



# Bacheloroppgave

**SYH600 Sykepleie**

**Akutt syke pasienters erfaringer i akuttmottaket/  
Acute patients experiences of the emergency  
department**

**37 og 6**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 58**

**Molde, 17.03.2023**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. <a href="#">høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å

gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Dato:

**Antall ord: 7455**

# Sammendrag

**Bakgrunn:** Akuttmottaket er inngangsporten til sykehuset og er ofte pasientens første møte med pasientrollen. Sykepleiere i akuttmottaket må ha hovedfokuset på fysiologiske behov. Samtidig vil akutt syke pasienter være svært sårbare og har krav på helhetlig ivaretagelse. Dette kan være spesielt utfordrende å utføre i akuttmottaket.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å undersøke pasienters opplevelse av å være i akuttmottaket som akutt syk.

**Metode:** Litteraturstudie som baseres på 8 kvalitative forskningsartikler.

**Hovedfunn:** Litteraturstudiens resultat viser pasienters ulike opplevelser av å være akutt syk i akuttmottaket. Pasientene forteller om et vidt spekter av opplevelser og viser til sykepleiers rolle i alt dette. Omsorg, kompetanse, kommunikasjon, informasjon, smerter, miljøet, ventetid og trygghet var blant det som var viktigst for pasientene.

**Konklusjon:** Å være akutt syk vil føre med seg uheldige konsekvenser og økt sårbarhet for pasienten. Sykepleier skal ivareta hele pasienten, både fysiske og psykososiale sider ved mennesket. Vi fant flere barrierer for helhetlig omsorg, men små handlinger fra sykepleier kan utgjøre stor forskjell for pasientene og være forskjellen mellom en god og dårlig erfaring.

**Nøkkelord:** Akuttmottak, akutt, Pasienters erfaring, omsorg, sykepleier

# Abstract

**Background:** The emergency department (ED) is the gateway to the hospital and is often the patient's first meeting with the role of being a patient. Nurses in the ED must focus firstly on physiological needs. At the same time patients with acute illness will be vulnerable and entitled to holistic care. This can be especially challenging to do in the emergency department.

**Purpose:** The purpose of this literary study was to examine patients' experience in the emergency department being acutely ill.

**Method:** Literary review based on 8 qualitative research articles.

**Results:** The result of this review shows patients different experiences of being acutely ill in the emergency department. Patients describe a wide spectrum of experiences and shows nurses' role in these. Care, competence, communication, information, pain, the environment, waiting, care and safety were among the most important things for patients.

**Conclusion:** being acutely ill will lead to unfortunate consequences and increased vulnerability for the patient. The nurse must care for the whole patient, both physical and psychosocial sides of the person. We found several barriers for holistic care, but small actions can make a big difference for patients and can make the difference between a good experience and a bad one.

**Keywords:** Emergency department, patient experience, care, nurse

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	3
1.3	Problemstilling.....	3
<b>2.0</b>	<b>Metode .....</b>	<b>4</b>
2.1	Datainnsamling .....	4
2.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	4
2.1.2	PICO-skjema.....	5
2.1.3	Søkestrategi.....	5
2.1.4	Litteratursøk.....	6
2.2	Kvalitet- og etiske vurderinger .....	7
2.2.1	Kritisk vurdering.....	7
2.2.2	Etiske overveielser.....	7
2.3	Analyse .....	8
<b>3.0</b>	<b>Resultat .....</b>	<b>10</b>
3.1	Å bli akutt syk.....	10
3.2	Møtet med sykepleier .....	11
3.3	Sårbar i et fremmed miljø .....	13
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>15</b>
4.1	Metodediskusjon.....	15
4.1.1	Søkeprosessen.....	15
4.1.2	Utvalg .....	15
4.1.3	Analyse .....	16
4.2	Resultatdiskusjon.....	17
4.2.1	Sykepleiers møte med akutt syke .....	17
4.2.2	Sykepleiers rolle i akuttmottaket .....	19
4.2.3	Omsorg i et fremmed miljø.....	24
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>27</b>
	<b>Referanseliste.....</b>	<b>29</b>

**Vedlegg 1: PO-skjema**

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**



**Vedlegg 3: Utvalgsstrategi**

**Vedlegg 4: Oversiktstabell**

**Vedlegg 5: Nøkkelfunn**

**Vedlegg 6: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ artikkel**

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Akutt sykdom oppstår ofte brått og uventet og kan være svært skremmende for pasienten. Pasientene som kommer inn i mottaket kan være i en livstruende situasjon og avhengig av medisinsk hjelp for å overleve. Sykepleiers evne til å ta faglige avgjørelser og handle raskt vil være avgjørende for pasienten. Sykepleier må prioritere de fysiologiske behovene først, men fysiologiske og psykiske behov er sterkt avhengige av hverandre (Kirkevold 2019).

Akutt syke er en bred og sammensatt pasientgruppe og inkluderer et mangfold av lidelser eller skader. Pasientene er i mange forskjellige livssituasjoner og har forskjellige behov. Akuttmottaket er ofte pasientens første møte med sykehuset, og sykepleier er som regel den første som møter pasienten. Akutt syke vil oppleve et mangfold av følelser som utrygghet, angst, fremmedgjøring og avhumanisering (Stubberud 2021b). I møte med akutte situasjoner er sykepleier nødt til å få oversikt over problemet, samle nødvendige ressurser og eventuelt starte behandling frem til lege er tilgjengelig. Sykepleier må planlegge fremover, samtidig stå i situasjonen og være tilgjengelig. I tillegg til dette er sykepleier nødt til å yte emosjonell støtte til pasienten og sørge for å holde pasienten rolig. Dette kan være krevende selv for den mest erfarne sykepleieren, og stiller vesentlige krav til sykepleieutøvelsen (Kirkevold 2019).

Sykehusene plikter å motta alle pasienter med akutt sykdom som har behov for undersøkelse, observasjon, diagnostikk eller behandling (Spesialisthelstjenesteloven §3,1999). Akuttmottak er avdelinger i sykehus som hovedsakelig tar imot pasienter som legges inn med behov for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten (Hem 2020). Tall fra akuttmottak ved HMR (akuttdatabasen) viser en stigende trend i innleggelser (Bjørngaard 2023). Sykepleier i mottak vil oppleve et økende press, og forteller selv at deres mulighet til å yte helhetlig omsorg trues fra flere kanter (Enns og Sawatzky 2016).

For pasienten kan oppholdet i akuttmottak være traumatiserende i seg selv (Sideris 2019). Samtidig vet vi at samhandlingen med sykepleier har stor innvirkning på pasientens opplevelse av å være i akuttmottaket (Aleksandrovskiy, Ganti, og Simmons 2022). God omsorg i mottaket viser seg å kunne bidra til større utholdenhet og motstandskraft for pasienten (Morse og Proctor 1998).

Tall fra Ålesund Sykehus viser at over 75% av pasientene er i akuttmottaket under fire timer (Dybvik Molvær 2023). Innenfor dette vinduet skal pasienten triageres, vurderes, undersøkes og eventuelt behandles. Dette gjør at sykepleier har svært lite tid med hver pasient. Sykepleier skal alltid bruke klinisk skjønn og faglig kunnskap for å vurdere pasienten individuelle helhetlige behov (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 245). Å bli plutselig akutt og eventuelt kritisk syk kan få betydelig innvirkning på personens liv og kan gi usikkerhet for fremtiden. Pasienten vil være i en situasjon hvor vurderinger og tiltak må gjøres på kort tid og ofte uten forkunnskaper om pasientens verdier og ressurser (Stubberud 2021b). Dette kan føre til uheldige konsekvenser for pasientens verdighet.

Pasienters erfaring er en tydelig markør for kvalitet i sykepleie og er unik for hver pasient. (Hughes mfl. 2022). I de nasjonale faglig retningslinjene for somatiske akuttmottak anbefales det at akuttmottakene skal bruke pasienterfaringer for å forbedre systemet, arbeidet og pasientsikkerheten (Helsedirektoratet 2022a).

Akutte situasjoner er krevende for sykepleieutøvelsen og god kompetanse er avgjørende i slike situasjoner. Sykepleiere vil møte akutt sykdom over alt. Det er derfor viktig at alle sykepleiere har grunnleggende kunnskaper om akutte situasjoner og kunne sette i gang livreddende behandling (Kirkevold 2019). Vi er opptatt av både psykososiale og fysiologiske mekanismer, og ønsket å finne en tematikk som berører begge feltene. Vi ville studere hvordan hele mennesket kan ivaretas i en kaotisk situasjon. Vi ønsket å utforske kontrasten mellom de akutte situasjonene akuttmottaket møter og helhetlig ivaretagelse av pasienten. Å få pasientens erfaringer på temaet vil kunne gi sykepleier verdifull kunnskap om hvordan de kan ivareta den akutt syke i akuttmottaket.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke pasienters opplevelser av å være i akuttmottaket som akutt syk.

## **1.3 Problemstilling**

Hvordan erfarer akutt syke pasienter å være i akuttmottak?

## 2.0 Metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode. Vi har søkt etter, vurdert og analysert forskning, for å kunne gi svar på vår problemstilling. I metodekapittelet beskrives hvordan vi har gått frem med denne prosessen.

### 2.1 Datainnsamling

#### 2.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sortere og prioritere artikler (Astrup Nielsen, Quist Hjørnholm, og Stray Jørgensen 2021, 11). Dette hjalp oss å avgrense søket, og finne artikler som var relevante for problemstillingen.

Vi har ønsket å undersøke ulike pasienters erfaring og baserer derfor studien på kvalitativ forskning. Vi har fokusert på somatiske akuttmottak, og ekskludert alle andre helsetjenester. Vi har valgt voksne pasienter med akutt sykdom eller skade, og ekskluderer derfor alle barn og ikke-akutte pasienter. For å sikre at vi ser på oppdatert forskning har vi utelukket studier publisert før 2015.

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publisert etter 2015	Publisert før 2015
Pasienters erfaring	Barn
Voksne og eldre	Ikke-akutte pasienter
Somatisk akuttmottak	
Pasienter med akutt sykdom/skade	
Fagfellevurderte originalartikler	
Artikler godkjent med utgangspunkt i helsebibliotekets sjekklister	
Tilgjengelig på Norsk eller Engelsk	

### 2.1.2 PICO-skjema

Vi har brukt PICO-skjema som hjelp for å strukturere problemstillingen og litteratursøkene vi har gjort (Astrup Nielsen, Quist Hjørnholm, og Stray Jørgensen 2021). Vårt forskningsspørsmål er todelt, hvor P (Patient) står for den akutt syke pasienten i akuttmottaket, og O (outcome) for pasientens erfaring. Vi har ikke inkludert noen spesifisert intervensjon, og har derfor ikke brukt I (Intervensjon). Vi har ikke sammenlignet tiltak og brukte derfor ikke C (comparison). Vi har altså brukt et PO-skjema (Helsebiblioteket 2023).

#### **P: Patient/population/problem**

Vår pasient var den akutt syke i akuttmottaket. For å få artikler om dette brukte vi søkeordene “Acute”, “Injured”, “Emergency department”, “Emergency services” og “ED”.

#### **O: Outcome**

For å få artikler som omhandlet pasientenes erfaringer, brukte vi søkeordet “Patient\*” og “Experienc\*”.

