfatteleg informasjon då pasientar uttrykker at kompliserte forklaringar med fagbegrep ikkje har noko nytte for dei (Blackburn et al., 2019).

Pasienten uttrykk å oppleve positive kjensler knytt til å få spørsmål om deira oppleving på akuttmottaket som korleis dei har det og smertenivå, kan føre til at somme pasientar føle seg lytta til (Blackburn et al., 2019). Blackburn et al. (2019) såg at pasienten ynskja å forstå eiga behandling og situasjon, og sjukepleiaren såg at det var nyttig å gje ein grundig forklaring av prøver og undersøkingar då dette reduserte angst til pasienten. I forskinga kom det og fram at pasientane opplevde at dei fekk begrensa informasjon og sjukepleiarane rapporterte at dei ikkje alltid fekk gjennomført ein grundig forklaring.

Blackburn et al. (2019) visar til manglande tilgang til informasjon blir knytt til auka angstnivå, og at pasientane har godt av å ha kunnskap om omsorga og behandlinga dei får frå helsepersonell. Det kjem også fram at helsepersonellet anerkjenner at begrensa kommunikasjon aukar pasientane sin angst, samt at dei er bevisst på at dette skjer og begrunna det med tidspress. Helsepersonellet føler at forsøk på å gi informasjon kan være sløsing av tid, då pasientar som er stressa eller angstfull ikkje lyttar eller får med seg informasjonen (Blackburn et al., 2019). På den andre sida er nokre pasientar fornøgd med å gå i pasientrollen og har eit mindre informasjonsbehov, og overlata «skjebnen» sin til

helsepersonellet (Blackburn et al., 2019).

I forskinga til Pavedahl et al. (2021) var det cirka 2/6 av sjukepleiarane som kommuniserte til pasienten kva som kjem til å skje vidare, og under halvparten bidrog til aktiv deltaking. Dette då sjukepleiaren opplever at dei involverer pasient meir enn kva pasienten uttrykker samtidig som pasienten har andre forventingar til sjukepleiaren. I Pavedahl et al. (2022) kjem det fram at når sjukepleiarane informerer er det ofte ein einvegskommunikasjon, og ofte over hovudet til pasienten.

4.2 Akuttmottaket sin kultur

Det kjem fram i forskinga til Weber & Nørgaard (2024) at både sjukepleiaren og avdelingsleiinga har eit større fokus på den medisinsk-tekniske kompetansen og ivaretaking av vitale funksjonar enn pasientinnvolvering og ivaretaking. Pavedahl et al. (2022) trekk fram at nokre sjukepleiarar viser til at det er dei medisinsk-tekniske oppgåvene som er spennande og givande, og at etter desse er utført er ikkje pasienten spennande lengre. Det var også enkelte tilsette som byrja og jobbe på akuttmottaket for å unngå denne sjukepleieretta omsorga (Pavedahl et al., 2022). I forskinga til Kim et al. (2022) kjem det fram at sjukepleiaren ynskjer å få til personsentrert omsorg, men at dette er vanskeleg grunna manglande tid, og at dette førar til at sjukepleiaren følar seg som ein kjenslelaus robot.

I følge Pavedahl et al. (2022) oppstår det ein standardisert behandling som er basert på retningslinjer og sjekklister. Retningslinjene og sjekklistene tar ikkje høgde for pasienten sine psykososiale behov, og problematisera difor tiltak som fremmer tryggleikskjensle for pasienten. Desse retningslinjene skaper også ein arbeidsflyt som blir broten av fokus på personsentrert omsorg (Pavedahl et al., 2022).

4.3 Tid og prosedyrar

Kim et al. (2022) trekk fram at det er vanskeleg og danne relasjonar mellom helsepersonell og pasientar då det er fleire forstyringar til stades på akuttmottaket. Korte pasientintervensjonar og fleire medisinsktekniske prosedyrar førar til ein nedprioritering av ivaretaking av grunnleggande behov. I følge Weber & Nørgaard (2024) treng pasientar med alvorlege tilstandar ofte fleire sjukepleiarintervensjonar som medisinerer og innlegging av PVK som krevjar sjukepleiaren sitt fokus.

