



Helhetlig omsorg på akuttmottak

Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystsmerter?

Kandidatnummer: 235
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie, BIS14

Antall ord: 9489
Dato: 18.04.17

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 18.04.17
<p>Tittel: Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystmerter?</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystmerter?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det er benyttet teori om brystmerter, krisereaksjoner og mestringsstrategier ved akutt sykdom, kommunikasjon og helhetlig omsorg. Etikk og jus knyttet til problemstillingen. I lys av Kari Martinsens omsorgsteori vil fokuset ligge på det relasjonelle, praktiske og moralske.</p> <p><u>Metode</u> Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på pensum, faglitteratur og fag- og forskningsartikler knyttet til problemstillingen. Artiklene er funnet ved søk i databasene CINAHL, SveMed+, PubMed og Google Scholar.</p> <p><u>Drøfting</u> Drøftningen tar utgangspunkt i hvordan pasienten med uavklarte brystmerter opplever situasjonen når de kommer på akuttmottak. Gjennom kommunikasjonsferdigheter og informasjon drøftes det hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten med å redusere negative reaksjoner og mestre situasjonen på en hensiktsmessig måte.</p> <p><u>Konklusjon</u> Ivaretagelse av pasienten på et akuttmottak krever en helhetlig pleie hvor pasienten blir sett som et medmenneske. Forholdet på akuttmottak med stor uforutsigbarhet, mange ulike pasienter som skal prioriteres, tidspress og høye krav om effektivitet, blir det utfordrende for sykepleieren å ha fokus på det psykososiale aspektet. Men ved å bruke Kari Martinsens omsorgsteori med fokus på omsorg, relasjon og nestekjærighet, kan det likevel være mulig.</p>	

(Totalt antall ord: 190)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensing	6
2. Metode	8
2.1 Valg av metode	8
2.2 Litteratursøk	8
2.3 Kildekritikk	9
3. Teoretisk referanseramme	11
3.1 Pasient med brystmerter	11
3.2 Krise og mestring	12
3.2.1 Psykososiale behov ved brystmerter	14
3.3 Helhetlig sykepleie	15
3.3.1 Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier.....	16
3.3.2 Spesielle forhold i akuttmottaket.....	17
3.4 Kari Martinsens omsorgsteori	18
3.4.1 Det relasjonelle aspektet.....	19
3.4.2 Det praktiske aspektet.....	19
3.4.3 Det moralske aspektet.....	20
3.5 Jus og etikk	21
4. Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystmerter?	23
4.1 Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier	23
4.2 Informasjon til pasient med brystmerter	25
4.3 Kompetanse hos sykepleier	28
4.4 Fremme mestring hos pasienten	30
5. Avslutning	33
Litteraturliste	34

1. Innledning

I 2016 registrerte Helsedirektoratet 548 843 øyeblikkelig hjelp-innleggelser med døgnopphold i Norge (Mangerud, Kjellvik & Krokan, 2017). Brystsmerter kan skyldes en rekke tilstander i kroppen, og det er derfor rimelig å tenke seg at en stor del av disse innleggelsene er grunnet uavklarte brystsmerter (Drotningssvik & Norekvål, 2009; Brystsmerter, 2013). Brystsmerter vil ofte forbindes med hjertesykdom, og dødsangst vil da kunne forekomme, noe som ikke er så rart siden hjerte-karsykdommer er det som tar flest liv i Norge hvert år (Folkehelseinstituttet, 2016).

Akuttmottaket er pasientens første møte med sykehuset, og uansett diagnose vil det å bli lagt inn på akuttmottak med uavklarte brystsmerter ofte oppleves som alvorlig og vanskelig, og pasienten kan føle at han har havnet i en personlig krisesituasjon (Eide & Eide, 2007). Skremmende tanker og vonde følelser dukker opp, og mange spør seg selv hva som er meningen med dette og hvorfor akkurat de at blitt syke (Stubberud, 2013).

En studie viser at pasienter i akuttmottak ikke alltid får ivare tatt sine psykososiale behov. De kommer til et nytt og ukjent miljø hvor de stadig flyttes fra rom til rom, og de opplever mangel på informasjon, noe som skaper usikkerhet. Fokus på å ekskludere livstruende tilstander og behandle det somatiske overtar, og pasientens behov for å bli involvert med sine egne tanker og følelser blir oversett (Elmqvist & Frank, 2015).

Forskning viser at sykepleiers og pasienters syn på hva som er god pleie, ikke alltid samsvarer. For å forbedre kvaliteten trenger sykepleiere objektiv informasjon om pasienters syn på god pleie (Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2005; Martinsen, 2003).

På et somatisk akuttmottak vil det viktigste for sykepleier alltid være det fysiske hos pasienten, av livreddende årsaker (Moesmand & Kjøllesdal, 2011; Stubberud, 2013). Som sykepleier har man allikevel et ansvar for å vise omsorg og pleie til hele pasienten. Kari Martinsen hevder at omsorg er sykepleiens fundament, og hun har utviklet en omsorgsteori som vil trekkes inn i oppgaven.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Grunnen til at jeg valgte dette temaet er fordi jeg hadde en åtte ukers praksisperiode på medisinsk akuttmottak hvor jeg opplevde mange ulike spennende utfordringer. I ettertid fikk jeg også jobb der som ekstravakt. Dette ga meg en interesse for akutt sykdom. Det viktigste på et akuttmottak vil selvsagt være å behandle det somatiske, altså årsaken til at pasienten kommer, men jeg så også at det var viktig for pasientene at de ble sett som enkeltindivider med behov for omsorg, informasjon og medmenneskelighet. Akutt sykdom kan oppstå når som helst og hvor som helst, derfor vil dette være relevant kunnskap for sykepleiere uansett hvor de jobber.

Da jeg var i praksis på akuttmottaket skjedde det en hendelse som gjorde inntrykk på meg, og som har vært en del av inspirasjonen min for å skrive bacheloroppgave om dette temaet:

Det var en nattevakt hvor det kom inn en pasient med spørsmål om sepsis. Tilstanden hans ble raskt forverret, og etter kort tid fikk han hjertestans. Flere leger og sykepleiere kom løpende inn, og tok kontroll over situasjonen. Pasienten hadde ICD, så han ble raskt sjokket og våknet til igjen. Det gikk noen minutter, så fikk han stans igjen, ble sjokket, og våknet. Dette skjedde 12 ganger i løpet av et par timer. Siden det var så mange helsepersonell der inne som overvåket hans somatiske tilstand, valgte kontaktsykepleieren min å sette seg på huk foran pasienten. Hun holdt han i hånden og så han rolig inn i øynene, mellom alle disse stansene. Hun klarte å skape en relasjon, og det så ut til at hennes nærvær roet pasienten i den kaotiske og skremmende situasjonen han var i. I etterkant når han kom til seg selv, fortalte han at en av de få tingene han husket fra dette var nettopp kontaktsykepleieren min som hadde sittet foran han med et rolig blick.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystsmarter?

Forskning viser at det er forbedringspotensiale blant sykepleiere på akuttmottak når det kommer ivaretagelse av pasienters psykososiale behov. Kommunikasjon er helt avgjørende, og flere pasienter melder at de ikke har fått nok informasjon. Dersom sykepleiere holder pasienten orientert om hva han skal gjennomgå, vil det være lettere for han å bevare en viss kontroll i situasjonen (Elmqvist, Fridlund & Ekebergh, 2011). Viktigheten av god informasjon kommer også fram i en annen studie, og her belyses også pårørendes rolle som støttespiller (Elmqvist & Frank, 2015).

Jeg vil finne ut av hvordan man som sykepleier kan ivareta hele pasienten i et akuttmottak, med fokus på både de fysiske og psykososiale behovene pasienten har, på tross av dårlig tid og stressende hverdager.

1.3 Avgrensning

Akutt sykdom rammer mennesker i alle aldre, men denne oppgaven er avgrenset til å omhandle voksne pasienter over 18 år, da barn krever en annen sykepleiefaglig tilnærming enn voksne. Pasienten det omtales i denne oppgaven er tidligere frisk og har sitt første møte med akuttmottaket.

Norge er et flerkulturelt samfunn, noe som krever ekstra kompetanse hos sykepleiere, da det blant annet kan oppstå språkbarrierer og forskjell i sykdomsoppfattelse som kan skape misforståelser. Grunnet oppgavens omfang vil fokuset være på pasienter fra den vestlige kulturen (Stubberud & Eikeland, 2013).

Når en pasient rammes av sykdom, vil også de pårørende rammes, og det er viktig at sykepleier ikke glemmer å ta vare på disse. De spiller ofte en viktig rolle for pasienten og hvordan han takler situasjonen, og kan være en god støtte å ha (Stubberud & Eikeland, 2013).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det også at det skal vises respekt og omsorg til de pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Denne oppgaven vil likevel ikke fokusere på de pårørendes behov, og hvordan de kan støtte pasienten, grunnet begrensning i omfang.

2. Metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som brukes for å undersøke noe, og tilegne seg ny kunnskap. Denne informasjonen brukes så for å belyse og klargjøre oppgavens problemstilling (Dalland, 2012).

Dette kapittelet vil ta for seg hvordan jeg har gått frem for å skrive denne oppgaven. Først presenteres valg av metode, deretter hvordan litteratursøket er gjennomført og til slutt kildekritikk til den valgte litteraturen.

2.1 Valg av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Gjennom ulike skriftlige kilder er det samlet inn kunnskap, som så har blitt gjennomgått for å se hva som kunne brukes til å belyse og reflektere over problemstillingen. Deretter har resultatene blitt sammenfattet. Hensikten med oppgaven er å skape en oppdatert oversikt over litteratur og forskning innen dette temaet, ikke å skape ny kunnskap (Thidemann, 2015). Det er anvendt pensum, egenvalgt faglitteratur fra skolens bibliotek, forskningsartikler fra ulike databaser, samt oppslagsverk på internett. I tillegg er det funnet artikler gjennom referanselister i pensumbøker og artikler. På denne måten har data blitt samlet inn for å kunne belyse problemstillingen fra ulike perspektiv (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursøk

For å finne fag- og forskningsartikler til det valgte temaet har det blitt søkt i ulike databaser. Gjennom høgskolens søkemotor Oria, er det også funnet faglitteratur utenom pensumbøker. Databasene CINAHL, SveMed+, PubMed og Google Scholar ble benyttet for å søke opp artikler. Oppslagsverkene Norsk helseinformatikk, Helsedirektoratet og Norsk medisinsk leksikon ble også brukt, i tillegg til anerkjente nettsider som Norsk sykepleier forbund og

Lovdata. Ved bruk av kjedesøk ble det funnet artikler og faglitteratur gjennom tidligere bacheloroppgaver, pensumbøker og artikler.

Følgende søkeord ble brukt i artikkelsøkene: emergency department, acute care, nursing, information, patient experience, holistic, patient satisfaction, emergency care, communication, A and E, chest pain, pain, stress, sykepleie, akuttmottak, kommunikasjon, informasjon. Ordene ble brukt både alene og i ulike kombinasjoner ved bruk av “AND” og “OR”. Søket ble avgrenset til språkene engelsk, norsk, dansk og svensk. Artikkelen skulle også være fulltekst, fagfelleurdert og være utgitt mellom 2007 og 2017.

2.3 Kildekritikk

I en litteraturstudie brukes kildekritikk som et metodisk redskap for å vurdere kildenes troverdighet. Kildekritikken viser at det er benyttet et kritisk blikk på den valgte litteraturen (Dalland, 2012).

Det har vært noe utfordrende å finne litteratur som spesifikt handler opplevelsen av brystmerter på akuttmottak. Jeg har funnet to bøker som omhandler akutt sykdom og psykososiale behov, men det står lite om akuttmottak. I artikkelsøket har det vært enklere, da det har blitt gjort en del studier omkring akuttmottak. Det å finne artikler spesifikt til uavklarte brystmerter har derimot vært vanskelig. Jangland (2015) handler for eksempel akutte abdominalsmerter, men den beskriver godt pasienters opplevelse av akuttmottak og hva de anser som viktig, og kan brukes for å reflektere over hva som er pasientsentrert sykepleie. Andre studier handler mer generelt om pasienter på akuttmottak, men disse beskriver også pasienters behov for ivaretagelse av psykososiale behov, og anses derfor som overførbare.

De mest relevante artiklene har vært fra Norge, Sverige, England, USA. Grunnet ulik oppbygging av helsevesen og forskjell i kulturen, vil overføringsverdien muligens være lavere, men dette er vestlige land hvor det er mange likheter til Norge. Funnene i artiklene samsvarer også med det jeg har funnet i norske artikler og bøker. Samtlige artikler er skrevet

på engelsk. Disse har jeg selv oversatt, det er derfor mulighet for noe mangelfull tolkning av innholdet.

Da denne oppgaven har et sykepleiefokus, har jeg tilstrebet å bruke litteratur rettet mot sykepleiere. Boken til Moesmand & Kjøllesdal (2011) er skrevet for spesialsykepleiere, men de skriver i innledningen at den også er aktuell for andre som jobber med akutt kritisk syke pasienter. Jeg har i tillegg sett bort i fra de kapitlene som omhandler spesialsykepleieres oppgaver, og valgt å bruke kapitlene som beskriver hvordan pasientene opplever akutt sykdom, hvilke psykososiale behov de har og hvordan pasientene kan mestre slike situasjoner. Artikkelen til Faiz & Skaare (2016) er utgitt i tidsskriftet den Norske Legeforening, men handler om sjargong på akuttmottak og beskriver kommunikasjonen mellom både sykepleiere og leger.

Primærkilder vil være å foretrekke fremfor sekundærkilder, da førstnevnte ikke er tolket av andre forfattere, hvor det da er fare for feiltolkning og endret perspektiv i forhold til orginalkilden (Dalland, 2012). Jeg har tilstrebet å innhente kunnskap fra primærkilder, men jeg har også brukt noen sekundærkilder hvor jeg har sett at tolkningen og budskapet kommer fram på en god måte, og er tilnærmet lik primærkilden. Andre tilfeller jeg har brukt sekunærkilder har vært når det har blitt referert til artikler som jeg ikke har tilgang til.

3. Teoretisk referanseramme

Denne delen av oppgaven vil beskrive hvordan det oppleves for pasienten å få brystmerter og legges inn på akuttmottak for første gang, og hvordan sykepleier kan utøve helhetlig sykepleie med fokus på psykososiale behov. Omsorgsteorien til Kari Martinsen vil presenteres med fokus på det relasjonelle, praktiske og moralske aspektet, i tillegg til jus og etikk som belyser problemstillingen.

3.1 Pasient med brystmerter

Det å plutselig bli innlagt på akuttmottak med uavklarte brystmerter kan være en skremmende opplevelse. Smertene kan ha oppstått brått og uventet, hos en pasient som tidligere har vært frisk og ikke hatt noen særlig erfaringer med helsevesenet fra tidligere. Pasienten kommer da til ukjente omgivelser på et sykehus han kanskje aldri har vært på før. Ofte assosieres brystmerter med alvorlig hjertesykdom, noe som kan skape både frykt og redsel hos pasienten. Tanker om døden eller at livet kan komme til å endre seg drastisk, at man ikke lengre kan holde på med de samme hobbyene eller fortsette i den samme jobben er vanskelige å forholde seg til, og pasienten er i en sårbar situasjon. Sykepleierens rolle i dette møtet kan avgjøre hvordan pasientens opplevelse blir (Grov, 2013).

Alt av smerter som pasienten føler kommer fra brystet, kalles brystmerter. De kan komme av mange ulike årsaker, og til og med være helt ufarlig, selv om de ofte forbindes med alvorlig hjertesykdom. Sykdom i hjerte-karsystemet er det som tar flest liv i Norge hvert år, dermed er det ikke så rart at brystmerter skaper redsel hos pasienten (Folkehelseinstituttet, 2016). De vanligste årsakene til brystmerter er stress, angst og anspenthet. Men det kan også være sykdom i hjerte-karsystemet, lungesykdom, sykdom i mage-/tarmsystemet, muskel- og skjelettsykdommer eller infeksjon. En pasient som kommer til akuttmottaket med uavklarte brystmerter kan derfor lide av en rekke forskjellige sykdommer. De ulike lidelsene har ofte karakteristiske kjennetegn som kan gi personalet på akuttmottaket en mistanke om hva det gjelder (Brystmerter, 2013; Swap & Nagurney, 2005)

Hvordan det oppleves å være akutt syk henger sammen med hvilke psykososiale reaksjoner pasienten har i denne situasjonen, og dette kan endre seg fra time til time. Alt fra å føle seg redd til trygg, å føle håpløshet og deretter håp, eller uvisshet også visshet. Situasjonen er uoversiktlig og skremmende og kan skape en krisereaksjon hos pasienten, i tillegg kan den også reaktivere tidligere kriser han har gjennomgått (Stubberud, 2013).