Se vedlegg 1, PO-skjema

### 2.1.3 Søkestrategi

Søkene vi gjorde baserte seg på vårt PO-skjema. Vi brukte trunkeringstegn (\*) bak noen av ordene for å sikre treff på alle varianter av ordet og dermed utvide søket. Eksempelvis patient\* og injur\*. (Astrup Nielsen, Quist Hjørnholm, og Stray Jørgensen 2021)

Vi brukte de boolske operatørene OR og AND for å kombinere søkeordene. AND brukte vi hvor vi ønsket å få begge søkeordene i kombinasjon, og OR brukte vi hvor vi ville ha det ene eller det andre. Eksempelvis har vi søkt på patient, så på experience og kombinert de to med AND i et blokkøk. (Astrup Nielsen, Quist Hjørnholm, og Stray Jørgensen 2021). Når vi søkte brukte vi emneord (MeSH termer i PubMed), fritekst og funksjonen «explode» for å få et utvidet søkeresultat. Vi ville så avgrense søket til artikler publisert fra og med 2015 og til bare voksne pasienter (>19 år).

## 2.1.4 Litteratursøk

Vi gjorde litteratursøkene i de internasjonale databasene Ovid Medline, Ovid Nursing og Cinahl. Vi valgte disse fordi de inneholder artikler med sykepleiefaglig relevans. Totalt er 4 av artiklene hentet fra databasesøk og 4 fra manuelle søk.

### Søk i database

I Ovid Medline og Ovid Nursing brukte vi engelsk oversettelse av relevante emneord, som vi kombinerte med AND eller OR. Søkeordene vi brukte var patient\* AND experienc\*, Acute OR injur\* og Emergency service med utvidet søkedefinisjon «explode». Vi la så disse sammen med AND. Vi avgrenset søket ved bruk av *Additional Limits* til artikler med publiseringsår 2015 til *Current og all Adults (19 plus years)*.

I Cinahl benyttet vi søkefunksjonen *Advanced Search*. Også her brukte vi emneord på engelsk. Vi brukte flere varianter av ordet emergency department og kombinerte disse med OR. Vi la så til Patient experience og kombinerte de 2 søkene med AND. Vi avgrenset søket slik som i Ovid Medline/Ovid Nursing.

### Manuelle søk

Vi har gjort manuelle søk fortløpende gjennom prosessen. Vi gjorde retrospektive kjedesøk (Astrup Nielsen, Quist Hjørnholm, og Stray Jørgensen 2021) med utgangspunkt i artiklene vi har kritisk vurdert og funnet relevante. Vi søkte også i spesifikke tidsskrift som Journal of Patient Experience (søkeord: emergency department) og Journal of Emergency Nursing (søkeord: patient experience).

Se vedlegg 2, Søkehistorikk og vedlegg 3, Utvalgsstrategi

## **2.2 Kvalitet- og etiske vurderinger**

### **2.2.1 Kritisk vurdering**

Alle inkluderte artikler er vurdert etter helsebibliotekets sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsartikler, og er kritisk vurdert av begge forfattere av oppgaven. Relevante artikler ble kritisk vurdert for å sikre gyldigheten i artiklenes funn, overførbarhet og metodisk kvalitet (Helsebiblioteket 2023). Samtlige artikler er fagfellevurdert, og tidsskriftene artiklene er publisert i er vurdert til nivå 1 eller 2 i kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse 2023).

Se vedlegg 6, kritisk vurdering sjekkliste.

### **2.2.2 Etiske overveielser**

I Norge reguleres forskning etter forskningsetikkloven og helseforskningsloven (Malterud 2013, 201–206). Helsinkideklarasjonen er et veiledende regelsett, dannet av World Medical Association Assembly, for å verne om menneskers rettigheter når de involveres i forskning. Erklæringen skal beskytte sårbare grupper, som for eksempel den akutte pasienten. Erklæringen sier at alle har rett på den beste tilgjengelige behandlingen, uavhengig av deltagelse i forskning, og at vitenskapens interesser aldri skal gå foran enkeltmenneskers velferd (Molven 2023).

Informert samtykke innebærer at pasientene forstår hvordan data skal samles inn og håndteres, og om forskningsprosjektets bakgrunn og motiver. Pasienten må kjenne seg trygg på at anonymitet ivaretas, og kan når som helst ha mulighet til å trekke seg og få all data knyttet til seg selv slettet (Malterud 2013, 201–206). Selve datainnsamlingen, kanskje spesielt ved dybdeintervjuer, kan sette i gang sterke følelser og vekke minner hos pasienten. Forskeren bærer ansvar for å ta vare på pasienten slik at ikke datainnsamlingen i seg selv blir ubehagelig (Malterud 2013, 201–206).

Ved å presentere et forskningsprosjekt vil forskeren skape en forventning å frembringe noe som har verdi for et praktisk felt. Om prosjektet ikke gjennomføres godt nok, har man brutt en av pasientenes forutsetninger for å delta (Malterud 2013, 201–206).



Når vi har lest og vurdert forskningsartikler har vi vært bevisste på etiske forhold og på vår egen forforståelse av tematikken. 7 av 8 artikler er godkjent av etiske organer i sine respektive land. Ingen av våre inkluderte forskningsartikler har gjort rede for alle etiske hensyn, men vi mener alle har tatt opp de viktigste.

## 2.3 Analyse

Vi har gjennomført analyse etter Evans (2002) sine fire faser.

Den første fasen innebærer en datainnsamling (Evans 2002). I denne fasen samlet vi inn forskningsartikler som vi så som relevante for å svare på vår problemstilling. Vi utarbeidet PO-skjema for å strukturere databasesøkene, og formulerte inklusjon- og eksklusjonskriterier, for å få relevante treff. Vi gjorde så litteratursøk i utvalgte databaser. Vi valgte ut relevante artikler, deretter leste vi disse og gjorde kritiske vurderinger. Sammen valgte vi ut 8 artikler som ble inkludert i studien.

Fase to innebar å identifisere funn som var relevante for problemstillingen, det Evans beskriver som nøkkelfunn (Evans 2002). Alle artikler ble lest av begge forfattere gjentatte ganger for å gi oss oversikt over innholdet. Vi trakk så ut nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel, de ble altså dekonstekstualisert (Malterud 2013). Artikkene ble nummerert 1-8 og vi lagde en oversiktstabell for å få oversikt over de inkluderte artiklene og hovedfunnene fra disse. Se vedlegg 4, oversiktstabell. Nøkkelfunn som var relevante for vår hensikt ble fargekodet for å bedre kunne bearbeide dem i neste fase. Nøkkelord som hadde lik betydning, ble slått sammen til ett (Evans 2002).

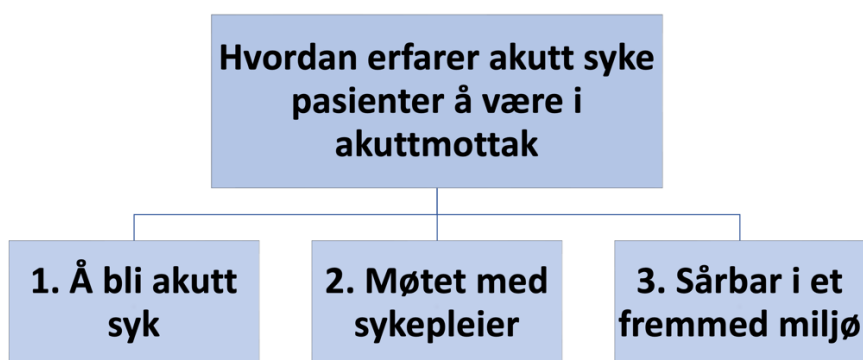
I fase tre har vi gjort en tverrgående analyse (Evans 2002). Ut ifra fargekodene fikk vi oversikt over funnernes frekvens og sammenheng. Vi laget en tabell for våre nøkkelfunn og grupperte dem under analytiske tema. Totalt 68 nøkkelord ble gruppert og samlet under 3 analytiske tema. Originalartikkelen ble lest om igjen med deres respektive tematikker i minne, nøkkelfunnene ble altså rekonstekstualisert (Malterud 2013). Dette var for å sikre at det vi hentet ut var representativt for originalartikkelen.

Se vedlegg 5. Nøkkelfunn.

I den fjerde fasen brukte vi hovedfunnene for å formulere en syntese (Evans 2002). Vi brukte oversiktstabellen og våre grupperte nøkkelfunn som utgangspunkt for presentasjonen av studiens resultat. Presentasjonen av funnene ble sammenfattet for å besvare litteraturstudiens problemstilling: *Hvordan erfarer akutt syke pasienter å være i akuttmottak?*

## 3.0 Resultat

Hensikten var å undersøke pasienters opplevelse av å være i akuttmottak som akutt syk. Vi har valgt å trekke ut 3 hovedfunn, se *figur 1 resultatoversikt*.



*Figur 1, Resultatoversikt*

### 3.1 Å bli akutt syk

Pasientene fra alle inkluderte studier beskrev smerter og sterke reaksjoner forbundet med å bli akutt syk og å komme inn i akuttmottaket. Mange av reaksjonene og følelsene var negative for pasienten. Dette inkluderte reaksjoner som sjokk, angst, frykt, forvirring, ubehag og ensomhet. Flere opplevde også oppholdet i seg selv som svært stressende (Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Schoenfeld mfl. 2018, Granström mfl. 2019, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019).

You think this only happens to others and... on TV shows, but this was actually happening to me right now. It was a wake-up call. Shit! I am really lying here on a stretcher and people are inserting tubes into my lung (Granström mfl. 2019, 27).

De fleste av pasientene opplevde smerter som en del av sin opplevelse av å bli akutt syk (Skene, Pott, og McKeown 2017, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019,

Schoenfeld mfl. 2018, Granström mfl. 2019). Pasientene brukte ord som grusom og utholdelig for å beskrive smertene de følte etter skaden eller sykdommen, men også for prosedyrene og undersøkelsene de måtte gjennom (Skene, Pott, og McKeown 2017, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, Granström mfl. 2019). Noen opplevde at frykt og stress også forsterket smertene. (Skene, Pott, og McKeown 2017, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, Granström mfl. 2019). Hos Granström mfl. (2019) trekker pasientene også inn komfort og praktiske forhold, som å bli flyttet fra seng til seng eller å bli snudd flere ganger på kort tid og i et hastverk, som smertefullt.

‘‘It was the pain. It felt like my body, my whole body was exploding.’’ (Skene, Pott, og McKeown 2017, 3)

I flere artikler, trekkes det frem at god kommunikasjon, empati og god relasjon til sykepleier kan redusere smertens intensitet. Flere pasienter opplevde forsinket behandling av smertene og utrygghet i forbindelse med dette. Flere følte også at smertene gjorde dem til en byrde for sykepleier (Bull mfl. 2022). Andre opplevde god smertebehandling og dette bidro til følelse av omsorg (Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022). Flere gav også uttrykk for trygghet, verdighet, glede og takknemlighet over å ha fått god og riktig hjelp (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Granström mfl. 2019).

### **3.2 Møtet med sykepleier**

Omsorg fra sykepleier har vist seg å være en viktig faktor i pasientenes opplevelse av å være i akuttmottaket (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Granström mfl. 2019, Thadei Mwakilasa mfl. 2021). Kommunikasjon, informasjon, relasjon, trygghet og valg var gjennomgående temaer i våre funn.