I forskinga til Weber & Nørgaard (2024) visar at mangel på tid er ein faktor som reduserer pasientinvolvering. Nokre sjukepleiarar finn det viktig med holistisk sjukepleie og meina at det er viktig for pasientane, mens andre finn ikkje det like viktig grunna den avgrensa tida ein har saman i akuttmottaket (Pavedahl et al., 2022). Ved fleire pasientinnleggingar blir det mindre tid per pasient og personsentrert omsorg blir nedprioritert både for tid, men og for å ivareta fysiske behov (Kim et al., 2022). Personsentrert sjukepleie blir framstilt som tidskrevande, og gjennom å ivareta dette fryktar sjukepleiarane å skape meir arbeid for kollegaer (Kim et al., 2022).

5.0 Drøfting/diskusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte kring problemstillinga «*korleis kan sjukepleiaren bidra til tryggleik hjå pasientar med akutt hjarteinfarkt på akuttmottak?*». Dette vil vi gjer gjennom to delkapittel som er knytt til direkte og indirekte pasientretta tiltak for tryggleik. Vi vil nytte resultat frå forsking, pensum og anna faglitteratur frå teorikapitlet. I drøftinga skal ein være analyserande og nytte kvalifiserte argumenter kvar ein argumentera på bakgrunn av forsking og teori (Thidemann, 2020, s. 110).

5.1 Å fremme tryggleik for hjarteinfarktpasienten

5.1.1 Kommunikasjon sin effekt på tryggleik

Det er eit funn i forskinga til Blackburn et al. (2019) at auka informasjon og kommunikasjonsflyt vil forbetre opplevinga til pasientar på akuttmottaket, samt seier Gustafsson et al. (2021, s. 104) at sjukepleiaren kan gjennom å informere og forklare bidra til å auke tryggleikskjensla hjå pasienten. Hjå ein hjarteinfarktpasient kan det oppstå symptom som smertar, tyngre pust og klem i brystet (Sørli, 2014, s. 472), og desse symptoma kan opplevast som overveldande og truande som førar til ubehag, angst og utryggleik (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 143).

Sjukepleiaren kan gjennom å dele kunnskap med pasienten auke forståinga av situasjonen, og dette kan bidra til ein kjensle av kontroll og reduksjon av skremmande førestillingar og tankar (Gustafsson et al., 2021, s. 104). Vidare er det eit funn hjå Blackburn et al. (2019) at pasientane ynskjer å forstå eiga behandling, og at sjukepleiarane såg at det var nyttig å

informere fordi det reduserte angst til pasienten. Truleg er dette ein grunn til at det viktig at sjukepleiaren tar seg tid til å informere om kva som har skjedd og vil skje, samt kontrollerar at pasienten har forstått informasjonen korrekt (Gustafsson et al., 2021, s. 104–105).

Derimot ser vi at dette er noko som utfordrast i praksis. I forskinga til Blackburn et al. (2019) uttrykk pasientane at dei fekk avgrensa med informasjon. Dette stemmer overeins med funna frå Pavedahl et al. (2021) kvar ein ser at cirka 2/6 sjukepleiarar kommuniserer til pasientane kva som skjer vidare, og i tillegg skriv Pavedahl et al. (2022) at ved kommunikasjon mellom sjukepleier og pasient er den ofte einvegskommunikasjon. Årsaker til dette kan være at sjukepleiarar føler informering kan være sløsing av tid og dei uttrykk at pasientar prega av angst eller stress ikkje lyttar eller tar til seg informasjon. Dette samsvarar med Ellingsen & Solberg (2022, s. 154) som skriv at ved akutt hjartefarkt vil pasientar kunne gløyme det som har skjedd i akutfasen grunna angst, stress og utryggleik.

Gjennom god kommunikasjon kan sjukepleiaren skape økt forståing og tillit (Kristoffersen Jaren & Nortvedt, 2021, s. 51). I forskinga til Blackburn et al. (2019) kjem det fram at god kommunikasjon på eit akutt mottak er for pasienten assosiert med kommunikasjon retta mot tilstand og behandlingsforløpet. I tillegg ynskjer pasientane lettvinde forklaringar utan avansert fagspråk. Vidare står det og at pasientane opplev det som positivt å få spørsmål om deira oppleving på akutt mottaket, korleis dei har det og smertenivå. Dette bidrar til at pasienten får delta aktivt i si behandlinga som er assosiert med kjensle av kontroll og tryggleik (Gustafsson et al., 2021, s. 104; Stubberud, 2024b, s. 36, 67). Vi får intrykk frå forskning og faglitteratur at der kan være ein balansegang i pasientkommunikasjon.