3.2 Krise og mestring

En krise kan defineres som en alvorlig og vanskelig hendelse i livet, slik som å bli rammet av akutt sykdom, i dette tilfellet brystmerter (Eide & Eide, 2007). Det å ikke vite hva som feiler en er skremmende og angstfylt, og vil true sentrale verdier og behov i livet. Dette er knyttet til flere ting: smertene, ubehagelige prosedyrer, uvisshet om diagnose og alvorlighetsgrad, og hva som skal skje videre, både på akuttmottaket men også med tanke på fremtiden (Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

“Det verste ved å være på akutt avdeling var at du mistet kontrollen over ditt liv - det var en reell følelsesmessig tragedie” (Kjøllesdal & Moesmand, 2011, s. 24)

Pasienten opplever brå og uventet forandring i egen kropp. Følelsesmessige reaksjoner som angst, frykt og sinne kan virke inn på kommunikasjonen med sykepleieren, og pasienten kan ha problemer med å få uttrykt sine behov. Dersom sykepleier ikke følger med på signalene fra pasienten, vil dette true pasientens følelse av å bli ivaretatt. Dette vil prege situasjonen og være enda en stressfaktor, og pasienten kan føle at han mister både kontrollen og oversikten over seg selv og egen kropp (Stubberud, 2013; Moesmand, 2011).

Begrepet stress kan ha flere betydninger, fordi det brukes på forskjellige måter. Lazarus og Folkman (1984) definerer stress som samspillet mellom en situasjon og personens oppfatning, opplevelse og reaksjon på denne situasjonen. Hvordan pasienten med brystmerter vil reagere i situasjonen er derfor veldig individuelt, fordi det avhenger av pasientens egen tolkning og

vurdering. Opplevelsen av stress kommer ofte når en føler at ens grunnleggende behov er i fare, slik som ved første innleggelse på akuttmottak. Personlighet, tidligere erfaringer, kunnskap og ferdigheter, i tillegg til alvoret i situasjonen og grad av usikkerhet vil virke inn på hvordan pasienten vurderer situasjonen. Sykepleierens oppgave er å gjøre sitt beste for at pasienten skal kunne oppleve kontroll over seg selv.

Situasjonen kan oppleves som et *tap*, en *trussel* eller en *utfordring*. *Tap* vil være en aktuell vurdering dersom pasienten allerede har opplevd en endring som har ført til tap av noe betydningsfullt og viktig. Dersom pasienten opplever at sentrale verdier og behov i hans liv er truet, kan det vurderes som en *trussel*. Pasienten kan vurdere det som en *utfordring* dersom situasjonen er vanskelig og problematisk, men pasienten samtidig tror at han har mulighet til å overvinne vanskelighetene. Hvordan pasienten reagerer på, og dermed mestrer en slik situasjon, vil dermed avhenge av hvordan han vurderer den. I dette tilfelle vil pasienten mest sannsynlig oppleve det som en trussel eller en utfordring, fordi han enda ikke vet hvordan brystsmertene og den eventuelle diagnosen vil påvirke livet hans (Kristoffersen, 2014b).

Ifølge Lazarus og Folkman (1984) er det to hovedtyper når det kommer til mestringsstrategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Ved problemorientert mestring vil pasienten aktivt og direkte gå løs på situasjonen. For en pasient med brystmerter kan dette innebære å skaffe seg mest mulig informasjon og kunnskap om hva som kan forårsake smertene, søke støtte, følelsesmessig bearbeide situasjonen og å definere og avgrense problemet. Dette vil være en mestringsstrategi som blir brukt dersom pasienten har vurdert at situasjonen er en utfordring, altså at den er håndterbar og han tenker at dette er noe han kan mestre.

Emosjonelt orientert mestring vil innebære at pasienten prøver å forandre hvordan han opplever situasjonen, i stedet for å prøve å forandre situasjonen i seg selv. Dette kan blant annet gjøres ved å unngå situasjonen og informasjon fra sykepleier, eller overlate ansvaret over egen kropp til andre, bagatellisere alvoret, unnvike eller flykte fra ubehaget. Denne mestringsstrategien vil brukes dersom pasienten vurderer situasjonen som et tap eller en trussel. På kort sikt vil dette kunne være en effektiv måte å mestre situasjonen på, fordi den kan hjelpe pasienten i å holde ut i en uoversiktlig og skremmende opplevelse, hvor

brystsmertene er uavklarte og han ikke har noen diagnose å forholde seg til. På lang sikt derimot, etter at pasienten har fått svar på hva som forårsaker smertene, vil det være hensiktsmessig at pasienten bearbeider følelsene sine og søker kunnskap om sin diagnose, slik at han kan lære seg å leve med sin endrede livssituasjon. Det vil være sykepleieres ansvar å legge til rette for at pasienten skal takle sin situasjon på best mulig måte, noe som også samsvarer med Kari Martinsens filosofi om å handle ut fra pasientens beste (Kristoffersen, 2014b; Martinsen, 2003).

3.2.1 Psykososiale behov ved brystsmertor

Mennesker kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov, og disse vil alle påvirkes når en person rammes av akutt sykdom. De psykososiale behovene til pasienten vil være veldig individuelle, fordi det handler om hans psyke og hvordan han selv opplever brystsmertene. Mange faktorer vil virke inn på dette, blant annet pasientens alder, kjønn og tidligere erfaring, kulturen han kommer fra og hvilken utdanning han har. Brystsmertene pasienten opplever vil gi et behov for å mestre situasjonen, noe som kan innebære å bli kvitt smertene, føle seg trygg på akuttmottaket, føle omsorg fra sykepleier og skape en relasjon, og å oppleve forutsigbarhet og kontroll over egen kropp. For at sykepleier skal kunne ivareta pasientens psykososiale behov, må hun derfor bli kjent med pasienten, og jobbe med å sette seg inn i hvordan han opplever de nyoppståtte brystsmertene, slik Kari Martinsen også skriver om i sin omsorgsteori (Stubberud, 2013; Martinsen, 2003).

Pasientens opplevelse av brystsmertene kan deles inn i en emosjonell del og en relasjon del. Den emosjonelle delen handler om det subjektive og personlige, hvordan pasienten opplever det å bli syk, og hvordan han opplever pleien fra sykepleier. Her inngår blant annet angst, redsel og stress, og behovet for å ha kontroll over seg selv, i tillegg til behovet for å føle seg ivaretatt av sykepleier. Den relasjonelle delen er objektiv og handler om det faglige og vitenskapelige aspektet ved sykdommen, slik som resultatene fra målinger av blodtrykk, puls, kroppstemperatur, EKG og respirasjonsfrekvens. I tillegg omhandler den behovet for relasjoner og støtte fra både pårørende og sykepleier. Ivaretagelse av pasienten vil derfor

kreve at sykepleieren hjelper pasienten med å takle både den emosjonelle og den relasjonelle delen (Stubberud, 2013).

3.3 Helhetlig sykepleie

Sykepleierutdanningen i Norge har fokus på et helhetlig, eller holistisk, menneskesyn. Det vil si at pasienten skal sees på som en helhet hvor det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige henger sammen og påvirker hverandre gjensidig. Bestanddelene hver for seg kan ikke forklare pasientens og hans adferd, de må sees som en helhet som griper inn i hverandre. For eksempel vil en pasient med brystsmertor kunne oppleve stress og redsel, noe som gir utslag fysisk ved forhøyet puls og blodtrykk. Dersom denne pasienten har noen rundt seg som kan trygge han, for eksempel sykepleier, som viser at det er håp og at noen bryr seg, vil dette igjen kunne hjelpe pasienten med å roe seg ned, og dermed også roe ned den fysiske stressreaksjonen. Brystsmertene vil altså ikke kun gå utover de organene som eventuelt er rammet, men det vil ha en innvirkning på hele pasienten (Odland, 2012).

Det helhetlige menneskesynet innebærer at sykepleier ser på pasienten som et medmenneske, og respekterer hans evne til å samarbeide om egen helse. Dette betyr at pasienten ikke skal gjøres til et objekt, hvor det ikke tas hensyn til det psykososiale aspektet. Kari Martinsen skriver om dette i sin omsorgsteori, som kommer senere i kapitlet.

Forskning viser at det er viktig for pasienten å bli behandlet som en hel person. Det kommer fram at pasienter vektlegger det å bli sett som et medmenneske, å bli behandlet med respekt og at personalet viser empati og forståelse for deres situasjon, samtidig som at personalet har god medisinsk-teknisk kompetanse (Muntlin et al., 2006; Jangland, Kitson & Athlin, 2015). Sykepleieren må derfor se pasientens livssituasjon og hvordan brystsmertene vil påvirke denne. Dette innebærer ivaretagelse av både den emosjonelle og relasjonelle delen av pasienten (Stubberud, 2013).

3.3.1 Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier

En viktig del av den helhetlige sykepleien er kommunikasjonen. En måte å definere kommunikasjon på, er at det er minst to parter som utveksler tegn og signaler til hverandre. De to partene, i dette tilfellet pasient og sykepleier, påvirker hverandre gjensidig gjennom kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007).