God kommunikasjon trekkes frem som et viktig premiss for tillit, og som en viktig bestanddel i relasjonen mellom sykepleier og pasienten. Uformell kommunikasjon, nonverbal kommunikasjon og humor er faktorer som har bidratt til positive opplevelser i

mottaket (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Schoenfeld mfl. 2018). Gjennom god kommunikasjon har sykepleier kunnet anerkjenne, forstå og berolige (Hermann, Long, og Trotta 2019). Pasientene har også ønsket seg informasjon for å kunne forstå pågående behandling og tiltak (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, Schoenfeld mfl. 2018).

Der sykepleier har blitt oppfattet som lyttende og tydelige, med genuin interesse for pasientens egen mening, har dette gitt grunnlag for pasientens deltagelse i valg rundt egen behandling (Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, Schoenfeld mfl. 2018). Mange pasienter trenger oppfordringer fra sykepleier for å forstå at deres deltagelse i avgjørelser er ønsket og relevant (Schoenfeld mfl. 2018).

En gravid kvinne som mistet barnet sitt i et akuttmottak, sier:

You don't know exactly what's happening to you, but they don't really have time to answer you. The nurse throws something at you, like 'your hormone level is this much.' What are these hormones? (...) I'm an intelligent, educated woman, but I didn't understand anything they told me! (Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, 672)

Følelsen av trygghet har vært viktig for pasientenes opplevelse av akuttmottak. Personlig tilnærming, relasjon, empati, og tilpasset informasjon fra sykepleier, har skapt trygghet for pasientene (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Schoenfeld mfl. 2018, Granström mfl. 2019). Det å oppleve at en blir ivaretatt av effektive og faglig dyktige profesjonelle har også bidratt til trygghet (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019). Godt arbeidsmiljø og samarbeidsklima blant sykepleiere har gitt pasientene inntrykk at de var i gode hender (Skene, Pott, og McKeown 2017, Granström mfl. 2019). Mange forskjellige helsepersonell inne til samme pasient i løpet av innleggelsen har gjort pasienter utrygge og bidratt til en negativ opplevelse (Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019).

Mange har sett at sykepleiere er travle og har vært redd for å “plage” sykepleier. Et miljø preget av stress har vært en konkret barriere for god kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten (Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Schoenfeld mfl. 2018). Mange pasienter har brukt sykepleieres pressede arbeidssituasjon for å unnskyldes sykepleiernes hastverk og manglende tilstedeværelse (Granström mfl. 2019, Thadei Mwakilasa mfl. 2021).

Pasientene har satt pris på å føle at de er i sentrum og å bli behandlet som et individ, ikke som en case eller en diagnose (Bull mfl. 2022). Når sykepleier er fraværende, har det bidratt til negative erfaringer (Hermann, Long, og Trotta 2019, Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Granström mfl. 2019).

Bull mfl. (2022) og Granström mfl. (2019) beskriver at flere av pasientene i en mer alvorlig situasjon, hadde en bedre opplevelse av omsorgen de fikk, enn medpasientene med mindre alvorlige skader/sykdommer.

### **3.3 Sårbar i et fremmed miljø**

Pasienters erfaringer i mottak har blitt påvirket av ventetiden, privatliv, hygiene, komfort, verdighet og pårørendes tilstedeværelse.

Pasienters ventetid var svært viktig for pasientene og nevnes i 5 av artiklene inkludert i studien (Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019, Schoenfeld mfl. 2018, Thadei Mwakilasa mfl. 2021). Det å måtte vente har ført til frykt for å ikke få hjelp til rett tid. Informasjon, frykt for fremtiden, smerter og komfort var faktorer som påvirket opplevelsen av ventetiden.

Flere steder er ventetiden blitt oppfattet som mindre tung hvis pasienten har forstått hvorfor han har måttet vente. God smertebehandling og at sykepleier har tilrettelagt for at pasienten er komfortabel, har også forbedret ventetiden. Sykepleier har på denne måten kunnet påvirke pasientenes opplevelse av ventetiden (Bull mfl. 2022, Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019, Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019).

Fysiske forhold som tilgang til toaletter, hygiene, maten som serveres, temperaturen i rommet, sitteplassene og tilgang til seng ble trukket frem som viktig for verdighet og velvære. Ulikt utstyr har begrenset pasientenes mulighet til bevegelse og kommunikasjon med omverdenen. Flere har vært omringet av fremmede lyder og mennesker og har gitt sterke beskrivelser av hjelpeløshet, smerter, klaustrofobi og manglende kontroll (Skene, Pott, og McKeown 2017, Bull mfl. 2022, Granström mfl. 2019, Thadei Mwakilasa mfl. 2021).

‘Claustrophobic. But I’m not a claustrophobic person. . . All I could do was look up. I couldn’t see the people around me’ (Skene, Pott, og McKeown 2017, 3).

Pasientene beskriver manglende privatliv og ubehaget dette medførte. Å bli skjermet fra andre pasienter var viktig både for verdighet og informasjonssikkerhet. Dette inkluderer skjerming for fysisk innsyn, men også for lyd (Bull mfl. 2022, Schoenfeld mfl. 2018, Thadei Mwakilasa mfl. 2021). Lav stemme og gjennomføring av prosedyrer på en privat måte, har gjort at pasientene følte seg trygge (Bull mfl. 2022).

Pasienter beskriver å aktivt studere og observere andre pasienter som var i akuttmottaket. Tilstedeværelse av andre var for noen pasienter fremmed og skremmende (Bull mfl. 2022, Thadei Mwakilasa mfl. 2021). En pasient hos Bull mfl. (2022, 3337) beskrev dette som “probably the worst part of being in the Emergency Department”.

For noen har det å ha pårørende til stede har vært en faktor som har virket positivt på opplevelsen, mens for andre har dette ført til bekymring og til at de ikke har gitt fullt uttrykk for egen bekymring og smerte (Bull mfl. 2022).

## **4.0 Diskusjon**

Diskusjonen er delt i to underkapitler: Metodediskusjon og resultatdiskusjon. Under metodediskusjon drøfter vi styrker og svakheter ved metodene vi har brukt i søkeprosessen, utvalget og analysen. I resultatdiskusjonen diskuterer vi funnene opp mot faglitteratur og relevant forskning for å vise funnenes kliniske relevans.

### **4.1 Metodediskusjon**

#### **4.1.1 Søkeprosessen**

Vi har lite tidligere erfaring med PICO-skjema og strukturerte databasesøk. Dette kan ført til svakheter i oppgaven. I Ovid Medline fikk vi veldig mange treff, samtidig har hvert av søkene gitt få inkluderte artikler. Dette kan være tegn på at vi kunne gjennomført søkene bedre. Søkeprosessen har imidlertid styrket vår oppfatning av at vi har valgt en problemstilling det trengs å forskes på. Vi mener dette er en styrke for oppgaven.

#### **4.1.2 Utvalg**

Hensikten med oppgaven var å undersøke pasienters erfaringer av å være akutt syk i akuttmottaket. Vi har valgt en bred problemstilling som omfatter mange forskjellige mennesker og et stort spenn av erfaringer. Vi har jobbet for variasjon i type sykdom og skade blant pasientene. Vi har hatt mål om maksimal variasjon, og har gjort strategiske utvalg basert på dette (Christensen mfl. 2015, 86). Vi mener at mangfoldet i vårt utvalg kan bidra til større generell validitet. Samtidig ser vi at et slikt bredt utvalg kan medføre en svakhet fordi spesielle situasjoner og pasientgrupper kan ha spesielle behov.

Vi har inkludert en artikkel om kvinners opplevelse av spontanabort i akuttmottaket (Larivière-Bastien, deMontigny, og Verdon 2019). Kvinnene får først i mottaket beskjed om at barnet ikke er levedyktig. Spontanabort vil kunne ses som en ikke-akutt situasjon og inklusjon av denne artikkelen kan derfor utgjøre en svakhet for oppgaven. Vi mener imidlertid at pasienten skal ses som akutt ved innkomst, på grunn av situasjonens uklarhet.



Vi mener derfor at artikkelens funn er gyldige for problemstillingen. Dette er også en viktig og sårbar pasientgruppe vi mener det er viktig å ha fokus på.

En av de inkluderte originalartiklene (Schoenfeld mfl. 2018) snakker om behandlers rolle i tillegg til sykepleiers. En annen (Blackburn, Ousey, og Goodwin 2019) har i tillegg til pasientens, inkludert sykepleieres perspektiv i sine funn. Vi har bare brukt det som omhandler pasientens erfaringer, og mener at perspektivene som kommer fram er gyldige for vår problemstilling.

Vi har inkludert artikler fra USA, Australia, Canada, Storbritannia, Sverige og Irland. Studier gjort i Norge kunne styrket relevansen for våre funn. Samtidig mener vi pasientenes situasjon i akuttinntak har likheter på tvers av disse landegrensene, og at erfaringene og beskrivelsene er overførbare.

Vi har brukt helsebibliotekets sjekklister som grunnlag for å vurdere forskningsartiklens kvalitet. For å vurdere en artikkel må en imidlertid alltid bruke skjønn (Malterud 2013, 213). Vi ser at vårt skjønn som uerfarne forskere kan utgjøre en svakhet for oppgaven.

#### **4.1.3 Analyse**

Vi har vært bevisste at forskningsanalyse er nytt for oss, og det har gjort oss ekstra oppmerksomme og kritiske. Vi har støtt på fagtermer som har flere betydninger på engelsk, og som har vært utfordrende å oversette presist. Dette kan ha bidratt til mistolkninger og kan ses som en svakhet for oppgaven. Sammensmelting av resultater fra flere studier kan gi mer robuste funn og større overførbarhet til praksis (Evans 2002). Forskjellige forskningsspørsmål påvirker formuleringen av funnene og dette kan være en utfordring for en gyldig syntese. Alle deler av oppgaven har blitt grundig diskutert av forfatterne, og vi tror samarbeidet har styrket resultatet.

## 4.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke pasienters erfaringer med å være akutt syk i akuttmottaket.

### 4.2.1 Sykepleiers møte med akutt syke

Pasientene i litteraturstudien har fortalt om de fysiske behovene sine, som smerte og komfort, men også om psykososiale behov som informasjon, verdighet, velvære, trygghet og tillit til sykepleier. Akutt sykdom eller skade er en intens og personlig erfaring, og kan oppleves som en eksistensiell trussel mot ens kroppsbevissthet og integritet. Pasienten er i en krise og vil ofte ha store smerter (Kjøllesdal og Moesmand 2004a)

Akutt sykdom brukes om en rekke tilstander, for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, traumer, infeksjonssykdommer og ortopediske skader (Stubberud 2013). Akutt sykdom utvikler seg raskt, og krever rask handling for å unngå uheldige komplikasjoner (Kirkevold 2019). Sykepleiere som jobber i akuttmottaket står ovenfor situasjoner som krever raske vurderinger, og er nødt til å bruke faglig kunnskap til å handle riktig, selv med lite informasjon (Kirkevold 2019).

Vi fant store individuelle forskjeller i hvordan pasientene beskrev og vektla sine erfaringer. Samme hendelse kunne oppleves som voldsom av en, og ufarlig av en annen. En persons psyke er tett forbundet med resten av mennesket og sykepleier må arbeide for å ivareta hele mennesket. Helhetlig omsorg er grunnleggende i sykepleie og derfor høyst relevant for sykepleiere, også i akuttmottaket (Eriksen 2019).