Tilbakehalding av informasjon kan føre til tillitsbrot mellom sjukepleier og pasient, vidare kan det å gi for mykje eller uforståeleg informasjon bidra til å auke frykt og fortvilning ettersom det blir vanskeleg å ta til seg alt som blir sagt (Gustafsson et al., 2021, s. 104). Sjukepleiaren har eit ansvar om å tilpasse kommunikasjonen etter forutsetningane til pasienten (Pasient- og Brukerrettighetsloven, 1999, § 3.5). God kommunikasjon på akutt mottak for å skape tryggleik kan derfor inkludere informasjon retta mot tilstand og behandling, enkle forklaringar og personsentrert kommunikasjon tilpassa pasientforutsetninga.

Ved hjartefarkt på akutt mottak kan god kommunikasjon som fremma tryggleik bli utfordra gjennom fokus på andre oppgåver. Sjukepleie til pasientar i akutfasen med hjartefarkt

involverer fleire oppgåver for sjukepleiaren som ivaretaking av vitale funksjonar etter ABCDE-prinsippet og vurdere symptom (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 154), samt vil pasientar med alvorlege tilstander trenge fleire sjukepleiarintervensjonar som medisiner og innlegging av perifere venekateter (Weber & Nørgaard, 2024). Det visar seg i forskinga til Kim et al. (2022) at fleire medisintekniske prosedyrar førar til at ivaretaking av grunnleggande behov nedprioriterast, og at det er vanskeleg å danne ein pasientrelasjon på akuttmottak grunna travelt miljø. Desse faktorane kan være ein årsak til to funn i forskinga til (Blackburn et al., 2019) der pasientane opplevde dei fekk avgrensa informasjon, og sjukepleiarane rapporterte dei ikkje alltid fekk gjennomført ei grundig forklaring.

Tidspress er ein faktor som fleire forskingsartiklar trekker fram som eit hinder for fremming av tryggleik gjennom kommunikasjon (Blackburn et al., 2019; Kim et al., 2022; Pavedahl et al., 2022; Weber & Nørgaard, 2024). Tidspresset kan oppstå av ulike årsaker som mange pasientinnleggingar på kort tid (Kim et al., 2022), begrensa med tid i lag med pasientane (Pavedahl et al., 2022) og at å bedrive personsentrert omsorg er tidskrevande (Kim et al., 2022). Skjønt er det slik at sjukepleiaren har eit etisk og profesjonelt ansvar for å danne ein omsorgsrelasjon med tillit i grunn, og den relasjonen er ei nødvendighet for at pasienten skal føle seg trygg (Gustafsson et al., 2021, s. 96). I praksis har begge kandidatane opplevd korleis tidspresset kan utfordre dette ansvaret til sjukepleiaren. Til dømes har vi opplevd korleis medisinsk-tekniske oppgåver som administrering av medikament, intravenøs væskebehandling og vitale målingar krev tid og konsentrasjon til gjennomføring, og korleis ivaretaking av det fysiologiske aspektet blir prioritert over heilskapleg omsorg. Tross vi får litt tid med pasienten kring desse tekniske oppgåvene og har observert behov for psykososial ivaretaking, står det fram som om norma er å prioritere medisinsk-tekniske oppgåver framfor å ivareta eit emosjonelt behov. Vår erfaring samsvarer med funn i forskinga til Weber & Nørgaard (2024) der sjukepleiaren prioriterer ivaretaking av vitale funksjonar over pasientinnvolvering og ivaretaking. Det er tenkeleg at tid brukt på medisinsk-tekniske oppgåver blir prioritert over tid brukt på fremming av tryggleik.

5.1.2 Symptomlindring, sjukepleiar sin rolle og tryggleik

Gustafsson et al. (2021, s. 95) skildrar at det er nødvendig å oppnå tryggleik hjå pasienten før man kan starte behandling av andre behov. Det kjem derimot fram i (Ørn & Brunvand, 2022,

s. 157, 165) at forsinka behandling av eit hjarteinfarkt kan få fatale følger, og ved rask og god behandling kan dette redusere risiko for følger i akuttfasen. I praksis har kandidatane opplevd at når akutte hendingar oppstår blir fokuset lagt på medisinsk-tekniske oppgåver som er knytt til behandling av pasienten. Til dømes har ein av kandidatane opplevd ei hending der man mistenkte at pasienten hadde eit hjarteinfarkt og hadde straks behov for medikament. I denne hendinga vart administrering av medikament og innlegging av PVK eit medisinsk fokus som var vanskeleg å kombinere med ivaretaking av pasienten sitt behov for informasjon og tryggleik. Kandidaten opplevde det som utfordrande å utføre å legge inn venekateteret samtidig som å svare pasienten sine spørsmål om kva som nå vil skje, då kandidaten måtte halde fokuset på prosedyren. Når det oppstår svikt i vitale funksjonar som blodsirkulasjonen ved hjarteinfarkt, kan det oppstå utryggleik og angst då det kan komme brått på, er smertefullt og kan skape frykt for å dø (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 143; Stubberud, 2024a, s. 20). Sjukepleiaren bør ha god kunnskap om behandlinga for å sørge for effektiv iverksetting av tiltak då forsinka behandling kan føre til meir skade for pasienten. Rask iverksetting av nødvendige behandlinga kan utfordre å møte eit behov hjå pasienten om å skulle bli trygget.