Kommunikasjon er komplekst, og som sykepleier skal kommunikasjonen være til hjelp for pasienten, noe som forutsetter mange egenskaper hos sykepleieren. Empati er en sentral del av kommunikasjonen, og handler om at den følelsesmessige forståelsen av den pasienten kommuniseres tilbake til han. Enten det er verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Det viktigste er at sykepleier handler ut fra denne forståelsen og på den måten kan hun hjelpe pasienten. Ved god kommunikasjon skal sykepleier vise at hun anerkjenner og prøver å forstå pasienten, bekrefte følelsene pasienten deler, hun skal aktivt lytte, vise empati, speile følelser, være åpen og samtidig direkte (Eide & Eide, 2007). Alle disse tingene er utfordrende å få til i en hektisk hverdag på akuttmottak, hvor tiden ofte er knapp og det er korte møter mellom pasient og sykepleier (Muntlin, et al., 2006; Engebretsen, 2015). Men det er alltid rom for forbedring, fordi kommunikasjonsferdigheter blir bedre ved trening og erfaring, noe som betyr at en aldri blir ferdig utlært (Eide & Eide, 2007).

Hjelpende kommunikasjon er et samspill mellom det nonverbale og det verbale. En forutsetning for hjelpende kommunikasjon er at man på forhånd har kunnskap om pasientens sykdomshistorie og behandlingssituasjon, men det er ikke alltid realistisk på et akuttmottak, hvor det ofte er mange pasienter og dårlig tid. I denne situasjonen er det også første gang pasienten er på akuttmottak, og dermed har ikke personen noen tidligere erfaring som pasient. Dette i seg selv er viktig informasjon for sykepleieren, da det forteller henne at dette er en ny og ukjent situasjon for vedkommende. Ved å stille åpne spørsmål og vise interesse kan hun få svar på hvordan pasienten opplever situasjonen han er i, men likevel kan det viktigste være å tolke den nonverbale kommunikasjonen, fordi denne ofte viser pasientens ekte følelser. Her kommer igjen tanken på å se helheten, samspillet mellom det verbale og det nonverbale (Eide & Eide, 2007).

3.3.2 Spesielle forhold i akuttmottaket

Akuttmottaket er det første møtet pasienten har med sykehuset og han får et rom, og en seng eller bære. Som regel blir han først tilsett av sykepleier, deretter lege, men i noen tilfeller mottas pasienten av både lege og sykepleier samtidig. Pasienten rangeres i hastegrad i forhold til hvor alvorlig helsetilstanden er. De første undersøkelsene tas og etterhvert stilles det en foreløpig diagnose, før pasienten sendes videre. Han kan da sendes til en annen avdeling, et annet sykehus, behandles poliklinisk eller sendes hjem (Engebretsen, 2015).

Akuttmottaket har mange pasienter innom i løpet av en dag og pasientene har et vidt spekter av problemstillinger, hvor pasientenes tilstand kan endres raskt og uoversiktlige akuttsituasjoner kan oppstå. For sykepleieren er vaktene uforutsigbare, da det kan være rolig, med stabile og få pasienter i et øyeblikk, mens det i neste øyeblikk kan komme mange pasienter på kort tid, eller de ankommende pasientene kan ha blitt akutt dårligere (Engebretsen, 2015; Muntlin et al., 2006). Pasientpågangen på akuttmottaket avhenger av sykehusets opptaksområde, og dermed hvor mange mennesker som bor der. I tettbygde strøk bor det naturlig nok flere mennesker, og pasientpågangen til sykehuset blir større. Sykepleieren treffer mange pasienter i løpet av en vakt, noe som gjør at møtene ofte blir korte og intensive (Engebretsen, 2015). Dette gjør det utfordrende for sykepleieren å skulle gi helhetlig og individualisert pleie til pasientene.

Pasientflyten i akuttmottaket avhenger blant annet av hvor stor plass det er på de andre avdelingene på sykehuset. Dersom avdelingene er fulle, blir pasientene værende i akuttmottaket over lengre tid, selv om de er klare til å sendes videre. Dette blir en utfordring, fordi pasientflyten stopper opp, det blir fullt i mottaket, samtidig som det stadig kommer inn nye pasienter som må tilses. For pasienten sin del vil dette bety fare for utilstrekkelig pleie og lengre ventetid i akuttmottaket, han kan bli flyttet fra rom til rom, og det blir mangel på kontinuitet, noe som kan være belastende (Stubberud, 2013). Studier viser også at det ofte er for lite sykepleiere på jobb i forhold til arbeidsmengden, og at dermed ikke alltid får tid til å gjøre en god jobb (Burley, 2011; Langeland & Sørli, 2011).

3.4 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en anerkjent teoretiker. Hun er utdannet sykepleier, har magistergrad i filosofi og er dr.philos. i historie. Martinsen har utgitt en rekke bøker, hvor hun underveis har utviklet sin omsorgsfilosofi (Kristoffersen, 2014a).

Grunnen til at jeg valgte Martinsens omsorgsteori, er fordi jeg synes hennes syn på hva som er god sykepleie kan være med på å belyse og svare på oppgavens problemstilling. Hun ser på omsorg som fundamentet i sykepleien og er opptatt av helhetlig omsorg og at det skal skapes en relasjon mellom sykepleier og pasient gjennom felles erfaringer (Kristoffersen, 2014a). Dette er noe jeg mener er helt sentralt for at pasienten skal kunne føle seg ivaretatt på et akuttmottak.

Kristoffersen (2014a) skriver om at Martinsen er opptatt av at sykepleien skal utføres på pasientens premisser, hvor pasienten selv sees på som en samarbeidspartner i behandlingen. Dersom pasienten ikke tas hensyn til, vil det bli et maktovergrep. *Sentimental omsorg* og *formynderiet* er begge former for sykepleie hvor pasienten blir utelatt fra egen behandling. I den *sentimentale omsorgen* vil fokuset på pasientens lidelse bli borte ved at sykepleiers egne følelser tar over, og dermed styrer pleien. I *formynderiet* mener sykepleier at hun alltid vet pasientens beste, uten å la pasienten selv ta del i omsorgen. Begge disse metodene vil være et misbruk av sykepleiers makt, og det vil også være et brudd på Pasient- og brukerrettighetslovens (1999) krav om pasientens rett til medvirkning.

Martinsen er kritisk til å vektlegge egenomsorg og det hun betegner som formålsrasjonaliteten i for stor grad, og er opptatt av å øke pasientens livsmot ved å bedre hans «her-og-nå situasjon». Hun mener egenomsorgens fokus på at pasienten skal gjenvinne sin selvstendighet og funksjon er lite realistisk for mange pasienter, og at det ikke er forenelig med sykepleiens omsorgstradisjoner. Selvhjulpenheten hos pasienten skal likevel styrkes, men det er viktig å ikke over- eller undervurdere den (Kristoffersen, 2014a).

Omsorgsteorien til Kari Martinsen kan deles inn i det relasjonelle, det praktiske og det moralske. Disse vil i praksis gå inn i hverandre, men vil under bli beskrevet hver for seg.

3.4.1 Det relasjonelle aspektet

Det relasjonelle aspektet tar utgangspunkt i et grunnleggende menneskelig behov, nemlig den mellommenneskelige relasjonen, som i dette tilfellet er pasient og sykepleier. Sykepleier må vise interesse og kunne sette seg inn i hvordan hun tror pasienten opplever sin situasjon (Martinsen, 2003).

... å forsøke å fortolke den andres realitet, å gripe hva den andre erfarer, å forstå ut fra den andres horisont og å møte den andre ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Martinsen, 1990, s. 74).

Sitatet over beskriver hvordan sykepleier kan utføre det relasjonelle aspektet ved omsorgen. Hun må selv tenke på følelsen av å plutselig få smerter i brystet, redselen for hva det kan bety, om det gjelder liv og død. Dersom hun klarer å se for seg denne følelsen og tenke over hva som ville vært viktig for henne i en slik situasjon, vil hun kunne forstå pasienten på en bedre måte. Omsorgen sykepleier gir skal handle om nestekjærlighet, ved at hun gjør mot andre som hun vil at andre skal gjøre mot henne. Som mennesker er vi avhengig av hverandre, dette gjelder alle, men spesielt når vi blir rammet av sykdom og havner i en skremmende situasjon hvor en må legge livet sitt i andres hender (Martinsen, 2003).

3.4.2 Det praktiske aspektet

Å være i behov av hjelp fra andre er noe alle har opplevd og kan relatere til. Selv om sykepleieren kanskje ikke har kjent på det å ha brystmerter, vil hun kunne bruke sin egen

erfaring med andre typer smerte. Det er sykepleiers ansvar å ta hånd om pasienten når han selv ikke klarer det. Fagkunnskap og egne erfaringer er derfor sentralt for å utøve omsorg. Martinsen (2003) bruker den velkjente historien om Den barmhjertige samaritan som et eksempel for ansvaret for å ta vare på de svake. Det hjelper ikke å bare synes synd på, for å gjøre en forskjell for noen krever en konkret handling ved at en deltar praktisk i deres lidelse.