Somatisk sykdom påvirker ens psykososiale behov, og omvendt. Psykiske reaksjoner vil altså kunne gi rent fysiologiske symptomer. (Stubberud 2021c). Akuttpasienten vil kunne være utsatt for betydelig psykisk påkjenning og stress-emosjoner som angst og frykt. Stressreaksjoner over tid kan utløse eller forsterke svikt i organsystemer og somatisk sykdom (Stubberud 2021a). Blant annet påvirkes sentralnervesystemet, det autonome nervesystem, endokrine systemer og sirkulasjonssystemet. (Stubberud 2014, s. 13-17). Her er sykepleiers fagkunnskap om sammensatte fysiologiske prosesser viktig.

I våre funn ser vi at pasientene opplevde frykt og angst. For å kunne støtte pasienten best mulig må sykepleier forstå pasientens subjektive opplevelse (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 40-62). Sykepleier kan tro de forstår hva pasienten føler eller tenker, men dette er ikke alltid tilfellet (Eriksen 2019). Det ligger også en grunnleggende makt-ubalanse i forholdet mellom sykepleier og pasient. Mange mennesker av begge kjønn kan ha tilgang på pasientens kropp, og pasienten behøver ofte hjelp med grunnleggende funksjoner (Stubberud 2021b). Sykepleier må overta disse funksjonene til situasjonen er under kontroll (Kirkevold 2019). At sykepleier har handlet med respekt for pasientens integritet og verdighet vil ha stor betydning for pasientens opplevelse av en slik erfaring. I våre funn hadde vurderingene og handlingene sykepleiere gjorde stor betydning for pasientene.

## **Smerte**

Funn fra litteraturstudien viser at fysisk smerte er en stor del av pasientenes opplevelse av akuttmottak. En australsk kohort-studie viser at opp mot 70% av pasienter i akuttmottak har smerter (Hughes mfl. 2022). En litteraturstudie fra 2019 viser videre at mange velger å holde ut smerten fremfor å be om smertestillende medikamenter (Graham mfl. 2019). Sykepleier bør observere pasientene også for ikke-verbale smerteuttrykk.

Smerte er en kompleks og sammensatt erfaring, som i akuttmottaket må behandles på relativt kort tid og med hurtigvirkende medikamenter (Winger og Leegaard 2010). God smertebehandling er et tverrfaglig arbeid, men sykepleier har et selvstendig ansvar (Jangland, Kitson, og Muntlin Athlin 2016). Våre funn viser at flere har fått forsinket smertelindring. Vurdering av en pasients smerter bør skje i samarbeid med pasienten. For å gi best mulig smertebehandling bør sykepleier kjenne til fysiologiske tegn på smerter, men også kjenne til ulike strategier for å møte, redusere og håndtere smertene (Winger og Leegaard 2010). Hughes mfl. (2022) finner at hvordan pasientene opplever smerte påvirkes av blant annet mottakets miljø og atmosfære. Våre funn viser at flere har følt seg som en byrde for sykepleier på grunn av smertene. Vi fant også at kommunikasjon, informasjon, omsorg og miljøet, alle være med å påvirke smerteopplevelsen, og er noe sykepleier kan påvirke.

Smerte er en subjektiv opplevelse og bør forstås ikke bare som et signal fra en skadet del av kroppen til hjernen, men påvirkes på veien dit av ulike stimuli. Flere av våre funn om smerte er knyttet opp til medisinske undersøkelser og utstyr. Når pasienten har forstått hva

som skal skje og hvorfor tiltak utføres, har smerteopplevelsen for mange blitt mindre intens. Ut ifra en biopsykososial modell, kan vi forstå smerte mer helhetlig hvor det er noe som påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Winger og Leegaard 2010). Sykepleier må sørge for at pasienten føler seg hørt og ivareta alle deler av personen for å best hjelpe pasienten med smertene.

Vi ser at pasienters smerteopplevelse kan variere ut ifra flere forskjellige faktorer. Sykepleiers funksjon ved smerter er kompleks og krever bred forståelse og kompetanse. Sykepleiers kompetanse er viktig for pasientens smerteopplevelse gjennom god legemiddelhåndtering, men også empati, tilstedeværelse og god relasjon kan ha lindrende effekt (Danielsen, Berntzen, og Almås 2020).

#### **4.2.2 Sykepleiers rolle i akuttmottaket**

Sykepleier må sørge for å opprettholde pasientens kroppslige integritet ved å ivareta de fysiske behovene (Kirkevold 2019). Samtidig vet vi at kroppen er sammensatt. Stress kan også true pasientens fysiologiske likevekt og sikkerhet og trygghet er et grunnleggende behov for mennesket, også i akutte situasjoner. (Kirkevold 2019). Kirkengen og Brantzæg argumenterer for å se pasienten, ikke som en sum av mindre separate deler, men som en unik, samhandlende, selvreflekterende, levende helhet (Kirkengen og Brandtzæg 2021, 35).

Våre funn viser at det å være i akuttmottaket er en intens og skremmende opplevelse for mange, men at sykepleier har spilt en viktig rolle for pasientenes erfaringer. For den akutt syke pasienten kan både hendelsen som gir skaden/lidelsen, og behandlingen på sykehus være traumatisk også i psykisk forstand (Wikblad og Wiman 2003). Katie Eriksen deler pasienters lidelse inn i sykdoms- og pleielidelser, der sistnevnte er lidelse pasienten opplever i selve pleiesituasjonen (Stubberud 2021b). En case-studie fra Johannesburg understreker at opplevelsen av å være i mottak kan sette i gang emosjonell lidelse alvorlig nok til å klassifiseres som post-traumatisk stress (PTSD) (Sideris 2019). Traumatiske hendelser lagres i hukommelsen og glemmes sjeldent. Pasientene husker møtet med sykepleier og har en innvirkning på opplevelsen og kan derfor påvirke denne (Aleksandrovskiy, Ganti, og Simmons 2022).

## **Barrierer og muligheter for helhetlig sykepleie**

Grunnleggende forhold ved akuttmottakets oppbygning og prosesser kan oppleves som motsetninger for prinsippene rundt helhetlig sykepleie (Helsetilsynet 2008). Enns og Sawatzky (2016a) finner seks konkrete motstander for sykepleieres ønske om helhetlig sykepleie: Arbeidsmengden, mangel på tid, bemanningsproblematikk, manglende støtte fra ledelsen, skiftarbeid, manglende selv-pleie.

I 2019 hadde Norske sykehus oppunder 100 000 flere pasienter enn i 2015, og samtidig 600 færre senger (Statistisk Sentralbyrå 2020). Nasjonalt rapporteres det om overbelastning som et gjentakende problem i norske akuttmottak. Overbelastning kan beskrives som en situasjon hvor behovet for akutte helsetjenester overstiger muligheten til å gi dette innen rimelig tid (Krogstad mfl. 2015). En systematisk oversikt bekrefter at overbelastning i akuttmottak er assosiert med høyere dødelighet blant pasientene og utgjør en risiko for pasientsikkerheten (Jennings mfl. 2015). Pasienten står i fare for å ikke få tilstrekkelig tilsyn og overvåkning, og dette kan føre til at vesentlige endringer i sykdomsutvikling blir oversett (Helsetilsynet 2008).

I studiens funn ser vi at flere av pasientenes negative erfaringer knyttes til forhold som er uavhengige av selve skaden/sykdommen. Flere av forholdene kan sykepleier i akuttmottak påvirke selv med lite tid til rådighet. En bred litteraturstudie finner at sykepleiere ofte er lite bevisste på enkle tiltak de kan gjøre, og at disse kan ha stor betydning for den akutt syke pasienten. Sykepleier kan bruke positiv tale, fysisk berøring, respekt, nærvær og vennlighet. Slik kan sykepleier bidra til økt følelse av kontroll og «empowerment», samt redusert stress og angst (L. K. Wagley og Newton 2010). Selv i en alvorlig situasjon har også flere pasienter fra våre funn vært takknemlige for hjelpen de har fått og gitt uttrykk for trygghet og glede over dette.

## **Omsorg**

Ordet omsorg (“care”) brukes flere ganger i våre funn. Pasientene har hatt sin individuelle oppfatning av omsorg og har hatt flere måter å beskrive denne på. Pasientene har satt pris på å bli behandlet som individer, ikke som en case eller diagnose. Sonis mfl. (2018) finner en sterk forbindelse mellom pasientens oppfatning av sykepleiers omsorg, og pasientens

opplevelse i mottaket. Omsorg kan ses som handlinger for å øke alt som gir komfort og trygghet, og minske alt som motvirker dette (Laural K. Wagley og Newton 2010).

Helhetlig sykepleie handler om å gi omsorg til hele personen, og ikke bare til den delen av kroppen eller sykdommen som krever behandling. Dette innebærer å ha et bredt perspektiv på pasientens behov, og å tilpasse behandlingen og omsorgen etter deres individuelle behov (Stubberud 2021b, 14). Virginia Henderson (1897 – 1996) utformet sin teori om sykepleie med utgangspunkt i 14 grunnleggende behov og 7 av disse handler om psykososiale og relasjonelle forhold. Hun understreket at alle pasienter har rett på individualisert pleie og omsorg (Hjelmeland Grimsbø mfl. 2016).

Helsepersonell skal yte omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, §4, 1999) og sykepleier skal legge til rette for en helhetlig omsorg for pasienten (Alvsvåg 2019). Norsk sykepleierforbund (NSF) definerer omsorgsfull sykepleie som en av seks grunnleggende faktorer for forsvarlig sykepleie og likestiller omsorg med blant annet tekniske ferdigheter. Plikt til omsorgsfull hjelp innebærer helsehjelp med omtanke og respekt, og uten å krenke pasientens personlige integritet. God sykepleie kan ikke utøves uten omsorg (NSF 2022). Dette gjenspeiler våre funn om betydningen av både omsorg og faglig dyktighet for pasientens opplevelse.

## **Kommunikasjon**

En stor del av våre funn er knyttet til forskjellige former for kommunikasjon.

Kommunikasjon knyttes til relasjon til sykepleier og til å bli behandlet som et menneske. Mennesket har et grunnleggende behov om å forstå og bli forstått, men dette kan være utfordrende i akutte situasjoner (Heyn 2019).

Våre funn viser hvordan uformell kommunikasjon, som humor, gav pasientene følelse av trygghet. Humor kan ufarliggjøre møtet med sykepleier og situasjonen pasienten står ovenfor, og er et enkelt men viktig tiltak sykepleier kan gjøre. Sykepleier må derimot alltid vurdere om dette er forsvarlig ut i fra situasjonen (Eriksen 2019).

Chang mfl. (2016) fant at god kommunikasjon hadde markant innvirkning på pasientens opplevelse av trusselen den sto overfor. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient hadde positiv påvirkning på pasientens stress, depresjon, oppfølging av egen behandling og fysisk funksjonsnivå. Den generelle pasient-opplevelsen ble også påvirket av

interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Våre funn viser at et stresset miljø er en barriere for god kommunikasjon. Sykepleier kan unngå dette ved å bidra til ro rundt pasienten. Våre funn knyttet til pasienters oppfatning av godt samarbeid sykepleiere imellom er relevante i forhold til dette.