Det kan tenkast at ein sjukepleiar som utførar symptomlindring gjennom bruk av medikament forordna frå lege kan bidra til tryggleikskjensle hjå pasienten, og i følgje Stubberud (2024a, s. 16) kan reduksjon av symptomtrykk bidra til tryggleikskjensle. Moglege symptom ved hjarteinfarkt kan til dømes være sterke smerter, kvalme, pustebesvær og hjartebank (Sørli, 2014, s. 472). Ein sjukepleiar har fleire oppgåver ved hjarteinfarkt i akuttfasen (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 154), og eit kjent ansvarsområde for sjukepleiaren er administrering av legemiddel. Smerter kan føre til aktivering av sympatisk nerveaktivitet som er knytt til frykt og angst (Sørli, 2014, s. 472), og ved smerte kan sjukepleiaren administrere morfin og nitroglyserin som kan bidra til å redusere smertenivået (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 162). Pasienten som opplev å ha låg oksygenmetning, kan bli engsteleg, oppkava og panisk (Skaug, 2021, s. 159), og for å motverke dette kan sjukepleiaren administrere oksygenbehandling (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 159). Benzodiazepiner kan nyttast for å redusere stress og angst, samt reduksjon av sympatikusaktivering (Ellingsen & Solberg, 2022, s. 162). Desse tiltaka vil truleg bidra til å fremme ein tryggleikskjensle hjå pasienten gjennom å lindre symptompresset som kan oppstå ved hjarteinfarkt.

5.2 Å tilrettelegge for tryggleik i akuttmottaket

For at helsepersonell skal kunne fremme tryggleik, er det svært viktig at leiinga og kulturen legg opp ein arbeidssituasjon som støtter det gjennom å legge til rette for at sjukepleiaren har ressursar til å prioritere det (Gustafsson et al., 2021, s. 101). I forskinga til Weber & Nørgaard (2024) kjem det fram at både sjukepleiaren og avdelingsleiinga på akuttmottaket har større fokus på medisinsk-teknisk oppgåver enn pasientinnvolering og ivaretaking. Vidare ser Pavedahl et al. (2022) at det oppstår ei standardisert behandling basert på retningslinjer og sjekklister som ikkje tar høve for pasienten sine psykososiale behov. Truleg bidrar desse funna til at tryggleik blir nedprioritert på eit akuttmottak, og det framstår for oss at der er eit manglande fokus blant leiing og i kulturen kring ivaretaking av tryggleik. Samtidig kan dette være naturleg og nødvendig då eit akuttmottak er ein stad som skal ivareta menneskjer med variert alvorlegheitsgrad (Engebretsen, 2020, s. 492), til dømes krev hjartefarkt rask og god behandling for å redusere skade på hjartet som kan føre til lungeødem, hjarteskvikt og hjartestans (Ørn & Brunvand, 2022, s. 157, 165).

Andre årsaker til at tryggleik blir nedprioritert kan handle om haldninga til sjukepleiarane kvar ivaretaking av tryggleik ikkje er prioritert. Det er gjort fleire funn kring haldninga til sjukepleiarane på akuttmottak og tryggleiksaukande tiltak. Enkelte sjukepleiarar uttrykk å jobbe på akuttmottak for å unngå sjukepleierretta omsorg, og nokre finn medisinsk-tekniske oppgåver givande og at etter desse er utført er ikkje pasienten spennande lengre (Pavedahl et al., 2022). Derimot finn Kim et al. (2022) at å gjennomføre tryggleikstiltak er ynskjeleg blant sjukepleiarane, men og at det er tidskrevjande som kan resultere i å skape meir arbeid for kollegaer og blir derfor nedprioritert. Å unngå tryggleikfremming gjer at sjukepleiarane kjennar seg som ein kjenslelaus robot (Kim et al., 2022). Vi har gjennom praksisplassane i studiet møtt forskjellige haldningar til sjukepleiarprofesjonen på forskjellige arbeidsplassar, og det står fram som kultur og miljø setter stil til korleis sjukepleia vert utøvd. Vi har opplevd det er større fokus på velvære og meistring i heimetenesta og omsorgssenter, mens på sjukehusavdelingar er det stort fokus på medisinske problemstillingar og behandlingar. Antakeleg kan det oppstå ein egen kultur på akuttmottaket som blir gjenspeila i personalet sine haldningar, og dette kan utfordre ivaretaking av tryggleikskjensla. Difor er det viktig at sjukepleiaren er bevisst på at ein har ei sentral rolle i å utvikle tenestene gjennom gode retningslinjer og rutinar, då det ofte er sjukepleiaren som står nærast pasienten og ser dei