Et annet krav til hjelpen er at den er betingelsesløs, det skal ikke forventes noe i gjengjeld. Dette innebærer blant annet at sykepleieren gjør sitt beste for å vise omsorg for pasienten, selv om pasienten selv ikke viser noen tegn til takknemlighet. Det kan være at pasienten grunnet sin stressende situasjon ikke klarer å vise takknemlighet for omsorgen som blir vist, men dette skal ikke hindre sykepleier i å hjelpe. Dette gjelder også med tanke på egenomsorg. Det skal ikke forventes et bestemt resultat av omsorgen som gis, slik som at pasienten skal bli selvhjulpent. Hjelpen fra sykepleier skal gis på grunnlag av pasientens behov, ikke sykepleierens (Martinsen, 2003). Likevel viser det seg i mange tilfeller at hjelperen likevel opplever å "få noe" tilbake i form av omtanke, og en følelse av å gjøre noe godt for andre (Kristoffersen, 2014a).

3.4.3 Det moralske aspektet

Reglene for hva som er rett og galt i praksis, kalles ofte moral. Sykepleierens moral kommer til uttrykk i hvordan hun forholder seg til pasienten. Martinsen skriver om at omsorg har en moralsk side, og denne er overordnet de to andre aspektene. Gjennom praktisk arbeid lærer sykepleier hva som er verdifullt i relasjon med pasienten (Martinsen, 2003).

I forholdet mellom sykepleier og pasient blir det alltid en skjev maktfordeling, grunnet sykepleierens stilling og kompetanse. Pasienten er avhengig av sykepleieren og må ha tillit til hennes kompetanse. På denne måten utleverer han seg selv, noe som gjør han sårbar. Fordi pasienten i denne oppgaven i tillegg er i en meget hjelpetrengende og usikker situasjon, vil maktforholdet bli enda skjevare, og dette kan fort misbrukes av sykepleier. Sykepleierens moral og etikk vises blant annet i hvordan hun kommuniserer med pasienten, og hvilken

informasjon som gis. For å gjøre dette på en omsorgsfull måte må sykepleier verne om pasienten og vise at hun støtter han i sin lidelse.

Videre skriver Martinsen om at omsorg er generalisert gjensidighet, som bestemmes ut i fra pasientens situasjon. Dette krever at sykepleieren har innsikt i pasientens livssituasjon, og klarer å se hvilke muligheter og begrensninger som er menneskelige. Hun skriver også at omsorgsarbeid tar tid, noe som gjør det utfordrende i et akuttmottak hvor tiden er knapp (Martinsen, 2003; Engebretsen, 2015).

3.5 Jus og etikk

Sykepleiere i Norge har både etiske og juridiske rammer som skal følges, noe som gjør at yrkesutøvelsen er regulert av lover og forskrifter. Dette skal sikre pasientene rettigheter i møte med helsevesenet (Molven, 2014). Blant annet har pasienter rett til øyeblikkelig helsehjelp, noe som betyr at helseforetakene må ha akuttmottak som kan tilby slik hjelp (Molven, 2014; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Et viktig krav er kravet om forsvarlighet, som står skrevet i Helsepersonelloven. Her står det at:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Altså skal hjelpen både være faglig forsvarlig og omsorgsfull, noe som er et viktig poeng når det er snakk om å bevare pasientens psykososiale behov. Dette innebærer helhetlig pleie fra sykepleier, noe som er sentralt i Kari Martinsens omsorgsteori, og det er i tillegg en del av Norsk sykepleier forbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Forskning viser at travle dager, mangel på ansatte, senger og rom på akuttmottak, gjør at dette blir en utfordring i hverdagen. Sykepleiere må prioritere alle pasientenes behov, og føler ofte at de ikke strekker til og at pasientene deres ikke får den gode omsorgen de har krav på (Langeland & Sørli, 2011).

Et annet viktig krav er pasientens rett til informasjon og medvirkning. Pasienter i akuttmottak opplever ofte et særlig behov for informasjon grunnet usikkerhet og uvisshet om egen helse. Smertene oppstår uventet og det er ikke stilt en diagnose. Informasjon om prosedyrer og undersøkelser, rutiner på avdelingen og at det blir ventetid, blir derfor viktig. Dette må selvsagt tilpasses pasientens individuelle psykiske tilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Stubberud, 2013).

4. Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte bryst smerter?

I dette kapitlet vil teorien fra forrige kapittel drøftes. Fokuset vil være på hvordan sykepleier kan bruke kommunikasjon, informasjon, kompetanse og mestringsstrategier for å ivareta pasientens psykososiale behov på akuttmottak.

«Utgangspunktet for sykepleie til akutt kritisk syke og deres pårørende er et helhetlig menneskesyn der deres rettigheter og integritet opprettholdes» (Kjøllesdal & Moesmand, 2011, s. 23).

4.1 Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier

En viktig del av hvordan sykepleier kan ivareta pasientens psykososiale behov på akuttmottak er kommunikasjonen mellom de to. God kommunikasjon kan bidra til at pasienten opplever å bli beroliget, noe som vil hjelpe til med å gjøre opplevelsen mindre skremmende (Kjøllesdal & Moesmand, 2011). I tillegg vil det skape kontakt og være med på å skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient, noe som er viktig for at pasienten skal kunne stole på sykepleieren (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Moesmand & Kjøllesdal, 2011).

Den vanskelige situasjonen pasienten befinner seg i, vil gjøre kommunikasjonen utfordrende for begge parter. Alt pasienten kjenner på av stress, angst, uvisshet og redsel vil påvirke hvor mottakelig han er for kommunikasjon (Kjøllesdal & Moesmand, 2011). Det vil da bli sykepleiers ansvar å legge til rette for god kommunikasjon (Molven, 2014). Ordene sykepleier velger å bruke i sin kontakt med pasienten har mye å si. Faiz & Skaare (2016) har undersøkt sjargongen på et akuttmottak i Norge, og sett at det brukes mange ord og uttrykk som kan være uforståelig, selv for annet helsepersonell som ikke jobber på den samme avdelingen. Dette er også noe jeg selv har erfart gjennom praksis og jobb. Det er derfor helt sentralt at sykepleier er bevisst på å unngå å bruke fagterminologi som kan gjøre pasienten enda mer usikker (Stubberud, 2013).

I følge Eide & Eide vil god kommunikasjon kreve empati hos sykepleier, noe de beskriver slik: “Empati er evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2007, s. 36)”.

Dette krever at sykepleier gir tilbakemelding, enten verbalt eller nonverbalt, på at hun har forstått hva pasienten prøver å formidle. Empati i kommunikasjonen går ut på mye av det samme som det relasjonelle aspektet ved Kari Martinsens omsorgsteori, som omhandler akkurat dette med å prøve å forstå hva pasienten erfarer og opplever i situasjonen (Martinsen, 2003). Det å skulle sette seg inn i pasientens situasjon og forstå akkurat hva han føler, vil være umulig, da dette vil være så individuelt basert på blant annet alder, kjønn, alvorlighetsgrad av sykdommen og personlighet (Stubberud, 2013). Likevel er det mulig å bruke erfaringer fra eget liv og medmenneskelighet, for å danne seg et bilde. En studie viser at sykepleiere i akuttmottak relaterer det som skjer med pasientene til liknende situasjoner i sitt eget liv (Langeland & Sørлие, 2011). Dette bekreftes også av Eide & Eide (2007), som skriver om at følelsene til pasienten kan “smitte over” til sykepleieren, noe som kan foregå både bevisst og ubevisst. Dermed kan sykepleier klare å forstå at dette er en vanskelig situasjon å være i, selv om hun aldri vil klare å fullstendig sette seg inn i pasientens opplevelse.

Når pasienten kommer til akuttmottaket bør sykepleier sette et mål om at kommunikasjonen skal være fokusert på hvilke individuelle behov pasienten har under sitt opphold på avdelingen (Kjøllesdal & Moesmand, 2011). Pasienten kan ha behov for å skape et tillitsforhold med sykepleieren, hvor det skapes en relasjon mellom de to, og hvor sykepleier forsøker å tolke hvordan situasjonen oppleves for pasienten. Dette mellommenneskelige forholdet er selve kjernen i omsorgsteorien til Kari Martinsen (Martinsen, 2003). Likevel er det viktig å tenke på at noen pasienter ønsker å distansere seg fra sykepleieren, og føler at sykepleiers oppgave kun gjelder det medisinsk-tekniske (Grov, 2013). Her må det gjøres en individuell vurdering av hver enkelt pasient. Uansett skal ikke sykepleier forholde seg til pasienten kun på en rutinemessig og teknisk måte, da dette reduserer pasienten til et objekt (Odland, 2013). Dette er noe Martinsen også beskriver, hun mener det gjør at pasienten ekskluderes fra relasjonen, og dermed lukker seg sammen følelsesmessig (Martinsen, 2000).