Våre funn viser at også fysisk berøring har hatt betydning som en form for non-verbal kommunikasjon. Mangel på hudkontakt bidrar til fremmedgjøring, og berøring kan også forsterke verbale uttrykk (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 244). Kontakt hud mot hud kan utløse serotonin, melatonin og endorfiner. Der det er forsvarlig å berøre pasienten uten hansker, kan sykepleier altså bidra til redusert stress, bedre søvn og til smertelindring. Gjennom bevisst bruk av berøring kan også bevisstløse pasienter oppleve bekreftelse på at de er til stede og at de lever (Stubberud 2021b).

Pasienten i mottaket har ikke alltid muligheten til å snakke sin egen sak. Pasienten kan være intubert, sedert, i sjokk, eller på andre måter påvirket av hendelsen slik at kommunikasjonen blir utfordrende (Stubberud 2021b). Pasienten kan også ha vansker med å forstå innholdet i sin situasjon og behandling. Ikke alle har pårørende med seg og sykepleier kan bli nødt til være pasientens stemme og kjempe deres sak. Dette kan også innebære å hjelpe pasienten til å forstå og organisere seg i et kaotisk miljø (Enns og Sawatzky 2016).

Vi ser med dette at sykepleier kan ved hjelp av fysisk berøring, humor, rolig omgivelser og god kommunikasjon, kan gjøre en stor forskjell for pasientens opplevelse av mottaket.

## **Informasjon**

Våre funn viser at der pasienten har følt seg informert, har det bidratt til trygghet, autonomi og mulighet til medvirkning. Lov om pasient- og brukerrettigheter, sier at pasienter skal få tilpasset og nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3,1999).

Sykepleier er pliktig å sikre at pasienten har forstått informasjonen som er gitt (Stubberud 2021b). Våre funn viser derimot at flere pasienter opplever å få informasjon de ikke har forstått og har ønsket bedre tilpasset informasjon. Hva en pasient kan motta av informasjon er en vanskelig vurdering, men sykepleier har selvstendig ansvar for å legge til rette for dialog og informasjon (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 242–268). Både for lite og for mye

informasjon kan være en belastning for pasienten. Hvordan informasjon gis krever respekt og bevissthet på pasientens signaler. Også bevisstløse pasienter har krav på informasjon (Stubberud 2021b). Det er sykepleiers ansvar at også pårørende får informasjon slik at de kan være en best mulig støtte for pasienten (Kjøllesdal og Moesmand 2004, 242–268). Om pasienten ikke får informasjon han kan forstå, vil dette gå utover pasientenes sykdomsinnsikt og mulighet til medvirkning (Mølven 2019).

### **Brukermedvirkning**

Våre funn viser at pasientene har et ønske om å delta i valg og faktorene som påvirker muligheten til dette. Pasienten har krav på å bli hørt i avgjørelser som er viktige for egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3,1999), og sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund 2023). I akuttmottak kan pasientenes medvirkning være begrenset, blant annet på grunn av situasjonens hastegrad. I de nasjonale retningslinjene for somatisk akuttmottak anbefales det allikevel at pasientene skal få delta i medvirkning i behandlingen, så langt situasjonen tillater det (Helsedirektoratet 2022a). Mange pasienter behøver å oppmuntres til deltagelse, spesielt eldre pasienter kan innta en passiv rolle i møte med helsevesenet (Stubberud 2021b). God informasjon, og relasjonen til sykepleier vil legge grunnlag for pasientens medvirkning i behandlingen.

### **Relasjon**

Flere av våre funn tyder på at pasientens oppfatning av relasjonen han hadde til sykepleier hadde stor betydning for opplevelsen av mottaket. Pasientene knyttet relasjon til tillit, å føle seg prioritert og til humanisme.

Relasjonen mellom sykepleier og pasient står sentralt i sykepleieutøvelsen og er vesentlig for at pasienten skal oppfatte sykepleien som god (Eriksen 2019). I mottaket møter ofte sykepleierne pasientene for første gang og har lite tid til å bli kjent med dem. Dette betyr at relasjonen vil være begrenset. Heldigvis trenger ikke god omsorg være avhengig av en sterk relasjon (Eriksen 2019).

Våre funn viser at pasienter som er i en alvorlig situasjon, rapporterte bedre opplevelser enn medpasienter i mindre alvorlig situasjoner. Dette knyttes til sykepleiers tilstedeværelse og oppmerksomhet. Gordon, Sheppard, og Anaf (2010) finner at pasienter som blir vurdert som ikke-akutte kan føle at de utgjør en unødig byrde for sykepleier. Flere pasienter i våre



funn har derfor tatt selvstendig ansvar for relasjonen til sykepleier for å beholde sykepleiers oppmerksomhet.

Flere av funnene i vår studie peker på verdien av sykepleiers tilstedeværelse. Det er ikke mengden tid som gjør forskjellen, men kvaliteten av tiden. For sykepleier kan dette handle om prioritering av oppgaver, men det kan også handle om summen av små handlinger som reflekterer respekt, verdighet og integritet.

### **4.2.3 Omsorg i et fremmed miljø**

#### **Ventetid**

I en prospektiv kohortstudie fra Australia rapporterer 53,8% av pasienten at de ikke har fått behandling i rett tid (Hughes mfl. 2022). Sonis mfl. (2018) definerer ventetid som en driver for pasienters erfaringer i mottak. Akuttmottak er lite egnet for opphold over lengre tid og er ikke tilrettelagt for verken matsservering, videre medisinerings og behandling, samt ivaretagelse av de pårørende. (Helsetilsynet 2008)

Akuttmottak bruker prioritering (triagering) av pasientene for å sikre at pasienter får nødvendig helsehjelp til rett tid (Helsedirektoratet 2022b). I mange akuttmottak er det ofte sykepleier som gjør denne første vurderingen av pasienten og situasjonens hastegrad. Hastegraden vil ha stor betydning for hvor lenge pasienten vil måtte vente på behandling og hvilke ressurser som settes inn. Sykepleiers kompetanse og vurderinger ved triagering vil derfor være nødvendig for å oppnå pleie til rett tid (Engebretsen, Røise, og Ribu 2013).

Bull mfl. (2021) finner at pasienter som har opplevd lange ventetider har vært mer oppmerksomme på mottakets fysiske miljø, og har trukket frem slitasje på utstyr, hygiene, bråk/lyd og andre pasienters helsesituasjon. De finner også at pasienter har lagt større vekt på deres opplevelse av ventingen, over hvor lang tid de faktisk har måttet vente. Dette samsvarer med våre funn hvor både opplevelsen av ventetiden og miljøet pasienten har måttet vente i, var viktig. Opplevelsen av ventetiden har blitt påvirket av blant annet komfort, hygiene, privatliv, informasjonssikkerhet og tilgang på toalettfasiliteter. Pasienter som har fått mangelfull informasjon i ventetiden, har følt seg forlatt eller glemt.

I en studie fra 2018 blir det lagt vekt på at smerter påvirker pasienters oppfatning av tid, og slik også deres opplevelse av ventetid i akuttmottaket (Sonis mfl. 2018). Dette ser vi stemmer over ens med våre funn, ved at også smerter forverret ventetiden.

Samlet kan ventetiden bety en risiko for at pasienter ikke får forsvarlig oppfølging og behandling, pleie og omsorg mens de venter i akuttmottaket (Helsetilsynet 2008). Slik får ventetid stor betydning, ikke bare for pasientopplevelsen, men også for pasientsikkerheten. Vi ser igjen at sykepleiers grunnleggende egenskaper som kommunikasjon, skjerming av pasienter, smertebehandling og velvære er viktig for også opplevelsen av ventetiden.

### **Privatliv**

Vi fant at pasientene var opptatt av privatliv og informasjonssikkerhet, og ønsket skjerming for fysisk innsyn, og for lyd. Noen pasienter har følt at de har sett og hørt mer enn de ønsket om medpasienter, og at andre har fått med seg personlige detaljer om dem. Dette har gått ut over deres følelse av verdighet. For noen var det å se andre pasienter svært skremmende og ubehagelig. I akuttmottak er det ofte travelt og kaotisk, og dette gir sykepleier utfordringer med å skape en trygg atmosfære for pleie. Her vil pasientens rett til informasjon ofte kunne stå i konflikt med pasientens informasjonssikkerhet, og med medpasienters rett til privatliv (Hartigan mfl. 2018).

Enkle tiltak som å innføre retningslinjer for undersøkelser av pasienter som ligger i korridor eller på flermannsrom, redusere besøk i vaktskifter og påminnelse av ansatte om lavt stemmevolum kan øke pasientens informasjonssikkerhet (Calleja og Forrest 2011).

### **Miljø**

I litteraturstudiens funn ser vi at akuttmottakets miljø og atmosfære også var viktig for pasientens opplevelse. Flere oppfatter mottakets miljø som ukomfortabelt og fremmed. Flere av pasientene har følt seg hjelpeløs og at de mistet kontroll over livet sitt i det fremmede miljøet. I et miljø som har virket skremmende og fremmed har omsorg og informasjon fra sykepleier gjort opplevelsen bedre. Hughes mfl. (2022) finner også at miljøet i mottaket har hatt stor innvirkning på opplevelsen av pleien. Vi ser derfor hvor viktig også dette er for pasientopplevelsen, og hvordan sykepleier kan påvirke dette.

Våre funn viser at et godt arbeidsmiljø mellom sykepleiere kan oppleves som helsebringende ved å bidra til trygghet og tillit for pasientene. Sykepleiere, som andre

arbeidstakere, er pliktig å delta i utvikling og forbedring av arbeidsmiljøet (Arbeidstilsynet 2023). Dette er enda et enkelt, men konkret tiltak sykepleier kan gjøre for å positivt påvirke pasientopplevelsen.

Sykepleier kan kanskje ikke direkte påvirke hvor lenge pasienten må vente eller de fysiske omgivelsene i mottaket, men sykepleier kan gjøre flere tiltak som har stor betydning for pasienten. Ventetid, skjerming og privatliv er en stor del av dette. Sykepleier kan også sørge for god triagering, kontinuerlig informasjon og ivaretagelse i venteperioden. Observasjon av pasienten og konkret tilstedeværelse er helt nødvendig for pasientens trygghet og bidrar til pasientsikkerhet. Videre ser vi at sykepleiers bidrag til eget arbeidsmiljø vil være bra for både pasienten og for sykepleier selv.

## **5.0 Konklusjon**

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke pasienters erfaring med å være akutt syk i akuttmottaket. Funn fra de 8 inkluderte artiklene viser at pasienter har et vidt spekter av opplevelser, følelsene og reaksjoner. Vi finner også at disse opplevelsene påvirkes sterkt av sykepleier. Helhetlig omsorg, sykepleiers kompetanse, evne til kommunikasjon, empati, og relasjonen med pasienten var svært viktige. Den akutte pasienten er i en sårbar situasjon, og har stort behov for omsorg og støtte. Fysiske forhold som ventetiden og miljøet i akuttmottaket har også vært viktig, og også her kunne sykepleier gjøre en forskjell.