gode løysningane (Ingstad, 2019, s. 135). Det står i Norsk Sykepleierforbund sine etiske retningslinjer at sjukepleiaren har eit ansvar for å yte både heilhetleg omsorg og lindre liding basert på den enkelte pasient sine behov (*Yrkesetiske Retningslinjer*, 2023). Vi tenker sjukepleiaren må være bevisst på si eiga haldning til utøvinga av sjukepleiefaget og den sentrale rolla vi har i utvikling av faget, fordi dette kan ha samanheng med korleis tryggleik ivaretakast gjennom retningslinjer og haldningar på akuttmottaket.

Vi antar at ein årsak bak fokuset på det medisinsk-tekniske ligg i akuttmottaket sin miljø kor pasientane sin sjukdom kan være av livstruande karakter, der helsepersonellet må prioritere å redde liv over ivaretaking av tryggleik. Dette kan minnast om konsekvensetikk, der sjukepleiaren må vurdere kva utfall eit val har, og velje basert på kva som vil bringe mest nytte og lykke (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 79, 81). Samtidig ser vi det skildra i forskinga at akuttmottak har ein sterk kultur kring å følgje retningslinjer og flyten det dikterer i arbeidet, og at ivaretaking av tryggleik vil kunne forstyrre flyten då den ikkje tar høve til pasienten sine behov (Pavedahl et al., 2022). Denne tankegangen minnast meir om pliktetikk der man ser på om handlinga er i tråd med kva andre hadde gjort i same situasjon basert på prinsipp som er utarbeida gjennom lover og retningslinjer (Alvsvåg & Aadland, 2019, s. 79,81). Vi tenkar eit grunnleggande prinsipp på eit akuttmottak ved hjarteinfarkt er livreddande behandling, og at der er mogleg to lover som ligg bak utarbeiding av prinsippet. Den første er helsepersonelloven (1999, § 4) som skildrar helsepersonellet sitt ansvar for å gje forsvarleg helsehjelp gjennom å handle fagleg forsvarleg etter arbeidet sin karakter og situasjon. Den andre er helsepersonelloven (1999, § 7) som seier helsepersonell straks skal gi den helsehjelpa ein evnar når den er nødvendig. Slik vi ser det har prinsippet har røter både i konsekvensetikken og pliktetikk, og at dette prioriterast over tryggleik. Å ivareta tryggleik kan derfor tenkast å være ein sekundær prioritet til dei medisktekniske prosedyrane og retningslinjene som bygg på livreddande prinsipp ved hjarteinfarkt på akuttmottak, kvar livet til pasienten står i fare for å gå tapt.

6.0 Oppsummering og implikasjonar for praksisutøving

I litteraturstudien har vi sett på korleis sjukepleiaren kan bidra til tryggleik hjå pasientar med akutt hjarteinfarkt på akuttmottak gjennom direkte og indirekte pasientkontakt. Vi har

drøfta denne problemstillinga kring tre tema fordelt på to delkapittel. Det første temaet tar opp kommunikasjon og ser på effekten kommunikasjon har på tryggleikskjensle og faktorar på eit akuttmottak som utfordrar god pasientkommunikasjon. Det andre temaet ser på fremming av tryggleik i ein akuttsituasjon og korleis den raske og nødvendige behandlinga kan problematisere ivaretaking av tryggleik, samt korleis symptomlindring kan fremme tryggleikskjensle. Det tredje temaet ser på haldningane til sjukepleiarane og kulturen på akuttmottaket, og korleis dette kan påverke val som anten fremmar eller hindrar tryggleikskjensla.