For noen sykepleiere kan dette likevel være en metode de bruker for å forsvare seg mot vanskelige hendelser de møter på jobb (Odland, 2013). En studie viser at sykepleiere på akuttmottak føler seg sårbare og er usikre på om de skal vise følelser i møte med vanskelige opplevelser, hvor det er sterke følelser involvert for både pasient og sykepleier (Langeland & Sørli, 2011). Dersom sykepleier velger å objektivisere pasienten, vil dette kunne påvirke sykepleieren på en negativ måte fordi hun mister gleden ved å få lov til å hjelpe (Martinsen, 2000). Dette kan sees på som noe motstridene av Martinsen (2003), fordi hun også fremhever dette med at omsorgen skal gis uten å forvente noe tilbake. Objektivisering av pasienten vil uansett stride mot både Helsepersonelloven (1999) hvor pasienten har krav på omsorgsfull hjelp og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som sier at det er sykepleierens eget ansvar at pleien hun gir er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.2 Informasjon til pasient med brystmerter

Pasienten har lovfestet rett til informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne retten gjelder ikke bare å få informasjon, men også at informasjonen skal gis på en slik måte at pasienten forstår innholdet. Dette krever at sykepleier må se på hvilke forutsetninger pasienten har for å ta imot informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasientens evne til å ta innover seg informasjon kan være svekket når han opplever brystmerter og kommer til et akuttmottak. Legemidler, angst, stress, utmattelse og utrygghet vil alle kunne påvirke dette, blant annet gjennom redusert hukommelse og nedsatt konsentrasjonsevne. Dermed blir det viktig at sykepleier gjentar informasjonen flere ganger og gjør sitt beste for at pasienten skal forstå (Kjøllesdal & Moesmand, 2011; Stubberud, 2011). På denne måten fremmer sykepleieren pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette er også noe Martinsen er opptatt av i sin omsorgsteori, at omsorgen som gis skal være tilrettelagt pasientens forutsetninger ved at han får nok informasjon til være en samarbeidspartner i sin behandling (Martinsen, 2003).

Behovet for informasjon vil være stort hos en pasient som plutselig opplever brystmerter for første gang. Som regel vil pasienten ha begrenset kunnskap om ulike sykdommer og tilstander som kan skape smerter i brystet (Molven, 2014). I tillegg kommer han til et nytt og ukjent miljø, hvor han ikke kjenner personalet eller rutinene og hvordan ting fungerer på et akuttmottak. Han møter stadig nye personer han må forholde seg til, og blir ofte flyttet fra rom til rom. Det ligger mye makt i informasjon, og det er derfor en ubalanse i forholdet mellom sykepleier og pasient. Denne makten kan fort misbrukes dersom sykepleier ikke er oppmerksom på pasientens behov for informasjon om både brystsmertene og akuttmottaket. Dersom sykepleier klarer å holde pasienten så godt informert som mulig, vil denne ubalansen i makt kunne jevnes ut og pasienten vil oppleve mer kontroll over situasjonen (Kjøllesdal & Moesmand, 2011).

I en studie fra et akuttmottak i Sverige kommer det fram at pasientene og sykepleiere har forskjellige forventninger til hvordan pasientene bør møtes, og at pasientene opplever å få for lite informasjon. Sykepleierne var blant annet vage med informasjon om ventetid fordi de var redd for å love for mye, og dermed skuffe pasientene. Pasientene på sin side følte derimot at ventetiden ble preget av både usikkerhet og uforutsigbarhet (Elmqvist et al., 2011).

Informasjon om hvor lenge pasienten må vente på et akuttmottak er ofte en stor utfordring for sykepleier å forutse, da det plutselig kan komme inn flere pasienter i mer akutte situasjoner som dermed blir prioritert, eller det kan være at andre pasienter på akuttmottaket plutselig blir dårligere og trenger øyeblikkelig hjelp. Det er likevel viktig at sykepleier informerer om hvor lenge hun tror det vil ta, og at hun sier ifra hvorfor det eventuelt blir forsinkelser. På denne måten slipper pasienten å vente i timesvis uten å vite hva som skjer, han blir involvert, opplever større forutsigbarhet og kontroll over situasjon (Martinsen, 2003; Engebretsen, 2015).

Det er mye informasjon som skal gis av sykepleier. I denne situasjonen er det fortsatt mye som er uavklart, og sykepleier vet enda ikke årsaken til brystsmertene. For pasienten blir det da viktig å få den informasjonen som er tilgjengelig. Slik som å vite om hvilke undersøkelser han skal gjennom, om de er ubehagelige eller vonde, og hvor lang tid de vil ta. Formålet med disse undersøkelsene vil også være viktig å informere om, da vil det bli lettere for pasienten å

forstå alt han må gjennom (Molven, 2014). Det er en fordel om denne informasjonen kommer litt før selve undersøkelsene, slik at pasienten får tid til å forberede seg mentalt (Stubberud, 2013).

I et akuttmottak hvor ting skjer raskt og tiden er knapp, er dette en utfordring for sykepleier (Muntlin et al., 2006). I tillegg er det økende krav til effektivitet (Langeland & Sørlie, 2011) og økende mengde arbeid, som kan gå på bekostning av pasient-sentrert pleie (Burley, 2011). I studien til Elmqvist et al. (2011) kom det fram at sykepleierne var redd for å miste verdifull tid, og tok dermed mange avgjørelser om pasientene uten å snakke de med først. Det ble også gjort undersøkelser uten å informere om hensikten med disse. Pasientene ble ikke inkludert og opplevde dette som at de mistet kontrollen over kroppen sin. Likevel ville de ikke, eller følte de ikke fikk mulighet til, å spørre om informasjon fordi de hadde forståelse for at sykepleierne jobbet under tidspress. Dermed ble de ventende i usikkerhet uten kontroll over situasjonen og egen kropp. Mangel på informasjon var også en tilbakemelding fra pasientene i studien til Muntlin et al. (2006). Denne type sykepleie strider i mot Martinsens omsorgsteori om at sykepleien skal være på pasientens premisser, og viktigheten av både nestekjærlighet og det å gjøre pasienten til en samarbeidspartner i behandlingen (Martinsen, 2003).

På et akuttmottak er det mye overvåknings- og behandlingsutstyr, og ved bryst smerter vil ofte pasienten være tilkoblet utstyr som overvåker hjertet og oksygenivået i blodet. For pasienten som aldri har vært på avdelingen før, kan dette være skremmende. Det er derfor viktig at sykepleier forklarer hensikten med disse, slik at alle ledningene og apparatene gir mer mening for pasienten. I tillegg tilsier egen erfaring at det ofte kommer mye lyder og alarmer fra de ulike apparatene, hvor årsaken til alarmene kan være at en sensor har falt av eller at det er lite batteri igjen. Dette er vanlig for sykepleieren, som i en hektisk hverdag kanskje bare går å skrur av alarmen uten å forklare til pasienten at det var helt ufarlig. Så blir kanskje pasienten liggende å tenke på at tilstanden hans har forverret seg og at det er noe alvorlig galt, og dette skaper da unødvendig stress og redsel. Ofte blir det også gitt legemidler i full fart. Sykepleier har da plikt til å informere om både virkning og bivirkning (Bielecki & Børdahl, 2013; Kjøllesdal, 2011; Engebretsen, 2015). Denne informasjonen gjør at pasienten kan forbedre seg på de kroppslige reaksjoner av legemidlene, noe som skaper forutsigbarhet. Informasjon om at det er mulig å få tak i sykepleier ved å ringe i snora, selv bare for å spørre om noe, er

også viktig. All denne informasjonen vil bidra til økt oversikt og forståelse for pasienten, og han kan oppleve større kontroll over situasjonen (Stubberud, 2013). Studier viser likevel at pasienter ser hvor mye sykepleierne har å gjøre, og vil ikke bry de med sine spørsmål og tanker. Da er det viktig å huske på at dette er sykepleiers plikt og ansvar (Elmqvist et al., 2011; Stubberud, 2013).

4.3 Kompetanse hos sykepleier

Akutte situasjoner krever høy kompetanse hos sykepleier på en rekke områder. I en situasjon med uavklarte brystmerter vil det være livsviktig for pasienten at sykepleier skaffer seg en oversikt over situasjonen, at hun handler raskt på bakgrunn av sitt kunnskapsgrunnlag, beholder seg rolig og samtidig klarer å være en emosjonell støtte for pasienten (Kirkevold, 2013; Engebretsen, 2015). For å bevare faglig forsvarlighet på et akuttmottak kreves det mye kunnskap om pasienten fysiske tilstand og denne kunnskapen er en stor og viktig del av pleien pasienten får (Helsepersonelloven, 1999; Engebretsen, 2015). Både kunnskap om utstyret som brukes, men også om ulike symptomer, diagnoser og medisinsk-teknisk behandling.