### **Konsekvens for praksis**

Sykepleier må alltid tilstrebe helhetlig omsorg og å ivareta alle pasientenes grunnleggende behov. Dessverre jobber sykepleier ofte under tidspress og høy arbeidsmengde, og akutt sykdom krever raske handlinger og prioriteringer. Pasientens umiddelbare fysiologiske behov må prioriteres først, men omsorg og ivaretagelse av de psykososiale behovene vil også påvirke fysiologisk helse. Vi skulle ønske alle sykepleiere hadde tid og ressurser til best mulig omsorg til alle, men verdifull omsorg kan også gis på relativt kort tid. Et smil, blikkontakt, en beroligende hånd og en kort forklaring kan være det som skiller en dårlig opplevelse fra en god opplevelse. Vi har sett hvor viktig sykepleiers kompetanse har vært i akuttmottaket, for å ivareta både pasientens medisinske pleie og behandling, og dens psykososiale behov og velvære.

### **Forslag til videre forskning**

Akuttmottak opplever et økende antall pasienter og stort arbeidspress. Det er allikevel mange ting sykepleier kan gjøre som har effekt for pasientens erfaring. Vi ønsker at ny forskning på temaet skal ha et spisset fokus på å øke kunnskapen rundt hva som påvirker forskjellige pasientgruppers erfaringer i mottak, og på best mulig tilpasset sykepleie. Pasientenes opplevelse er viktige informasjonskilder for å lokalisere forbedringsområder, og vi anbefaler derfor mer forskning rundt dette. Vi har også sett behov for mer forskning på effekten av forskjellige tiltak innenfor helhetlig sykepleie i akuttmottak. Vi håper at denne litteraturstudien vil kunne belyse problemstillingen for fremtidig forskning.

## Referanseliste

- Aleksandroviskiy, Ilya, Latha Ganti, og Stefani Simmons. 2022. «The Emergency Department Patient Experience: In Their Own Words». *Journal of patient experience* 9 (1–4).
- Alvsvåg, Herdis. 2019. «Faglig skjønn og omsorg». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5. utg., 1:392. Oslo: Cappellen Damm AS.
- Astrup Nielsen, Diana, Thea Quist Hjørnholm, og Peter Stray Jørgensen. 2021. *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Bjørngaard, Mads. 2023. «Akuttdatabasen», 2. mars 2023.
- Blackburn, Joanna, Karen Ousey, og Emma Goodwin. 2019. «Information and Communication in the Emergency Department». *International Emergency Nursing, SI: Building relationships in the emergency department*, 42 (januar): 30–35.
- Bull, Claudia, Sharon Latimer, Julia Crilly, og Brigid M. Gillespie. 2021. «A Systematic Mixed Studies Review of Patient Experiences in the ED». *Emergency Medicine Journal* 38 (8): 643–49.
- Bull, Claudia, Sharon Latimer, Julia Crilly, David Spain, og Brigid M. Gillespie. 2022. «‘I Knew I’d Be Taken Care of’: Exploring Patient Experiences in the Emergency Department». *Journal of Advanced Nursing* 78 (10): 3330–44.
- Calleja, Pauline, og Louise Forrest. 2011. «Improving Patient Privacy and Confidentiality in One Regional Emergency Department – A Quality Project». *Australasian Emergency Nursing Journal* 14 (4): 251–56.
- Chang, Bernard P., Jennifer A. Sumner, Myrta Haerizadeh, Eileen Carter, og Donald Edmondson. 2016. «Perceived Clinician-Patient Communication in the Emergency Department and Subsequent Post-Traumatic Stress Symptoms in Patients Evaluated for Acute Coronary Syndrome». *Emergency Medicine Journal: EMJ* 33 (9): 626–31.
- Christensen, Line, Asbjørn Johannesen, Per Arne Tufte, og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Danielsen, Astrid, Helene Berntzen, og Hallbjørg Almås. 2020. «Sykepleie ved smerter». I *Klinisk sykepleie 1*, av Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. 2023. «Kanalregisteret». 2023.
- Dybvik Molvær, Elin Kathrin. 2023. «Akuttdatabasen», 4. mars 2023.
- Engbretsen, Stine, Olav Røise, og Lis Ribbu. 2013. «Bruk av triage i norske akuttmottak». *Tidsskrift for Den norske legeförening*, februar.

- Enns, Carol L., og Jo-Ann V. Sawatzky. 2016. «Emergency Nurses' Perspectives: Factors Affecting Caring». *Journal of Emergency Nursing* 42 (3): 240–45.
- Eriksen, Siren. 2019. «Menneskets psykososiale behov». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen karine Grov og Inger Margrethe Holter, 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, David. 2002. «systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data». *Australian journal of advanced nursing* 20 (2).
- Gordon, Jane, Lorraine A. Sheppard, og Sophie Anaf. 2010. «The Patient Experience in the Emergency Department: A Systematic Synthesis of Qualitative Research». *International Emergency Nursing* 18 (2): 80–88.
- Graham, Blair, Ruth Endacott, Jason E Smith, og Jos M Latour. 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).
- Granström, Anna, Lovisa Strömmer, Ann-Charlotte Falk, og Anna Schandl. 2019. «Patient Experiences of Initial Trauma Care». *International Emergency Nursing*, SI: Building relationships in the emergency department, 42 (januar): 25–29.
- Hartigan, Lucia, Leanne Cussen, Sarah Meaney, og Keelin O’Donoghue. 2018. «Patients’ perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit». *BMC Health Services Research* 18 (1): 978.
- Helsedirektoratet. 2022a. «Pasientmedvirkning». Helsedirektoratet. 29. september 2022.
- . 2022b. «Prioritering av pasienter». Helsedirektoratet. 29. september 2022.
- Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Helsetilsynet. 2008. «”Mens vi venter ....” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene». Helsetilsynet. 2008.
- Hem, Erlend. 2020. «akutt- og mottaksmedisin». I *Store norske leksikon*.
- Hermann, Robin M, Elizabeth Long, og Rebecca L Trotta. 2019. «Improving patients experience communicating with nurses and providers in the emergency department». *Journal of Emergency Nursing* 45 (5): 523–30.
- Heyn, Lena. 2019. «Kommunikasjon - Menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått». I *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie. Sykepleieboken 1*, redigert av Ellen karine Grov og Inger Margrethe Holter, 5. utg. Oslo: Cappellen Damm AS.

- Hjelmeland Grimsbø, Gro, Simen A Steindal, Eli-Anne Skaug, og Nina Jahren Kristoffersen, red. 2016. «Sykepleierfagets teoretiske utvikling». I *Grunnleggende sykepleie. Bind 3 Pasientfenomener, samfunn og mestring*, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hughes, James A., Kimberley E. Alexander, Lyndall Spencer, og Patsy Yates. 2022. «Factors Associated with the Experience of Patients Presenting in Pain to the Emergency Department». *Journal of Clinical Nursing* 31 (9–10): 1273–84.
- Jangland, Eva, Alison Kitson, og Åsa Muntlin Athlin. 2016. «Patients with Acute Abdominal Pain Describe Their Experiences of Fundamental Care across the Acute Care Episode: A Multi-Stage Qualitative Case Study».
- Jennings, Natasha, Stuart Clifford, Amanda R. Fox, Jane O’Connell, og Glenn Gardner. 2015. «The Impact of Nurse Practitioner Services on Cost, Quality of Care, Satisfaction and Waiting Times in the Emergency Department: A Systematic Review». *International Journal of Nursing Studies* 52 (1): 421–35.
- Kirkengen, Anna Luise, og Ane Brandtzæg. 2021. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kirkevold, Marit. 2019. «Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner». I *Grunnleggende Kunnskap i Klinisk Sykepleie. Sykepleieboken 1*, redigert av Ellen karine Grov og Inger Margrethe Holter, 5. utg. Oslo: Cappellen Damm AS.
- Kjøllesdal, Astrid, og Anna Marie Moesmand. 2004a. «Psykososiale reaksjoner og behov - konsekvenser for sykepleien». I *Å være akutt kritisk syk*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.
- . 2004b. «Å være akutt kritisk syk». I *Å være akutt kritisk syk*, 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag as.
- Krogstad, Unni, Anne Karin Lindahl, Eli Saastad, og Elisabet Hafstad. 2015. «Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet». Læringsnotat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Larivière-Bastien, Danaë, Francine deMontigny, og Chantal Verdon. 2019. «Women’s Experiences of Miscarriage in the Emergency Department». *Journal of Emergency Nursing* 45 (6): 670–76. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.06.008>.
- Malterud, Kirsti. 2013. *kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. oslo: Universitetsforlaget AS.

- Molven, Olav. 2019. «Pasienters og brukeres rettigheter og plikter». I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen karine Grov og Inger Margrethe Holter, 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- . 2023. «Helsinkideklarasjonen». I *Store medisinske leksikon*. Foreningen SNL. <http://sml.sn.no/Helsinkideklarasjonen>.
- Morse, Janice M., og Adele Proctor. 1998. «Maintaining Patient Endurance: The Comfort Work of Trauma Nurses». *Clinical Nursing Research* 7 (3): 250–74. <https://doi.org/10.1177/105477389800700304>
- Norsk Sykepleierforbund. 2023. «Yrkesetiske retningslinjer». nsf.no. 3. mars 2023. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSF. 2022. «Forsvarlighet – om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie». 30. november 2022. <https://www.nsf.no/nyheter/sykepleierfaget/forsvarlighet-om-faglig-kompetent-og-omsorgsfull-sykepleie>
- Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2 juli 1999 nr 63 [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3)
- Schoenfeld, Elizabeth M., Sarah L. Goff, Gwendolyn Downs, Robert J. Wenger, Peter K. Lindenauer, og Kathleen M. Mazor. 2018. «A Qualitative Analysis of Patients’ Perceptions of Shared Decision Making in the Emergency Department: “Let Me Know I Have a Choice”». *Academic Emergency Medicine* 25 (7): 716–27. <https://doi.org/10.1111/acem.13416>
- Sideris, Tina. 2019. «From Post-Traumatic Stress Disorder to Absolute Dependence in an Intensive Care Unit: Reflections on a Clinical Account». *Medical Humanities* 45 (1): 37–44. <https://doi.org/10.1136/medhum-2017-011435>
- Skene, Imogen, Jason Pott, og Eamonn McKeown. 2017. «Patients’ experience of trauma care in the emergency department of a major trauma centre in the UK». *Journal of Emergency Nursing* 35 (1–6).
- Sonis, Jonathan D., Emily L. Aaronson, Rebecca Y. Lee, Lisa L. Philpotts, og Benjamin A. White. 2018. «Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature». *Journal of Patient Experience* 5 (2): 101–6. <https://doi.org/10.1177/2374373517731359>.
- Statistisk Sentralbyrå. 2020. «Flere pasienter og færre senger». ssb.no. 14. oktober 2020. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-pasienter-og-faerre-senger>.