For å konkludere er ivaretaking av tryggleik hjå hjarteinfarktpasientar på akuttmottaket fleirfaktorielt. Vi finn to tiltak for å fremme tryggleikskjensle i direkte pasientarbeid, samt ser vi eit tiltak for å fremme pasienttryggleik knytt til indirekte pasientarbeid. Det eine tiltaket handlar om god kommunikasjon. For å skape god kommunikasjon som fremmar tryggleik må den være lett forståeleg, handle om pasienten sin tilstand og behandling, samt etterspør korleis det går med pasienten. Det andre tiltaket er symptomlindring. Ved hjarteinfarkt kan det oppstå urovekkande symptom som smerte, pustebesvær og engsteleg. Gjennom behandling av desse symptoma kan sjukepleiaren bidra til å redusere ubehag og fremme tryggleikskjensle. Det tredje tiltaket handlar om kritisk refleksjon kring haldningar, kultur og miljøutfordringar der sjukepleiaren bidra til å fremme fokus på tryggleik for hjarteinfarktpasienten på akuttmottaket. Sjukepleiarane står nært på pasienten og får god innsikt i korleis dei opplev behandlinga og har slik godt grunnlag for utvikling av faget. Gjennom å nytte denne kunnskapen kan sjukepleiaren påverke korleis tryggleik ivaretakast i retningslinjer og haldningar i arbeidskulturen.

Sluttvis vil vi framheve at miljøet på akuttmottaket kan bli hektisk og ofte prega av tidspress og prosedyrestyrt arbeid, og dette vil utfordre i kva grad sjukepleiaren kan prioritere å iverksette tiltak for å fremme tryggleikskjensla hjå hjarteinfarktpasientar. Sjukepleiaren har eit ansvar for heilskapleg omsorg, og for sjukepleiaren på akuttmottaket er det viktig med ei bevisstgjær av balansen mellom dei nødvendige medisinsk-tekniske oppgåvene og vårt ansvar rundt tryggleiksfremming.

Litteraturliste

- Alvsvåg, H., & Aadland, E. (2019a). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.
- Alvsvåg, H., & Aadland, E. (2019b). *Profesjonsetikk i sjukepleie*. Samlaget.
- Bertelsen, B. (2022). Grunleggende sykdomslære. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 13–27). Gyldendal.
- Blackburn, J., Ousey, K., & Goodwin, E. (2019). Information and communication in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 42, 30–35.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.002>
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjon: Personorientering, samhandling, etikk* (1. utg.). Gyldendal.
- Ellingsen, T.-L., & Solberg, P. (2022). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D.-G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Engebretsen, S. (2020). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Gustafsson, S. R., Breievne, G., & Skaug, E.-A. (2021). Trygghet. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov og helse* (4. utg., Bd. 2). Gyldendal.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie* (1. utg.). Gyldendal.
- Kim, J. M., Kim, N. G., & Lee, E. N. (2022). Emergency Room Nurses' Experiences in Person-Centred Care. *Nursing Reports*, 12(3). <https://doi.org/10.3390/nursrep12030045>
- Kringeland, E., Forland Slungård, G., Bedenis Forster, R., Akerkar, R., & Waarhus Eriksen, S. H.

(2023). *Hjerte- og karregisteret—Rapport for 2022*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/contentassets/0d6ad77f17c34510902d73b226ae87/hkr-rapport-2022.pdf>

Kristoffersen Jaren, N. (2021a). Arbeidsområder, samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., Bd. 3, s. 319–371). Gyldendal.

Kristoffersen Jaren, N. (2021b). Organisasjon, ledelse og kompetanseutvikling. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., Bd. 3, s. 375–437). Gyldendal.

Kristoffersen Jaren, N. (2021c). Stress og mestring. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., Bd. 3). Gyldendal.

Kristoffersen Jaren, N., & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie—Relasjoner, verdier og etikk. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg., Bd. 1, s. 29–78). Gyldendal.

Kristoffersen Jaren, N., Skaug, E.-A., Steindal, S. A., & Hjelmeland Grimbsø, G. (Red.). (2021). Smerte—En personlig og sammensatt opplevelse. I F. Nortvedt & T. M. Ljoså, *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., Bd. 3). Gyldendal.

Kunnskapsbasert praksis. (2021, september 17). Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave). Gyldendal.

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

- Pavedahl, V., Holmström, I. K., Summer Meranius, M., von Thiele Schwarz, U., & Muntlin, Å. (2021). Fundamentals of care in the emergency room – An ethnographic observational study. *International Emergency Nursing*, *58*, 101050. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101050>
- Pavedahl, V., Muntlin, Å., Summer Meranius, M., von Thiele Schwarz, U., & Holmström, I. K. (2022). Prioritizing and meeting life-threateningly ill patients' fundamental care needs in the emergency room—An interview study with registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(7), 2165–2174. <https://doi.org/10.1111/jan.15172>
- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., & Bjålie, J. (2019). *Menneskekroppen* (3. utg.). Gyldendal.
- Skaug, E.-A. (2021). Respirasjon. I N. Kristoffersen Jaren, E.-A. Skaug, S. A. Steindal, & G. Hjelmeland Grimbsø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (4. utg., Bd. 2). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2024a). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og/eller kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (3. utg., s. 13–45). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2024b). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov ved akutt og/eller kritisk sykdom. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (3. utg., s. 46–100). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G., & Eikeland, A. (2022). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Søk og Skriv*. (2024, februar 15). Søk og Skriv. <https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/kjeldevurdering.html>
- Sørli, T. (2014). Hjerte- og Karsykdommer. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (1. utg., s. 471–482). Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (e-bok)* (1. utg.). Universitetsforlaget.

Weber, C., & Nørgaard, B. (2024). Nurses' perspectives on patient involvement in an emergency department – An interview study. *International Emergency Nursing*, 72, 101401. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101401>

Yrkesetiske Retningslinjer. (2023). Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Ørn, S. (2022). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 77–100). Gyldendal.

Ørn, S., & Brunvand, L. (2022). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg., s. 153–188). Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1 -Søkestrategiar:

Søkestrategi CINAHL

Søk nr.	Dato	Søkeord/Kombinasjon	Avgrensninger	Leste abstrakt	Antall treff	Utvalt artikkel/artiklar
1	16.04.2024	<p>S1: «nurse» OR (MH «Nurses by Educational Level») OR (MH «Nurses»)</p> <p>S2: «emergency department»</p> <p>S3: (MH «Emergency Service»)</p> <p>S4: S2 OR S3</p> <p>S5: S1 AND S4</p> <p>S6: (MH «Patient Centered Care») OR «patient-centered care»</p> <p>S7: S5 AND S6</p>	<p>Dato: 01.01.2017- 16.04.2024</p> <p>Geografisk: Australia & New Zealand, kontinentale Europa, Europa, England & Irland</p>	5	17	- Nurses' perspectives on patient involvement in an emergency department – An interview study

Søk nr.	Dato	Søkeord/Kombinasjon	Avgrensninger	Leste abstrakt	Antall treff	Utvalt artikkel/artiklar
2	18.04.2024	S1: (MH «Communication») OR «communication» S2: «information» S3: (MH «Emergency Room Visits») OR (MH «Emergency Service») OR «emergency department» S4: (MH «Emergency Patients»)	Dato: 01.01.2017- 18.04.2024	5	18	- Information and communication in the emergency department.
3	18.04.2024	S1: «emergency room» S2: «person centred care» S3: (MH «Nurses») OR «nurses» S4: S1 AND S2 AND S3		2	6	- Prioritizing and meeting life-threateningly ill patients' fundamental care needs in the emergency room—An interview study with registered nurses

Søkestrategi MEDLINE

Søk nr.	Dato	Søkeord/Kombinasjon	Avgrensninger	Leste abstrakt	Antall treff	Utvalt artikkel/artiklar
1	18.04.2024	S1: «emergency room» S2: «person centred care» S3: (MH «Nurses») OR «nurses» S4: S1 AND S2 AND S3		4	7	<ul style="list-style-type: none"> - Fundamentals of care in the emergency room - An ethnographic observational study. - Emergency Room Nurses' Experiences in Person-Centred Care.

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utval	Hovudfunn/ resultat	Kommentarar (Kvalitetsindikatorar/Etisk vurdering)
Charlotte Weber & Birgitte Nørgaard, 2024 International Emergency Nursing Danmark	Å utforske sjukepleiaren sitt perspektiv på pasientinvolvering i akuttmottaket.	Kvalitativ metode Fokusgruppe- intervju	6 autoriserte sjukepleiarar i 2 fokusgrupper. 2- 7 års erfaring. Dansk mediumstørrelse sjukehus.	Det kom fram 4 fokusområde: oppfatningar om pasientdeltaking, signifikante faktorar, akuttmottakets kultur og leiing. Sjukepleiaren såg på pasientinvolvering som ein valfri tilleggsmoglegheit på akuttmottak. Sjukepleiaren såg på pasientinvolvering som ein symbolsk handling leiinga fremmer for å unngå negative omtalar. Pasientinvolvering ble sett på som viktig, men mindre viktig enn livreddande- og teknisk kompetanse.	Gjennomført test av intervjuskjema i forkant av intervju med fokusgruppene. Intervjuar og intervjuobjekt hadde tidlegare relasjon. Etisk vurdering redegjort. Oppgir ingen interessekonfliktar.