Sykepleieren har et stort ansvar, da legenes avgjørelser i stor grad er basert på sykepleiers observasjoner og målinger (Langeland & Sørlie, 2011). All den kunnskapen sykepleier sitter på er enda en faktor som skaper et skjevt maktforhold, fordi pasienten er avhengig av sykepleiers kompetanse. Det er viktig at sykepleier bruker kunnskapen hun har på en omsorgsfull måte, og ikke misbruker makten, da dette vil skape enda mer usikkerhet og utrygghet hos pasienten. Hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten på, og hennes væremåte viser om hennes moral er omsorgsfull eller ikke (Martinsen, 2003).

Sykepleiers kompetanse relatert til pasientens fysiske behov vil være første prioritet, men ved å bruke sin kompetanse på en omsorgsfull måte vil det også bidra til å ivareta de psykososiale behovene. Martinsen (2003) skriver om dette, at den faglige kunnskapen sykepleieren har, også er en måte å vise omsorg til pasienten på. En sykepleier som er trygg på det medisinsk-tekniske, vil kunne berolige pasienten og gjøre han trygg på at han er i gode hender.

Sykepleier må bruke den kompetansen hun har om vanlige krisereaksjoner og mestringsstrategier for å danne seg et bilde av hvordan akkurat denne pasienten opplever sin situasjon. En studie viser derimot at sykepleiere på akuttmottak synes det er vanskelig å ivareta alle pasientenes individuelle behov. De må prioritere de dårligste pasientene og føler ofte at de ikke har tid til de andre pasientene. Sykepleierene fortalte at de ikke følte de fikk gitt god sykepleie til alle, fordi de bare fikk ivaretatt det grunnleggende. Flere dro fra jobb med følelsen av å ha gjort en dårlig jobb, både grunnet tidsmangel, men også mangel på personale (Langeland & Sørli, 2011). Mange pasienter og overfylte akuttmottak er et problem i flere land, inkludert Norge. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har sett på dette og kommet frem til at overbelastede akuttmottak går utover pasientenes behandling. Mange pasienter gjør at det blir mye avbrytelser og distraksjoner for sykepleieren, noe som gjør det enda mer utfordrende å ta gode beslutninger om pasienten. Dette samsvarer med resultatene fra en studie hvor det kommer frem at for stor arbeidsmengde i forhold til antall sykepleiere, går utover kommunikasjonen med pasientene, noe som igjen fører til at pasientene føler seg mindre ivaretatt (Burley, 2011). Alle pasientene skal tas i mot av sykepleier så fort som mulig blant annet for å avgjøre alvorlighetsgraden og sørge for at de får den behandlingen de trenger raskt nok. Når det blir flere pasienter enn det sykepleierne har kapasitet til å ivareta, blir det mindre tid å bruke hos hver enkelt pasient til å innhente informasjon og ta beslutninger, og dermed går det utover pasientens pleie og sikkerhet. Dette gjør skaper utrygge og risikofylte arbeidssituasjoner (Krogstad, Lindahl, Saastad, & Hafstad, 2015). Engebretsen (2015) skriver om at det å innføre faste tilsyn hos pasientene hver time, har hatt god effekt på både sikkerheten og pasientenes tilfredshet.

Dette viser viktigheten av kompetanse hos sykepleier. Selv om det er stressende hverdager med mange pasienter, er det viktig at hun utnytter tiden hun har og bruker den så godt som mulig. Sykepleier må prioritere og sørge for at pasienten får pleie mens han venter på behandling fra lege (Langeland & Sørli, 2011). De gangene hun er hos pasienten kan hun for eksempel sette seg ned i stedet for å stå, spørre åpne spørsmål og være empatisk i kommunikasjonen, og sørge for å fremstå rolig. Dette vil kunne vise pasienten at han betyr noe, at han blir tatt på alvor og at sykepleieren bryr seg, på tross av tidspress og stor arbeidsmengde. Kjøllesdal og Moesmand (2011) skriver at omsorgen pasienter opplever

under sykdommen og behandlinger betyr mye for de, derfor er det viktig at de blir behandlet som et medmenneske. Likevel vil dette være en stor utfordring i akuttmottak, slik studien til Langeland & Sørli (2011) viser.

Det krever kompetanse å finne ut av hvilke psykososiale behov pasienten har, blant annet om kommunikasjon og informasjon, slik det er beskrevet i de to forrige underkapitlene. Dersom sykepleier ikke er oppmerksom på pasientens individuelle behov, både med tanke på brystsmertene, men også angst, stress og redsel, vil hun kunne falle inn under sentimental omsorg, hvor hun styres av sine egne følelser, eller formynderiet, hvor det er sykepleieren som alltid vet best (Kristoffersen, 2014a). Kompetanse hos sykepleier er avgjørende for om pasientens psykososiale behov blir ivaretatt.

4.4 Fremme mestring hos pasienten

De yrkesetiske retningslinjene fastslår at sykepleier skal understøtte mestring hos pasienten, noe som også henger sammen med Martinsens tankegang om å ta vare på pasienten når han ikke klarer det på egen hånd (Martinsen, 2003). Hvilke faktorer som virker inn på pasientens mestring ved sykdom er som nevnt tidligere i oppgaven, veldig individuelt. Pasienten er i en uoversiktlig situasjon hvor det er mange ubesvarte spørsmål både for pasienten selv, men også for sykepleier. Fordi det ikke er avklart hva som er årsaken til brystsmertene, kan sykepleier heller ikke informere om alvorlighetsgrad, vanlige symptomer og hvilken behandling pasienten skal gjennom. All denne uvissheten gjør det utfordrende for pasienten å mestre situasjonen på en god måte. Likevel er det tiltak sykepleier kan gjøre for å fremme mestring hos pasienten, selv på et akuttmottak. Hun må da samle inn data om hvordan pasienten opplever brystsmertene og situasjonen han nå er i, fordi dette vil virke inn på hvordan han mestrer situasjonen. Målet vil være at pasienten skal oppleve kontroll over seg selv.

Slik det er beskrevet i kapittel 3.2, kan pasientens vurdering av situasjonen gjøre at han velger en problemorientert mestring eller en emosjonelt orientert mestring. Sistnevnte vil være mest sannsynlig, da pasienten i dette tilfellet er i en situasjon hvor sentrale verdier og behov er truet

grunnet brystsmertene. Forutsigbarhet vil være viktig for pasienten i en slik situasjon, fordi uvissheten han opplever omkring egen kropp er truende (Kjøllesdal & Moesmand, 2011). Informasjon om hva han skal gjennom av undersøkelser, hvordan disse blir utført og hvorfor, vil hjelpe han å mestre stresset. Ved å gi pasienten denne informasjonen, og i tillegg hvor lang tid undersøkelsene vil ta, vil det kunne redusere ubehaget og de negative følelsene (Kristoffersen, 2014b; Stubberud, 2013). Dersom pasienten benytter seg av problemorientert mestring, vil han selv aktivt gå inn for å løse eller håndtere stresset han opplever på akuttmottaket. Han kan oppsøke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte omkring brystsmertene og på denne måten definere og avgrense problemet. Ved emosjonelt orientert mestring derimot, vil pasienten unngå problemet så mye han kan ved å unngå informasjon og bagatellisere alvoret ved brystsmertene.

Ventetiden i akuttmottak kan være en stressfaktor hos mange pasienter, og fordi sykepleieren selv ofte ikke vet hvor lenge pasienten må vente, er dette informasjon som kan bli utelatt og gjøre at pasienten føler seg utenfor (Elmqvist et. al, 2011). Dette vil stride i mot både etikken, lovverket, og Kari Martinsens omsorgsmoral. Pasienten har krav på denne informasjonen for å kunne mestre situasjonen på en hensiktsmessig måte, og unngå unødvendig stress. Ved å utelate denne informasjonen bestemmer sykepleieren hva som er best for pasienten, slik Martinsen beskriver formynderiet. Sykepleieren må prøve å sette seg i samme situasjon, og deretter tenke om hun selv hadde hatt behov for å vite hvor lenge hun måtte vente (Martinsen, 2003). Slik det er beskrevet tidligere i oppgaven, kan det være en løsning at sykepleier forteller hvor lang tid hun tror det vil ta, også eventuelt endre beskjeden underveis.

I flere land har det nå kommet egne enheter for pasienter med brystmerter, som er knyttet opp mot akuttmottakene. Disse enhetene er opprettet grunnet den store mengden pasienten som opplever brystmerter, hvor målet er at de skal observeres og diagnostiseres på en rask og sikker måte, og dermed redusere ventetid. Studier av disse brystsmerteenhetene viser at pasientene er mer fornøyde med oppholdet, med både tettere oppfølging av rett personale, raskere diagnose og kortere sykehusopphold (Drotningvik & Norekvål, 2009). Dette kan være en måte å få redusert ventetiden på akuttmottak, og dermed skape mindre tidspress og arbeidsmengde for sykepleiere, slik at pasientenes psykososiale behov kan få større plass.