- Stubberud, Dag-Gunnar. 2021a. «Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted». I *Intensivsykepleie*, av Dag-Gunnar Stubberud, redigert av Tove Gulbrandsen, 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- . 2021b. «Å ivareta pasientens psykososiale behov». I *Intensivsykepleie*, av Dag-Gunnar Stubberud, redigert av Tove Gulbrandsen, 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thadei Mwakilasa, Margreth, Conor Foley, Tracy O’Carroll, Rachel Flynn, og Daniela Rohde. 2021. «Care Experiences of Older People in the Emergency Department: A Concurrent Mixed-Methods Study». *Journal of Patient Experience* 8. <https://doi.org/10.1177/23743735211065267>
- Wagley, Laural K., og Sarah E. Newton. 2010. «Emergency Nurses’ Use of Psychosocial Nursing Interventions for Management of ED Patient Fear and Anxiety». *Journal of Emergency Nursing* 36 (5): 415–19. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.07.022>
- Winger, Anette, og Marit Leegaard. 2010. «Smerter». I *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*, redigert av Unni Knutstad og Anne Kari Tolo Heggstad. Oslo: Akribes AS.

### Vedlegg 1. PO - skjema

Hensikten med studien var å belyse pasienters opplevelse av å være i akuttmottak som akutt syk.

**P:** (Patient/Problem) Akutt syk pasient i akuttmottak

**O:** (Outcome) Erfaringer

<b>Pasient</b>	<b>Intervensjon</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
<i>Acute</i> OR <i>injured</i> AND Emergency department OR Emergency services OR ED			Patient* AND Experienc*

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Oversikt	Søkested	Inkluderte artikler
Databasesøk	Cinahl, Ovid Medline, Ovid Nursing	4
Søk i tidsskrift	Journal of emergency nursing og Journal of patient experience	3
Kjedesøk		1

#	Søk Ovid Medline	Resultat
1	Patient*.mp	7314102
2	Experienc*.mp.	1180875
3	Emergency service, Hospital/	97444
4	Acute.mp.	1343292
5	Injur*.mp.	1254056
6	1 AND 2	613807
7	4 OR 5	2399919
8	3 AND 6 AND 7	3398
9	Limit 8 to (yr= "2015 – current" and "all adult" (19 plus years))	1131
	Titler og sammendrag lest	794
	Artikler lest	17
	Inkludert i litteraturstudien	2

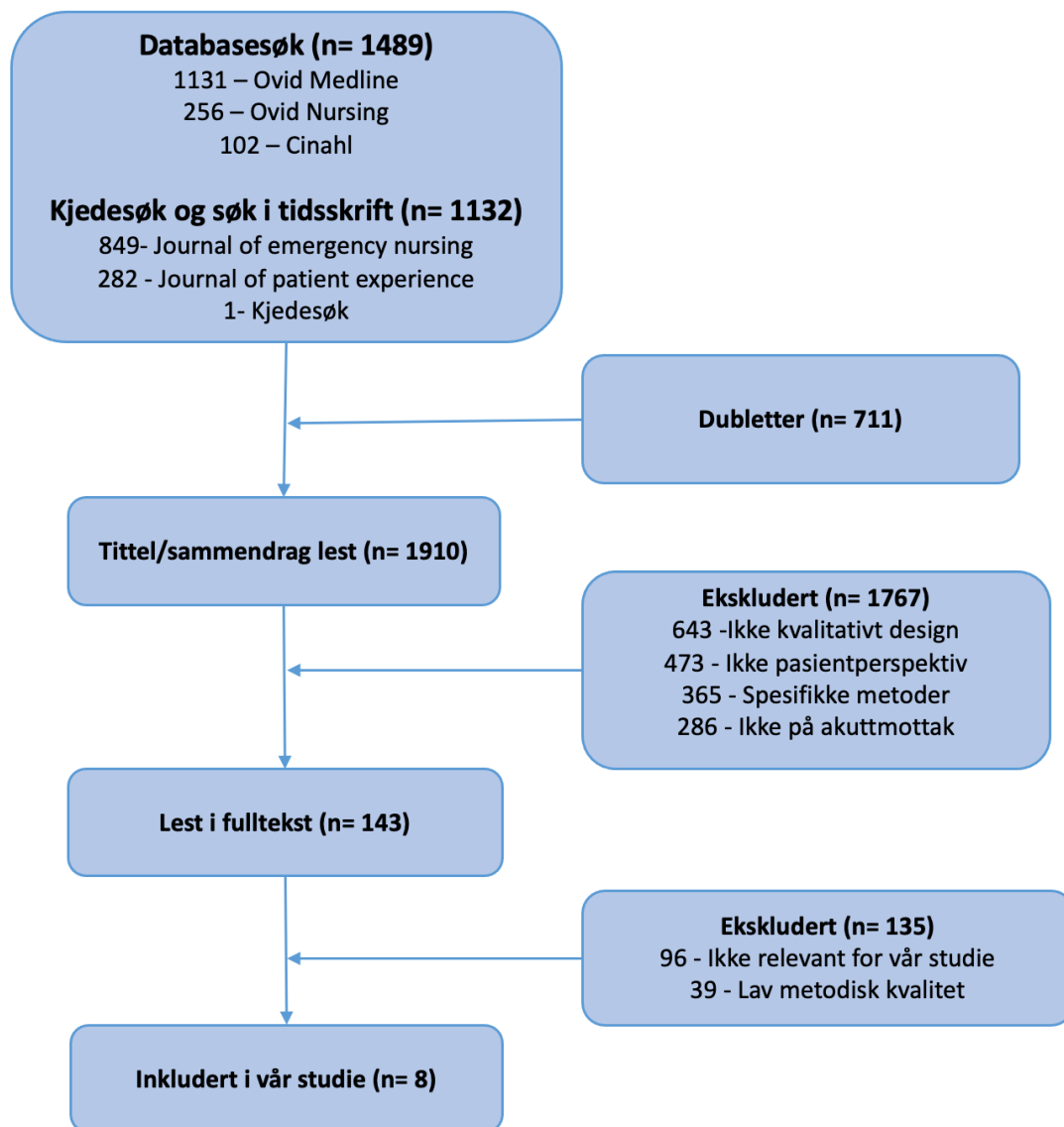
#	Søk Ovid Nursing	Resultat
1	exp patients/	20676
2	Experience.mp.	17781
3	exp Emergency service/	7844
4	Acute.mp.	13377
5	Injur*.mp.	14726
6	1 and 2	2358
7	3 og 4 or 5	31096
8	6 and 7	582
9	Limit 8 to («all adult (19+ years)» and yr= «2015 – current»)	256
	Titler og sammendrag lest	182
	Artikler lest	7
	Inkludert i litteraturstudien	2

#	Søk Cinahl	Resultat
1	emergency department or emergency room or accident and emergency or accident & emergency or a&e or a & e	152026
2	Patient experience	50970
3	S1 AND S2	1880
4	S4 AND S5. Narrow by subjectAge: - all adult	102
	Titler og sammendrag lest	71
	Artikler lest	13
	Inkludert i litteraturstudien	1

#	Søk Journal of emergency nursing	Resultat
1	Patient experience	3722
2	«Filter» avgrenset til 2015 - 2023	849
	Titler og sammendrag lest	674
	Artikler lest	5
	Inkludert i litteraturstudien	2

#	Søk Journal of patient experience	Resultat
1	Emergency department	283
2	«Filter» avgrenset til 2015 - 2023	282
	Titler og sammendrag lest	188
	Artikler lest	7
	Inkludert i litteraturstudien	1

### Vedlegg 3. Utvalgsstrategi



#### Vedlegg 4: Oversikt over inkluderte artikler

<b>Artikkel nr</b>	<b>1</b>
<b>Forfatter</b>	Robin M Hermann, Elizabeth Long, Rebecca L Trotta.
<b>År</b>	2019
<b>Tittel</b>	Improving Patients' Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Emergency Nursing
<b>Hensikt</b>	Å beskrive pasienters erfaringer med kommunikasjon med sykepleier og behandlere i akuttmottak og “fast track”, samt identifisere potensiell beste praksis.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Semistrukturerte dybdeintervjuer ansikt til ansikt.
<b>Deltagere</b>	30 pasienter, 7 var 66 år eller mer. Ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	Studien fant to grunnleggende temaer: Atferd som formidler høflighet og respekt, og Interaktive temaer, hvordan sykepleier forholdt seg til pasienten. Positiv nonverbal kommunikasjon og å demonstrere høflighet var grunnleggende for pasientens helhetlige opplevelse av kommunikasjonen. Enkle ting som å smile og introdusere seg selv, gjorde kommunikasjonen mellom personalet og pasienten mer positiv. Studien fant også spesifikke punkter som hadde positiv innvirkning på pasientens opplevelse av kontakt.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekklister for kvalitative studier. Artikkelen gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk komite.

<b>Artikkel nr</b>	<b>2</b>
<b>Forfatter</b>	Imogen Skene, Jason Pott, Eamonn McKeown
<b>År</b>	2017
<b>Tittel</b>	Patients' experience of trauma care in the emergency department of a major trauma centre in the UK.
<b>Land</b>	Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	Journal of emergency nursing
<b>Hensikt</b>	Å beskrive pasienters opplevelse av traume-omsorg i akuttmottak.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie. Semistrukturerte dybdeintervjuer ansikt til ansikt.
<b>Deltagere</b>	13 pasienter, 23-66 år gamle. Traumer av forskjellige årsaker, alle var akutte, ingen elektive. Ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	Studien fant fire hovedtematikker: Traumets direkte påvirkning, miljømessige faktorer, kommunikasjonsstil, og refleksjon over traumet. Hver hovedtematikk hadde tre tilhørende undertematiske. Studien fant sterke følelsesmessige reaksjoner, påvirkning fra pasientnært utstyr og fra pasientens oppfatning av miljøet og atmosfæren i mottaket, betydningen av informasjon og kommunikasjon på pasientens opplevde trygghet og respekt, og lettelse og håp knyttet til fremtid etter sykehusoppholdet.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebibliotekets sjekkliste for kvalitative studier. Det er ikke opplyst om godkjenning i noen etisk komite, men gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper.

<b>Artikkel nr</b>	<b>3</b>
<b>Forfatter</b>	Claudia Bull, Sharon Latimer, Julia Crilly, David Spain, Brigid M Gillespie
<b>År</b>	2022
<b>Tittel</b>	"I knew i'd be taken care of": exploring patient experiences in the emergency department
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Journal of advanced nursing
<b>Hensikt</b>	Å utforske pasienters erfaring i akuttmottak for å bidra til utvikling av et verktøy for måling av pasienters erfaring på avdelingen.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer over telefon.
<b>Deltagere</b>	30 voksne pasienter fra to forskjellige akuttmottak. Ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	Studien finner fire hovedtema med to til fire undertema knyttet til hvert av dem. Verdighet, informasjon, profesjonalitet, empati, god relasjon til sykepleier og godt samarbeidsklima sykepleiere imellom bidrar alle til bedre pasientopplevelser.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekkliste for kvalitative studier. Godkjent av etisk kommite.

<b>Artikkel nr</b>	<b>4</b>
<b>Forfatter</b>	Joanna Blackburn, Karen Ousey, Emma Goodwin
<b>År</b>	2019
<b>Tittel</b>	Information and communication in the emergency department
<b>Land</b>	Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	International Emergency Nursing
<b>Hensikt</b>	Å forstå informasjonsbehovet til pasienter og pårørende i akuttmottaket, og hvordan man best kan møte dette behovet.
<b>Metode</b>	«Action Research», en helhetlig («Holistic») samarbeidende kvalitativtilnærming. Semistrukturerte intervjuer og fokusgruppe i etterkant.
<b>Deltagere</b>	15 pasienter som nylig hadde vært innlagt i mottak akutt. 6 erfarne sykepleiere fra samme sykehus deltok i fokusgruppe og diskuterte funnene fra pasient-intervjuene. Kun funnene fra pasientgruppen er inkludert i litteraturstudien.
<b>Hovedfunn</b>	Studien peker på at effektiv tilpasset informasjon essensielt for pasientene, og bidrar til myndiggjøring («empowerment») hos pasienten. Skriftlig informasjon i tillegg til tilpasset muntlig informasjon trekkes frem. Pasientens kunnskaper og forventninger om egen behandling og om mottaket påvirker også pasientens oppfating av behandlingen.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekkliste for kvalitative studier. Gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk kommite.



<b>Artikkel nr</b>	<b>5</b>
<b>Forfatter</b>	Danaë Larivière-Bastien, Francine deMontigny, and Chantal Verdon.
<b>År</b>	2018
<b>Tittel</b>	Women's Experiences of Miscarriage in the Emergency Department
<b>Land</b>	Canada
<b>Tidsskrift</b>	Journal of emergency nursing
<b>Hensikt</b>	Å definere faktorer som har bidratt til ubehagelige erfaringer hos kvinner som kommer til akuttmottak med abort.
<b>Metode</b>	Fenomenologisk, kvalitativ studie. Semistrukturerte dybdeintervjuer med intervjuguide. Ansikt til ansikt.
<b>Deltagere</b>	48 kvinner som hadde vært i et av fire definerte akuttmottak med/for abort. Ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	Pasientene beskriver mangler ved kommunikasjon/informasjon. Informasjonen har ofte vært mangelfull, eller den er gitt med fagtermer som pasienten ikke forstår. Mange av pasientene har ikke forstått praktiske konsekvenser av behandlingsvalg og prosedyrer.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekklister for kvalitative studier. Gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk komite.

<b>Artikkel nr</b>	<b>6</b>
<b>Forfatter</b>	Schoenfeld, Elizabeth M; Goff, Sarah L.; Downs, Gwendolyn; Wenger, Robert J.; Lindenauer, Peter K.; Mazor, Kathleen
<b>År</b>	2018
<b>Tittel</b>	A Qualitative Analysis of Patients' Perceptions of Shared Decision Making in the Emergency Department: "Let Me Know I Have a Choice".
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Academic Emergency Medicine
<b>Hensikt</b>	Å utforske pasienters perspektiver på Shared decision making (SDM)
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, semistrukturerte intervjuer ansikt til ansikt, med intervjuguide.
<b>Deltagere</b>	29 pasienter i akuttmottak, i noen tilfeller med pårørende til stede med mulighet til å kommentere der pasienten godkjente dette. Ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Artikkelen undersøker pasienters erfaring med «Shared decision making». Mange av respondentene har ikke kjent til begrepet/konseptet før de ble presentert for det i intervju til studien. Mange har hatt en første reaksjon som tilsier at de selv ikke ville blitt inkludert i deres situasjon, men alle respondentene sier de ville ønsket en grad av deltagelse. Artikkelen belyser flere faktorer som kan påvirke pasientenes evne og mulighet til å delta, og faktorer som kan gjøre deltagelse vanskelig eller mindre ønskelig for pasienter. Det fremkommer at forskjellige faktorer kan ha forskjellig innvirkning på forskjellige pasienter.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebibliotekets sjekkliste for kvalitative studier. Gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk komite.

<b>Artikkel nr</b>	7
<b>Forfatter</b>	Anna Granstrøm, Lovisa Strømmer, Ann-Charlotte Falk, Anna Schandl
<b>År</b>	2018
<b>Tittel</b>	Patient experiences of initial trauma care
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	International Emergency nursing
<b>Hensikt</b>	Å undersøke traumepasienters erfaringer med første traumebehandling i et level 1 traumesenter.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med semi strukturert intervju etter intevjuguide. Intervjuene ble utført ansikt til ansikt. Ett intervju fra pilotstudie er inkludert.
<b>Deltagere</b>	16 pasienter. Ingen frafall
<b>Hovedfunn</b>	Pasientene var for det meste fornøyd med den umiddelbare traumebehandlingen. Pas beskrev personellet som proffesjonelt, godt organisert, effektivt, og for det meste omsorgsfullt og veiledende. Derimot beskrev pasientene smertefulle prosedyrer, redsel og bekymring ovenfor skadene og hvordan dette vil påvirke dem i fremtiden. Også å bli ignorert og behandlet upersonlig ble rapportert.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekkliste for kvalitative studier. Gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk kommite.

<b>Artikkel nr</b>	8
<b>Forfatter</b>	Magreth Thadei Mwakilasa, Conor Foley, Tracy O'Carroll, Rachel Flynn and Daniela Rohde
<b>År</b>	2021
<b>Tittel</b>	Care Experiences of Older People in the Emergency Department: A Concurrent Mixed-Methods Study
<b>Land</b>	Irland
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Patient Experience
<b>Hensikt</b>	Å forstå eldres opplevelse i akuttinntak.
<b>Metode</b>	Mixed method. Sekundæranalyse av kvalitative og kvantitative data fra en nasjonal studie fra 2019. Fra tre åpne spørsmål ble alle kvalitative kommentarer trukket ut og brukt i kvalitativ analyse. Kun kommentarer som omhandlet pasienters erfaringer ble inkludert i studien.
<b>Deltagere</b>	4442 pasienter over 65 år besvarte grunnlagsstudien.
<b>Hovedfunn</b>	Studiens kvantitative del viser at eldre ofte opplevde mottaket som godt, men den kvalitative delen viste flere områder med dårlige erfaringer og hvor det var behov for forbedring. Problemer som lang ventetid, ubehagelig ventemiljø, overfylte ventelokaler, mangel på kommunikasjon, privatliv og manglende mat og personlig pleie var de mest rapporterte av disse.
<b>Kritisk vurdering</b>	Godkjent ihht helsebiblitekets sjekkliste for kvalitative studier. Gjør rede for å ha overholdt etiske prinsipper og er godkjent av etisk kommite.

## Vedlegg 5. Nøkkelfunn

Å BLI AKUTT SYK	Artikkel nr
<b>Smerte</b>	
Smerte er en stor del av pasientenes vurdering av sin erfaring	2,5,7
Komfort, fysiske omgivelser, det å bli flyttet på mange ganger.	7
Smerte knyttet til inngrep og prosedyrer	2,5,7
Smerte gjorde meg til en byrde	3
Takknemlighet over god smertelindring	1,2,3,7
God kommunikasjon, empati og relasjon har redusert smerteopplevelsen	1,2,3,4,5,6,7,8
<b>Følelsesmessige reaksjoner</b>	
Relasjonen til sykepleier var viktig for pasientens trygghet	1,2,3,4,6,7
Forventninger og erfaringer påvirket opplevelsen her og nå	4,
Negative følelser som sjokk, angst og mer.	2,3,4,6,7
Frykt og stress forsterket smertene	2,5,7
MØTET MED SYKEPLEIER	Artikkel nr
<b>Kommunikasjon</b>	
God kommunikasjon har gitt tillit	1,2,6
Kommunikasjon har gitt ro, anerkjennelse og forståelse	1
Sykepleier som lytter gav grunnlag for pasienters deltagelse i valg.	4,5,6
Flere har trengt oppfordring om å delta i valg	6
Pasienter ser arbeidspress og unnskylder sykepleiers fravær	7,8
Faglig dyktighet, profesjonalisme har gitt trygghet	1,2,3,4
Mange forskjellige helsepersonell inn og ut har gitt utrygghet	2,7
Fraværende sykepleier har gitt negative erfaringer	1,2,3,4,7
Pasienter i alvorlig situasjon har rapportert bedre opplevelser	3,7
SÅRBAR I ET FREMMED MILJØ	Artikkel nr
<b>Fysiske omgivelser</b>	
Fysiske omgivelser, medisinsk utstyr og fremmed miljø har påvirket opplevelsen negativt	2,3,7,8
Manglende privatliv har vært ubehagelig	4,6,8
Andre i mottaket har påvirket opplevelsen negativt	3,8
<b>Ventetid</b>	
Informasjon har gjort ventetiden lettere	3,4,5
Ventetiden påvirket opplevelsen	3,4,5,6,8
Å ha pårørende med seg har påvirket positivt og negativt	3

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Bull, Claudia, Sharon Latimer, Julia Crilly, David Spain, og Brigid M. Gillespie. 2022. «'I Knew I'd Be Taken Care of': Exploring Patient Experiences in the Emergency Department». *Journal of Advanced Nursing* 78 (10): 3330–44. <https://doi.org/10.1111/jan.15317>.



## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

Studien har ønsket å utforske pasienters erfaring og formulerer dette presist i sammendrag, innledning og videre i artikkelen.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

Studien viser sitt kvalitative fokus både i tittel og hensikt og med formuleringen av problemstilling.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

Artikkelforfatterne beskriver sin metode som deskriptiv utforskende kvalitativ, og har samlet data ved hjelp av semistrukturerte individuelle telefonintervjuer.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

Studien har brukt strategisk utvalg og beskriver inklusjons- og eksklusjonskriterier under «sample/participants». De beskriver å ha jobbet bevisst for et utvalg som kan representere maksimum variasjon i alder, kjønn og bakgrunn for behandlingen i akuttinnlegg. De har arbeidet for et bredt utvalg for å kunne oppnå helhetlig forståelse av fenomenet.

## 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

Intervjuguide som var utgangspunkt for semistrukturerte intervjuer er vedlagt artikkelen. Intervjuguiden ble testet før studiens datasamling, og ikke endret i løpet av studien. Studien har gjort bruk av et eget verktøy for å vurdere i hvilken grad studiens metode vil gjøre funnene til å stole på og vurderingene fra denne prosessen er gjengitt i artikkelen.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**

Det gjøres rede for forskernes erfaring og bakgrunn, og det redegjøres presist for de involvertes roller i arbeidet med studien. Eventuell forutinntatthet diskuteres ikke konkret.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

Studien er godkjent av relevant instans i Australia der studien er utført, og referanse på dette er inkludert i artikkelen. Alle deltagere har gitt skriftlig samtykke til deltagelse, det redegjøres ikke for hvilken informasjon deltagerne har fått om muligheter til å trekke samtykket.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:**



Det er redegjort tydelig for analyseprosessen og prosessens stadier vises i tekst og med figurer. Det er en tydelig rød tråd i teksten og det er god sammenheng mellom problemstilling, funn og diskusjon.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

Artikkelforfatterne kunne tydeliggjort etiske overveielser bedre, men gir samtidig inntrykk av at de har gjort overveielser og studien er godkjent av relevant instans. Artikkelen gir inntrykk av å være en god fremstilling av et godt arbeid.

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

#### Kommentar:

Funnene er godt beskrevet og gjengitt på en strukturert måte som gjør det lett å orientere seg i teksten og finne fram til viktige funn. I artikkelens diskusjonsdel knyttes funnene opp mot annen relevant forskning. Resultatene fremstår som styrket av dette.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

#### Kommentar:

Studien avdekker behov for videre forskning på pasienters erfaringer. De viser at pasienters erfaringer er sammensatte og at ulike tematikker og funn ofte vil overlape hverandre. Samtidig fremstår studiens funn som relevante, allmenngyldige og lette å forstå. De fremstår som lette å ta med seg på jobb som sykepleier.