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utval	Hovudfunn/ resultat	Kommentarar (Kvalitetsindikatorar/Etisk vurdering)
Pavedahl et al, 2021 International Emergency Nursing Sverige	Å utforske ivaretaking av personsentrert grunnleggande behov i akuttmottak blant kritiske sjuke.	Kvantitativ metode Observasjon analysert gjennom bruk av statistikk	108 ikkje-deltakande observasjonar av 23 sjukepleiarar.	Observasjonar viste at sjukepleiarar identifisera grunnleggande behov, men at ivaretaking av desse behova fell over tid. Kommunikasjon kan føre til at pasienten sine fysiske behov blitt møtt i større grad. Organisasjonens struktur og miljø avgrensa sjukepleiaren evne til grunnleggande omsorg.	Grundig begrepsforklaring av personsentrert omsorg av grunnleggande behov. God forklaring av datainnsamling. Forsking som baserar seg på ekte hendingar på eit akuttmottak. Etisk godkjent av svensk etisk myndigheitsorgan.

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utval	Hovudfunn/ resultat	Kommentarar (Kvalitetsindikatorar/Etisk vurdering)
Pavedahl et al, 2022 Journal of Advanced Nursing Sverige	Å utforske sjukepleiaren sitt perspektiv og forutsetningar for å kunne ivareta grunnleggande behov til kritisk sjuke pasientar i akuttmottak.	Kvalitativ metode Kvalitativ studie m/ singel- intervju	14 autoriserte sjukepleiarar. 1- 14 års erfaring. Svensk sjukehus	Sjukepleia på akuttmottak er i stor grad basert på organisatoriske retningslinjer og sjekklister. Sjukepleiaren prioriterte ikkje å oppfylle grunnleggande behov, men fysiske behov ble i større grad oppfylt enn psykososiale. Sjukepleiaren prioriterte ikkje grunnleggande behov då det var lite/ingen prioritering frå leiinga på dette feltet.	Etisk vurdering redegjort. Oppgir ingen interessekonflikter.

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utval	Hovudfunn/ resultat	Kommentarar (Kvalitetsindikatorar/Etisk vurdering)
Blackburn et al, 2019 International Emergency Nursing England	Å kartlegge pasienten og pårørende sitt informasjonsbehov og korleis oppnå dette på akuttmottaket.	Kvalitativ metode Action research og intervju i fokusgrupper	6 erfarne sjukepleiarar frå akuttmottaket. 15 pasientar som har vore på akuttmottaket. 1 pårørende.	At pasienten føler seg informert på generelt grunnlag er viktig for å redusere stress og frustrasjon. Som kva som skal skje, kven som er ansvarleg og ventetid. At pasienten er informert om planlagt behandling. Pasientens forventingar til akuttmottaket er hektisk og lang ventetid. Det er lite skrifteleg informasjon både på generelt grunnlag og for aktuell behandling for pasienten.	Lite datagrunnlag for pårørende sin oppleving. Dette er ikkje det vi er på utkikk i vår bacheloroppgåva og tillèt oss å nytte forskinga. Oppgir at der er ingen interessekonfliktar. Etisk vurdering redegjort. Godkjent av The University of Sheffield Ethics Committee in the School of Health and Related Research.

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Design Metode	Utval	Hovudfunn/ resultat	Kommentarar (Kvalitetsindikatorar/Etisk vurdering)
Kim et al, 2022 Nursing reports Korea	Å utforske opplevinga og essensen av personsentrert omsorg for sjukepleiarar ved akuttmottak.	Kvalitativ metode Semi-konstruerte intervju	8 sjukepleiarar med meir enn 6 månadar erfaring. 1 fokusgruppe på 3 stykk, resterande var individuelle intervju.	Å ivareta personsentrert omsorg er utfordrande, men kan bidra til å betre kvaliteten på både pasientomsorg og sjukepleia, samt betre arbeidsopplevinga til sjukepleiaren.	Forklarte personsentrert omsorg frå deira synsvinkel til intervjuobjekt, og bedde dei ta utgangspunkt i den. Ingen ekstern finansiering Intervjuobjekt er anonymisert, blitt godt informert om prosessen, fått informasjon om at dei kan trekke seg når som helst og at all informasjon blir sletta når forskingartikkelen er ferdig.