Men det vil selvsagt kreve mye ressurser og organisering, og det er kanskje ikke realistisk at dette vil være en standard enhet ved de fleste norske sykehus.

Pasientens oppmerksomhet, konsentrasjonsevne og hukommelse vil virke inn på om han forstår hensikten og meningen med situasjonen han er i. Behovet for informasjon og kunnskap om diagnosen vil ikke bli oppfylt, men det sykepleier kan gjøre er å informere om hva som er vanlige følelser å oppleve første gang på akuttmottak (Stubberud, 2013). Ved at pasienten blir informert om at dødsangst, frykt, redsel og stress er helt normalt å kjenne på ved uavklarte brystmerter, vil dette gi pasienten mer kunnskap om situasjonen. Men nettopp fordi både oppmerksomt, konsentrasjon og hukommelse kan være svekket, vil det være viktig å gjenta dette slik at pasienten faktisk får det med seg. Sykepleier kan også gi pasienten muligheten til å gi uttrykk for følelser som angst, frykt, sinne, fortvilelse og sorg. Dette vil kunne redusere indre spenninger hos pasienten (Kristoffersen, 2014b). Dersom pasienten velger emosjonelt orientert mestring vil han imidlertid kunne holde følelsene for seg selv og beherske de ved å forsøke å tenke på andre ting. Så selv om pasienten kanskje ikke viser godt at han er redd, kan dette være en forsvarsmekanisme, og han kan likevel være i behov av både omsorg og støtte fra sykepleieren (Kristoffersen, 2014b; Stubberud, 2013).

Omsorg og støtte vil være med på å øke pasientens mestringsevne og redusere stress.

Sykepleier må vise ekte nærvær i den tiden hun har, og virkelig være i situasjonen, selv om hun bare har kort tid (Moesmand & Kjøllesdal, 2011; Stubberud, 2013). Det handler om det relasjonelle aspektet av Martinsens omsorgsteori, hvor sykepleier må prøve sitt beste for å sette seg inn i pasientens opplevelse av brystmertene og akuttmottaket. Hun må prøve å kjenne på følelsene pasienten opplever, og dermed handle på en måte som viser at hun forstår og vil hjelpe han (Martinsen, 1990). Hun må kommunisere tilbake den følelsesmessige forståelsen hun har av pasientens situasjon og dersom hun har tid kan hun skaffe seg kunnskap om hva som er viktig for pasienten i hans liv. Hun kan også finne ut av hvilke trusler, farer og utfordringer pasienten opplever, og hva de er knyttet til, og på den måte sette angsten og frykten i en sammenheng. Dette vil også være med på å fremme tillitsforholdet, slik at pasienten kan føle seg trygg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Moesmand, 2011).

5. Avslutning

Forskning viser at pasienter ofte opplever at deres psykososiale behov blir ivaretatt når de er på akuttmottak. Denne oppgavens problemstilling har derfor vært: *Hvordan kan sykepleier på akuttmottak ivareta psykososiale behov hos pasienter med uavklarte brystmerter?*

Brystmerter vil oppleves som skremmende for de fleste, og pasienten er i behov av rask og god behandling når han ankommer akuttmottaket. Men dette begrenser seg ikke kun til det fysiske. Studier har vist at sykepleiere og pasienter har ulike tanker om hvordan pasienten skal behandles (Elmqvist et al., 2011; Elmqvist & Frank, 2015). Kari Martinsens omsorgsteori belyser viktigheten av omsorg, relasjon og nestekjærlighet i arbeidet med pasienten.

Kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren er helt sentralt for å innhente kunnskap om pasientens individuelle opplevelse av situasjonen og hvilke behov hver enkelt pasient har.

Viktigheten av å gi den informasjonen som er tilgjengelig, for å skape forutsigbarhet og større kontroll i en skremmende og uoversiktlig situasjon har også stor betydning for pasienten.

Kompetanse om både de fysiske og psykiske reaksjonene pasienten opplever, vil hjelpe sykepleieren i å opparbeide seg en forståelse.

Forholdene på akuttmottaket gjør dette vanskelig for sykepleieren da det er stor uforutsigbarhet, mange ulike pasienter hvor de mest akutte tilfellene må prioriteres, tidspress og høye krav om effektivitet. Kanskje er rammene samfunnet har satt for trange, og dermed rammes pasientene av at omsorgen og kvaliteten på pleien blir for lav.

Uansett, skal sykepleieren gjøre sitt beste for å gi pasienten den emosjonelle støtten han trenger. Dersom tiden sykepleieren har hos pasienten brukes effektivt og på pasientens premisser, ved at hun gir en helhetlig omsorg hvor pasientens behov er i fokus, skal det likevel være mulig å ivareta hans psykososiale behov, selv på et akuttmottak.

Litteraturliste

- Bielecki, T. & Børdahl, B. (2013). *Legemiddelhåndtering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2013). Yrkesetikk. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 323-326). Oslo: Cappelen Damm.
- Brystsmerter. (2013). *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra: <https://nhi.no/symptomer/hjerte-og-kar/brystsmerter/>
- Burley, D. (2011). Better communication in the emergency department. *Emergency nurse*, 19(2), 32-36. Hentet fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104709703>
- Drotningvik, I. & Norekvål, T. M. (2009). *Egen enhet hjelper flere*. *Sykepleien* 93(11), 46-47. doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0024
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elmqvist, C., Fridlund, B & Ekebergh, M. (2011). On a hidden game board: the patients first encounter with emergency care at the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2609-2616.
- Elmqvist, C. & Frank, C. (2015). Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29, 145-151.
- Engebretsen, S. (2015). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I T. Gullbrandsen, & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. Utg., s. 701-718). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Faiz, K. W. & Skaare, H. (2016). Akuttmottakssjargong. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* 136(16)1377. doi: 10.4045/tidsskr.16.0263
- Folkehelseinstituttet. (2016). *D11: Dødsårsaker: Standardiserte rater pr 100.000, antall og andeler*. Hentet fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Grov, E. K. (2013). Å bli pasient og hjelpetrengende. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 51-66). Oslo: Cappelen Damm.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jangland, E., Kitson, A. & Athlin, Å. M. (2015). Patients with acute abdominal pain describe their experiences of fundamental care across the acute care episode: a multi-stage qualitative case study. *Journal of Advanced Nursing* 72(4), 791–801. doi: 10.1111/jan.12880
- Kilcoyne, M., & Dowling, M. (2007). Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 25(2), 21-27.
- Kim, H. S. (2013). Sykepleieutøvelsen. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 170-174). Oslo: Cappelen Damm.
- Kirkevold, M. (2013). Karakteristika ved sykepleiepraksis - sykepleierens møte med ulike typer situasjoner. I T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (s. 175-178). Oslo: Cappelen Damm.
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2014a). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1*. (s. 247-259). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014b). Stress og mestring. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3*. (s.133-189). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogstad, U., Lindahl, A.K., Saastad, E. & Hafstad, E. (2015). *Akuttmottak - risikosone for pasientsikkerhet*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1056/Akuttmottak%20risikosone%20for%20pasientsikkerhet%20-%20fullversjon.pdf>
- Langeland, K., & Sørli, V. (2011). Ethical challenges in nursing emergency practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(13/14), 2064-2070. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03606.x
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Mangerud, W., Kjolvik, M., & Krokan, T. (2017). *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2016* (Helsedirektoratet rapport IS-2612) Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1299/IS-2612-Aktivitetsdata-Somatikk-2016.pdf>
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien. En moralsk utfordring. I K., Jensen (Red.) *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McDevitt, J. & Melby, V. (2014). An evaluation of the quality of Emergency Nurse Practitioner services for patients presenting with minor injuries to one rural urgent

care centre in the UK: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 523–535.
doi: 10.1111/jocn.12639.

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2011). *Å være akutt og kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.

Muntlin, Å., Gunningberg, L., & Carlsson, M. (2006). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(8), 1045-1056. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.

Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (s. 23-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Raper, J., Davis, B., & Scott, L. (1999). Patient satisfaction with emergency department triage nursing care: a multicenter study. *Journal Of Nursing Care Quality*, 13(6), 11-24.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Spesialisthelse>

Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2013). Flerkulturell kompetanse i sykepleie til akutt og/eller kritisk syke pasienter. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 215-234). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s.165-171). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 42-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-36). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 66-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Swap, C.J. & Nagurney, J.T. (2005). Value and Limitations of Chest Pain History in the Evaluation of Patients With Suspected Acute Coronary Syndromes. *JAMA*. 294(20): 2623-2629. doi:10.1001/jama.294.20.2623

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget